

Abschlussbericht

zum Projekt

**Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten
Multiproblemfamilien (1996 – 1999)**

von Michael Klein & Martin Zobel

**im Auftrag des
Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz**

Rheinisches Institut für Angewandte Suchtforschung (RIAS)
im Oktober 2000

Inhaltsverzeichnis	Seite
Zusammenfassung	6
I. Herleitung und Darstellung des Modellprojekts	13
1. Die Situation der Kinder in suchtblasteten Familien	13
1.1. Zahlen und Fakten zum Problem	13
1.2. Defizite in der Hilfe- und Versorgungssituation	14
2. Darstellung des Modellprojekts	16
2.1. Ausgangslage	16
2.2. Ziele und Inhalte des Projekts	18
II. Theoretischer Hintergrund	22
3. Die Beziehung zwischen den trinkenden Vätern und ihren Kindern	22
3.1. Die Reaktionen der Kinder	24
3.2. Die Bedeutung der elterlichen Abhängigkeit für die Entwicklung des Kindes	26
3.3. Auswirkungen der elterlichen Abhängigkeit im Erwachsenenleben	28
3.4. Zum Verhältnis zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe	31
III. Forschung und Projektarbeit	35
4. Retrospektive Befragung junger Erwachsener aus suchtblasteten Familien	35
4.1. Design der retrospektiven Befragung	35
4.1.1. Adult Children of Alcoholics Biographical Inventory (ACABI)	35
4.1.2. Adult Children of Alcoholics Personality Test (ACAPT)	36
4.1.3. Codependency Inventory (CODI)	36
4.1.4. Global Functioning Inventory (GFI)	36
4.2. Ergebnisse	37
4.2.1. Demographische Merkmale der Stichprobe	37
4.2.2. Abhängigkeit in der nahen Verwandtschaft	39
4.2.3. Kindheits- und Jugendgeschichte	40
4.2.4. Körperliche und seelische Gewalt in der Familie	41
4.2.5. Beziehung zur Hauptbezugsperson in der frühen Kindheit	41
4.2.6. Familiäre Atmosphäre in Kindheit und Jugend	42
4.2.7. Kindheit bis zum 12. Lebensjahr	44
4.2.8. Jugendzeit vom 12. bis zum 18. Lebensjahr	45
4.2.9. Peerkontakte	45

4.2.10.	Vertrauensvolle Personen in Kindheit und Jugend	46
4.2.11.	Quellen von Geborgenheit, Beistand und Trost in Kindheit und Jugend	47
4.2.12.	Schulverhalten	48
4.2.13.	Aktuelle vorherrschende Stimmung im Alltag	49
4.2.14.	Wahrgenommene aktuelle Stärken	51
4.2.15.	Wahrgenommene aktuelle soziale Kompetenzen	53
4.2.16.	Co-Abhängigkeit	54
4.2.17.	Charakteristische Merkmale nach Woitz	55
4.2.18.	Global Functioning Inventory (GFI)	56
4.3.	Interpretation der Ergebnisse	57
5.	Analyse der Ist-Situation und der Prozessergebnisse in Bezug auf Prävention und Frühintervention für Kinder aus alkoholbelasteten Familien	58
5.1.	Auswahl der Untersuchungsregion und der Kontrollregion	58
5.2.	Auswahl der Institutionen für die Survey-Studie	60
5.3.	Ergebnisse der Survey-Umfrage I ...	63
5.3.1.	Survey-I-Ergebnisse im Überblick	64
5.3.2.	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Regionen	66
5.3.3.	Interpretation der Survey-I-Ergebnisse	69
5.4.	Darstellung der Maßnahmen im Rahmen des Modellprojekts	70
5.4.1.	Maßnahmen in der Modellregion Altenkirchen	70
5.4.1.1.	Fort- und Weiterbildungen	70
5.4.1.2.	Fachtagungen	74
5.4.1.3.	Massenkommunikative Maßnahmen	74
5.4.1.3.1.	Zeitschriftenartikel	74
5.4.1.3.2.	Hörfunk	74
5.4.1.3.3.	Zeitungen	75
5.4.1.4.	Vernetzungsbezogene Maßnahme	75
5.4.1.5.	Regionale Konsequenzen und Initiativen	75
5.4.2.	Maßnahmen mit überregionalem Schwerpunkt	76
5.4.2.1.	Fort- und Weiterbildungen	76
5.4.2.2.	Wissenschaftliche Vorträge und Poster	77
5.4.2.3.	Massenkommunikative Maßnahmen	80
5.4.2.3.1.	Hörfunk/Fernsehen	80
5.4.2.3.2.	Internet	80
5.4.2.4.	Vernetzungsbezogene Maßnahmen	80
5.5.	Ergebnisse der Survey-Umfrage II (Post-Erhebung; November 1999)	81
5.5.1.	Survey-II-Ergebnisse im Überblick	81
5.5.2.	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Regionen	83
5.5.3.	Interpretation der Survey-II-Ergebnisse	86

IV. Schluss	88
6. Konsequenzen aus den Projekterfahrungen und –ergebnissen	86
7. Schluss	87
8. Literaturverzeichnis	89
Anhang	95

Zusammenfassung

Der Thematik „Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien“ widmete sich seit 1996 eine Modellstudie im Auftrag des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland Pfalz. Kinder suchtkranker, insbesondere alkoholabhängiger Eltern, gelten als eine der größten Risikogruppen bezüglich der Entwicklung von Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter. Die Zahl der betroffenen Kinder von Alkoholikern im Alter bis zu 18 Jahren kann in Rheinland-Pfalz auf etwa 100.000 geschätzt werden (Bundesgebiet: ca. 2 Mill.). Mit der Projektstudie sollten die Grundlagen und ersten Schritte für eine verbesserte Prävention und Frühintervention für Kinder aus suchtbelasteten Kontexten (insbesondere Familien mit alkoholkranken Elternteilen) gelegt werden. In zwei Projektphasen wurden zunächst Merkmale von jungen Erwachsenen aus suchtbelasteten Familien untersucht, Hilfeinstitutionen in zwei Landkreisen (Altenkirchen, Daun) bezüglich ihres Wissens, Informations- und Vernetzungsstandes zur Thematik befragt und schließlich im Landkreis Altenkirchen als Modellregion lokale Aktivitäten zur Verbesserung der Frühinterventionen entwickelt. Danach fand eine erneute Befragung der Institutionen in den beiden Landkreisen statt, um festzustellen, ob die Projektmaßnahmen in der Modellregion zu messbaren Veränderungen geführt haben.

Die Befragungen von 434 jungen Erwachsenen aus suchtbelasteten Familien und Kontrollpersonen in der ersten Projektphase erbrachten für die erstgenannte Gruppe deutlich stärkere Problembelastungen in der Lebensgeschichte (schlechtere Familienatmosphäre, geringere soziale Unterstützungssysteme, mehr Schulprobleme, negativeres Elternverhalten) und schlechtere Werte für die aktuelle seelische Gesundheit (aktuelle Stimmungen, wahrgenommene Stärken, soziale Kompetenzen). Die Gruppe der jungen erwachsenen Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern zeigt sich damit insgesamt belasteter als die Gruppe der Normalprobandinnen und -probanden, wobei die Heterogenität innerhalb der Gruppe der erwachsenen Kinder von alkoholabhängigen Eltern erheblich bleibt.

Zu den initiierten Maßnahmen in der Modellregion zählen Weiterbildungen für psychosoziale Helferinnen und Helfer (z.B. aus den Bereichen Kindertagesstätten, ASD, Suchthilfe), massenmediale Informationen (z.B. durch Lokalzeitungen, Lokalradio, Internet) und Fachtagungen (z.B. im März 1999 in Mainz und im September 1999 in Altenkirchen).

Im Projektzeitraum hat sich außerdem eine Kindergruppe bei der Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes („Das sind wir!“) und eine Arbeitsgruppe aus psychosozialen Fachkräften und Betroffenen gebildet. Die Evaluation des Modellprojekts zeigt, dass sowohl die Handlungskompetenz als auch die Vernetzung der Teams zwischen den einzelnen Institutionen verbessert wurde und trägerübergreifende Kooperationen bei der Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien initiiert wurden.

Im Einzelnen gliedert sich der Ablauf des Projekts in drei Teile:

1. Theoretische Basis

Eine ausführliche Literaturanalyse, die insbesondere die amerikanische Forschung zum Thema „Kinder alkoholabhängiger Eltern“ berücksichtigte, machte deutlich, dass

Kinder in suchtbelasteten Familien einem klar erhöhten Risiko unterliegen, selbst psychische Störungen im Kindesalter, insbesondere Verhaltensprobleme und emotionale Störungen (Depressionen und Angststörungen) sowie Suchterkrankungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter zu entwickeln. Allerdings sind die Verhältnisse dabei alles andere als einfach. Zahlreiche Moderatorvariablen wirken protektiv oder pathologisierend. Als prognostisch wichtig haben sich genetische Variablen (insbesondere für männliche Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern) bezüglich der Alkoholverträglichkeit und der subjektiven Reaktionen auf Alkohol, Umweltfaktoren bezüglich der Trinknormen und der Exposition in suchtbelasteten Familien sowie psychologische Variablen bezüglich der Persönlichkeit, Emotionalität und des Sozialverhaltens erwiesen. Von entscheidender Bedeutung ist jedoch, dass nicht jedes belastete Risikokind eine ungünstige Entwicklung nehmen muss, sondern dass Kinder alkoholabhängiger Eltern eine erhebliche Binnenheterogenität aufweisen und nicht als homogene Gruppe betrachtet werden können. Als eine Quelle der Heterogenität kann die elterliche Komorbidität gelten, die einen bedeutsamen Einfluss auf die Unterschiede im Vergleich zwischen Kindern suchtkranker und nicht suchtbelasteter Eltern ausübt. Cloningers (1987) Modell der verschiedenen biopsychologischen Persönlichkeitsfaktoren liefert einen weiteren wichtigen differenzialdiagnostischen Aspekt, insofern als die vielfach gefundene Heterogenität in Untersuchungen mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien aus den verschiedenen Ausprägungsformen dieser Persönlichkeitsfaktoren resultieren können. Die Vielzahl der Einzelergebnisse liefert bislang jedoch ein wenig konsistentes Bild der Spezifität der Störungen der Kinder in suchtbelasteten Familien, d.h. welche familialen Konstellationen zu welchen Störungen führen. Es ist daher davon auszugehen, dass für diese Inkonsistenzen neben der schon erwähnten Heterogenität der Gruppe der Kinder alkoholabhängiger Eltern methodische Probleme bei der Definition von Variablen, ihrer Messung und der Rekrutierung von Stichproben verantwortlich sind. Hier sind auch Gen-Umwelt-Interaktionen in Betracht zu ziehen. Dies bedeutet, dass Personen nicht einfach planlos Umwelten auswählen und gestalten, sondern dass Person-Umwelt-Interaktionen auch auf genetischen Anlagen beruhen. Kinder würden demnach entsprechend ihren genetischen Anlagen gezielt auf Umweltstimuli reagieren und bestimmte Umwelten gegenüber anderen vorziehen, so dass sich in der Folge spezifische Verhaltensstile und Persönlichkeitseigenschaften mit höherer Wahrscheinlichkeit entwickeln als bei Kindern mit anderen Anlagen. Die Forschung bezüglich „Kinder in suchtbelasteten Familien“ muss daher genauer herausfinden, welche aktiven Verhaltensanpassungen diese Kinder vor und infolge der familiären Stresssituationen wählen und wie sie dann späterhin in selbst selektierten Peer-Gruppen die gelernten Verhaltensnormen vor dem Hintergrund ihrer genetischen Anlagen (z.B. bezüglich Alkoholverträglichkeit) umsetzen. Außerdem erweisen sich die meisten Symptome für Kinder aus Suchtfamilien als nicht spezifisch und kovariieren erheblich mit anderen Variablen. Auf vielen Ebenen ist mit differenziellen Effekten zu rechnen, so dass die möglichen Transmissionswege und die zu erwartenden Störungen als facettenreich und multidimensional zu bewerten sind. Dies ist eine Tatsache, der die meisten bisherigen Studien nicht ausreichend gerecht wurden. So wäre es z.B. dringend erforderlich, zwischen väterlichem und mütterlichem Alkoholismus zu unterscheiden, die Abhängigkeit beider Elternteile und mehrerer Generationen sowie mehr oder weniger großer Teile der Verwandtschaft („high familial density“) und der persönlichen Lebensumwelt zu berücksichtigen und ebenso verschiedene Formen von Alkoholismus (z.B. kontinuierliches vs. episodisches exzessives Trinken) zu unterscheiden. Aufschlussreich für die

Prävention kindlicher Verhaltensstörungen in Suchtfamilien ist insbesondere der Forschungsbereich der Resilienz. Damit ist jene Fähigkeit gemeint, trotz widriger Umstände psychische Gesundheit zu bewahren oder zu entwickeln. Wolin & Wolin (1995) kritisieren, dass gemäß dem vorherrschenden pathologieorientierten Forschungsparadigma bei erwachsenen Kindern aus Familien mit einem abhängigen Elternteil in erster Linie Psychopathologie und weniger gesunde Entwicklung untersucht werden. Sie stellen dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, das 'challenge-Modell' gegenüber, das Raum für positive Entwicklung lässt. Die Autoren identifizieren insgesamt sieben Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen sollen: *Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungen, Initiative, Kreativität, Humor und Moral.*

Durch eine Studie von Werner (1986) liegen differenzierte Ergebnisse zur Resilienz und protektiven Faktoren für Kinder in Suchtfamilien vor. Im einzelnen ergaben sich folgende individuell wichtige protektive Faktoren: Ein Temperament, das positive Aufmerksamkeit seitens der Umwelt hervorruft; durchschnittliche Intelligenz sowie mündliche und schriftliche Kommunikationsfähigkeit; stärkere allgemeine Leistungsorientierung; Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme; positives Selbstwertgefühl; internale Kontrollüberzeugung; Glaube an Selbsthilfemöglichkeiten. Als protektive Faktoren aus dem interaktionalen Bereich kommen hinzu: Viel Aufmerksamkeit seitens der Umwelt und keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters; keine weiteren Geburten in den beiden ersten Lebensjahren; keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr. Manche der potentiell wichtigen Zusammenhänge sind noch unzureichend erforscht. Dazu zählen u.a. die häufige Koinzidenz von familialem Alkoholismus und familialer Gewalt. Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass etwa jede dritte Gewalttat unter Alkoholeinfluss begangen wird (Klein, 1995), was für den Bereich der innerfamiliären Gewalt ein nicht zu unterschätzendes psychisches Deformationsrisiko der Kinder in sich birgt. Auch der Zusammenhang zwischen familialem Alkoholismus und Essstörungen, insbesondere bei Töchtern, ist weiter aufzuhellen. Die zeitliche Stabilität kindlicher Verhaltensstörungen im Kontext suchtblasteter Familien ist bislang ebenfalls kaum erforscht, obwohl es - wie Curran & Chassin (1996) meinen - Hinweise darauf gibt, dass kindliches Problemverhalten in diesen Kontexten über die Zeit hinweg sehr stabil bleibt. Auch die Weitergabe alkoholbezogener Störungen über mehrere Generationen (vertikale bzw. diagonale Transmission) oder über mehrere Verwandte der gleichen Generation (horizontale Transmission) ist ein ernsthaftes Risiko für Kinder in suchtblasteten Familien. Zumindest scheint es Hinweise zu geben, dass mit der Zahl der alkoholabhängigen Verwandten auch das Störungsrisiko für Kinder zunimmt (vgl. Sher, 1991). Im Extremfall kann in größeren Sippen bzw. Verwandtschaftsbeziehungen übermäßiges Trinken zur Normalität und kontrolliertes Trinken und Abstinenz zum abweichenden Verhalten werden. In diesem Falle wird die familiäre Konstruktion von Normalität für die Kinder der nachwachsenden Generation zum Imitations- und oft zum Erkrankungsrisiko. Von entscheidender Wichtigkeit für die psychische Gesundheit des Kindes in der alkoholbelasteten Familie ist seine kognitive Verarbeitung, d.h. seine Wahrnehmung und Bewertung, der allgemeinen und insbesondere der alkoholspezifischen intrafamiliären Abläufe.

II. Befragung junger Erwachsener aus alkoholbelasteten Familien

Im zweiten Teil der Projektstudie erfolgte eine umfangreiche Befragung junger

Erwachsener aus alkoholbelasteten Familien im Alter zwischen 18 und 30 Jahren sowie Kontrollpersonen aus unbelasteten Familien. Diese retrospektive Befragung von insgesamt 434 Personen, die z.T. in stationären Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführt wurde, verdeutlicht die besonderen Sozialisationsbedingungen von Kindern in suchtblasteten Familien. Etwa die Hälfte der befragten Personen (48.6%) gab an, dass bei einem oder beiden Elternteil(en) ein Alkoholproblem vorliegt. Die Befragten wurden danach eingeteilt, inwieweit sie aus einer alkoholbelasteten Familie stammten. Die beiden Gruppen wurden hinsichtlich demographischer Merkmale, Abhängigkeiten in der nahen Verwandtschaft sowie differenziert zur vorherrschenden Familienatmosphäre, Schulverhalten, Symptomen von Co-Abhängigkeit sowie aktuellem Befinden und aktueller Kompetenzen verglichen.

Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich einige wichtige demographische Unterschiede. Die jungen Erwachsenen mit einem elterlichen Suchthintergrund hatten im Vergleich zu den unbelasteten Jungerwachsenen einen niedrigeren Schulabschluss und waren schon öfter berufstätig, während ihre Altersgenossen dementsprechend häufiger studierten. Die Probandinnen und Probanden mit elterlicher Alkoholismusbelastung waren signifikant öfter verheiratet bzw. getrennt lebend/geschieden. Sie hatten signifikant häufiger eine Trennung der Eltern vor dem 18. Lebensjahr erlebt. Bei den anderen Merkmalen (Alter, Ausbildung, Geschwisterposition) ergaben sich keine Unterschiede. Wenn eine elterliche Abhängigkeit festzustellen war, berichteten die Probandinnen und Probanden auch deutlich häufiger über abhängige Großväter und Großmütter als die in der Elterngeneration nicht belasteten Vergleichspersonen. Ihre Kindheit und Jugend beschrieben die Abkömmlinge alkoholabhängiger Eltern deutlich negativer als die Abkömmlinge unbelasteter Eltern. Sie erlebten ihre Eltern als eher nicht liebenswert, weniger positiv und verständnisvoll. Dies ging einher mit deutlich häufigeren Angaben von körperlicher und seelischer Gewalt in der Familie. Das Verhältnis zur Hauptbezugsperson in der frühen Kindheit wurde deutlich angespannter wahrgenommen. Kinder alkoholabhängiger Eltern berichteten, sie seien als Baby eher unwillkommen und schwer zu handhaben gewesen, eher pflegeintensiv, unangenehm und insgesamt eher eine Last für die Eltern gewesen. Weiterhin schätzten sie die familiäre Atmosphäre in Kindheit und Jugend deutlich aversiver und belastender ein als die Vergleichsgruppe. Auch die Peers, mit denen die Risikoprobandinnen und -probanden überwiegend zusammen waren, wurden eher als ziellos, oft berauscht, unzuverlässig, sozial unangepasst und als problematisch und aggressiv beschrieben. Die Mitglieder der Risikogruppe berichteten über deutlich weniger vertrauensvolle Personen in Kindheit und Jugend und fanden bei Familienangehörigen deutlich weniger Beistand und Trost. Im Schulverhalten zeigten sich ebenfalls Auffälligkeiten bei den jungen Erwachsenen mit elterlicher Alkoholsucht: Sie bezeichneten sich eher als Einzelgänger und als weniger intelligent. Die aktuell vorherrschende Stimmung der jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien war insgesamt ebenfalls deutlich bedrückter und belasteter als die der Kontrollpersonen. Bezüglich aktueller kompetenter Verhaltensweisen beurteilten sie sich dagegen auf 7 von 13 Skalen als genauso kompetent wie die Mitglieder der Vergleichsgruppe. Auch bei den sozialen Kompetenzen nahmen sie sich auf 16 von 19 Merkmalen genauso kompetent wahr wie die Personen der Vergleichsgruppe. Die Probandinnen und Probanden mit elterlicher Abhängigkeit waren allerdings eher gefährdet, co-abhängige Verhaltensweisen zu zeigen: Von 38 Skalen zu Symptomen von Co-Abhängigkeit schrieben sie sich auf 29 Merkmalen eher co-abhängiges Verhalten zu. Die 13 von Woititz (1990) als charakteristisch für Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bezeichneten

Merkmale trafen insgesamt eher für die Risikoprobandinnen und -probanden zu. Die Befragungsergebnisse hinsichtlich vorhandener Ressourcen zeigen, dass sich Risikopersonen in etwa gleichem Maße positive Eigenschaften zuschreiben wie Kontrollpersonen.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die in angloamerikanischen Studien gefundenen Zuschreibungen. Demnach erleben Kinder in suchtblasteten Familien öfter **eine familiäre Umwelt, die von Disharmonie, Vernachlässigung, Gewalt und Lieblosigkeit** geprägt ist. Dies führt zu problematischen Situationen in Kindheit und Jugend und kann im späteren Erwachsenenalter zu einer bedeutsamen Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Gleichzeitig sind aber auch kompetente soziale Verhaltensweisen vorhanden, die einen Ausgangspunkt für spätere Interventionen bieten. Zu beachten ist bei der untersuchten Stichprobe, dass es sich aufgrund der großen Zahl von Personen in klinisch-stationären Einrichtungen in der Mehrzahl um Personen handelt, die in verschiedenen Kontexten auffällig geworden sind und daher nicht als repräsentativ für alle Erwachsene mit und ohne elterliche Abhängigkeit gelten können. Die Ergebnisse verdeutlichen aber die schwierigen familiären Bedingungen von Kindern aus suchtblasteten Familien und begründen die Notwendigkeit von Maßnahmen der Prävention und Frühintervention.

III. Survey-Analyse der psychosozialen Infrastruktur in Modell- und Kontrollregion

Die Analyse der Ist-Situation und der Prozessergebnisse hat eine Fülle von Einzelresultaten erbracht. Hier sollen nun summarisch die wichtigsten resümiert werden: Es wurden mit den Landkreisen Altenkirchen (Westerwald) und Daun (Eifel) zwei ländliche Regionen in Rheinland-Pfalz zur Erhebung der interessierenden Variablen im Rahmen einer Surveybefragung bei pädagogischen, psychosozialen und medizinischen Helfern ausgewählt. Diese Auswahl entspricht der vorherrschenden demographischen Struktur in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz. 311 Adressaten aus dem Landkreis Altenkirchen und 171 aus dem Landkreis Daun erhielten zu zwei Zeitpunkten einen identischen Kurzfragebogen („Survey-Instruments“), mit dem Wissen, Einstellungen, Stand der Vernetzung und Entwicklungsbedürfnisse im Hinblick auf das Thema „Kinder von Suchtkranken“ erhoben wurden. Die Beantwortung des Fragebogens beanspruchte nicht mehr als 10 Minuten. Der Fragebogen wurde den Adressaten mit einem entsprechenden Anschreiben im Juni 1997 (Prä-Erhebung = Survey-I) und im November 1999 (Post-Erhebung = Survey-II) jeweils einmal zugesandt. Der Rücklauf auswertbarer Fragebögen betrug beim Survey-I 21.3% und beim Survey-II 15.8%. Im Zeitraum zwischen den beiden Befragungen waren in der Modellregion Altenkirchen zahlreiche Maßnahmen in den Bereichen Fort- und Weiterbildung, massenmedialer Kommunikation, Förderung der lokalen Vernetzung und Initiierung regionaler Initiativen geschehen. Während zum ersten Untersuchungszeitpunkt 48.4% der Befragten angaben, dass sie nicht erkennen würden, wenn ein Kind aus einer suchtblasteten Familie ihre Hilfe in Anspruch nähme, waren es beim zweiten Zeitpunkt 51.9%. In der Modellregion zeigte sich jedoch mit 37.9% (Survey-II) im Vergleich zu 43.1% (Survey-I) eine erkennbare Verbesserung hinsichtlich dieser Frage, so dass die Verschlechterung des Gesamtwerts ganz zu Lasten der Kontrollregion geht. Mit einem Wert von 83.7% (Survey-II) beantworteten Adressaten aus dem wichtigen Bereich der Grundschule diese Frage besonders häufig in die Richtung, dass sie sich das Erkennen des spezifischen familiären Hintergrunds nicht zutrauten. Deutlich günstiger sind dagegen inzwischen die Ergebnisse aus dem Bereich der Kindergärten/Kindertagesstätten. Die Antwortenden und Antwortende aus

der Modellregion zeichnen sich außerdem dadurch aus, dass sie für das mögliche Vorhandensein einer familiären Suchtproblematik stärker sensibilisiert sind als die Antwortter aus der Kontrollregion. In Übereinstimmung mit Ergebnissen repräsentativer epidemiologischer Forschungen (Lachner & Wittchen, 1997) gehen sie davon aus, dass in 16% der Familien eine Suchtproblematik besteht. Bei den Antwortern aus der Kontrollregion belief sich die Einschätzung auf nur 11.8%. Allerdings weisen die Daten aus der Modellregion auf eine leichte Überschätzung des Lebensrisikos, selbst suchtkrank zu werden, hin. Die Bereitschaft, adäquate Hilfeinstanzen einzuschalten, wenn sie merkten, dass die Probleme eines Kindes durch familiäre Suchtprozesse (mit-)bedingt seien, ist mit etwas mehr als 85% zu beiden Befragungszeitpunkten relativ hoch. Die Frage, ob dies tatsächlich schon einmal geschehen ist, beantworten jedoch zum zweiten Befragungszeitpunkt nur 72.9% positiv. Dies bedeutet aber dennoch im Unterschied zum Survey-I eine Steigerung um fast 13 Prozentpunkte. Am häufigsten geschieht mit 89.5% eine solche Weitervermittlung dann, wenn der Ansprechpartner in der Zielinstitution persönlich bekannt ist. Bezüglich der Wirksamkeit frühinterventiver Maßnahmen äußern sich knapp 55% der Antwortterinnen und Antwortter aus beiden Regionen positiv. Dies bedeutet aber auch, dass 45% der befragten Expertinnen und Experten nicht an die mögliche Wirksamkeit frühinterventiver Maßnahmen für Kinder aus alkoholbelasteten Familien glauben.

IV. Maßnahmen zur Sensibilisierung und Weiterbildung

Während der Laufzeit des Projekts zwischen den beiden Survey-Erhebungen fanden konzeptgemäß vielfältige Maßnahmen zum Themenbereich „Kinder suchtkrankter Eltern“ statt. Diese hatten zum Ziel, die breite Öffentlichkeit für die Problemlagen der Kinder alkohol- und drogenabhängiger Eltern zu sensibilisieren und die Fachkräfte, insbesondere der Jugend- und Suchthilfe, problem- und lösungsfokussiert weiterzubilden. Die Maßnahmen wurden einerseits mit einem lokalen Schwerpunkt im Kreis Altenkirchen durchgeführt, da hierdurch nachweisbare Veränderungen in der Modellregion erreicht werden sollten. Andererseits fanden gezielt auch überregionale Maßnahmen statt, um sicherzustellen, dass – vor allem unter einer langfristigen Perspektive – Expertise und Kompetenz zum Themenbereich „Prävention und Frühintervention“ bei Kindern suchtkrankter Eltern auch landesweit und darüber hinaus verbreitet wird. Zur Gruppe der letztgenannten Aktivitäten zählten auch vielfältige wissenschaftliche Veröffentlichungen und Kongressvorträge, die sich teilweise direkt aus den zwischenzeitlich gewonnenen Projektergebnissen herleiteten, teilweise aber auch aus dem gesamten vorhandenen Wissensfundus zum Thema stammten. Im Einzelnen fanden im Landkreis Altenkirchen eine eintägige Fortbildung für ca. 20 Erzieherinnen, eine sechstägige Fortbildungsreihe für Fachkräfte aus den Bereichen Jugendhilfe, Suchthilfe, Kindertagesstätten und Schulen, ein eintägiges Seminar für Adoptiv- und Pflegeeltern aus der Region sowie zum Abschluss des Projekts eine Fachtagung mit ca. 100 psychosozialen Fachkräften aus der Region statt. Als überregionale Aktivitäten wurde ein Arbeitstreffen für Fachkräfte zum Thema „Kinder von Suchtkranken“ mit ca. 90 Teilnehmern aus ganz Rheinland-Pfalz in Mainz durchgeführt und ein Vortrag bei der Deutsch-Französisch-Schweizerischen Oberrheinkonferenz für deutsche, französische und schweizerische Fachkräfte gehalten. Außerdem wurden zahlreiche themenbezogene wissenschaftliche Publikationen veröffentlicht und Kongressvorträge gehalten. Aus den bisherigen Erfahrungen des Projekts,

insbesondere in der Modellregion Altenkirchen, wurde zum Abschluss der Projektlaufzeit eine achttägige Fortbildungsreihe mit dem Titel „Kinder von Suchtkranken – erkennen und helfen“ in der Trägerschaft des Sozialpädagogischen Fortbildungszentrums (Mainz) und des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen konzipiert, die ab dem Jahre 2000 im Programm verzeichnet ist.

I. Herleitung und Darstellung des Modellprojekts

1. Die Situation der Kinder in suchtblasteten Familien

1.1. Zahlen und Fakten zum Problem

In Deutschland gibt es nach offiziellen Schätzungen etwa 2,5 Millionen alkoholabhängige Menschen und weitere 3,5 bis 4 Millionen Menschen mit schädlichem Alkoholgebrauch. Etwa 70% der alkoholabhängigen Personen sind Männer ab 20 Jahren aufwärts. Schätzungen gehen davon aus, dass damit auch **mindestens 2 Millionen Kinder direkt von den Auswirkungen der Abhängigkeit betroffen** sind. Die Zahl der betroffenen Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern im Alter zwischen 0 und 18 Jahren kann in Rheinland-Pfalz auf **etwa 100.000** geschätzt werden (Bundesgebiet: ca. 2 Mill.).

In einer Vielzahl von Studien wurde außerdem nachgewiesen (z.B. Cotton, 1979; McKenna & Pickens, 1981; Hesselbrock et al., 1982; Zobel et al., 1994), dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits ein Elternteil oder beide abhängig waren. Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern müssen daher als Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit angesehen werden. Im Folgenden wird für die **Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern** der Terminus **COA, children of alcoholics**, benutzt, der in der angelsächsischen Forschung üblich ist und in der gesamten internationalen Forschung einen fest eingeführten „terminus technicus“ darstellt.

In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich zudem, dass speziell Söhne von Alkoholabhängigen als junge Erwachsene auf Alkohol anders reagieren als Vergleichspersonen, und zwar sowohl subjektiv als auch physiologisch (siehe zusammenfassend Pollock, 1992). Im einzelnen ergab sich, dass sie einerseits die berauschenden Effekte des Alkohols erst bei einer höheren Konzentration wahrnahmen, also mehr trinken mussten, um den gleichen berauschenden Effekt zu spüren wie Vergleichspersonen, wobei sie die später einsetzenden unangenehmen Effekte ebenfalls in geringerem Maße wahrnahmen. Andererseits wurde für Söhne von Abhängigen eine erhöhte Stressdämpfung nach Alkoholkonsum nachgewiesen (Levenson et al., 1987), so dass Alkoholtrinken von diesen funktional positiver erlebt wird. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass eine dispositionell erhöhte Toleranz in Bezug auf Alkohol sowie erhöhte Stressdämpfungseffekte entscheidende Risikofaktoren für die Entwicklung von Abhängigkeit, speziell bei Söhnen von Abhängigen, darstellen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass **Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen**. Offensichtlich ist auch, dass für Kinder in suchtblasteten Familien das Risiko der Erkrankung an anderen psychischen Störungen (insbesondere Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) deutlich - wenn auch nicht so stark wie für Abhängigkeitserkrankungen - erhöht ist (Velleman, 1992).

Neben den psychophysiologischen Alkoholwirkungen sind in der Familienumwelt der Kinder weitere relevante Risikofaktoren zu sehen. Bedingt durch die Abhängigkeit eines Elternteils - in den meisten Fällen des Vaters - verändert sich die Dynamik in den betroffenen Familien grundlegend. Die Familienatmosphäre bringt es meist mit sich, dass die Kinder sich oft selbst überlassen sind und Aufgaben übernehmen müssen, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch nicht gewachsen sind. Außerdem werden eine mangelhafte elterliche Beaufsichtigung („parental monitoring“), weniger Eltern-Kind-Interaktionen und eine chronisch stresshafte Familienatmosphäre als wichtige Risikovariablen für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen berichtet. Von Klinikern wird oft unterstrichen, dass diese Kinder frühreifes, erwachsenes und somit altersunangemessenes Verhalten zeigen (Black, 1988; Woititz, 1990), indem sie in ihren Familien übermäßig viel Verantwortung für zahlreiche tägliche Abläufe übernehmen. In diesem Zusammenhang haben eine Reihe von Autorinnen Konzepte entwickelt, die die Situation der Kinder anschaulich vor Augen führen sollen. Am bekanntesten sind die sogenannten Rollenmodelle nach Black (1988) und Wegscheider (1988) geworden. Nach diesen Modellen sind COA gefährdet, bestimmte Rollen in fixierter und rigider Form zu lernen und auszuführen, so dass sie selbst im Erwachsenenalter noch dysfunktionales Rollenverhalten zeigen können. Zu den beschriebenen Rollen zählen u.a. der „Familienheld“, der „Sündenbock“, das „unauffällige Kind“ und der „Clown“.

Jedoch ist ausdrücklich nicht davon auszugehen, dass alle Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholiker eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln müssen. Vielmehr spielen zahlreiche Faktoren bei der Transmission von Störungen eine wichtige Rolle. Einzelne Moderatorvariablen vermögen das Risiko in einer verstärkenden oder abschwächenden Form zu beeinflussen. Es zeichnet sich dabei ab, dass Merkmale der Familienumwelt, Persönlichkeitseigenschaften, Kognitionen und biologische Dispositionen des Kindes interagieren und letztendlich das Auftauchen sowie die Ausprägung von psychischen Störungen bestimmen. Trotz einiger Bemühungen um Verbesserung der Praxis- und Forschungssituation sind die Forschungs- und Behandlungsdefizite nach wie vor immens. Kinder von Suchtkranken sind immer noch eine vernachlässigte Problemgruppe in Forschung und Praxis. Dies gilt für Deutschland in noch stärkerem Maße im Vergleich zu Skandinavien und den USA (Klein, 1996a).

1.2. Defizite in der Hilfe- und Versorgungssituation

Nach jahrelangem Zögern geraten nun die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einem abhängigen Elternteil immer deutlicher ins Bewusstsein der Suchtkrankenhilfe. Eine steigende Anzahl von Beratungsstellen widmet sich diesem Thema in ihrer praktischen Arbeit und bietet angemessene Hilfen für die Betroffenen. Das Thema lädt allerdings dazu ein, hier von einer in sich geschlossenen Gruppe von Menschen zu sprechen, die alle annähernd gleiche familiäre Erfahrungen gemacht haben und folglich alle ähnliche Symptome aufweisen müssen. In den meisten Büchern und Zeitschriften wird dann auch oft pauschal von *den* „Kindern von Abhängigen“ oder *den* „erwachsenen Kindern von Abhängigen“ gesprochen, ohne dabei notwendige Differenzierungen vorzunehmen. Eine Vielzahl von Studien weist allerdings nachdrücklich darauf hin, dass es sich bei den COA um eine sehr heterogene Gruppe von Menschen handelt, die zwar untereinander

Gemeinsamkeiten, aber auch klare Unterschiede aufweisen (Burk & Sher, 1988; D'Andrea et al., 1994; Heller et al., 1982). So ist es etwa ein Unterschied, ob *ein* Elternteil abhängig ist oder *beide*. Es macht auch einen Unterschied, ob der *Vater* oder die *Mutter* abhängig ist. Es wirkt sich ferner höchst unterschiedlich aus, ob neben dem Alkoholproblem noch andere Störungen bei den Eltern vorliegen, insbesondere eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Es macht auch einen Unterschied, ob der Elternteil noch aktiv trinkt oder schon seit Jahren trocken ist. Es macht einen Unterschied, ob man über *Söhne* oder über *Töchter* redet. Und es macht einen großen Unterschied, ob man sich mit *Störungen* und *Auffälligkeiten* bei den Betroffenen beschäftigt - wie es meistens der Fall ist - oder ob *gesunde Anteile* und *seelische Gesundheit* mit einbezogen werden.

Die moderne Konzeptionalisierung des Themas „Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern“ geht sehr stark auf die Veröffentlichung von Margret Cork „The forgotten children“ (1969) zurück, in der betroffene Kinder ausführlich interviewt worden waren und verschiedene Symptome dieser Kinder im Schulalter dargestellt wurden. Im Weiteren erschien 1979 ein wichtiger Beitrag von Nancy Cotton zur familiären Häufung von Alkoholismus, der nach Durchsicht von 27 Studien mit insgesamt 4902 Probandinnen und Probanden die Gefährdung von Personen mit elterlicher Abhängigkeit für ein eigenes Suchtproblem deutlich machte. Es zeigte sich in dieser Überblicksarbeit, dass fast ein Drittel der Eltern von abhängigen Personen ebenfalls abhängig war im Gegensatz zu 5% der Eltern von nicht-abhängigen Personen. Danach wurde das Konzept insbesondere außerhalb der etablierten wissenschaftlichen Forschung durch maßgebliche Arbeiten von Black (1988), Wegscheider (1988), Woititz (1990) und im deutschen Sprachraum Lambrou (1990) vorangetrieben. Die Autorinnen machten mit ihren primär populärwissenschaftlichen Arbeiten das Thema einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich und stellten gleichzeitig praxisnahe Modelle für die „Familienkrankheit Alkoholismus“ vor.

Demnach kann sich in einer Familie mit einem Alkoholproblem kein Mitglied dem Geschehen entziehen, da die Abhängigkeit eines Elternteils das tägliche Leben aller Beteiligten grundlegend verändert. Wenn der Vater der trinkende Elternteil ist, versucht die Ehefrau oft am Anfang noch, das Familienleben weiterhin am Leben zu erhalten. Sie reagiert anfänglich mit Verständnis auf das immer häufiger auftretende Trinken des Ehemannes: Sie findet Erklärungen für das gehäufte Trinken, fängt Reaktionen der Umwelt ab, übernimmt für ihn Verantwortung und spielt den Alkoholmissbrauch herunter. Mit der Zeit wird sie jedoch aufgrund der immer wieder gebrochenen Versprechen des Mannes, nicht mehr zu trinken bzw. weniger zu trinken, zunehmend frustrierter. Es kommt zu Streit und Auseinandersetzungen, zu massiven Kontrollversuchen der Ehefrau, zu Gefühlen von Wut und Hass auf den Abhängigen, der das eigene Leben nachhaltig prägt und trotz aller Versprechungen und Drohungen immer weiter trinkt. Schließlich kippt die Schonhaltung dem Abhängigen gegenüber ins Gegenteil. Ständige Vorwürfe wechseln mit eisigem Schweigen, der abhängige Partner wird zum Sündenbock für alle Probleme, worin dieser wiederum einen Grund zum Trinken sieht. Das bleibt oft nicht ohne Folgen für die eigene psychische Stabilität der Beteiligten. Die Ehefrauen von Abhängigen werden demzufolge oft als hart, kontrollierend, gereizt oder abweisend beschrieben. Die Atmosphäre in Familien mit einem Alkoholproblem wird ähnlich als angespannt, unberechenbar und willkürlich geschildert. Die Kinder erleben in der Regel nicht einen, sondern zwei Väter: Je nach Intoxikationszustand einen nüchternen und einen betrunkenen. Der im nüchternen Zustand ruhige und besonnene Vater kann unter

Alkohol zum aggressiven Täter werden, der, wenn er wieder nüchtern ist, reumütig und mit schlechtem Gewissen Versprechungen abgibt, die allerdings genauso flüchtig sind wie der Alkohol. Die Kinder entwickeln deshalb eine feine Beobachtungsgabe, um Stimmungsschwankungen beim Abhängigen bereits in einem frühen Stadium erkennen zu können. Sie werden zu Reagierenden und beobachten genau die Mimik und Gestik des Abhängigen, riechen, ob er eine „Fahne“ hat und achten genau auf Tonfall und Lautstärke des Sprechens, um beurteilen zu können, ob und wieviel er getrunken hat. Sie verleugnen die schmerzhaften Gefühle, die mit den wiederholten Enttäuschungen verbunden sind und entwickeln entsprechende Abwehrmechanismen. Woititz (1990) geht davon aus, dass den Kindern insbesondere elterliche Wärme, klar definierte Grenzen, eine respektvolle Behandlung, Anleitung bei Problemen sowie die Förderung von Kompetenzen fehlen. Da sie in jungen Jahren kaum eine Vergleichsmöglichkeit mit normalem Verhalten haben, sehen sie das Verhalten des abhängigen Elternteils als normal an, bis sie später erfahren, dass andere Väter oder Mütter nicht so viel trinken und sich in der Familie völlig anders verhalten.

Es ist jedoch aus der Perspektive der zu Versorgenden festzuhalten, dass das Hilfe- und Versorgungssystem bislang unzureichend auf die Situation und die Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern – aufgezeigt am Beispiel der Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern – eingestellt ist. Bis zum Beginn des Projekts existierten in Deutschland nur einzelne Modellprojekte, die meist auf der Basis einer nur kurzfristig gesicherten Finanzierung Hilfen für Kinder von Suchtkranken anboten (vgl. Dilger, 1994). Dies ist umso überraschender, da COA erwiesenermaßen (vgl. West & Prinz, 1987) die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung einer Suchtstörung darstellen. Im Sinne einer Schwerpunktprävention sind hilfreiche Ansätze für diese Risikogruppe dringend nötig. Dieser Problematik an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe widmete sich das vorliegende Forschungsprojekt. Die Maßnahmen und Ergebnisse der dreijährigen Projektphase sind im Folgenden ausführlich dargestellt.

2. Darstellung des Modellprojekts

2.1. Ausgangslage

Wie einleitend dargelegt, gelten Kinder in suchtblasteten Familien als eine besondere Risikogruppe bezüglich der Entwicklung von Störungen im Kindesalter (insbes. Hyperaktivität, antisoziales Verhalten, Schulleistungsversagen, Ängste, Depressivität, Suizidalität) und im Erwachsenenalter (insbesondere Suchtkrankheiten, aber auch antisoziales Verhalten, bisweilen Gewalttätigkeit und Kriminalität, Angststörungen, Essstörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen u.a.).

Dabei ist anzumerken, dass zwar nicht alle Kinder aus suchtblasteten Familien Störungen entwickeln, aber dass es sich doch um einen erheblichen Teil, der weit über der Erwartungswahrscheinlichkeit einer Normalpopulation liegt, handelt. So werden z.B. im Laufe ihres Lebens nach **amerikanischen Studien etwa 30% bis 40% selbst suchtkrank**. In Multiproblemfamilien, d.h. solchen, in denen neben der elterlichen Alkoholabhängigkeit noch weitere Symptome vorliegen, liegt die entsprechende Quote noch deutlich höher. Der Anteil derjenigen Personen aus suchtblasteten Familien, die andere psychische Störungen (z.B. im Bereich affektiver Psychosen, Angststörungen,

Schizophrenien, psychosomatischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen) entwickeln, lässt sich bisher nicht exakt quantifizieren. Auch der Anteil an kindlichen Verhaltens- und Erlebensstörungen ist erheblich, kann jedoch bis heute ebenfalls nicht genau quantifiziert werden.

Abbildung 1 verdeutlicht die möglichen pathogenen und salutogenen Entwicklungsverläufe für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Außer dem Transmissionsrisiko für eine eigene Abhängigkeitsentwicklung („homopathologisch“) liegen für die anderen Entwicklungswege keine auch nur annähernd verlässlichen Daten vor. Selbst Schätzungen entbehren meist jedweder empirischen Grundlage.

Wege der Transmission von Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen in Familien:

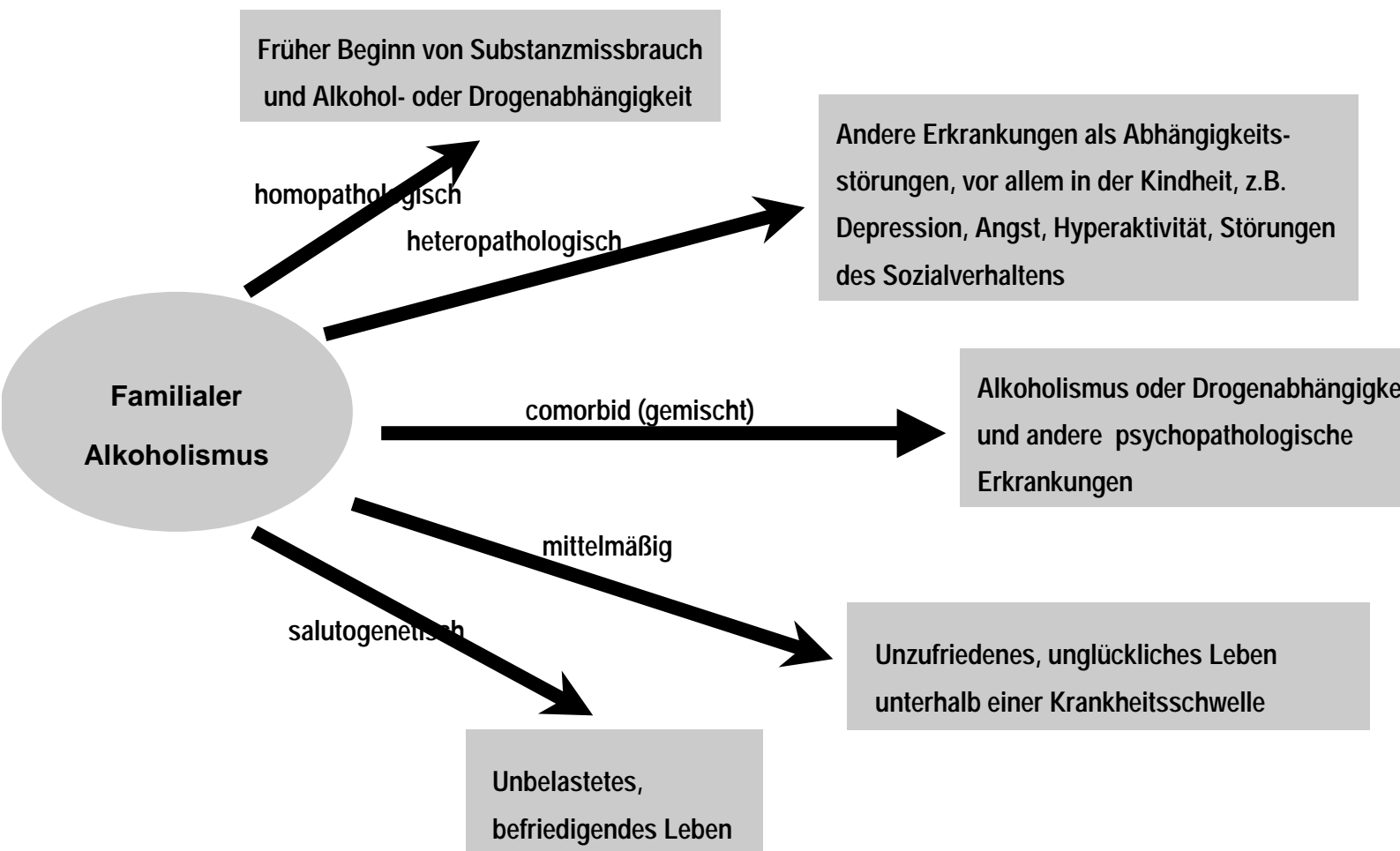


Abbildung 1. Transmissionswege von Störungen bei familialem Alkoholismus (aus: Klein & Zobel, 1999).

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird, können grundsätzlich fünf Transmissionswege unterschieden werden. Neben dem schon erwähnten homopathologischen Weg mit einer Erwartungswahrscheinlichkeit von ca. 30% bezüglich der Entwicklung von Suchterkrankungen, sind der heteropathologische Weg (suchtkranker Elternteil – psychische Störungen bei den Kindern), der komorbide Weg (Eltern suchtkrank, ggf. mit psychiatrischer Zusatzdiagnose – Kinder, Jugendliche und Jungerwachsene mit komorbiden Störungen, bestehend aus einer Suchtstörung und einer weiteren psychiatrischen Diagnose) von Bedeutung. Recht wenig bekannt ist der vierte Transmissionspfad, der den Betroffenen dysphorisches, unzufriedenes Lebensgefühl bringt, ohne dass sie eine direkt behandlungsbedürftige Diagnose aufweisen. Bezüglich dieser Transmissionswege sind allerdings kaum brauchbare epidemiologische Daten vorhanden. Erst in jüngster Zeit haben die Untersuchungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (Lachner & Wittchen, 1997) gezeigt, dass bei den Kindern von alkoholmissbrauchenden oder –abhängigen Eltern psychische Störungen in der Altersspanne zwischen 14 und 24 Jahren weit verbreitet sind. Am häufigsten ließen sich mit 24.8% phobische Störungen (darunter z.B. die Sozialphobie) finden.

Von besonderem Interesse für künftige Präventions- und Frühinterventionsansätze könnten die protektiven, salutogenen Faktoren werden, also jene Bedingungen, die ein Kind trotz ungünstiger Umfeldbedingungen davor schützen, seelisch krank zu werden. Diese sind im fünften und letzten Transmissionspfad („salutogenetisch“) dargestellt. Sie spielen daher in unserem Projekt eine besonders bedeutsame Rolle, da sie notwendiges Wissen zur Gestaltung präventiver Programme generieren können.

Selbst im pränatalen Stadium drohen den noch ungeborenen Kindern schon Gefahren durch übermäßigen Alkoholkonsum der Schwangeren. Wie verschiedene Studien zeigen, ist etwa jedes 300. Neugeborene in Deutschland alkoholembryopathisch geschädigt (Löser, 1995). In Rheinland-Pfalz wären damit etwa 100 Neugeborene jährlich betroffen. Daher war es naheliegend, auch Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Gynäkologie und Pädiatrie in die Befragungen im Rahmen des Projektes einzubeziehen, über die im Folgenden berichtet wird.

2.2. Ziele und Inhalte des Projekts

Mit unserer Projektstudie sollen die Grundlagen und ersten Schritte für eine verbesserte Prävention und Frühintervention für Kinder im suchtbelasteten Kontext gelegt werden. Das Projekt wurde für eine Laufzeit von drei Jahren (01.12.96 bis 30.11.99) durchgeführt. Für diesen Zeitraum war die Bearbeitung und Erforschung folgender fünf Fragestellungen vorgesehen. Der vorliegende Abschlussbericht informiert über die Ergebnisse zu den folgenden fünf Zielen:

1. Welche Erfahrungen machen Kinder in Suchtfamilien? Welche Risiken erwachsen daraus?

Nachdem bereits eine ausführliche Literaturanalyse zum Forschungsthema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ erfolgt war, schloss sich dann eine *retrospektive Analyse der Risikofaktoren für Kinder in suchtbelasteten Familien*

an. Dafür wurden Erhebungen in verschiedenen rheinland-pfälzischen Institutionen¹ durchgeführt. Diese fanden im einzelnen statt in Suchthilfeeinrichtungen (z.B. in Kirchheimbolanden, Schalkenmehren, Wied, Eußerthal, Darscheid, Rieden u.a.), Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik, Kinder- und Jugendheimen (z.B. Haus Don-Bosco, Helenenberg) sowie anderen Spezialeinrichtungen (z.B. Jugendstrafvollzug) und bei Kontrollgruppen (z.B. durch Zeitungsanzeigen, bei Studierenden, bei Meisterschülern usw.). Die Erhebung konzentrierte sich fast ausschließlich auf Institutionen in Rheinland-Pfalz.

Dafür wurden junge Erwachsene (18- 35 Jahre) mittels eines speziell entwickelten Fragebogens² (dieser umfasst: Familiengeschichte, Persönlichkeit, spezielle suchtaffine Verhaltensweisen, Ressourcen, Rollenverhalten) untersucht. Die Bearbeitungszeit des Instruments betrug durchschnittlich 60 bis 70 Minuten. Die Zahl der vollständig ausgefüllten Fragebögen beläuft sich auf 434 (zu den Ergebnissen siehe im Folgenden ausführlich Kapitel 2).

Ziel dieses ersten Untersuchungsschrittes war die Gewinnung differenzierter Ergebnisse zur anschließenden Umsetzung im Rahmen von Frühintervention und Prävention auf der Ebene betroffener Kinder und Jugendlicher.

2. Wie sind die Hilfeinrichtungen in Bezug auf Prävention und Frühintervention für Kinder aus suchtbelasteten Familien vorbereitet? Worin bestehen ihre Stärken und Schwächen?

Zunächst erfolgte eine Analyse der Ist-Situation bzgl. Prävention und Frühintervention für COA bei *Trägern der sozialen, medizinischen und pädagogischen Hilfen* in Rheinland-Pfalz. Hierfür wurde mit dem Landkreis Altenkirchen eine überwiegend ländliche Modellregion im Lande Rheinland-Pfalz ausgewählt, in der bereits ein erkennbares Interesse der Jugendhilfe- und Suchthilfevertreter an dem Thema bestand, das sich darin äußerte, dass sich die entsprechenden Institutionen aus dem Landkreis nach einer thematischen Ausschreibung des Ministeriums um das Projekt bewarben.

Dadurch sollten sowohl die spezifischen, im Lande Rheinland-Pfalz vorherrschenden Bedingungen ländlicher Lebensformen in einem Flächenland abgebildet werden als auch gute Startmöglichkeiten für ein in kurzer Zeit zu realisierendes Praxisprojekt geschaffen werden. Gleichzeitig wurde mit dem Landkreis Daun eine strukturähnliche Kontrollregion ausgewählt, in der dieselben Prä-Post-Erhebungen durchgeführt wurden, in der jedoch keine spezifischen Maßnahmen, Initiativprojekte und Trainings seitens des Modellprojekts erfolgten. Für beide Regionen wurde ferner eine differenzierte psychosoziale Datenbank mit demographischen, bevölkerungs- und psychosozialen Daten erstellt. Im Rahmen dieses Abschlussberichts werden die groben Rahmendaten der beiden Regionen berichtet.

Als Zielpersonen und –institutionen einer breit angelegten Analyse der sozialen,

¹ Den Leitungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Institutionen gilt ein Dank für ihre Kooperation und Mithilfe. Ein besonderer Dank jenen Personen, die durch die Bearbeitung und das Ausfüllen des Fragebogens diesen Teil der Studie erst möglich gemacht haben.

² Interessierten Leserinnen und Lesern wird dieser Fragebogen auf Wunsch gerne zur Verfügung gestellt.
Anforderungsadresse: RIAS, Obere Grabenstraße 12, 56727 Mayen.

medizinischen und pädagogischen Hilfen kommen insbesondere in Frage: *Jugendamt, Suchthilfe, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Krankenhäuser* (allgemeine, psychiatrische und pädiatrische), *Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer* (vor allem: Grundschule und Sekundarstufe I), *niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, Kinderheime, Kinderkliniken, Pflegefamilien, Sportvereine, Kinderschutzdienste, Jugendstrafvollzug, Frühförderungseinrichtungen, Krankenversicherungen, Verantwortungsträger in der kommunalen Politik* (Jugendwohlfahrtsausschüsse) usw.

Bei diesen potenziellen Mediator- und Multiplikatorpersonen wurde mittels eines Kurzfragebogens³ („Surveybogen“; Bearbeitungsdauer: maximal 10 Minuten) eine Analyse von Defiziten und Ressourcen innerhalb der bestehenden Hilfestruktur unternommen. Diese Erhebung wurde mit einem streng anonymen Rücklauf durchgeführt, so dass evtl. Erinnerungs- und Mahnschreiben oder Telefonanrufe nicht möglich waren. Ein Rücklauf von 20% ist bei derartigen Designs erfahrungsgemäß als befriedigend anzusehen.

3. Wie können modellhaft (in der Region Altenkirchen) durch optimierte Nutzung und Weiterentwicklung der vorhandenen Ressourcen Prävention und Frühintervention für Kinder in suchtblasteten Familien verbessert werden?

Auf der Basis der in den beiden ersten Projektschritten entwickelten Instrumente und der zwischenzeitlich vorliegenden Ergebnisse begann der Aufbau und die Förderung eines regionalen optimierten Netzwerks. Dieses sollte unter maßgebender Beteiligung der Jugendhilfe und Suchthilfe zur analysegestützten (siehe 1 und 2) Durchführung von Präventions- und Frühinterventionsmaßnahmen bei COA in der Modellregion in Rheinland-Pfalz führen. Die Einbeziehung von Fachkräften des Fachkräfteprogramms „Suchtprävention“ in Rheinland-Pfalz war dabei sicherzustellen.

4. Wie können die angesprochenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Träger optimal für die Aufgaben der Prävention und Frühintervention bei COA motiviert und weitergebildet werden?

Die pädagogischen, psychosozialen und medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der mit COA befassten Dienste in der Modellregion sollten besondere Informationen und Weiterbildungen für den verbesserten Umgang mit der Zielklientel erhalten.

So war die Durchführung von Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen für Träger und Multiplikatoren der Frühintervention und Prävention bei COA (z.B. sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandshilfe, Heimerzieherinnen und Heimerzieher, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Hebammen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe, Grundschullehrerinnen und -lehrer, Erzieherinnen und Erzieher, Kinder- und Jugendtelefon u.ä.) geplant. Dies geschah in Kooperation mit vorhandenen Trägern für Fort- und Weiterbildung (z.B. Sozialpädagogisches Fortbildungszentrum [SPFZ], Landesjugendamt, Staatliches Institut für Lehrerfort- und Weiterbildung [SIL]) sowie mit Vertreterinnen und Vertreter relevanter Medien. Auf diese Weise erhielten Vertreterinnen und Vertreter der genannten Berufsgruppen in der Modellregion

³ Auch dieser Fragebogen kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden.

eine spezielle Weiterbildung, die sie neben der durch das Thema zu weckenden intrinsischen Motivation besonders für ein aktives und professionelles Engagement für die Arbeit mit COA und deren Familien anregen sollte.

Ziele dieser Maßnahmen, die in Abstimmung zwischen Modellregion und Begleitforschung entwickelt wurden, waren die *Schadensvermeidung* (primärpräventiv) und *Schadensbegrenzung* (sekundärpräventiv) für die angesprochenen Kinder und deren Familien. Wesentlicher erster Schritt in diese Richtung ist erfahrungsgemäß die Entwicklung und Förderung eines fachlich fundierten Problembewusstseins bei den angesprochenen Fachkräften.

5. Kann eine Veränderung in der Prävention und Frühintervention für COA in der Modellregion festgestellt werden?

Das Hauptziel des Projekts war in dieser Phase der Aufbau und die Erprobung eines regionalen Hilfesystems zur Prävention und Frühintervention für COA. Dabei sollten die vorhandenen Ressourcen genutzt, gebündelt und in innovativer Weise optimiert werden. Dies kann nicht ohne die Dokumentation und Evaluation der Funktionsweise und Probleme eines derartigen Systems geschehen. In Bezug auf die Zielklientel (COA und ihre Herkunftsfamilien) war daher eine ausführliche biopsychosoziale Diagnostik (insbesondere bzgl. Defiziten und Ressourcen) nötig.

Darüber hinaus ist eine Sensibilisierung für die möglichen Kosteneinsparungseffekte durch flächendeckende Frühintervention und Prävention in der Modellregion (z.B. bzgl. der langfristigen Vermeidung von Heimunterbringungen, Straffälligkeit, Krankenhausbehandlungen usw.) angestrebt.

Ziel dieses letzten Teils des Projekts war es schließlich auch, die Übertragbarkeit der Erfahrungen in der Modellregion auf das gesamte Land einzuschätzen und die hierfür notwendigen Prozesse und Abläufe zu dokumentieren.

Der in diesem Kapitel beschriebene Forschungsprozess ist in Abbildung 2 thematisch zusammengefasst. Der vorliegende Projektbericht fokussiert neben der Darstellung der theoretischen Grundlagen und des Gesamtkonzepts des Projekts auf die Ergebnisse der drei Phasen des Projekts, wie sie in Abbildung 2 dargestellt sind. Dies umfasst neben den Daten zur Pre-Treatment-Phase, zur anschließenden Treatment-Phase und zur abschließenden Post-Treatment-Phase insbesondere den Vergleich zwischen Pre- und Post-Treatment-Phase. Letzterer ist von spezieller Bedeutung, als dass sich projektbezogene Veränderungen hier am ehesten zeigen sollten.

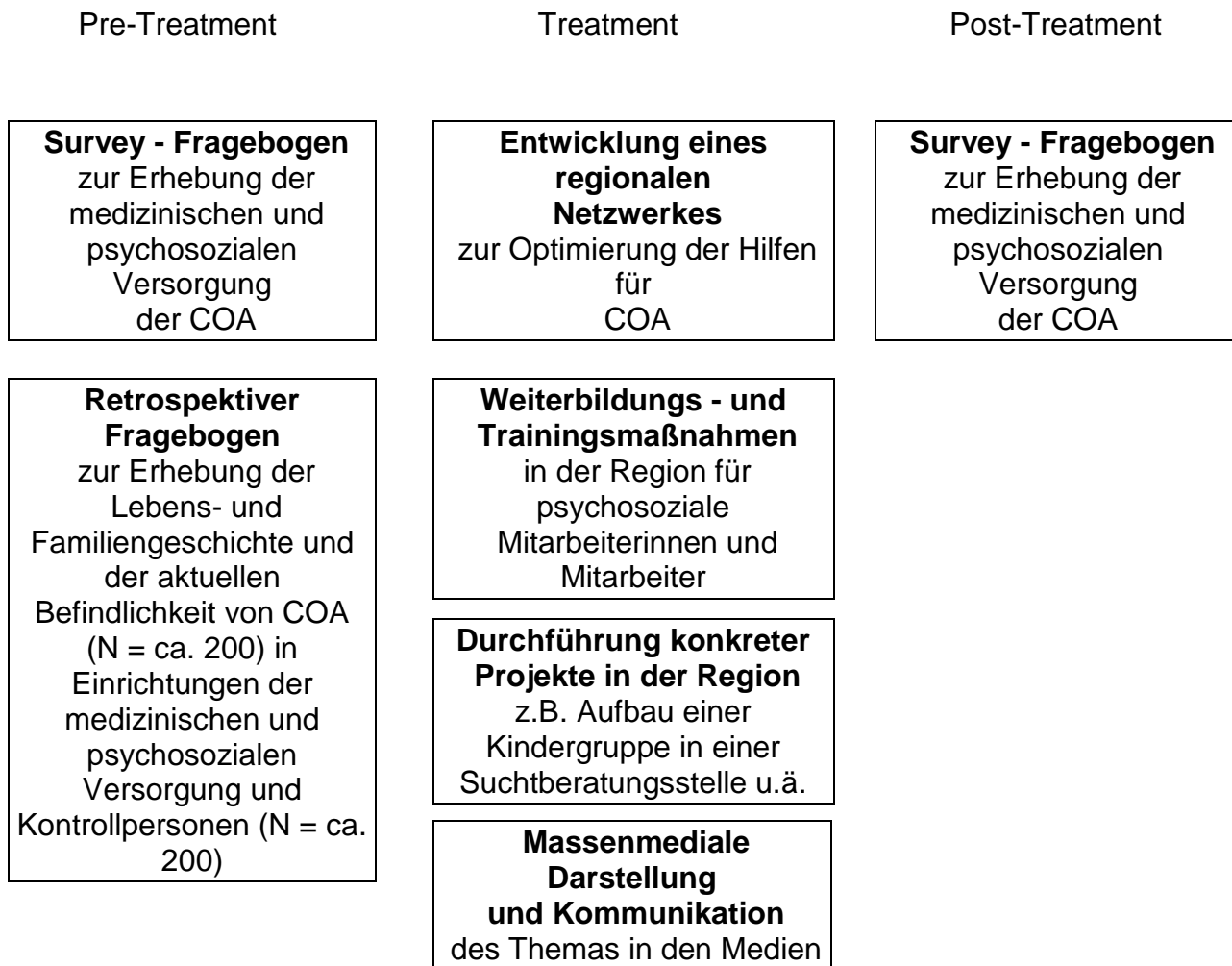


Abbildung 2. Schematische Darstellung des Forschungsprozesses.

II. Theoretischer Hintergrund

Aus der großen Menge an Forschung, die sich im internationalen Bereich zum Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ angesammelt hat und die im deutschen Sprachraum bisher sehr unzulänglich und meist nur in Form der klinischen Fallbeschreibungen rezipiert wurde, werden im Folgenden die wichtigsten empirisch orientierten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

3. Die Beziehung zwischen den trinkenden Vätern und ihren Kindern

Da in suchtblasteten Familien in der Mehrzahl der Fälle der Vater der abhängige Elternteil ist, soll hier in erster Linie auf das Verhältnis zwischen dem Vater und seinen Kindern eingegangen werden. Die klinische Literatur über die Beschreibung der Beziehung zwischen dem trinkenden Vater und seinen Kindern lässt sich prinzipiell in wenigen Worten zusammenfassen: Sie interessieren ihn eigentlich nicht. Eher stören sie ihn, machen Arbeit und Ärger. Sein Verhalten den Kindern gegenüber ist geprägt von Willkür, seine Stimmung kann schnell umschlagen.

Aufgrund der ständig wechselnden „nassen“ und „trockenen“ Phasen des Alkoholikers, manchmal von Tag zu Tag, erleben die Kinder nicht einen, sondern zwei Väter, die sehr gegensätzlich sein können. Die Kinder werden durch das ständig schwankende Verhalten des Vaters extrem verunsichert. In den nüchternen Phasen versucht er, sich - mit Schuldgefühlen belastet – durch Wiedergutmachungen zu entlasten. Weiterhin gibt er seinen Kindern nicht das Gefühl der Dazugehörigkeit. Abhängige Väter haben in der Regel ein niedriges Selbstwertgefühl und können damit auch ihre Kinder nicht zu einem guten Selbstwertgefühl führen. Zudem entsteht im Elternhaus aufgrund von verschärften Ehekonflikten eine Atmosphäre ständiger Anspannung und Aggression. Da Alkohol in den meisten Familien ein Tabuthema darstellt, dürfen die Kinder nicht darüber reden, sondern sind gezwungen, sich schweigend an die herrschenden Regeln anzupassen. Sie fangen an, ihren Gefühlen und ihrer Wahrnehmung nicht mehr zu trauen und spalten Gefühle wie Angst, Wut und Trauer ab. Aufgrund ständig wechselnder Gefühle zwischen Hoffnung und Verzweiflung, Zuversicht und Angst verlieren sie das Vertrauen in ihren Vater und beobachten ihn genau, ob er etwas getrunken hat. Sie vermeiden es, Schulkameradinnen oder -kameraden mit nach Hause zu nehmen, da der Vater ja betrunken auf der Wohnzimmercouch liegen könnte. Dies führt zu einer wachsenden Isolierung, auch außerhalb des Elternhauses. Zudem entwickeln sich in diesen Familien spezielle unausgesprochene Regeln:

- (1) Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol,
- (2) der Alkohol ist nicht die Ursache von Problemen,
- (3) Vater ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich, schuld sind andere oder die Umstände,
- (4) der Status quo muss unbedingt erhalten bleiben,
- (5) niemand darf darüber reden, was „wirklich“ los ist und
- (6) niemand darf sagen, wie er sich wirklich fühlt (Wegscheider, 1988).

Im Familienleben führt die Einhaltung dieser Regeln zu abweichendem Verhalten bei den Kindern. Sie werden entweder übererwachsen, rebellisch, unsichtbar oder übertrieben komisch, je nach Temperament und Stellung in der Geschwisterfolge. Kinder leiden in der Regel sehr unter den häuslichen Verhältnissen von Instabilität, emotionaler Kälte, Unberechenbarkeit, Willkür, unklaren Grenzen, Respektlosigkeit, mangelnder Förderung und mangelndem Interesse seitens des Vaters. Im Idealfall gesteht sich der Vater sein Suchtproblem ein und ist bereit, eine ambulante oder stationäre Therapie zu beginnen. Sein Verhalten den Kindern gegenüber ist jedoch oft noch für lange Zeit von Unsicherheit und Schuldgefühlen sowie dem – bisweilen zwanghaften - Drang, jetzt alles wieder gutzumachen. Die Kinder benötigen in jedem Fall dringend stabile emotionale Beziehungen außerhalb des Elternhauses und die Teilnahme an speziellen Gruppen, z.B. in Suchtberatungsstellen oder in der Jugendarbeit. Wenn eine Entwöhnung abgeschlossen wurde und der abhängige Vater bereit ist, auf Alkohol zu verzichten, kann die Familie am besten wieder genesen. Insbesondere auf die psychische Stabilität der Kinder wirkt sich dieser Schritt eindeutig positiv aus. Dann kann eine zunehmende Integration des nun trockenen Vaters in die Familie erfolgen. Eine Studie von Kröger et al. (1995) kommt zu dem Ergebnis, dass bezüglich der Integration des Vaters in die Familie sechs Monate nach Behandlungsende keine Unterschiede zu Kontrollfamilien mehr festzustellen waren.

3.1. Die Reaktionen der Kinder

Die familiären Umstände in einer Alkoholikerfamilie zwingen die Kinder dazu, sich besonders gut anzupassen und zu schützen. Die Amerikanerin Sharon Wegscheider hat unter systemischem Blickwinkel vier Anpassungsmuster - sogenannte Rollen - identifiziert, die diese Kinder in ihren Familien einnehmen. Wegscheider (1988) beschreibt insgesamt vier verschiedene Rollenmuster bei Kindern aus Alkoholikerfamilien: Der Held, der Sündenbock, das verlorene Kind sowie das Maskottchen. Der *Held* ist das erstgeborene Kind, das versucht, das Familienleben dadurch funktionieren zu lassen, indem es alles richtig und korrekt macht. Der Held bekommt durch seine frühe Selbstständigkeit viel Aufmerksamkeit und Anerkennung, wird allerdings auch oft von einem Elternteil als Ersatzpartner missbraucht. Dieses Kind ist es gewohnt, sich in erster Linie auf sich selbst zu verlassen und die Dinge selbst in die Hand zu nehmen. Nach Wegscheider (1988) zeigen diese Kinder intensive Gefühle von Ärger, psychosomatische Probleme und exzessiven Perfektionismus.

Der *Sündenbock* soll in der Regel das zweitgeborene Kind sein und neigt im Gegensatz zum perfektionistischen Helden zum Ausagieren sowie zu Rebellion und Auflehnung. Es ist nicht zu übersehen und bekommt in erster Linie negative Aufmerksamkeit. Durch sein Verhalten wird es oft zum Problem und lenkt damit vom eigentlichen Problem in der Familie - dem Alkohol - ab. Erwachsene *Sündenböcke* sollen vermehrt antisoziales Verhalten zeigen und mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit abhängig von Alkohol und anderen Drogen werden.

Das *verlorene Kind* soll das drittgeborene sein, das dazu neigt, sich eher mit seiner eigenen Welt zu beschäftigen. Es macht sich weitgehend unsichtbar und schützt sich dadurch vor den unkontrollierbaren Reaktionen der Eltern. Es bekommt wenig Aufmerksamkeit und Anerkennung, allenfalls fürs 'Bravsein'. Das Kind leistet kaum Widerstand, es geht Konflikten zumeist aus dem Weg, wirkt unsicher, hilflos und zeigt Kontaktschwierigkeiten. Dadurch neigt es zu Gefühlen von Einsamkeit und Alleinsein, die es mit übermäßigem Essen und Alkohol zu kompensieren versucht.

Das *Maskottchen* schließlich ist meistens das jüngste Kind, das sich aufgeschlossen und fröhlich gibt. An ihm zeigt sich, dass die Familie doch insgesamt in Ordnung sein muss. Aufgrund seines Alters erhält es kaum Informationen darüber "was eigentlich los ist" und wird von den anderen Geschwistern geschützt. Das Kind merkt allerdings, dass irgend etwas nicht stimmt, aber da es von niemanden eingeweiht wird, spürt es nur ein unbestimmtes Gefühl von Angst, das zu einer allgemeinen Spannungserhöhung führt. Diese Spannung entlädt sich in Aktionen, die von außen positiv verstärkt werden. Das erwachsene *Maskottchen* wird als ängstlich, manipulativ und wenig zu ausdauernder Arbeit fähig beschrieben.

In Abbildung 3 sind die wichtigsten Aspekte der verschiedenen Rollenmodelle synoptisch wiedergegeben.

Rollenbezeichnungen	der Held, das verantwortliche Kind, der Macher, das Elternkind, das Vorzeigekind	der Sündenbock, das schwarze Schaf, das ausagierende Kind	das verlorene Kind, das unsichtbare Kind, das Kind, das sich anpasst	das Maskottchen, der Clown, das unterhaltsame Kind, das Nesthäkchen
Typische Verhaltensmuster	überverantwortlich	un(ter)verantwortlich	unauffällig	überauffällig
Persönlichkeits-eigenschaften	leistungsorientiert pflichtbewusst ehrgeizig zielstrebig erfolgreich leistungsfähig kontrollierend niedriger Selbstwert mangelnde Selbstannahme zwanghaft Fühlt sich: <ul style="list-style-type: none"> • einsam • unzulänglich • schuldig 	abweichendes Verhalten feindselig trotzig auffällig bereitet Ärger voller Wut niedriger Selbstwert mangelnde Selbstannahme fühlt sich: <ul style="list-style-type: none"> • einsam • verlassen • zurückgewiesen • unzulänglich • schuldig 	zurückgezogen abwesend scheu passiv schüchtern schweigsam zeigt keine Gefühle kontaktunfähig konfliktunfähig entscheidungs-schwach keine eigene Identität fühlt sich: <ul style="list-style-type: none"> • einsam • bedeutungslos • verlassen • zurückgewiesen 	niedlich, süß komisch lustig freundlich, nett unterhaltsam schutzbedürftig unreif hyperaktiv konzentrations-schwach ängstlich stressanfällig niedriger Selbstwert fühlt sich: <ul style="list-style-type: none"> • einsam • bedeutungslos • unzulänglich
Funktion der Rolle für die Familie	bringt positive Aufmerksamkeit	bringt negative Aufmerksamkeit	entlastet von Aufmerksamkeit	zieht Aufmerksamkeit auf sich

Abbildung 3. Übersicht zu den wichtigsten Rollen und assoziierten Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmalen bei Kindern von Alkoholikern.

Weitere Rollenmodelle stammen von Ackerman (1987), Black (1988), Lambrou (1990) und Jakob (1991), die die vorgestellten Konzepte teilweise weiter differenzieren. Die betreffenden Autoren gehen davon aus, dass diese Rollen eine ambivalente Funktion für die betreffenden Kinder haben. Verhalten, das in der Kindheit als Anpassungsleistung notwendig war und sich in Form einer Rolle manifestierte, verfestigt sich und wirkt über Kindheit und Jugend ins

Erwachsenenalter hinein, wo es zu Problemen und Anpassungsschwierigkeiten führen soll. Konsequenterweise ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Herkunftsfamilie ein wesentlicher Baustein in der therapeutischen Arbeit mit erwachsenen Personen aus Suchtfamilien.

Gleichwohl neigen alle Konzepte dazu, in erster Linie auf die *negativen* Auswirkungen der Familienumgebung abzuheben und, mit Ausnahme von Ackerman (1987), die Möglichkeit der Entwicklung von seelischer Gesundheit außer acht lassen. Die Blickrichtung ist einseitig defizitorientiert, da *alle* Kinder mit Blick auf ihre weitere Entwicklung als behandlungsbedürftig eingestuft werden. Claudia Black (1988) bezeichnet explizit *alle* Kinder aus Familien mit einem Abhängigen als betroffen und hilfebedürftig, eine Zuschreibung, die jedoch - u.a. aufgrund ihrer eigenen Untersuchungen - empirisch so nicht haltbar ist (Black et al., 1986; D'Andrea et al., 1994). Es besteht außerdem die Gefahr, dass die Wahrnehmung der Individualität der Kinder sowie ihrer ganz spezifischen Art des Umgangs mit dem Alkoholproblem durch eine starre Rollenzuschreibung erschwert wird.

Eine Reihe von Studien zeigt, dass die entsprechenden Rollen nicht ausschließlich für Kinder aus Suchtfamilien gelten, sondern in allen (dysfunktionalen) Familien anzutreffen sind (Sher, 1991; Woititz, 1990; Devine & Braithwaite, 1993; Potter & Williams, 1991). Sie können daher im wesentlichen als Anpassungsleistung von Kindern auf Familienverhältnisse oder -konstellationen angesehen werden und sind nicht ausschließlich als Reaktion auf elterlichen Alkoholismus zu verstehen. Bestenfalls mag eine bestimmte Mischung aus verschiedenen Rollen in suchtblasteten Familien häufiger auftauchen als in anderen dysfunktionalen Familien.

3.2. Die Bedeutung der elterlichen Abhängigkeit für die Entwicklung des Kindes

Die ungünstigen häuslichen Bedingungen bleiben in der Regel nicht ohne Folgen für die psychosoziale Entwicklung der Kinder. Vor allem die oft angespannte und verunsichernde Atmosphäre im Elternhaus führt bei den Kindern zu abweichendem Verhalten. Häufig werden "die Symptomgruppen Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen, somatische Probleme und Misshandlungen sowie Angst und depressive Symptome" (Elpers & Lenz, 1994, 107) erwähnt. West & Prinz (1987) unterscheiden in ihrer Überblicksarbeit zu 46 empirischen Studien aus den Jahren 1975 bis 1985 zwischen Auswirkungen in den folgenden Bereichen:

- (1) Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten
- (2) Substanzmissbrauch, Delinquenz und Fernbleiben der Schule
- (3) Kognitive Funktionsstörungen
- (4) Soziale Interaktionsprobleme
- (5) Körperliche Probleme
- (6) Angst und Depressionen
- (7) Körperliche Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung
- (8) Dysfunktionale Familieninteraktionen.

In Suchtfamilien herrschen nach Meinung vieler Kliniker besondere implizite Familienregeln vor, die dazu führen, dass z.B. Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation als Problembewältigungsversuche eingesetzt werden. Es entstehen für Kinder von Alkoholikerinnen und Alkoholikern (COA) oft extreme Belastungssituationen (vgl. Klein, 1986), die dadurch gekennzeichnet sind, dass (1) sie mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern erleben als andere Kinder; (2) sie extremeren Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt sind; (3) sie häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen gebracht werden; (4) Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechungen eher gebrochen werden; (5) Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und aggressive Misshandlungen häufiger vorkommen. Zu den von Kindern von Alkoholikerinnen und Alkoholikern selbst am häufigsten berichteten Erfahrungen (siehe z.B. Cork, 1969) gehört die der Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens. Am schwersten wiegend für die Kinder nach deren eigenen Angaben die elterlichen Streitigkeiten und Konflikte, die oft lautstark, bisweilen mit physischer Gewalt ausgetragen werden. Generell werden sehr viele Ambivalenzerfahrungen, belastende Emotionen (z.B. Schamgefühle, Einsamkeit, übermäßige Sorgen), erfolglose Kontrollversuche und -rituale sowie Loyalitätskonflikte berichtet. In manchen Fällen wird deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuieren, z.B. wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder - im Extremfall - wegen ihrer bloßen, als unerwünscht erlebten Existenz.

In einer Langzeitstudie von der Geburt der Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr (Werner, 1986) wurde festgestellt, dass die Söhne aus suchtblasteten Familien mehr psychologische Probleme aufwiesen als die Töchter und dass im Falle mütterlicher Abhängigkeit stärkere psychische Probleme entstanden als im Falle väterlicher Abhängigkeit. Schließlich konnte wiederholt nachgewiesen werden, dass, falls beide Eltern abhängig waren, die stärksten Problemkonstellationen bei den Kindern zu beobachten waren (McKenna & Pickens, 1981). Die Studie von Werner (1986) zeigte jedoch auch, dass 59% der Kinder aus suchtblasteten Familien mit den familiären Bedingungen gut zurechtkamen und keine relevanten Störungen entwickelten.

Bei der Betrachtung einzelner Subgruppen können sich teilweise erhebliche Abweichungen, sowohl in Richtung stärkerer Belastung als auch in Richtung geringer Belastung und seelischer Gesundheit, ergeben (vgl. Nastasi & DeZolt, 1994). Für Personen, die als erwachsene COA an Suchtkrankheiten leiden, stellt Kashubeck (1994) zusammenfassend fest, dass am häufigsten auffällige negative Ausprägungen in den Bereichen Selbstwertgefühl, Angst, Depression, Vertrauensbereitschaft, Intimität, Kommunikationsfähigkeit, Rollenverhalten, Einsamkeit, Aggression, Irrationalität und allgemeines psychisches Wohlergehen gefunden wurden. Diese Merkmale haben vermutlich schon früh im Leben der Kinder bestanden und dürften so bei der Transmission von Suchtkrankheiten über die Generationengrenze hinweg eine wichtige Rolle spielen. Weniger klar ist bislang, inwieweit bei COA schon im Kindesalter süchtige Verhaltensweisen selbst (z.B. in Form von Konsumorientierungen, Essstörungen oder frühem Alkoholkonsum) vorkommen, die spätere Fehlentwicklungen begünstigen könnten.

3.3. Auswirkungen der elterlichen Abhängigkeit im Erwachsenenleben

Aufgrund klinischer Beobachtungen kommt Woititz (1990; im englischen Original 1983) zu folgenden 13 charakteristischen Merkmalen bei erwachsenen Personen mit abhängigen Eltern⁴:

1. Erwachsene Kinder von Alkoholikern haben keine klare Vorstellung davon, was normal ist.
2. Erwachsenen Kindern von Alkoholikern fällt es schwer, ein Vorhaben von Anfang bis Ende durchzuführen.
3. Erwachsene Kinder von Alkoholikern lügen, wo es ebenso leicht wäre, die Wahrheit zu sagen.
4. Erwachsene Kinder von Alkoholikern verurteilen sich gnadenlos.
5. Erwachsenen Kindern von Alkoholikern fällt es schwer, Spaß zu haben.
6. Erwachsene Kinder von Alkoholikern nehmen sich sehr ernst.
7. Erwachsene Kinder von Alkoholikern haben Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen.
8. Erwachsene Kinder von Alkoholikern zeigen eine Überreaktion bei Veränderungen, auf die sie keinen Einfluss haben.
9. Erwachsene Kinder von Alkoholikern suchen ständig nach Anerkennung und Bestätigung.
10. Erwachsene Kinder von Alkoholikern haben meistens das Gefühl, anders zu sein als andere Menschen.
11. Erwachsene Kinder von Alkoholikern sind entweder übertrieben verantwortlich oder total verantwortungslos.
12. Erwachsene Kinder von Alkoholikern sind extrem zuverlässig, auch wenn offensichtlich ist, dass etwas oder jemand diese Zuverlässigkeit gar nicht verdient.
13. Erwachsene Kinder von Alkoholikern sind impulsiv. Sie neigen dazu, sich mit Verhaltensweisen festzufahren, ohne alternative Handlungsmöglichkeiten oder eventuelle Konsequenzen ernsthaft zu bedenken.

Die empirischen Ergebnisse zu *klinischen Störungen* bei Erwachsenen mit familiärem Alkoholismus variieren insgesamt sehr stark. Je nach Anlage der einzelnen Studien, abhängig u.a. von der Größe und Herkunft der Stichprobe (Klinik, Gemeinde, Studenten) und dem Alter der Probanden wird eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Störungen wie Depressionen, Ängste, psychosomatische Beschwerden, Gefühle von Schuld/Scham etc. gefunden oder verworfen (Benson & Heller, 1987; Jones & Zalewski, 1994; Mathew et al., 1993; Mintz et al., 1995; Neff, 1994; Schulsinger et al., 1986; Tweed & Ryff, 1991). Es ist demnach nicht davon auszugehen, dass alle oder der Großteil der Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien später bedeutsame klinische Störungen aufweisen (Lachner & Wittchen, 1995).

Studien zum Vergleich von Erwachsenen aus suchtbelasteten Familien, aus anderen dysfunktionalen Familien (z.B. Vater depressiv oder anderweitig psychiatrisch auffällig) sowie aus Kontrollfamilien ohne Auffälligkeiten stützen auch hier die These, wonach in erster Linie die *Auswirkungen* des elterlichen Alkoholmissbrauchs innerhalb der Familie eine zentrale Rolle für die spätere Entwicklung des Kindes spielen, *nicht der*

⁴ Aufgrund der Tatsache, dass von allen Eltern wesentlich mehr Väter als Mütter alkoholabhängig sind, wurden die folgenden Sätze zur Unterstreichung dieser Tatsache auf den männlichen alkoholabhängigen Elternteil hin formuliert.

Alkoholkonsum eines Elternteils per se (Giunta & Compas, 1994; Hadley et al., 1993; Neff, 1994).

Die Ergebnisse verschiedener Längsschnittstudien in den USA und Dänemark mit einer Dauer von bis zu 30 Jahren verdeutlichen vor allem das Abhängigkeitsrisiko der Söhne: Zwischen 26% und 29% werden demnach abhängig und weitere 8% - 20% entwickeln einen Alkoholmissbrauch (Drake & Vaillant, 1988; Knop et al., 1993; Schuckit, 1994). Die Ergebnisse der einschlägigen Adoptionsstudien in Schweden und Dänemark (Bohman et al., 1981; Cloninger et al., 1981; Goodwin et al., 1973; Sigvardsson et al., 1996) weisen ebenfalls - zumindest bei *Männern* mit elterlicher Abhängigkeit - auf die Beteiligung eines Erbfaktors hin.

Prospektive Studien über einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren zeigen, dass eine im jungen Erwachsenenalter subjektiv und physiologisch geringe Reaktion auf Alkohol („low level of response“) das Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit signifikant erhöht (Schuckit & Smith, 1997). Das bedeutet, dass diejenigen jungen Erwachsenen mit elterlicher Abhängigkeit, die eine größere subjektive und physiologische Toleranz gegenüber Alkohol aufweisen, eher gefährdet sind für eine Abhängigkeit als Probanden mit einer niedrigeren Toleranz. Auch wurde für erwachsene Söhne von Abhängigen eine erhöhte physiologische Stressdämpfung nach dem Konsum von Alkohol nachgewiesen (u.a. Levenson et al., 1987; Finn & Pihl, 1987; Olbrich & Rist, 1997). Das heißt, Söhne mit elterlicher Abhängigkeit reagieren nach Alkoholkonsum auf einen Stressor (Rede halten, elektrische Schmerzreize) hinsichtlich zentraler physiologischer Stressreaktionen wie kardiovaskulärer (Herzrate, Blutdruck, Fingerpulsvolumen) und elektrodermalen Aktivität (Hautleitfähigkeit) signifikant weniger stark als Probanden ohne elterliche Abhängigkeit.

Praktisch bedeutet dies, dass viele erwachsene Söhne von Abhängigen mehr Alkohol trinken müssen, um den gleichen Rauschzustand zu erleben als Erwachsene ohne elterliche Abhängigkeit. Nach einer durchzechten Nacht sind sie am nächsten Tag eher wieder erholt als die Vergleichspersonen ohne elterliche Abhängigkeit. Zudem bewirkt der Alkohol bei ihnen eine verminderte körperliche Stressreaktion, so dass aversive Erlebnisse unter Alkohol besser auszuhalten sind. Da Alkoholkonsum somit positiv verstärkt und als funktional empfunden wird, liegt die Erhöhung des Alkoholkonsums über die Zeit nahe. Zobel & Klein (1995) sowie Zobel (1995) zeigten weiterhin, dass abhängige Erwachsene mit elterlicher Abhängigkeit in ihrer Kindheit/Jugend in der Regel eine Vielzahl weiterer trinkender Modelle (v.a. Großvater und Onkel) erfahren haben, und nicht zuletzt aufgrund des elterlichen Trinkens eine erhöhte Griffnähe zum Alkohol hatten und somit auch eher anfangen zu trinken.

Die Situation der Töchter von abhängigen Vätern ist empirisch bisher weniger erforscht als die der Söhne. Es wird aber deutlich, dass bei den Töchtern von Abhängigen die erbliche Disposition geringer ist als bei ihren Brüdern: Die Ergebnisse der schwedischen Adoptionsstudien zeigen, dass ein abhängiger biologischer Vater bei den Töchtern - im Gegensatz zu den Söhnen - nicht das Risiko einer Abhängigkeit erhöht (Cloninger et al., 1985).

Aus einer umfangreichen Überblicksarbeit zu den **familiär übertragenen Vulnerabilitätsfaktoren** gehen einzelne Risikobereiche für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko von Kindern in suchtblasteten Familien deutlich hervor (Lachner

& Wittchen, 1995). Im Einzelnen unterscheiden die Autoren entsprechend dem biopsychosozialen Modell zwischen psychischen Störungen, emotionalen Merkmalen und Persönlichkeitseigenschaften, kognitiven, sozialpsychologischen und biologischen Variablen in ihren Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen aus Alkoholikerfamilien. Aus der Vielzahl der berichteten Studien zeigen folgende Vulnerabilitätsmerkmale die deutlichsten Unterschiede zwischen Kindern in suchtbelasteten Familien und Kontrollkindern:

- (1) Lebensgeschichtlich früher Beginn mit Alkohol- und Drogenmissbrauch
- (2) Häufigere Diagnosen in den Bereichen Angst, Depression und Essstörungen
- (3) Stärkere Hyperaktivität, Impulsivität und Aggressivität
- (4) Defizite im schulischen Leistungsbereich
- (5) Defizite im visuellen Wahrnehmungsbereich
- (6) Stärkere intrafamiliäre Konflikte
- (7) Signifikant verändertes EEG - Muster nach Alkoholchallenges als mögliche Indikatoren für Aufmerksamkeits- und Anpassungsstörungen.

Auch wenn diese Vielzahl von Einzelbereichen zunächst verwirren mag und ein wenig konsistentes Bild der Spezifität der Vulnerabilitätsmerkmale liefert, wird doch deutlich, auf wie vielen Ebenen mit differenziellen Effekten zu rechnen ist und wie facettenreich und multidimensional das zu betrachtende Gesamtphänomen folglich ist. Dieser Tatsache sind die meisten bisherigen Studien nicht ausreichend gerecht geworden. So wären differenzielle Betrachtungsweisen, z.B. bezüglich väterlichem und mütterlichem Alkoholismus (vgl. Steinhausen, 1984), Söhnen vs. Töchtern aus suchtbelasteten Familien, der Abhängigkeit beider Elternteile und mehrerer Generationen (familiär begrenzter vs. familiär verdichteter Alkoholismus), Kindern mit vs. ohne genetischem Risiko usw., dringend notwendig.

Außerdem sind viele Symptome für Kinder aus Suchtfamilien nicht spezifisch, sondern kovariieren stark mit anderen Variablen (z.B. in sogenannten Multiproblemfamilien oder Comorbiditätskontexten), was erhebliche Schwierigkeiten bezüglich der Abgrenzbarkeit der Symptome für Kinder aus Suchtfamilien im Vergleich zu Kindern aus anderen dysfunktionalen Familien aufwirft. Hier wären prospektive Längsschnittuntersuchungen mit verschiedenen Risikogruppen und elterlichen Konstellationen vonnöten, um mehr Wissen über die Spezifität bzw. Unspezifität einzelner Störungen, aber auch über Wege der Resilienz und Stressresistenz (vgl. Werner, 1986) zu erlangen.

Zu den möglichen **direkten** Auswirkungen elterlichen Alkoholmissbrauchs auf Kinder zählen an erster Stelle das fetale Alkoholsyndrom (FAS) und die fetalen Alkoholeffekte, im deutschen Sprachraum auch meist Alkoholembryopathie (AE) genannt. Zu diesen Risikofaktoren sind in jüngster Zeit ausführliche Darstellungen erfolgt (z.B. Löser, 1995), so dass an dieser Stelle nähere Ausführungen nicht nötig erscheinen. Neben der Alkoholembryopathie als direkte Auswirkung von Alkoholkonsum auf Kinder ist außerdem die Alkoholvergiftung von Kindern, die durch übermäßigen Eigenkonsum entsteht, zu erwähnen. Dies geschieht am ehesten in Familien, in denen die Griffnähe zu Alkohol besonders gering und die elterliche Beaufsichtigung des kindlichen Verhaltens nachlässig bis mangelhaft ist. Lamminpää & Vilska (1990) konnten für Kinder unter 16 Jahren, die in einer Notfallambulanz

wegen Alkoholintoxikation entgiftet wurden, zeigen, dass diese zu mindestens einem Drittel aus Suchtfamilien stammten.

Co-Abhängigkeit ist ein weiteres Entwicklungsrisiko für Kinder aus suchtblasteten Familien, welches sich besonders im Jugend- und Erwachsenenalter einstellen kann. Mit dem Begriff Co-Abhängigkeit wird ein dysfunktionaler Beziehungsstil zu anderen Personen beschrieben (Irwin, 1995). Die entsprechenden Personen übernehmen Verantwortung für das Leben, die Gefühle und die Probleme von anderen Menschen, zeigen dabei aber gleichzeitig ein geringes Selbstwertgefühl, haben Probleme, ihre eigenen Bedürfnisse durchzusetzen und machen ihr Gefühl von Identität in erster Linie von anderen Menschen abhängig. Demnach entwickeln Kinder aus dysfunktionalen Familien in ihrem späteren Leben ebenfalls dysfunktionale, hilfebezogene Beziehungsmuster mit suchtblasteten Menschen (Prest & Protinsky, 1993).

3.4. Zum Verhältnis zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe

Humandienstleistungen sind traditionell in verschiedene Hilfeleistungssysteme (z.B. Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinische Primärversorgung) sektoriert. Dies fördert einerseits die Spezialisierung und Innovation in einzelnen Bereichen, behindert aber bei mangelnder Kooperation und Kommunikation zwischen den „Sektoren“ die Integration von Ansätzen und Anliegen anderer Bereiche. Eine derartige Sektoreierung hat sich z.B. *innerhalb* der Suchthilfe mit der Trennung zwischen alkohol- und drogenspezifischen Hilfen entwickelt, an deren Überwindung derzeit vielerorts gearbeitet wird. Auch *zwischen* Sektoren, die adressatenbezogen eng beieinander liegen, haben sich teilweise tiefgehende Abgrenzungen entwickelt, so z.B. zwischen der Jugendhilfe und der Suchthilfe. Dies führte bisweilen zu ineffektiven Behandlungsansätzen. Vor allem traten Probleme in solchen Fällen auf, in denen die Klientel „bereichsübergreifende“ Probleme entwickelte. Damit verbunden war ein oft allzu unökonomischer Ressourceneinsatz. Dass Klientinnen und Klienten jedoch bereichsübergreifende Probleme entwickeln, ist eher die Regel als die Ausnahme. Dies macht den Einsatz integrierender, koordinierter Hilfen (wie z.B. beim Case-Management-Ansatz) unabdingbar.

Die Hilfeansätze in den beiden Bereichen „Sucht“ und „Jugend“ koexistierten in der Bundesrepublik jedoch traditionell nebeneinander, ohne dass allzu viele gegenseitige Interaktionen oder gar Synergismen bestehen. Dies ist umso überraschender, da zum einen große Überschneidungsbereiche festzustellen sind - Jugendliche und Jungerwachsene mit problematischem Suchtmittelkonsum -, zum anderen eine Erfolg versprechende Suchtprävention und Gesundheitsförderung gerade in der Lebensspanne der Kindheit und Jugend am intensivsten zu betreiben ist.

Dieser Problematik war auch die Jugendministerkonferenz am 17. und 18. Juni 1993 in Saarbrücken gewidmet⁵. In einer Entschließung dieser Konferenz wird die wichtige Rolle einer frühzeitigen Prävention betont, um Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit zu verhindern. Im Einzelnen heißt es in der Entschließung: „Suchtprävention sollte sich an den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen

⁵ Beschluss der Jugendministerkonferenz der Bundesrepublik Deutschland (Top 7: Weiterentwicklung des Hilfesystems in der Suchtprävention) vom 17./18. Juni 1993 in Saarbrücken.

orientieren und in erster Linie kleinräumig und unter Berücksichtigung und Einbeziehung der vorhandenen psychosozialen Infrastrukturen stattfinden.“ Im Folgenden wird vor spektakulären, wenig strukturell verankerten Aktionen gewarnt, insbesondere wenn ihnen ein kontinuierliches pädagogisches Engagement fehlt. Weiter heißt es dann unter Bezugnahme auf die einschlägigen Regelungen des SGB VIII⁶: „Jugendspezifische Suchtprävention sollte die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in ihren Mittelpunkt stellen und vorrangig drogenunspezifisch ausgerichtet sein. Insbesondere in der Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII), der Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII), im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz (§ 14 SGB VIII) und im Rahmen der Erziehungshilfen (§§ 27 ff. SGB VIII) sind kontinuierlich auf regionaler Ebene abgestimmte Maßnahmen der Suchtprävention einzuleiten und fortzuschreiben... In enger Zusammenarbeit mit der Suchtkrankenhilfe sind verstärkt spezifische Hilfeangebote für suchtgefährdete und – abhängige junge Menschen zu entwickeln und umzusetzen.“ Im Rahmen der Jugendhilfeplanung (§ 80 SGB VIII) sollten die Belange der Suchtprävention stärker berücksichtigt werden. Die Jugendministerkonferenz fordert hier die Entwicklung bedarfsorientierter, differenzierter Angebote für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Besonders die sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH; § 31 SGB VIII) sollte gezielte Angebote für Kinder und Jugendliche entwickeln, die in Familien mit besonders schwerwiegenden Problemen aufwachsen. Auch wenn es an dieser Stelle nicht explizit erwähnt wurde, ist hier die Problematik der Kinder suchtkranker Eltern mit Nachdruck zu verorten.

Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, wie stark die verschiedenen Hilfesektoren früher abgegrenzt waren. Hans-Jürgen Weber, Leiter des DRK-Kinder- und Jugendheimes „Elsa Brandström“ in Minden, beklagt kritisch: „Sucht und Drogen waren Themen, die von der Jugendhilfe bis vor kurzem noch generell ignoriert, verdrängt bzw. ausgegrenzt wurden; Themen, die man an spezialisierte Dienste, wie die Drogenberatungsstellen oder in die Hände der Suchtkrankenhilfe abgegeben hatte. Ich kenne kein Thema, das so schnell den Ruf nach genereller „Unzuständigkeit“ hervorgerufen hat, wie das Drogenthema“ (Weber, 1995, 82). In den letzten Jahren wurde die Notwendigkeit zur intensiven Vernetzung der beiden Hilfesektoren erkannt. Zahlreiche Initiativen zur Veränderung der Ist-Situation sind bereits gestartet worden. Das vorliegende Projekt im Auftrag des MKJFF versteht sich als ein solcher Ansatz in dem bislang noch sehr vernachlässigten Bereich der COA-Hilfen.

Nach §1 Abs. 3 SGB VIII ist es die Aufgabe der Jugendhilfe, junge Menschen in ihren individuellen und sozialen Entwicklungen zu fördern, Benachteiligungen abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten bzw. zu schaffen. Dieser Auftrag an die Jugendhilfe umfasst die Schaffung von Lebens- und Umweltbedingungen, die frei von den negativen Auswirkungen von Suchtmitteln auf Familien und Kinder sind. Dafür sind lebensweltorientierte und familiennahe Konzepte der Suchtprävention zu entwickeln.

Für die Suchtprävention bei besonders schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung ist §35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) mit der gesetzlichen Verpflichtung, alle Leistungen und Hilfen auch für jene Kinder und Jugendlichen bereitzustellen, die „seelisch

⁶ Sozialgesetzbuch Aches Buch = Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)

behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind“. Nach den Ausführungen zu § 47 BSHG sind Suchtkrankheiten ausdrücklich den seelischen Störungen zugeordnet. „Erst langsam wird in der Breite deutlich und diskutiert, dass Jugendhilfe über die genannte Bestimmung hinaus zur Beteiligung an der Hilfe für junge Menschen mit Suchtproblemen und deren Angehörige aufgefordert und verpflichtet ist“ (Fußnegger, 1997). Damit ergibt sich aus dem KJHG der eindeutige Auftrag an die Jugendhilfe, nicht nur primärpräventiv tätig zu werden, sondern auch sekundärpräventiv sich um jene Kinder und Jugendlichen zu kümmern, die besonders suchtgefährdet oder bereits abhängig sind. Die Bereiche, in denen die Jugendhilfe sich auch sekundärpräventiv gefährdeten Kindern und Jugendlichen, speziell der großen Gruppe der COA widmen muss, beziehen sich neben den bereits erwähnten Hilfen für Kinder und Jugendliche, die von seelischer Behinderung bedroht sind (§ 35a SGB VIII), auf ihre klassischen Aufgabenbereiche (vgl. Fußnegger, 1997):

- Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und erzieherischer Jugendschutz
- Familienunterstützende Hilfen (z.B. Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe)
- Allgemeiner Sozialer Dienst
- Stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe/Erziehungshilfe
- Hilfen für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII).

Besonders erwähnenswert erscheint noch die gesetzlich vorgesehene Gesamtverantwortung der Träger der Jugendhilfe für gefährdete Kinder und Jugendliche, was auch die Planungsverantwortung (i.S. von koordinierten und integrierten Hilfeplänen) für die erwähnte Zielgruppe umfasst. Frühzeitige und effektive Hilfen für Kinder von Suchtkranken, die im Kern die Prävention von Suchtstörungen und anderen psychischen Krankheiten repräsentieren, werden damit zu einer Querschnittsaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe (Fußnegger, 1997).

Suchtprävention muss daher in Koordination mit der Jugendhilfe stärker sekundär präventiv wirksam werden. Einer der führenden amerikanischen Präventionsforscher formuliert in diesem Zusammenhang den fachlichen und gesellschaftlichen Konsens, der auch hierzulande verbindlich werden sollte: Die meisten Fachkräfte und gesellschaftlichen Experten, aber auch Eltern stimmen darin überein, dass es eine gesellschaftliche Verantwortlichkeit gibt, bedarfsorientierte Programme der Frühintervention für Kinder mit bekannten Entwicklungshindernissen biologischer oder psychosozialer Art. Genauso groß ist die Übereinstimmung, dass die frühen Lebensjahre eines Kindes eine einmalige Chance zur positiven Beeinflussung der Kindesentwicklung und der Familienunterstützung darstellen. Diese günstige Chance der Frühintervention kann sich im Übrigen auch für die ganze Gesellschaft langfristig positiv auszahlen (Guralnick, 1997).

Dass die Suchthilfe auch große Beiträge zu den Hilfen für Kinder von Suchtkranken, speziell COA, leisten kann, zeigen die bislang in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Modellprojekte. Im ehemaligen Bundesmodellprojekt Kolibri der SKM-Beratungsstelle in Bocholt waren es 38% der Kinder, die über eine verbandsinterne Suchtberatungsstelle in das Angebot vermittelt wurden. Bei weiteren 29% fanden die Eltern den direkten Weg in die Beratungsstelle, meist wegen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Vom Jugendamt wurden nur 10% der Jugendlichen zugewiesen. Bei den Jugendlichen fiel weiterhin auf, dass 7% mit steigender Tendenz als Selbstmelder kamen (Pacho & Schlie, 1997).

„Der Modellversuch zeigte auf, dass eine Anbindung dieser Arbeit an die örtliche Suchtberatungsstelle der sinnvollste Weg ist, Veränderungen zu erreichen. Zum einen ist der Zugang zu den betroffenen Kindern und Jugendlichen leicht, da die Eltern ja schon in Beratung sind. Zum anderen zeigte es sich, dass über die Kinder wieder mit den Eltern in Kontakt getreten werden konnte. Das Fachwissen „Sucht“ ist gerade in dieser Arbeit besonders wichtig, gerade da, wo es sich um „nasse“ Familien handelt. 50% der Kinder und Jugendlichen hätten nach ihrer eigenen Angabe keinen anderen Zugang zu einer Hilfe gefunden, weder war es ihnen möglich zum Jugendamt zu gehen, noch war eine Anbindung an die Erziehungsberatungsstelle möglich“ (Pacho & Schlie, 1997). Dass die Autoren deshalb in der Folge die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen suchtkranker Eltern/teile zu einer originären Aufgabe der Suchtkrankenhilfe erheben, dürfte zu weit gehen, da dies die Synergiepotentiale von Jugend- und Suchthilfe geradezu dauerhaft ersticken würde. Außerdem würden damit die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben der Jugendhilfe ohne entsprechende Rechtsgrundlage verlagert. Im Kern handelt es sich bei dem aufgeworfenen Problem um eine Vernetzungsaufgabe an der Nahtstelle zweier Hilfesysteme, der Suchthilfe und der Jugendhilfe.

Wegen der Nahtstellensituation sind klare Absprachen besonders wichtig, wann Suchthilfe, wann Jugendhilfe federführend in der Arbeit mit Kindern von Suchtkranken sein sollte. Diese Absprachen und Aufteilungen entsprechend den gesetzlichen Regelungen könnten sich entlang der Institutionen, in den jeweils Versorgung stattfindet, ergeben. So wären in Jugendheimen, aber auch in der Erziehungsberatung, der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) und im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) die jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „erste Adressen“ für die Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen. Dass diese Arbeit optimalerweise in Form eines koordinierten Case-Managements geschehen sollte, zählt inzwischen zu den Standards Sozialer Arbeit, hinter die nicht mehr zurückgefallen werden sollte. Dadurch wird die fachlich fundierte und qualifizierte Beteiligung anderer Versorgungsbereiche und Dienste sichergestellt. Genauso, wie in den genannten Feldern die Jugendhilfe federführend sein sollte, wären – den Argumenten von Pacho & Schlie (1997) partiell folgend – die Institutionen der ambulanten und stationären Suchthilfe „erste Adressen“ für die Arbeit mit COA, allerdings in einem eng vernetzten Sinne. Auch hier wären Weitervermittlungen, Überweisungen und Case-Management wiederum Mindestbehandlungsstandard. In den Kanon der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe sind je nach Bedarf der Klientinnen und Klienten und nach den definierten Zielen indikativ andere Versorgungs- und Hilfebereiche (z.B. medizinische Primär- und Spezialversorgung, ambulante psychologische Psychotherapie, Straffälligenhilfe usw.) zu integrieren.

Auch von bundespolitischer Seite wird die Hilfebedürftigkeit von Kindern Suchtkranker langsam erkannt und thematisiert. So heißt es im 10. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung vom August 1998: „In Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitsdiensten sind frühzeitig gezielte Programme für medikamenten- und drogenabhängige Eltern/Erziehungspersonen und ihre Kinder anzubieten. Kinder benötigen darüberhinaus eigenständige Unterstützungsangebote. Außerdem ist gerade mit dem Blick auf diese Kinder eine effektive Alkoholprophylaxe erforderlich.“ (Deutscher Bundestag, 1998, 129-130).

III. Forschung und Projektarbeit

4. Retrospektive Befragung junger Erwachsener aus suchtblasteten Familien

Wie schon weiter oben ausgeführt, sollte durch eine ausführliche retrospektive Befragung junger Erwachsener aus suchtblasteten Familien ein vertiefter Einblick in die biopsychosozialen Entwicklungsbedingungen dieser Personen gelingen. Im Folgenden wird zunächst das Design der Befragung sowie die Entwicklung bzw. Herleitung der eingesetzten Instrumente erläutert. Sodann erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse an der befragten Untersuchungsgruppe, die 434 Personen umfasste.

4.1. Design der retrospektiven Befragung

434 Personen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren wurden ausführlich mittels eines Fragebogens untersucht. Die Personen befanden sich entweder in Institutionen (z.B. Suchthilfe, Jugendhilfe, Jugendstrafvollzug) oder in außerinstitutionellen Kontexten (z.B. Studierende der Sozialpädagogik/Sozialarbeit, Meisterschüler einer Dachdeckerfachschule, ambulante Psychotherapiepatientinnen und -patienten, Mitglieder von Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder aus Suchtfamilien, Personen ohne Behandlung). Da sich in allen Kontexten sowohl COA als auch Non-COA befanden, ist von einer gemischten Untersuchungsgruppe auszugehen. Das gewählte Verfahren entspricht dem eines „sampling“, das bei ausreichend großen Gruppen der Qualität repräsentativer Stichprobenbildungen sehr nahe kommen kann.

Das schriftliche Befragungsinstrument bestand aus vier Unterteilen:

4.1.1. Adult Children of Alcoholics Biographical Inventory (ACABI)

Dieses aus 71 Items bestehende Instrument fokussiert auf die familien- und lebensgeschichtlichen Aspekte der Sozialisation in einer suchtblasteten Familie. Auch die aktuelle gesundheitliche (körperliche und seelische Gesundheit) sowie die aktuelle Problembelastung, vorherrschende emotionale Stimmungen und Suchtprobleme werden erfasst. Im Einzelnen setzt sich das Instrument aus folgenden Teilen zusammen:

- (a) Soziodemographische Basisangaben (7 Items)
- (b) Familiengeschichte (11 Items)
- (c) Problemwahrnehmung (= deutsche Kurzform des "Children of Alcoholics Screening Test" CAST-6; 6 Items)
- (d) Kindheits- und Jugendgeschichte (9 Items)
- (e) Persönlichkeitsitems zur Verhaltenskontrolle, Selbstbeschreibung, Verhalten unter Stress, Konfliktbewältigung (6 Items)
- (f) Verhaltensmerkmale (19 Items zu den "Woititz-Kriterien", einer Liste von typischen Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmalen von erwachsenen COA)
- (g) Jüngste Vergangenheit und derzeitige Situation (13 Items).

Die zentralen Themenblöcke des ACABI (Familienatmosphäre, Stimmung, Problemwahrnehmung, Woititz-Kriterien, CAST-6) können zu Skalen zusammengefasst werden, die in Voruntersuchungen (Klein, 1998b) zufriedenstellende teststatistische Werte aufweisen konnten.

4.1.2. Adult Children of Alcoholics Personality Test (ACAPT)

Dieser, aus 129 Items bestehende, Teil verfeinert und differenziert das Konstrukt der durch die Suchtsozialisation in einer alkoholismusbelasteten Familie entstandene Persönlichkeits- und Verhaltensprofil, wie es durch die - eher klinisch intuitiven - Arbeiten von Janet Woititz (1990) begründet wurde. Dabei soll im Unterschied zu der eher screeningartigen Diagnostik der Woititz-Kriterien in Teil F des vorausgehenden ACABI hier eine echte Differenzialdiagnostik ermöglicht werden. Dies zum einen, um die Reliabilität, vor allem aber um die Validität der empirisch noch kaum überprüften Woititz-Kriterien zu untersuchen, zum anderen um möglichst stabile Subgruppen bzw. Unterformen persönlichkeitspsychologischer "Reaktionen" auf die Sozialisation in einer suchtblasteten Familie zu eruieren.

4.1.3. Codependency Inventory (CODI)

Mit diesem Instrument, das aus 38 Items, die jeweils sechsstufig gepolt sind (nie = 1 ... sehr häufig = 6), sollten Verhaltensweisen untersucht werden, die zum Bereich des sozial abhängigen Verhaltenssyndroms gehören. Gemeint sind damit jene Verhaltensweisen, die Personen ausführen, um einem befürchteten Liebesentzug zu entgehen. Diese meist mit dem Begriff der „Co-Abhängigkeit“ bezeichneten Verhaltensweisen sind eher aus Angst, niedrigem Selbstwert und übermäßiger Beziehungsabhängigkeit denn aus psychisch gesunden eigenen Motiven veranlasst. Die einzelnen Fragen sind im wesentlichen die Übersetzung eines Fragebogens von Cermack (1990).

4.1.4. Global Functioning Inventory (GFI)

Mit diesem Instrument werden gezielt und ausschließlich die positiven Aspekte einer „Suchtsozialisation“ erfasst. Dies entspricht dem in jüngster Zeit stärker berücksichtigten Ressourcenansatz, dem zufolge auch Personen mit psychischen Belastungen oder ungünstigen Entwicklungsbedingungen über ein Mindestmaß und oft ein spezielles Muster von Ressourcen verfügen. Eine klinisch psychologisch relevante Weiterentwicklung fand dieser Gedanke in den Arbeiten von Antonovski, der mit seinen Gedanken und Forschungen zur Salutogenese aufzeigen konnte, dass Menschen aus ungünstigen psychosozialen und biologischen Kontexten durchaus vor Pathogenese geschützt sein können. Das Fragebogeninstrument enthält 60 Items, die wiederum sechsstufig gepolt (von „trifft voll zu“ bis „trifft nicht zu“) sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertungen in Bezug auf die vier Instrumente ACABI, ACAPT, CODI und GFI wiedergegeben.

4.2. Ergebnisse

Die Probandinnen und Probanden wurden danach eingeteilt, inwieweit sie eine elterliche Abhängigkeit berichteten. Tabelle 1 zeigt die Aufteilung der Stichprobe nach den beiden Subgruppen.

Demnach bestand die Stichprobe aus insgesamt 434 Probandinnen und Probanden, von denen 211 Personen (48.6%) eine elterliche Abhängigkeit angaben. Die anderen 223 Personen beschrieben keinen Elternteil als abhängig. Die dargestellte Verteilung der Personen mit und ohne süchtig trinkende Eltern gibt nicht die tatsächliche Verteilung der Personen in den einzelnen Institutionen wieder, da zum Teil die Fragebögen explizit nur an Patientinnen und Patienten mit elterlicher Abhängigkeit ausgegeben worden waren.

Tabelle 1. Aufteilung der Stichprobe nach Subgruppen.

	Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
	COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Reha-Einrichtungen/Alkohol u. Medikamente	106	50,2%	81	36,3%	187	43,1%
Reha-Einrichtungen/Drogen	53	25,1%	68	30,5%	121	27,9%
Jugendhilfe	13	6,2%	1	,4%	14	3,2%
Jugendstrafanstalt	5	2,4%	14	6,3%	19	4,4%
Studenten	8	3,8%	43	19,3%	51	11,8%
Dachdeckermeisterschüler	2	,9%	13	5,8%	15	3,5%
Selbsthilfe	3	1,4%			3	,7%
ambulante Patienten	4	1,9%			4	,9%
keine Behandlung	17	8,1%	3	1,3%	20	4,6%
Gesamt	211	100,0%	223	100,0%	434	100,0%

Das hier praktizierte Verfahren der Datenerhebung und –sammlung entspricht – wie schon erwähnt – dem eines Sampling von Untersuchungsgruppen in verschiedenen Datenerhebungskontexten. Mit diesem Verfahren werden Untersuchungsgruppen verschiedenster Herkunft erhoben, wenn aus Kostengründen oder wegen methodischer Probleme (z.B. Zugang zu Stichproben) eine repräsentative Erhebung an der interessierenden Population nicht möglich ist. Bei genügend großem Umfang der Samples und entsprechender Herleitung kann eine gute Annäherung an die Gesamtpopulation erreicht werden. Dieser Anspruch ist bei unserer Untersuchung nicht vollständig zu verwirklichen gewesen, da zum einen aus Kostengründen die Erhebung noch umfangreicherer, aber zu diesem Zwecke notwendiger Samples unterbleiben musste, und zum anderen die Gruppe der jungen Erwachsenen suchtkranker unbehandelter Eltern in der Praxis extrem schwierig ist und dieser Zugang nur teilweise erreicht werden konnte.

4.2.1. Demographische Merkmale der Stichprobe

Beide Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht bedeutsam hinsichtlich der Geschlechtsverteilung (Männer: COA 68.2%, Non-COA 67.3%) und des Durchschnittsalters (COA 26.9 Jahre, Non-COA 26.4 Jahre). Statistisch bedeutsame Gruppendifferenzen zeigten sich beim Schulabschluss, der Erwerbstätigkeit, dem Familienstand sowie der Stabilität der Beziehung der Eltern. Non-COA hatten

insgesamt einen höheren Schulabschluss und waren zum Zeitpunkt der Befragung noch in der Schul- oder Berufsausbildung. Sie waren eher ledig und bis zum 18. Lebensjahr zusammen mit beiden Eltern aufgewachsen. Keine bedeutsamen Unterschiede ergaben die Angaben zur Art der Ausbildung und der Position innerhalb der Geschwisterreihe (Tabelle 2).

Tabelle 2. Demographische Merkmale der Untersuchungsgruppen.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Geschlecht	Männer	144	68,2%	150	67,3%	294	67,7%
	Frauen	67	31,8%	73	32,7%	140	32,3%
Gesamt		211	100,0%	223	100,0%	434	100,0%
Alter	15-17 Jahre	10	4,7%	4	1,8%	14	3,2%
	18-25 Jahre	72	34,1%	99	44,4%	171	39,4%
	26-30 Jahre	61	28,9%	62	27,8%	123	28,3%
	31-35 Jahre	68	32,2%	58	26,0%	126	29,0%
Gesamt		211	100,0%	223	100,0%	434	100,0%
Schulabschluss	kein Abschluss	5	2,4%	3	1,4%	8	1,9%
	Sonderschule	8	3,8%	5	2,3%	13	3,0%
	Hauptschule	112	53,8%	81	36,5%	193	44,9%
	Realschule	37	17,8%	67	30,2%	104	24,2%
	Fachoberschule	42	20,2%	65	29,3%	107	24,9%
	Hauptschule (z.Zt.)	2	1,0%			2	,5%
	BVJ	2	1,0%			2	,5%
	Realschule abgebrochen			1	,5%	1	,2%
Gesamt		208	100,0%	222	100,0%	430	100,0%
Ausbildung	keine	58	27,6%	61	27,4%	119	27,5%
	in Ausbildung	17	8,1%	10	4,5%	27	6,2%
	Lehre	116	55,2%	117	52,5%	233	53,8%
	Studium	19	9,0%	35	15,7%	54	12,5%
Gesamt		210	100,0%	223	100,0%	433	100,0%
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	63	30,1%	53	24,4%	116	27,2%
	arbeitslos	111	53,1%	113	52,1%	224	52,6%
	Schüler/Student	27	12,9%	49	22,6%	76	17,8%
	Hausmann/Hausfrau	8	3,8%	2	,9%	10	2,3%
Gesamt		209	100,0%	217	100,0%	426	100,0%
Familienstand	ledig	157	74,4%	188	84,3%	345	79,5%
	verheiratet	27	12,8%	22	9,9%	49	11,3%
	getrennt lebend	10	4,7%	4	1,8%	14	3,2%
	geschieden	17	8,1%	8	3,6%	25	5,8%
	verwitwet			1	,4%	1	,2%
Gesamt		211	100,0%	223	100,0%	434	100,0%
Geschwisterposition	Einzelkind	23	11,0%	30	13,6%	53	12,3%
	Älteste(r)	56	26,7%	54	24,4%	110	25,5%
	Mittler(e)r	61	29,0%	43	19,5%	104	24,1%
	Jüngste(r)	70	33,3%	94	42,5%	164	38,1%
Gesamt		210	100,0%	221	100,0%	431	100,0%
Zusammenleben der Eltern	zus.-lebend	115	58,1%	150	72,1%	265	65,3%
	nicht zus.-lebend	83	41,9%	58	27,9%	141	34,7%
Gesamt		198	100,0%	208	100,0%	406	100,0%

4.2.2. Abhängigkeit in der nahen Verwandtschaft

Die Probandinnen und Probanden wurden nach abhängigen nahen Verwandten befragt. Tabelle 3 zeigt die wahrgenommenen Abhängigkeiten von Alkohol und/oder Medikamenten bei den Eltern und Großeltern. Insgesamt 77% der Probandinnen und Probanden mit alkoholabhängigen Eltern gaben einen abhängigen Vater und weitere 42.4% eine abhängige Mutter an. 9.6% der Personen mit alkoholabhängigen Eltern berichten auch von einer abhängigen Großmutter und weitere 35.4% von einem abhängigen Großvater. Probandinnen und Probanden ohne alkoholabhängige Eltern berichten zu 3.6% eine alkoholabhängige Großmutter und zu 11.8% einen alkoholabhängigen Großvater. Die Gruppenunterschiede sind jeweils statistisch hochsignifikant ($< .01$) und zeigen damit das transgenerationale Risiko.

Tabelle 3. Abhängigkeiten in der Familie.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Vater abhängig	ja	161	77,0%			161	37,3%
	nein	39	18,7%	223	100,0%	262	60,6%
	unbekannt	9	4,3%			9	2,1%
Gesamt		209	100,0%	223	100,0%	432	100,0%
Mutter abhängig	ja	89	42,4%			89	20,6%
	nein	109	51,9%	223	100,0%	332	76,7%
	unbekannt	12	5,7%			12	2,8%
Gesamt		210	100,0%	223	100,0%	433	100,0%
Großvater väterlicherseits abhängig	ja	35	17,0%	11	5,0%	46	10,7%
	nein	75	36,4%	173	77,9%	248	57,9%
	unbekannt	96	46,6%	38	17,1%	134	31,3%
Gesamt		206	100,0%	222	100,0%	428	100,0%
Großvater mütterlicherseits abhängig	ja	38	18,4%	15	6,8%	53	12,4%
	nein	96	46,6%	177	79,7%	273	63,8%
	unbekannt	72	35,0%	30	13,5%	102	23,8%
Gesamt		206	100,0%	222	100,0%	428	100,0%
Großmutter väterlicherseits abhängig	ja	8	3,8%	2	,9%	10	2,3%
	nein	120	57,7%	197	88,3%	317	73,5%
	unbekannt	80	38,5%	24	10,8%	104	24,1%
Gesamt		208	100,0%	223	100,0%	431	100,0%
Großmutter mütterlicherseits abhängig	ja	12	5,8%	6	2,7%	18	4,2%
	nein	156	75,0%	209	93,7%	365	84,7%
	unbekannt	40	19,2%	8	3,6%	48	11,1%
Gesamt		208	100,0%	223	100,0%	431	100,0%

Die COA wiesen nicht nur einen sehr hohen Anteil von abhängigen Vätern, sondern mit Quoten von über 40% auch einen außerordentlich hohen Anteil von suchtkranken Müttern auf. Darüber hinaus erweist sich die mehrgenerationale familiäre Suchtbelastung auf Seiten der Großväter (Werte knapp unter 20%) als erwartungsgemäß höher als bei den Großmüttern. Aufgrund dieser familialen Konstellationen wird deutlich, dass es gelungen ist, eine Gruppe von jungen Erwachsenen aus **stark** alkoholbelasteten Familien zu untersuchen.

4.2.3. Kindheits- und Jugendgeschichte

Die Probandinnen und Probanden wurden nach dem Erleben ihrer Eltern in Kindheit und Jugend befragt. Dabei zeigten sich bei der Einschätzung der Mutter zunächst keine Unterschiede in der Frage ihrer Wichtigkeit. Probandinnen und Probanden mit elterlicher Abhängigkeit schätzten allerdings die Mutter signifikant eher als nicht liebenswert, nicht positiv und nicht verständnisvoll ein ($p < .01$). Ähnliche Ergebnisse ergab die gleiche Befragung für den Vater. Er wurde von den Probandinnen und Probanden mit einem alkoholabhängigen Vater signifikant häufiger als eher unwichtig, nicht liebenswert, nicht positiv und nicht verständnisvoll eingeschätzt (Tabellen 4 und 5).

Tabelle 4. Erleben der Mutter in Kindheit und Jugend.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Mutter	eher wichtig	166	82,6%	180	84,5%	346	83,6%
war...	eher unwichtig	35	17,4%	33	15,5%	68	16,4%
Gesamt		201	100,0%	213	100,0%	414	100,0%
Mutter	eher liebenswert	141	73,4%	180	85,3%	321	79,7%
war...	eher nicht liebenswert	51	26,6%	31	14,7%	82	20,3%
Gesamt		192	100,0%	211	100,0%	403	100,0%
Mutter	eher positiv	115	60,8%	160	78,8%	275	70,2%
war...	eher nicht positiv	74	39,2%	43	21,2%	117	29,8%
Gesamt		189	100,0%	203	100,0%	392	100,0%
Mutter	eher verständnisvoll	114	58,8%	151	72,9%	265	66,1%
war...	eher nicht verständnisvoll	80	41,2%	56	27,1%	136	33,9%
Gesamt		194	100,0%	207	100,0%	401	100,0%

Beim Vergleich zwischen Müttern und Vätern ergaben sich für die Mütter durchweg günstigere Werte. Dies mag zum einen mit der wichtigeren Rolle der Mütter in Erziehung und Sozialisation, zum anderen mit der Tatsache zusammenhängen, dass vergleichsweise mehr Väter als Mütter in den Untersuchungsgruppen suchtkrank waren.

Tabelle 5. Erleben des Vaters in Kindheit und Jugend.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Vater	eher wichtig	105	55,6%	161	78,2%	266	67,3%
war...	eher unwichtig	84	44,4%	45	21,8%	129	32,7%
Gesamt		189	100,0%	206	100,0%	395	100,0%
Vater	eher liebenswert	77	41,8%	143	71,5%	220	57,3%
war...	eher nicht liebenswert	107	58,2%	57	28,5%	164	42,7%
Gesamt		184	100,0%	200	100,0%	384	100,0%
Vater...	eher positiv	65	35,1%	147	72,1%	212	54,5%
	eher nicht positiv	120	64,9%	57	27,9%	177	45,5%
Gesamt		185	100,0%	204	100,0%	389	100,0%
Vater	eher verständnisvoll	55	29,9%	121	59,6%	176	45,5%
war...	eher nicht verständnisvoll	129	70,1%	82	40,4%	211	54,5%
Gesamt		184	100,0%	203	100,0%	387	100,0%

4.2.4. Körperliche und seelische Gewalt in der Familie

Personen mit elterlicher Abhängigkeit berichten signifikant häufiger von körperlicher und seelischer Gewalt im Elternhaus ($p < .01$; Tabelle 6). Fast ein Drittel (32.5%) der Personen mit alkoholabhängigen Eltern berichtet von täglicher oder oft erlebter körperlicher Gewalt im Vergleich zu 9.1% bei Personen ohne trinkende Eltern. Von den Personen mit abhängigen Eltern können sich 59% an tägliche oder oft erlebte seelische Gewalt erinnern, im Vergleich zu 21.7% bei der Kontrollgruppe.

Tabelle 6. Erlebte körperliche und seelische Gewalt in der Familie.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Körperliche Gewalt	täglich	28	13,4%	5	2,3%	33	7,7%
	oft	40	19,1%	15	6,8%	55	12,8%
	manchmal	44	21,1%	25	11,3%	69	16,0%
	selten	58	27,8%	86	38,9%	144	33,5%
	nie	39	18,7%	90	40,7%	129	30,0%
Gesamt		209	100,0%	221	100,0%	430	100,0%
Seelische Gewalt	täglich	66	31,9%	21	9,5%	87	20,3%
	oft	56	27,1%	27	12,2%	83	19,4%
	manchmal	35	16,9%	41	18,6%	76	17,8%
	selten	34	16,4%	72	32,6%	106	24,8%
	nie	16	7,7%	60	27,1%	76	17,8%
Gesamt		207	100,0%	221	100,0%	428	100,0%

Weitere Auswertungen ergaben, dass derzeit in Behandlungsinstitutionen befindlichen COA mit 36.0% täglich oder oft körperliche Gewalt erlebt haben. Damit liegen sie weit über dem Wert der COA außerhalb von Behandlungsinstitutionen (14.7%) und den Non-COA. Es ist anzunehmen, dass die Gewalterfahrung in Suchtfamilien eine besonders pathogenisierende Entwicklungsvariable für die betroffenen Kinder darstellt.

4.2.5. Beziehung zur Hauptbezugsperson in der frühen Kindheit

Tabelle 7 gibt die wahrgenommene Qualität der Beziehung zur Hauptbezugsperson in der frühen Kindheit wider. Nach Werner (1986) haben Kinder, die als Kleinkind für die Bezugsperson eher angenehm und willkommen waren trotz des Risikostatus eine bessere Entwicklungsprognose. Die Daten zeigen, dass Erwachsene aus suchtblasteten Familien insgesamt als Kleinkinder eher unwillkommen waren, eher schwer zu handhaben waren, eher pflegeintensiv, unangenehm und insgesamt eher eine Last waren im Vergleich zu Erwachsenen ohne elterliche Abhängigkeit. Die Gruppenunterschiede sind signifikant ($p < .05$) bzw. hochsignifikant ($p < .01$)⁷. Risikoprobantinnen und -probanden hatten nicht signifikant öfter den Eindruck, als Baby nicht gewollt gewesen oder als Baby schwieriger zu beruhigen gewesen zu

⁷ $p < .05$ entspricht einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%, $p < .01$ von 1%.

sein. Vor allem Risikopersonen, die sich in Behandlungsinstitutionen befanden, schätzten sich häufiger als eher schwieriges, pflegeintensives, unangenehmes Baby ein, das eher eine Last war.

Da für Babys in der Regel die Mutter die Hauptbeziehungsperson ist, lassen die Antworten auf die Wahrnehmung des frühen Mutter-Kind-Verhältnisses der Probandinnen und Probanden schließen. Da die Risikoklientel zu 42,4% eine alkoholranke Mutter angaben, spiegelt sich hier in erster Linie die Überforderung einer trinkenden Mutter mit ihrem Baby wieder. Die Risikoprobantinnen und -probanden nahmen sich einerseits ebenso als gewollt wahr wie die Vergleichsgruppe, sie wurden aber eher von einer Mutter versorgt, die aufgrund ihrer Abhängigkeit kaum zu einer angemessenen Versorgung des Säuglings in der Lage war. Vielmehr wurde der bedürftige Säugling von der trinkenden Mutter als eher lästig, unangenehm und schwierig wahrgenommen.

Tabelle 7. Beziehung zur Hauptbezugsperson in der frühen Kindheit.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Ich war...	eher gewollt	165	83,3%	186	88,6%	351	86,0%
	eher ungewollt	33	16,7%	24	11,4%	57	14,0%
Gesamt		198	100,0%	210	100,0%	408	100,0%
Ich war...	eher willkommen	176	88,9%	199	96,1%	375	92,6%
	eher unwillkommen	22	11,1%	8	3,9%	30	7,4%
Gesamt		198	100,0%	207	100,0%	405	100,0%
Ich war...	eher leicht	111	57,5%	94	47,5%	205	52,4%
	eher schwierig	82	42,5%	104	52,5%	186	47,6%
Gesamt		193	100,0%	198	100,0%	391	100,0%
Ich war...	eher pflegeleicht	127	66,1%	160	80,4%	287	73,4%
	eher pflegeintensiv	65	33,9%	39	19,6%	104	26,6%
Gesamt		192	100,0%	199	100,0%	391	100,0%
Ich war...	eher angenehmes Baby	141	75,4%	184	92,0%	325	84,0%
	eher unangenehmes Baby	46	24,6%	16	8,0%	62	16,0%
Gesamt		187	100,0%	200	100,0%	387	100,0%
Ich war...	eher leicht zu beruhigen	83	44,4%	80	40,6%	163	42,4%
	eher schwer zu beruhigen	104	55,6%	117	59,4%	221	57,6%
Gesamt		187	100,0%	197	100,0%	384	100,0%
Ich war...	eher eine Freude	154	80,2%	180	90,9%	334	85,6%
	eher eine Last	38	19,8%	18	9,1%	56	14,4%
Gesamt		192	100,0%	198	100,0%	390	100,0%

4.2.6. Familiäre Atmosphäre in der Kindheit und Jugend

Die Risikoprobantinnen und -probanden schätzten die Atmosphäre in ihrer Familie in Kindheit und Jugend auf allen 11 Skalen hochsignifikant ($p < .01$) schlechter ein als die Personen der Gruppe ohne elterliche Abhängigkeit. Das bedeutet, dass Erwachsene mit elterlicher Abhängigkeit ihre Kindheit und Jugend signifikant disharmonischer, kälter, verschlossener, unberechenbarer, gewalttätiger, verlogener,

trauriger, hemmender, unfreundlicher, instabiler und angespannter wahrnahmen als Erwachsene ohne suchtkranke Eltern (Tabelle 8). Hier bestätigen sich die Schilderungen der klinischen Erfahrungsliteratur, die in alkoholbelasteten Familien insbesondere eine angespannte, angstbesetzte Atmosphäre beschreiben (vgl. Black, 1988; Wegscheider, 1988).

Tabelle 8. Familiäre Atmosphäre in Kindheit und Jugend.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Atmosphäre	eher harmonisch	71	35,7%	171	79,5%	242	58,5%
war...	eher disharmonisch	128	64,3%	44	20,5%	172	41,5%
Gesamt		199	100,0%	215	100,0%	414	100,0%
Atmosphäre	eher warm	85	42,5%	168	78,9%	253	61,3%
war...	eher kalt	115	57,5%	45	21,1%	160	38,7%
Gesamt		200	100,0%	213	100,0%	413	100,0%
Atmosphäre	eher offen	70	35,2%	118	56,2%	188	46,0%
war...	eher verschlossen	129	64,8%	92	43,8%	221	54,0%
Gesamt		199	100,0%	210	100,0%	409	100,0%
Atmosphäre	eher berechenbar	76	38,2%	153	75,0%	229	56,8%
war...	eher unberechenbar	123	61,8%	51	25,0%	174	43,2%
Gesamt		199	100,0%	204	100,0%	403	100,0%
Atmosphäre	eher friedfertig	111	55,0%	180	85,7%	291	70,6%
war...	eher gewalttätig	91	45,0%	30	14,3%	121	29,4%
Gesamt		202	100,0%	210	100,0%	412	100,0%
Atmosphäre	eher ehrlich	85	42,3%	169	79,7%	254	61,5%
war...	eher verlogen	116	57,7%	43	20,3%	159	38,5%
Gesamt		201	100,0%	212	100,0%	413	100,0%
Atmosphäre	eher fröhlich	81	39,9%	166	76,9%	247	58,9%
war...	eher traurig	122	60,1%	50	23,1%	172	41,1%
Gesamt		203	100,0%	216	100,0%	419	100,0%
Atmosphäre	eher förderlich	55	28,1%	145	69,0%	200	49,3%
war...	eher hemmend	141	71,9%	65	31,0%	206	50,7%
Gesamt		196	100,0%	210	100,0%	406	100,0%
Atmosphäre	eher freundlich	108	54,5%	166	79,4%	274	67,3%
war...	eher unfreundlich	90	45,5%	43	20,6%	133	32,7%
Gesamt		198	100,0%	209	100,0%	407	100,0%
Atmosphäre	eher stabil	74	37,6%	167	78,8%	241	58,9%
war...	eher instabil	123	62,4%	45	21,2%	168	41,1%
Gesamt		197	100,0%	212	100,0%	409	100,0%
Atmosphäre	eher entspannt	61	30,5%	119	56,1%	180	43,7%
war...	eher angespannt	139	69,5%	93	43,9%	232	56,3%
Gesamt		200	100,0%	212	100,0%	412	100,0%

Die negative Einschätzung der Familienatmosphäre durch die COA entspricht den Überlegungen Schneewinds (1991) zur Familienstresstheorie, nach der in Familien mit dauerhaften Belastungen auf der Elternebene mit Duldungs- und Katastrophenstress zu rechnen ist. Katastrophenstress bezeichnet die Auswirkungen

heftiger intra- und extrafamiliärer Einwirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder. Solche Einwirkungen, die in der Regel auch als kritische Lebensereignisse aufzufassen sind, können in Arbeitslosigkeit, Unfällen, Todesfällen, aber auch Traumatisierungen im Sinne von sexueller oder physischer Gewalt bestehen. Duldungsstress dagegen spiegelt die Effekte lange ertragener widriger Familienverhältnisse wider. Diese können, wie Tabelle 8 zeigt, besonders in den Bereichen familialer Instabilität, Unberechenbarkeit und Anspannung liegen. Diese Familien(duldungs)stressvariablen konstituieren in erster Linie die chronische Familienatmosphäre in dysfunktionalen Familien, von denen die Familien mit einem suchtkranken Elternteil ein besonders häufiges „Modell“ darstellt.

4.2.7. Kindheit bis zum 12. Lebensjahr

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei differenziellen Angaben zum Erleben der Kindheit bis zum 12. Lebensjahr. (Tabelle 9.) Auch hier schätzen die Risikoprobantinnen und –probanden ihre Kindheit hochsignifikant ($p < .01$) öfter als unglücklich, chaotisch, unbehütet, unsicher und langweilig ein. Vor allem Risikopersonen aus Institutionen berichteten eher aversive Erinnerungen an die Kindheit.

Tabelle 9. Erleben der Kindheit bis zum 12. Lebensjahr.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Meine Kindheit war...	eher glücklich	103	50,5%	186	84,9%	289	68,3%
	eher unglücklich	101	49,5%	33	15,1%		
Gesamt		204	100,0%	219	100,0%	423	100,0%
Meine Kindheit war...	eher geordnet	114	57,3%	186	87,3%	300	72,8%
	eher chaotisch	85	42,7%	27	12,7%		
Gesamt		199	100,0%	213	100,0%	412	100,0%
Meine Kindheit war...	eher behütet	126	63,0%	193	91,5%	319	77,6%
	eher unbehütet	74	37,0%	18	8,5%		
Gesamt		200	100,0%	211	100,0%	411	100,0%
Meine Kindheit war...	eher sicher	119	59,2%	190	88,8%	309	74,5%
	eher unsicher	82	40,8%	24	11,2%		
Gesamt		201	100,0%	214	100,0%	415	100,0%
Meine Kindheit war...	eher aufregend	129	64,8%	170	79,4%	299	72,4%
	eher langweilig	70	35,2%	44	20,6%		
Gesamt		199	100,0%	214	100,0%	413	100,0%

Damit zeigt sich, dass COA bereits in jungen Jahren unter der elterlichen Alkoholproblematik massiven Leidensdruck aufbauen und das häusliche Umfeld als einen unsicheren Ort beschreiben. Die Lebensqualität ist damit schon in der Phase der Kindheit deutlich beeinträchtigt. Dies zeigt sich beispielhaft darin, dass mit 49,5% fast die Hälfte der COA im Unterschied zu 15,1% der Kontrollgruppe von einer unglücklichen Kindheit sprechen. Die Familienstruktur wird eher als chaotisch

empfunden, wobei die beschriebene Willkür ein Gefühl von mangelnder Sicherheit und mangelnde Lebensfreude erzeugt.

4.2.8. Jugendzeit vom 12. bis zum 18. Lebensjahr

Ähnlich wie die Kindheit wurde auch die Jugend vom 12. bis zum 18. Lebensjahr von den Risikopersonen relativ zur Vergleichsgruppe als hochsignifikant ($p < .01$) schwieriger erlebt. Im Unterschied zur Kindheit sind die negativen Erlebensweisen jetzt nicht intensiver. Demnach erlebten die Probandinnen und Probanden mit elterlicher Abhängigkeit ihre Jugend deutlich unglücklicher, chaotischer, unbehüteter, unsicherer und langweiliger als Kontrollpersonen (Tabelle 10).

Tabelle 10. Erleben der Jugendzeit vom 12. bis zum 18. Lebensjahr.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Meine Jugend war...	eher glücklich	91	44,2%	141	65,3%	232	55,0%
	eher unglücklich	115	55,8%	75	34,7%	190	45,0%
Gesamt		206	100,0%	216	100,0%	422	100,0%
Meine Jugend war...	eher geordnet	83	40,5%	118	55,7%	201	48,2%
	eher chaotisch	122	59,5%	94	44,3%	216	51,8%
Gesamt		205	100,0%	212	100,0%	417	100,0%
Meine Jugend war...	eher behütet	92	45,3%	135	64,9%	227	55,2%
	eher unbehütet	111	54,7%	73	35,1%	184	44,8%
Gesamt		203	100,0%	208	100,0%	411	100,0%
Meine Jugend war...	eher sicher	94	46,1%	134	63,8%	228	55,1%
	eher unsicher	110	53,9%	76	36,2%	186	44,9%
Gesamt		204	100,0%	210	100,0%	414	100,0%
Meine Jugend war...	eher aufregend	146	71,9%	175	81,8%	321	77,0%
	eher langweilig	57	28,1%	39	18,2%	96	23,0%
Gesamt		203	100,0%	214	100,0%	417	100,0%

4.2.9. Peerkontakte

Tabelle 11 zeigt die Einschätzung der Freunde, mit denen die Probandinnen und Probanden in ihrer Jugend überwiegend zusammen waren. Auch hier lassen sich signifikante und hochsignifikante Effekte bei den Einschätzungen der beiden Gruppen finden. Die Risikopersonen schätzen ihre damaligen Freunde als eher ziellos, öfter unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stehend, eher unzuverlässig, eher sozial schlecht integriert und eher voll von Problemen und Aggressionen ein. Sie nahmen ihre Peers aber nicht als egoistischer und nicht als schwache Persönlichkeiten wahr.

Tabelle 11. Peers, mit denen die Probandinnen und Probanden überwiegend zusammen waren.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Meine Freunde waren...	eher zielstrebig	105	52,5%	139	65,6%	244	59,2%
	eher ziellos	95	47,5%	73	34,4%	168	40,8%
Gesamt		200	100,0%	212	100,0%	412	100,0%
Meine Freunde waren...	eher nie alkoholisiert/unter Drogen	67	33,3%	97	44,7%	164	39,2%
	eher oft alkoholisiert/unter Drogen	134	66,7%	120	55,3%	254	60,8%
Gesamt		201	100,0%	217	100,0%	418	100,0%
Meine Freunde waren...	eher verlässlich	135	67,2%	163	76,5%	298	72,0%
	eher unzuverlässig	66	32,8%	50	23,5%	116	28,0%
Gesamt		201	100,0%	213	100,0%	414	100,0%
Meine Freunde waren...	eher sozial gut integriert	126	63,3%	166	78,3%	292	71,0%
	eher schlecht sozial integriert	73	36,7%	46	21,7%	119	29,0%
Gesamt		199	100,0%	212	100,0%	411	100,0%
Meine Freunde waren...	eher hilfreich	133	66,5%	179	82,5%	312	74,8%
	eher unzuverlässig	67	33,5%	38	17,5%	105	25,2%
Gesamt		200	100,0%	217	100,0%	417	100,0%
Meine Freunde waren...	eher sozial	132	66,7%	144	67,9%	276	67,3%
	eher egoistisch	66	33,3%	68	32,1%	134	32,7%
Gesamt		198	100,0%	212	100,0%	410	100,0%
Meine Freunde waren...	eher starke Persönlichkeiten	146	73,7%	169	80,5%	315	77,2%
	eher schwache Persönlichkeiten	52	26,3%	41	19,5%	93	22,8%
Gesamt		198	100,0%	210	100,0%	408	100,0%
Meine Freunde waren...	eher frei von Problemen	72	36,2%	119	55,6%	191	46,2%
	eher voll von Problemen	127	63,8%	95	44,4%	222	53,8%
Gesamt		199	100,0%	214	100,0%	413	100,0%
Meine Freunde waren...	eher ohne Aggression	106	53,0%	136	64,2%	242	58,7%
	eher voller Aggression	94	47,0%	76	35,8%	170	41,3%
Gesamt		200	100,0%	212	100,0%	412	100,0%

4.2.10. Vertrauensvolle Personen in Kindheit und Jugend

Tabelle 12 gibt die Angaben der Probandinnen und Probanden zu den vorhandenen vertrauensvollen Personen in Kindheit und Jugend wieder. Die Risikopersonen gaben zu 28,8% an, dass sie immer, fast immer oder meistens eine vertrauensvolle Person hatten, an die sie sich wenden konnten ($p < .01$). Probandinnen und Probanden ohne elterliche Abhängigkeit konnten diese Frage entsprechend zu 38,5% bejahen. Damit hatte mehr als ein Drittel der COA (35,1%) in Kindheit und Jugend keine oder höchst selten eine Person, der sie sich anvertrauen konnte. Bei den Kontrollprobandinnen und -probanden war dieser Wert mit 24,5% zwar deutlich niedriger, absolut gesehen aber ebenfalls recht hoch. Eine detaillierte Auswertung zeigte, dass insbesondere Kontrollpersonen in Institutionen eine deutlich niedrigere psychosoziale Unterstützung durch Vertrauenspersonen erlebten (29,2%) als Kontrollpersonen außerhalb von Institutionen (11,9%).

Tabelle 12. Vertrauensvolle Personen in Kindheit und Jugend

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Gab es vertrauensvolle Personen?	ja, immer oder fast immer	25	12,0%	46	20,9%	71	16,6%
	ja, meistens	35	16,8%	57	25,9%	92	21,5%
	ja, manchmal	49	23,6%	44	20,0%	93	21,7%
	ja, aber nur ganz selten	26	12,5%	19	8,6%	45	10,5%
	nein oder höchst selten	73	35,1%	54	24,5%	127	29,7%
Gesamt		208	100,0%	220	100,0%	428	100,0%

Alles in allem unterstreicht die Tatsache, dass mit 47.6% fast die Hälfte der COA über so gut wie keine vorhandene (nein oder höchst selten bzw. ja, aber nur ganz selten) Vertrauensperson berichtet, die Gefahr der Isolation und Vereinsamung, die speziell für COA droht. Auch grundlegende Erschütterungen der Beziehungsfähigkeit (Zerstörung des Urvertrauens) können eine entscheidende Rolle spielen.

4.2.11. Quellen von Geborgenheit, Beistand und Trost in Kindheit und Jugend

Bei der Frage nach emotionaler Unterstützung durch Personen, Tiere, Sachen oder Phantasien/Träume zeigten sich insgesamt differenzielle Effekte. Risikoprobantinnen und -probanden gaben hochsignifikant weniger Geborgenheit, Beistand und Trost durch ihre Eltern und ihre Geschwister an. Keine Effekte fanden sich bei der Unterstützung durch die Großeltern, andere Verwandte, Nachbarn, andere Kinder, Tiere oder Phantasien und Träume. Besonders auffällig erscheint bei den COA die mangelnde Geborgenheit, die von den Vätern vermittelt wird. Sind es bei den Kontrollpersonen ca. 60%, die ihren Vater als eine Person angeben, die im Bedarfsfall Geborgenheit, Trost und Beistand vermitteln kann, sind es bei den COA nur knapp 30%. Die mangelnde Unterstützung in der engeren Familie konnte von den Risikopersonen möglicherweise zumindest teilweise durch die Großeltern, weitere Verwandte oder Nachbarn und andere Kinder kompensiert werden. Besondere Bedeutung hatten offenbar auch bestimmte Objekte wie z.B. Kuscheltiere (Tabelle 13). Auffällig ist auf jeden Fall, dass die COA bei den Antwortalternativen Tiere, bestimmte Objekte und Phantasie/Träume höhere Werte als die Vergleichspersonen (Non-COA) erreichen.

Tabelle 13. Quellen von Geborgenheit in Kindheit und Jugend.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Mutter	eher viel	122	60,4%	189	85,5%	311	73,5%
	eher wenig	80	39,6%	32	14,5%	112	26,5%
Gesamt		202	100,0%	221	100,0%	423	100,0%
Vater	eher viel	56	29,8%	130	60,7%	186	46,3%
	eher wenig	132	70,2%	84	39,3%	216	53,7%
Gesamt		188	100,0%	214	100,0%	402	100,0%
Schwester	eher viel	75	58,1%	94	74,6%	169	66,3%
	eher wenig	54	41,9%	32	25,4%	86	33,7%
Gesamt		129	100,0%	126	100,0%	255	100,0%
Bruder	eher viel	67	54,5%	75	67,6%	142	60,7%
	eher wenig	56	45,5%	36	32,4%	92	39,3%
Gesamt		123	100,0%	111	100,0%	234	100,0%
Großmutter	eher viel	99	66,0%	115	66,9%	214	66,5%
	eher wenig	51	34,0%	57	33,1%	108	33,5%
Gesamt		150	100,0%	172	100,0%	322	100,0%
Großvater	eher viel	54	51,9%	71	55,5%	125	53,9%
	eher wenig	50	48,1%	57	44,5%	107	46,1%
Gesamt		104	100,0%	128	100,0%	232	100,0%
Andere Verwandte	eher viel	46	70,8%	49	66,2%	95	68,3%
	eher wenig	19	29,2%	25	33,8%	44	31,7%
Gesamt		65	100,0%	74	100,0%	139	100,0%
Nachbarn	eher viel	42	54,5%	40	49,4%	82	51,9%
	eher wenig	35	45,5%	41	50,6%	76	48,1%
Gesamt		77	100,0%	81	100,0%	158	100,0%
Andere Kinder	eher viel	80	64,5%	99	69,2%	179	67,0%
	eher wenig	44	35,5%	44	30,8%	88	33,0%
Gesamt		124	100,0%	143	100,0%	267	100,0%
Tiere	eher viel	94	83,9%	72	80,0%	166	82,2%
	eher wenig	18	16,1%	18	20,0%	36	17,8%
Gesamt		112	100,0%	90	100,0%	202	100,0%
Bestimmte Objekte	eher viel	61	79,2%	69	65,1%	130	71,0%
	eher wenig	16	20,8%	37	34,9%	53	29,0%
Gesamt		77	100,0%	106	100,0%	183	100,0%
Phantasie/Träume	eher viel	138	86,3%	131	79,9%	269	83,0%
	eher wenig	22	13,8%	33	20,1%	55	17,0%
Gesamt		160	100,0%	164	100,0%	324	100,0%

4.2.12. Schulverhalten

Hinsichtlich des Schulverhaltens zeigten sich ebenfalls differenzielle Effekte. Risikoprobantinnen und -probanden sahen sich hochsignifikant ($p < .01$) eher als Einzelgänger und als weniger intelligent an als die Kontrollpersonen (Tabelle 14). Betrachtet man die zwischen beiden Gruppen nicht differenzierenden Werte für

Beliebtheit, so scheinen die COA aber zu einem überwiegenden Teil das Schulumfeld dafür genutzt zu haben, Anerkennung und Bestätigung zu bekommen. Dies geht konform mit den Ergebnissen von Werner & Smith (1989), wonach sich Kinder in aversiven Kontexten oft die Schule als einen Bereich einrichten, in dem sie sich akzeptiert und wertgeschätzt fühlen.

Tabelle 14. Schulverhalten.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
In der Schule	eher als guter Schüler	132	65,7%	150	71,4%	282	68,6%
galt ich...	eher als schlechter Schüler	69	34,3%	60	28,6%	129	31,4%
Gesamt		201	100,0%	210	100,0%	411	100,0%
In der Schule	eher als beliebter Schüler	152	77,2%	161	77,0%	313	77,1%
galt ich...	eher als unbeliebter Schüler	45	22,8%	48	23,0%	93	22,9%
Gesamt		197	100,0%	209	100,0%	406	100,0%
In der Schule	eher als Einzelgänger	106	51,5%	77	37,0%	183	44,2%
galt ich...	eher als Gruppenmensch	100	48,5%	131	63,0%	231	55,8%
Gesamt		206	100,0%	208	100,0%	414	100,0%
In der Schule	eher als sehr interlligent	136	68,0%	163	79,1%	299	73,6%
galt ich...	eher als wenig intelligent	64	32,0%	43	20,9%	107	26,4%
Gesamt		200	100,0%	206	100,0%	406	100,0%
In der Schule	eher als Friedensstifter	118	58,1%	141	66,8%	259	62,6%
galt ich...	eher als Störenfried	85	41,9%	70	33,2%	155	37,4%
Gesamt		203	100,0%	211	100,0%	414	100,0%

4.2.13. Aktuell vorherrschende Stimmung im Alltag

Die im Alltag vorherrschende Stimmung wurde bei den Risikopersonen auf nahezu allen Skalen als signifikant negativer eingeschätzt. Sie beurteilten sich selbst als eher traurig, weniger fröhlich, eher wütend, eher neidisch, eher unlustig, eher zornig, eher panisch, weniger liebevoll, eher nervös, schuldig, ärgerlich, ängstlich, depressiv, ohnmächtig mit vermehrten Stimmungsschwankungen, weniger Lebensfreude und weniger Freude insgesamt. Auf den Skalen Gleichgültigkeit, Minderwertigkeit und Optimismus zeigten sich keine Effekte (Tabellen 15 und 16). Die Gruppenvergleiche machen deutlich, dass sich die beschriebenen ungünstigen Sozialisationsbedingungen der Probandinnen und Probanden aus alkoholbelasteten Familien im späteren Erwachsenenalter in einer signifikant ungünstigeren Lebensqualität auswirken. Die Stimmung der COA kann gegenüber der Kontrollgruppe als eher gedämpft, aggressiv, angespannt, schwankend und geprägt von Schuldgefühlen beschrieben werden, wobei positive Gefühle wie Lebensfreude oder Fröhlichkeit eher in den Hintergrund treten.

Tabelle 15. Wahrgenommene Stimmung im Alltag I.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Traurigkeit	eher stark	136	65,1%	101	46,8%	237	55,8%
	eher schwach	73	34,9%	115	53,2%	188	44,2%
Fröhlichkeit	eher stark	141	67,5%	170	78,0%	311	72,8%
	eher schwach	68	32,5%	48	22,0%	116	27,2%
Gesamt		209	100,0%	218	100,0%	427	100,0%
Wut	eher stark	114	54,8%	93	42,7%	207	48,6%
	eher schwach	94	45,2%	125	57,3%	219	51,4%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%
Gleichgültigkeit	eher stark	99	47,4%	89	40,8%	188	44,0%
	eher schwach	110	52,6%	129	59,2%	239	56,0%
Gesamt		209	100,0%	218	100,0%	427	100,0%
Neid	eher stark	66	31,7%	50	23,0%	116	27,3%
	eher schwach	142	68,3%	167	77,0%	309	72,7%
Gesamt		208	100,0%	217	100,0%	425	100,0%
Unlust	eher stark	111	53,1%	91	42,1%	202	47,5%
	eher schwach	98	46,9%	125	57,9%	223	52,5%
Gesamt		209	100,0%	216	100,0%	425	100,0%
Zorn	eher stark	103	49,5%	75	34,4%	178	41,8%
	eher schwach	105	50,5%	143	65,6%	248	58,2%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%
Gefühl von Panik	eher stark	92	44,4%	60	27,9%	152	36,0%
	eher schwach	115	55,6%	155	72,1%	270	64,0%
Gesamt		207	100,0%	215	100,0%	422	100,0%
Liebesgefühl	eher stark	142	69,3%	169	78,6%	311	74,0%
	eher schwach	63	30,7%	46	21,4%	109	26,0%
Gesamt		205	100,0%	215	100,0%	420	100,0%
Nervosität	eher stark	136	65,4%	121	55,5%	257	60,3%
	eher schwach	72	34,6%	97	44,5%	169	39,7%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%

Tabelle 16. Wahrgenommene Stimmung im Alltag II.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Schuldgefühle	eher stark	136	65,4%	97	44,9%	233	55,0%
	eher schwach	72	34,6%	119	55,1%		
Gesamt		208	100,0%	216	100,0%	424	100,0%
Anspannung	eher stark	152	73,4%	128	59,0%	280	66,0%
	eher schwach	55	26,6%	89	41,0%		
Gesamt		207	100,0%	217	100,0%	424	100,0%
Ärger	eher stark	134	64,4%	96	44,7%	230	54,4%
	eher schwach	74	35,6%	119	55,3%		
Gesamt		208	100,0%	215	100,0%	423	100,0%
Lebensfreude	eher stark	124	60,2%	154	72,0%	278	66,2%
	eher schwach	82	39,8%	60	28,0%		
Gesamt		206	100,0%	214	100,0%	420	100,0%
Minderwertigkeit	eher stark	105	51,2%	90	41,9%	195	46,4%
	eher schwach	100	48,8%	125	58,1%		
Gesamt		205	100,0%	215	100,0%	420	100,0%
Angst	eher stark	121	58,5%	91	42,3%	212	50,2%
	eher schwach	86	41,5%	124	57,7%		
Gesamt		207	100,0%	215	100,0%	422	100,0%
Depression	eher stark	106	51,5%	64	29,9%	170	40,5%
	eher schwach	100	48,5%	150	70,1%		
Gesamt		206	100,0%	214	100,0%	420	100,0%
Stimmungsschwankungen	eher stark	149	71,3%	121	56,0%	270	63,5%
	eher schwach	60	28,7%	95	44,0%		
Gesamt		209	100,0%	216	100,0%	425	100,0%
Ohnmachtsgefühle	eher stark	72	34,8%	43	20,1%	115	27,3%
	eher schwach	135	65,2%	171	79,9%		
Gesamt		207	100,0%	214	100,0%	421	100,0%
Freunde	eher stark	133	64,6%	169	77,9%	302	71,4%
	eher schwach	73	35,4%	48	22,1%		
Gesamt		206	100,0%	217	100,0%	423	100,0%
Optimismus	eher stark	136	65,7%	157	72,4%	293	69,1%
	eher schwach	71	34,3%	60	27,6%		
Gesamt		207	100,0%	217	100,0%	424	100,0%

4.2.14. Wahrgenommene aktuelle Stärken

Neben der Erhebung von eher defizitären Merkmalen gaben die Probandinnen und Probanden auch ihre Einschätzung bezüglich wahrgenommener Stärken und Ressourcen an. Tabelle 17 liefert die entsprechenden Ergebnisse. Von insgesamt 13 erfragten Beurteilungen schätzten sich die COA auf 6 Merkmalen (Durchsetzungsfähigkeit, Konsequentes Verhalten, Intelligenz, Kompromissfähigkeit, Überblick, Selbstvertrauen) signifikant schlechter ein als die Kontrollpersonen, bei den anderen Merkmalen (Zuverlässigkeit, Treue, Herzlichkeit, sprachliche Gewandtheit, körperliche Fitness, Sportlichkeit, diplomatisches Geschick) zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zur Kontrollgruppe. Die Risikoprobantinnen

und –probanden konnten vor allem in sozialen Bezügen (Zuverlässigkeit, Treue, Herzlichkeit, diplomatisches Geschick, sprachliche Gewandtheit) Stärken demonstrieren und waren in Bezug auf körperliche Aktivitäten (Fitness, Sportlichkeit) mit der Kontrollgruppe in etwa gleich auf.

Tabelle 17. Wahrgenommene aktuelle Stärken.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Zuverlässigkeit	eher stark	191	90,5%	202	91,0%	393	90,8%
	eher schwach	20	9,5%	20	9,0%	40	9,2%
Gesamt		211	100,0%	222	100,0%	433	100,0%
Treue	eher stark	173	83,6%	194	88,2%	367	85,9%
	eher schwach	34	16,4%	26	11,8%	60	14,1%
Gesamt		207	100,0%	220	100,0%	427	100,0%
Durchsetzungsfähigkeit	eher stark	133	63,6%	166	75,8%	299	69,9%
	eher schwach	76	36,4%	53	24,2%	129	30,1%
Gesamt		209	100,0%	219	100,0%	428	100,0%
Konsequentes Verhalten	eher stark	123	59,1%	155	70,5%	278	65,0%
	eher schwach	85	40,9%	65	29,5%	150	35,0%
Gesamt		208	100,0%	220	100,0%	428	100,0%
Herzlichkeit	eher stark	179	86,1%	195	88,6%	374	87,4%
	eher schwach	29	13,9%	25	11,4%	54	12,6%
Gesamt		208	100,0%	220	100,0%	428	100,0%
Intelligenz	eher stark	167	80,7%	201	91,8%	368	86,4%
	eher schwach	40	19,3%	18	8,2%	58	13,6%
Gesamt		207	100,0%	219	100,0%	426	100,0%
Sprachliche Gewandtheit	eher stark	145	69,7%	161	72,9%	306	71,3%
	eher schwach	63	30,3%	60	27,1%	123	28,7%
Gesamt		208	100,0%	221	100,0%	429	100,0%
Körperliche Fitness	eher stark	122	58,4%	143	65,0%	265	61,8%
	eher schwach	87	41,6%	77	35,0%	164	38,2%
Gesamt		209	100,0%	220	100,0%	429	100,0%
Sportlichkeit	eher stark	137	65,6%	147	65,9%	284	65,7%
	eher schwach	72	34,4%	76	34,1%	148	34,3%
Gesamt		209	100,0%	223	100,0%	432	100,0%
Diplomatisches Geschick	eher stark	131	62,7%	146	67,0%	277	64,9%
	eher schwach	78	37,3%	72	33,0%	150	35,1%
Gesamt		209	100,0%	218	100,0%	427	100,0%
Kompromissfähigkeit	eher stark	145	69,7%	181	83,0%	326	76,5%
	eher schwach	63	30,3%	37	17,0%	100	23,5%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%
Guter Überblick	eher stark	149	72,0%	184	83,3%	333	77,8%
	eher schwach	58	28,0%	37	16,7%	95	22,2%
Gesamt		207	100,0%	221	100,0%	428	100,0%
Selbstvertrauen	eher stark	103	49,0%	144	65,2%	247	57,3%
	eher schwach	107	51,0%	77	34,8%	184	42,7%
Gesamt		210	100,0%	221	100,0%	431	100,0%

4.2.15. Wahrgenommene aktuelle soziale Kompetenzen

Neben den wahrgenommenen Stärken wurden auch die wahrgenommenen sozialen Kompetenzen der Probandinnen und Probanden erfragt. Dabei schrieben sich die Risikopersonen auf drei von insgesamt 19 Skalen weniger soziale Kompetenzen zu (Sensibilität, Aufmerksamkeit, Krisen aushalten können) als die Kontrollpersonen. Bei den anderen 16 Merkmalen schrieben sie sich in gleichem Maße wie die Mitglieder der Kontrollgruppe soziale Kompetenzen zu (Tabellen 18 und 19). Diese Ergebnisse relativieren das oft einseitig pathologieorientierte Bild bezüglich der Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien. Die Risikoprobantinnen und -probanden zeigten sich in wichtigen sozialen Kompetenzen den Probandinnen und Probanden der Kontrollgruppe durchaus ebenbürtig. Darüber hinaus beschrieben sie sich als tendenziell hilfsbereiter, gewissenhafter, spontaner und risikofreudiger als die Personen der Kontrollgruppe.

Tabelle 18. Wahrgenommene aktuelle soziale Kompetenzen I.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Sensibilität	eher stark	144	68,9%	184	83,6%	328	76,5%
	eher schwach	65	31,1%	36	16,4%	101	23,5%
Gesamt		209	100,0%	220	100,0%	429	100,0%
Einfühlungsvermögen	eher stark	172	82,7%	193	88,5%	365	85,7%
	eher schwach	36	17,3%	25	11,5%	61	14,3%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%
Begeisterungsfähigkeit	eher stark	158	76,0%	184	83,3%	342	79,7%
	eher schwach	50	24,0%	37	16,7%	87	20,3%
Gesamt		208	100,0%	221	100,0%	429	100,0%
Vermittlungsfähigkeit	eher stark	154	73,7%	177	80,8%	331	77,3%
	eher schwach	55	26,3%	42	19,2%	97	22,7%
Gesamt		209	100,0%	219	100,0%	428	100,0%
Hilfsbereitschaft	eher stark	197	94,3%	207	93,7%	404	94,0%
	eher schwach	12	5,7%	14	6,3%	26	6,0%
Gesamt		209	100,0%	221	100,0%	430	100,0%
Ausgleichende Fähigkeiten	eher stark	144	70,9%	168	77,1%	312	74,1%
	eher schwach	59	29,1%	50	22,9%	109	25,9%
Gesamt		203	100,0%	218	100,0%	421	100,0%
Bescheidenheit	eher stark	149	71,6%	166	75,8%	315	73,8%
	eher schwach	59	28,4%	53	24,2%	112	26,2%
Gesamt		208	100,0%	219	100,0%	427	100,0%
Wahrnehmungsgenauigkeit	eher stark	161	77,4%	179	82,1%	340	79,8%
	eher schwach	47	22,6%	39	17,9%	86	20,2%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%
Aufmerksamkeit	eher stark	171	81,8%	199	90,5%	370	86,2%
	eher schwach	38	18,2%	21	9,5%	59	13,8%
Gesamt		209	100,0%	220	100,0%	429	100,0%
Improvisationsvermögen	eher stark	151	73,7%	166	75,8%	317	74,8%
	eher schwach	54	26,3%	53	24,2%	107	25,2%
Gesamt		205	100,0%	219	100,0%	424	100,0%

Tabelle 19. Wahrgenommene aktuelle soziale Kompetenzen II.

		Gruppenzugehörigkeit				Gesamt	
		COA		nonCOA		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Krisen aushalten können	eher stark	99	47,6%	134	61,2%	233	54,6%
	eher schwach	109	52,4%	85	38,8%	194	45,4%
Gesamt		208	100,0%	219	100,0%	427	100,0%
Risikofreude	eher stark	137	65,6%	141	64,4%	278	65,0%
	eher schwach	72	34,4%	78	35,6%	150	35,0%
Gesamt		209	100,0%	219	100,0%	428	100,0%
Phantasie	eher stark	168	80,4%	179	82,5%	347	81,5%
	eher schwach	41	19,6%	38	17,5%	79	18,5%
Gesamt		209	100,0%	217	100,0%	426	100,0%
Kreativität	eher stark	145	69,4%	167	76,3%	312	72,9%
	eher schwach	64	30,6%	52	23,7%	116	27,1%
Gesamt		209	100,0%	219	100,0%	428	100,0%
Belastbarkeit	eher stark	133	63,6%	158	72,1%	291	68,0%
	eher schwach	76	36,4%	61	27,9%	137	32,0%
Gesamt		209	100,0%	219	100,0%	428	100,0%
Loyalität	eher stark	175	83,7%	193	88,1%	368	86,0%
	eher schwach	34	16,3%	26	11,9%	60	14,0%
Gesamt		209	100,0%	219	100,0%	428	100,0%
Gewissenhaftigkeit	eher stark	174	84,1%	182	83,1%	356	83,6%
	eher schwach	33	15,9%	37	16,9%	70	16,4%
Gesamt		207	100,0%	219	100,0%	426	100,0%
Pflichtbewusstsein	eher stark	171	82,2%	180	82,6%	351	82,4%
	eher schwach	37	17,8%	38	17,4%	75	17,6%
Gesamt		208	100,0%	218	100,0%	426	100,0%
Spontanität	eher stark	164	79,2%	170	77,6%	334	78,4%
	eher schwach	43	20,8%	49	22,4%	92	21,6%
Gesamt		207	100,0%	219	100,0%	426	100,0%

4.2.16. Co-Abhängigkeit

Die Ergebnisse zur Co-Abhängigkeit sind in Tabelle 20 wiedergegeben. Demnach zeigten die Risikoprobandinnen und –probanden insgesamt signifikant mehr Co-Abhängigkeit als die Mitglieder der Kontrollgruppe ($p < .01$). Die Ergebnisse gehen konform mit klinischen Beschreibungen der Risikoklientel, wonach diese vermehrt dysfunktionale Hilfemuster ausbilden und häufig in helfenden Berufen zu finden ist. Aufgrund der erhöhten Werte sind Risikopersonen eher gefährdet, wiederum einen Partner mit Abhängigkeitsproblemen zu wählen, so dass die Alkoholproblematik der Elternebene in der nächsten Generation ihre Fortsetzung findet.

Tabelle 20. Co-Abhängigkeit bei COA und Non-COA.

	n	Mittelwert
COA	183	3,5 (0,6)
Non-COA	184	3,1 (0,6)
Gesamt	367	3,3 (0,7)

Anmerkung: Skala von (1) ‚nie‘ bis (6) ‚sehr häufig‘ (hohe Werte bedeuten Zustimmung), Standardabweichung in Klammern, $p < .01$

4.2.17. Charakteristische Merkmale nach Woititz

Die im Fragebogen ACABI nach Woititz (1990) erhobenen Merkmale von erwachsenen Kindern aus suchtbelasteten Familien wurden für die beiden Untersuchungsgruppen getrennt berechnet (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21. Charakteristische Merkmale von Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien nach Woititz (1990), Mittelwerte (in Klammern: Standardabweichungen).

	COA	Non-COA
1. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen haben keine klare Vorstellung davon, was normal ist.	3,1 (0,9)	3,5 (0,9)
2. Erwachsenen Kindern von Alkoholabhängigen fällt es schwer, ein Vorhaben von Anfang bis Ende durchzuführen.	3,2 (0,8)	3,6 (0,9)
3. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen lügen, wo es ebenso leicht wäre, die Wahrheit zu sagen.	3,0 (0,9)	3,4 (1,0)
4. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen verurteilen sich gnadenlos.	2,9 (0,9)	3,4 (1,0)
5. Erwachsenen Kindern von Alkoholabhängigen fällt es schwer, Spaß zu haben.	3,7 (0,8)	4,2 (0,8)
6. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen nehmen sich sehr ernst.	3,4 (0,7)	3,7 (0,7)
7. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen haben Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen.	3,3 (0,8)	3,8 (0,8)
8. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen zeigen eine Überreaktion bei Veränderungen, auf die sie keinen Einfluss haben.	3,4 (0,7)	3,7 (0,7)
9. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen suchen ständig nach Anerkennung und Bestätigung.	3,0 (1,0)	3,4 (1,0)
10. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen haben meistens das Gefühl, anders zu sein als andere Menschen.	3,2 (1,0)	3,7 (1,0)
11. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen sind entweder übertrieben verantwortlich oder total verantwortungslos.	3,4 (0,7)	3,6 (0,6)
12. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen sind extrem zuverlässig, auch wenn offensichtlich ist, dass etwas oder jemand dieses nicht verdient.	3,0 (0,8)	3,1 (0,7)
13. Erwachsene Kinder von Alkoholabhängigen sind impulsiv. Sie neigen dazu, sich in Verhaltensweisen festzurennen, ohne alternative Möglichkeiten oder eventuelle Konsequenzen ernsthaft zu bedenken.	2,8 (0,9)	3,3 (1,0)

Anmerkung: Skala von (1) ‚trifft voll zu‘ bis (6) ‚trifft ganz und gar nicht zu‘ (niedrige Werte bedeuten Zustimmung), Standardabweichung in Klammern, $p < .01$

Die Auswertung der Woititz-Charakteristiken ergab auf allen Skalen hochsignifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien schrieben sich die einzelnen Merkmale deutlich häufiger zu als Erwachsene ohne elterliche Abhängigkeit. Die Ergebnisse ergänzen die bereits unter Punkt 4.2.13 beschriebenen aktuellen Auffälligkeiten bei COA. Die von Woititz intuitiv gewonnenen Merkmale von Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien erfahren damit für die untersuchte Stichprobe eine klare Bestätigung. Demnach fallen Risikoprobandinnen und –probanden durch ein charakteristisches Muster an Verhaltens- und Erlebensweisen auf, das die Mitglieder der Kontrollgruppe in dieser Form nicht zeigen. Dazu gehören z.B. negative Selbstsicht, Entscheidungsunsicherheit, zwanghafte Suche nach Bestätigung und Anerkennung, Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen. Zu berücksichtigen sind hier möglicherweise Effekte von Vorinformationen der Risikoprobandinnen und –probanden über die Kriterien von Woititz (etwa im Sinne selbsterfüllender Prophezeiungen), was aber nicht überprüft wurde.

4.2.18. Global Functioning Inventory (GFI)

Mit Hilfe des Global Functioning Inventory (GFI) sollte erhoben werden, in welchem Ausmaß sich die befragten Personen überhaupt positive Eigenschaften zuschreiben. Auf einer Skala zwischen 1 (trifft voll zu) und 6 (trifft nicht zu) schrieben sich die Risikoprobandinnen und -probanden in gleichem Maße diese positiven Eigenschaften zu wie Kontrollpersonen (Tabelle 24).

Tabelle 24. Selbsteinschätzungen auf dem Global Functioning Inventory (GFI)

	n	Mittelwert
COA	180	3,0 (0,6)
Non-COA	195	2,9 (0,6)
Gesamt	375	3,0 (0,6)

Anmerkung: Skala von (1) ‚trifft voll zu‘ bis (6) ‚trifft nicht zu‘ (niedrige Werte bedeuten Zustimmung), Standardabweichung in Klammern, n.s.

Bei insgesamt 60 erfragten Kompetenzen zur Alltagsbewältigung zeigen sich für 55 keine Unterschiede zwischen Kindern von Suchtkranken und Kindern psychisch gesunder Eltern. Angesichts der festgestellten Defizite der Kinder von Suchtkranken ist dieses Resultat eher erfreulich und zeigt, dass es dieser Personengruppe durchaus gelingt, lebenswichtige Fähigkeiten zu entwickeln. Beispiele für solche Fähigkeiten, bei denen sich die beiden Gruppen nicht unterscheiden, sind: Bei Konflikten vermitteln, Hilfsbereitschaft, Sensibilität, Improvisationskunst, Spontanität, Phantasie, Aufmerksamkeit, Pflichtgefühl, diplomatisches Geschick, Belastbarkeit und Kreativität.

Die Aufteilung der Risikoprobandinnen und –probanden nach Geschlecht ergab bei insgesamt 24 der 60 Items statistisch signifikante Unterschiede. Demnach schrieben sich weibliche Risikoprobandinnen gegenüber männlichen Risikoprobanden auf sechs der 24 Merkmale vermehrt einfühlsame Kompetenzen (z.B. „Ich kann oft gut nachfühlen, wie anderen Menschen wohl zu Mute ist“), Wahrnehmung von atmosphärischen Stimmungen („Wenn ich einen Raum betrete, merke ich sofort,

welche Atmosphäre dort herrscht“), sowie finanzielle Kreativität („Ich kann mit einfachen Dingen ein Zimmer gemütlich einrichten“, „Ich kann mit wenig Geld gut auskommen“) zu. Bezüglich der Geschwisterposition zeigten vor allem die jüngsten Töchter und Einzelkinder ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, während Töchter als Älteste in der Geschwisterposition relativ weniger Einfühlungsvermögen zeigten.

Die männlichen Risikoprobanden zeigten demgegenüber vermehrt Risikobereitschaft, Gelassenheit in kritischen und unvorhersehbaren Situationen, Verantwortungsübernahme sowie ausgleichende Fähigkeiten in hitzigen Diskussionen.

Hier deuten sich Kompetenzen der Betroffenen an, die im täglichen Leben positiv genutzt werden können. Weibliche Risikoprobandinnen können Fähigkeiten wie Sensibilität und Einfühlungsvermögen besonders in helfenden Berufen oder in Krisensituationen zum Nutzen von Freundinnen, Bekannten oder Kolleginnen einsetzen. Männliche Risikoprobanden zeigen Stärken bei Führungsaufgaben, wobei die Übernahme von Verantwortung verbunden mit der Bereitschaft, Risiken einzugehen und Gelassenheit in kritischen Situationen zu bewahren, wichtige Kompetenzen darstellen. Die Ergebnisse gehen konform mit anderen Studien, die vorhandene Kompetenzen bei Risikopersonen hervorheben: Tweed und Ryff (1991) fanden in einer nicht-klinischen Stichprobe bei 114 erwachsenen Kindern alkoholabhängiger Eltern im Alter von etwa 27 Jahren ebenso viel positives Potenzial wie bei 125 Kontrollpersonen. Die Autoren heben dabei ausdrücklich hervor, dass sich die Risikopersonen im Gegensatz zu den Beschreibungen der klinischen Literatur genauso fröhlich und glücklich zeigten wie die Personen der Vergleichsgruppe.

Je nachdem, welcher Elternteil suchtkrank ist, ergeben sich weitere Unterschiede: So sind die Töchter suchtkranker Mütter, die allgemein als besonders belastet gelten, aber auch sensibler, bescheidener, einfühlsamer und phantasievoller als Kinder unbelasteter Mütter. Töchter alkoholkranker Väter wiederum berichten über erhöhte Fähigkeiten, andere motivieren zu können – eine Kompetenz, die im familiären Umfeld offenbar stark benötigt wird. All dies sind Fähigkeiten, die, wenn sie rechtzeitig gesehen und gefördert würden, die deutlich negativen Einflüsse des mütterlichen Alkoholmissbrauchs möglicherweise teilweise kompensieren könnten

4.3. Interpretation der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss zunächst berücksichtigt werden, dass die untersuchte Stichprobe heterogen war und sich überwiegend aus Patientinnen und Patienten aus Kliniken zur Entwöhnung von Alkohol und Drogen zusammensetzte (insgesamt 71% der Stichprobe). Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch, dass sich die COA von der Kontrollgruppe in wesentlichen Punkten unterscheiden und in spezifischen Bereichen deutlich auffälliger sind als diese. Auch wenn ein Großteil der Stichprobe eine eigene Abhängigkeit entwickelt hatte und sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer stationären Langzeitmaßnahme befand, konnten bei COA insbesondere bei der Sozialisation und dem akuten Befinden Merkmale gefunden werden, die so in der Kontrollgruppe nicht auftraten. Hier ist insbesondere die Gewalterfahrung der COA hervorzuheben. Wenn insgesamt 81.3% der COA (Non-COA 59.3%) von körperlicher Gewalt und gleichzeitig 92.3% (Non-COA 72.9%) von

seelischer Gewalt in der Familie berichten, dann wird deutlich, dass die COA nicht nur trinkende sondern auch in hohem Maße verletzende und gewalttätige Eltern hatten. Die hohen Werte lassen darauf schließen, dass ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Eltern neben der Alkoholproblematik auch eine antisoziale Persönlichkeitsstörung hatte. Gerade diese Kombination aus Alkoholabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung bei den Eltern hat sich als fatal für die weitere Entwicklung der Kinder erwiesen (Zucker et al., 1996). Diese mangelnde Erfahrung von Respekt, Nähe und Vertrauen macht es für die COA sehr schwer, zu Personen in ihrer näheren Verwandtschaft Vertrauen zu fassen. Sie suchen eher Halt bei Personen außerhalb der Familie oder bei Tieren, bestimmten Objekten (Kuscheltiere) oder in Phantasien/Träumen. Auch in der Schule können sie sich behaupten, obwohl sie sich eher für weniger intelligent halten und eher als Einzelgänger auftreten. Aufgrund der erfahrenen häuslichen Verletzungen ist es aber nicht verwunderlich, dass diese Kinder ihre eigenen Fähigkeiten nicht sehr hoch schätzen und sich aus Angst vor Verletzungen von anderen fern halten. Es mag auch mit ihren eher gedrückten und unausgeglichenen Stimmungen zusammenhängen, die sie zu Einzelgängern werden lassen. Eine Bestätigung finden COA häufig dann, wenn sie anderen helfen und sich damit vielleicht von ihren eigenen Problemen ablenken können. Ihre Hilfsbereitschaft und Loyalität sind stark ausgeprägt, doch neigen sie hier eher zu einer übertriebenen Beschäftigung mit den Problemen anderer, wie die hohen Werte an co-abhängigem Verhalten zeigen. Durch ihr eher niedriges Selbstwertgefühl suchen sie sich möglicherweise Partner, die sie brauchen und die auf sie angewiesen sind. Die Ausbildung eines sogenannten „Helfersyndroms“ wäre dann die Übersteigerung der sicherlich als positiv zu wertenden Hilfsbereitschaft und Anteilnahme. Das frühe Erkennen solcher Fehlentwicklungen kann eine Abgleiten in dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster verhindern und das vorhandene Potential in eine förderliche Richtung lenken. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass ein beachtlicher Teil der COA besonderen Sozialisationsbedingungen ausgesetzt ist, die im Erwachsenenalter vermehrt zu Auffälligkeiten und Störungen führen.

5. Analyse der Ist-Situation und der Prozessergebnisse in Bezug auf Prävention und Frühintervention für Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Bei diesem Untersuchungsschritt, der nicht mehr in ganz Rheinland-Pfalz, sondern in zwei ausgesuchten Regionen stattfand, ging es darum, mittels eines Survey-Instruments die Ist-Situation hinsichtlich Wissen, Information, aber auch Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention für COA zu erheben. Der Surveybogen wurde vor Beginn konkreter Projektmaßnahmen eingesetzt, um Verfälschungen durch diese Maßnahmen zu vermeiden. Diese Ersterhebung (Prä-Messung) fand im Juni 1997 statt. Zum Projektende (November 1999) wurde eine weitere Erhebung (Post-Messung) mit dem gleichen Instrument durchgeführt, um eventuelle Veränderungen festzustellen.

5.1. Auswahl der Untersuchungsregion und der Kontrollregion

Wie bereits ausgeführt, wurde der Landkreis Altenkirchen als Untersuchungsregion ausgewählt. Eine der weitergehenden Fragestellungen unseres Projekts, nämlich neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe zu finden, schien

hier wegen der Bereitschaft zur Mitwirkung und der aktiven Bewerbung der Institutionen aus den Bereichen Jugendhilfe *und* Suchthilfe am ehesten beantwortbar zu sein. Im Folgenden wird über die demographische Struktur der Modellregion berichtet (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25. Demographische Struktur der Modellregion.

Landkreis Altenkirchen

Kreis:	118 Gemeinden 135.446 Einwohner 306 Ärztinnen und Ärzte, 134 in eigener Praxis davon:
Verbandsgemeinde Altenkirchen:	42 Gemeinden 21.849 Einwohner
Verbandsgemeinde Betzdorf:	5 Gemeinden 16.755 Einwohner
Verbandsgemeinde Daaden:	9 Gemeinden 12.247 Einwohner
Verbandsgemeinde Flammersfeld:	26 Gemeinden 11.317 Einwohner
Verbandsgemeinde Gerbhardshain:	12 Gemeinden 10.948 Einwohner
Verbandsgemeinde Hamm:	12 Gemeinden 12.245 Einwohner
Verbandsgemeinde Kirchen:	6 Gemeinden 26.459 Einwohner
Verbandsgemeinde Wissen:	6 Gemeinden 16.018 Einwohner
Stadt Herdorf:	7.608 Einwohner

Als strukturähnliche Kontrollregion wurde der Landkreis Daun (Regierungsbezirk Trier) ausgewählt. Diese Region, die ebenfalls überwiegend ländlich strukturiert ist, hat zwar nur etwa halb so viele Einwohner wie der Landkreis Altenkirchen, weist aber ansonsten eine recht ähnliche Struktur auf (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26. Demographische Struktur der Kontrollregion.

Landkreis Daun

Kreis:	109 Gemeinden	
	63.531 Einwohner	
	175 Ärztinnen und Ärzte,	74 in eigener Praxis
	davon:	
Verbandsgemeinde Daun:	38 Ortsgemeinden	
	25.408 Einwohner	
Verbandsgemeinde Gerolstein:	13 Ortsgemeinden	
	14.355 Einwohner	
Verbandsgemeinde Hillesheim:	11 Ortsgemeinden	
	9.402 Einwohner	
Verbandsgemeinde Obere Kyll:	14 Ortsgemeinden	
	10.355 Einwohner	
Verbandsgemeinde Kelberg:	33 Ortsgemeinden	
	7.646 Einwohner	

5.2. Auswahl der Institutionen für die Survey-Studie

Für diesen, nach der retrospektiven Studie (siehe Kap. 4), zweiten Teil der Untersuchung galt es, **eine Vollerhebung der psychosozialen, pädagogischen und medizinischen Institutionen und Dienstleister in den beiden Regionen** durchzuführen. Dazu wurden zunächst zwei Adressdateien mit einem vollständigen Verzeichnis der jeweiligen Institutionen erstellt. Diese Adressdateien wurden aus lokalen Verzeichnissen (z.B. der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften), den Gelben Seiten, Adressbüchern und durch Experteninterviews gewonnen. Die Adressdatei für den Landkreis Altenkirchen umfasst 311 Institutionen, die sich wie folgt aufgliedern (siehe Tabelle 27):

- (1) Arztpraxen
- (2) Allgemeinbildende und weiterführende Schulen
- (3) Bildungseinrichtungen
- (4) Kindertagesstätten und Kindergärten
- (5) Bildungseinrichtungen
- (6) Ferienheime, Freizeit- und Jugendtreffs
- (7) Soziale Einrichtungen und Verbände
- (8) Krankenhäuser
- (9) Krankenkassen

Bei der Auswahl der Institutionen stand die Idee im Vordergrund, solche Institutionen anzuschreiben, die häufig mit Kindern aus suchtbelasteten Familien konfrontiert sind.

Tabelle 27. Angeschriebene Institutionen in der Modellregion.

Kreis Altenkirchen

<i>Ärzte Gesamt:</i>	101
Psychologie	1
Psychiatrie / Neurologie	5
Praktische	21
Allgemeinmediziner	39
Internisten / Innere Medizin	15
Kinderheilkunde	6
Frauenheilkunde	9
Sonstige	5
<i>Schulen Gesamt:</i>	44
Volkshochschule	10
Grundschule	13
Hauptschule	6
Realschule	4
Gesamtschule	2
Gymnasium	3
Berufsschule	2
Sonderschule	3
Sonstige	1
Bildungseinrichtungen	10
<i>Kindergärten Gesamt:</i>	73
Regel	69
Förder	2
Tagesstätte	2
Ferienheime/Freizeittreffs/Jugendtreffs	17
<i>Soziale Einrichtungen und Verbände:</i>	49
Frauenhilfe	5
Kinder/Jugendschutz	7
Weißer Ring	3
Verein mit sozialer Orientierung	4
Sozialstation bzw. Sozialdienst	10
Verbände	14
Beratungsstelle	6
Krankenhaus	6
Krankenkasse	6

Sonstige 5

Gesamt 311

Für die Kontrollregion wurde auf gleiche Art und Weise eine Adressdatei zusammengestellt. Die Aufteilung der 171 Institutionen auf die einzelnen Kategorien psychosozialer, pädagogischer und medizinischer Dienstleistungen sind der folgenden Tabelle 28 zu entnehmen.

Tabelle 28. Angeschriebene Institutionen in der Kontrollregion.

Landkreis Daun

<i>Ärzte Gesamt:</i>	54
Psychologie	1
Psychiatrie / Neurologie	2
Allgemeinmediziner	29
Internisten	9
Kinderheilkunde	3
Frauenheilkunde	3
Sonstige	7

<i>Schulen Gesamt:</i>	34
Volkshochschule	2
Grundschule	14
Hauptschule	6
Realschule	3
Gymnasium	3
Berufsschule	2
Sonderschule	2
Sonstige	2

<i>Kindergärten Gesamt:</i>	17
Regel	11
Förder	3
Tagesstätte	2
Krabbelstube	1

Bildungseinrichtungen	3
-----------------------	---

Freizeittreffs / Jugendtreffs	8
Krankenhaus	4
Krankenkasse	5
<i>Soziale Einrichtungen und Verbände:</i>	27
Frauenhilfe	1
Vereine mit sozialer Orientierung	4
Sozialstation / Dienst	3
Verbände	14
Beratungsstelle	5
Kirche	4
Sonstige	15
Gesamt	171

5.3. Ergebnisse der Survey-I-Umfrage

Wie bereits dargestellt, wurden im Juni 1997 erstmals Institutionen aus dem psychosozialen, pädagogischen und medizinischen Bereich in den Landkreisen Altenkirchen (311 Institutionen) und Daun (171 Institutionen) mit dem kurzen Surveybogen (11 thematische Fragen und 2 Fragen zum Beruf der befragten Person und der Institution) angeschrieben. Da es sich um die Prä-Erhebung vor den geplanten Maßnahmen in der Modellregion handelt, wird im Folgenden vom Survey I gesprochen. Der zweite Survey erfolgte am Ende des Projektzeitraums im November 1999. Darüber wird in Kapitel 5.5. berichtet.

Der Fragebogen ist gegliedert in die Bereiche, die im Folgenden dargestellt werden. Die Bearbeitung des Bogens durfte nur kurze Zeit in Anspruch nehmen, damit die angeschriebenen Personen überhaupt bereit waren, diesen zurückzuschicken. In Vorversuchen war eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer von 6 Minuten ermittelt worden. Der Rücklauf aus der Modellregion betrug 19.9%, aus der Kontrollregion 24.0%. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Insgesamt kamen von 482 versandten Fragebögen 103 auswertbare zurück.

5.3.1. Survey-I-Ergebnisse im Überblick

(a) Würden Sie ein Kind, einen Jugendlichen, einen Erwachsenen aus einer suchtbelasteten Familie erkennen?

Von der Gesamtgruppe aller Antwortter waren es 48.4%, die davon ausgingen, dass sie nicht erkennen würden, wenn ein Kind aus einer suchtbelasteten Familie ihre Dienstleistung in Anspruch nähme. Bezüglich der Modellregion (Altenkirchen) waren es 43.1% der Antwortter im Vergleich zu 56.8% aus der Kontrollregion Daun, die diese Frage negativ beantworteten. Vergleicht man die Gesamtgruppe aller Antwortter nach Berufsgruppen, so waren es insbesondere die Subgruppen mit einem Berufsabschluss in Sozialarbeit und Sozialpädagogik, die mit 68.8% angaben, dass sie nicht erkennen würden, wenn ein Kind aus einer suchtbelasteten Familie ihre Dienstleistung in Anspruch nähme. Relativ am günstigsten schnitten die Ärztinnen/Ärzte und die Lehrerinnen und Lehrer ab, von denen es 42.1% bzw. 42.3% sind, die eine entsprechende Angabe machten. Ob dies an einer besseren Kenntnis des gesamten Umfeldes der Kinder, an der starken Selektion der Antwortter, insbesondere in der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, oder einer Überschätzung der Validität der eigenen Wahrnehmungen liegt, muss hier natürlich offen bleiben.

Alle Einzelvergleiche zwischen den verschiedenen Berufsgruppen waren jedoch nicht signifikant, was wohl auch auf die geringen Fallzahlen innerhalb dieser Gruppen zurückzuführen ist.

Für die Altersgruppe der Jugendlichen waren es dann nur noch 38.3% der Antwortter, die glaubten, eine familiäre Suchterkrankung bei ihren Schülerinnen und Schülern, Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten *nicht erkennen zu können*. Für die zwei Regionen im Vergleich ergab sich für die Region Altenkirchen mit 35.6% wiederum ein günstigerer Wert im Vergleich zu 42.4% für die Region Daun. Bei der berufsgruppenspezifischen Auswertung waren es wiederum die Ärztinnen bzw. Ärzte (35.9%) und Lehrerinnen bzw. Lehrer (29.4%), nun aber auch die Psychologinnen bzw. Psychologen (12.5%), die besonders selten glaubten, eine familiäre Suchtbelastung nicht erkennen zu können. Auch hier ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, so dass die beschriebenen Prozentwertunterschiede bestenfalls als Tendenzen interpretiert werden können.

Bei der Einschätzung hinsichtlich der Erwachsenen aus suchtbelasteten Familien waren es 35.9% aller Antwortter, die angaben, einen derartigen Hintergrund im Rahmen einer professionellen Interaktion nicht erkennen zu können. Die Auswertung der regionalen Unterschiede erbrachte wiederum einen nicht signifikanten Unterschied: 31.1% der Altenkirchener Antwortter im Vergleich zu 42.4% der Dauner Antwortter gaben eine negative Antwort. Die berufsgruppenspezifischen Unterschiede waren nunmehr nur noch sehr gering.

(b) Würden Sie im Bedarfsfalle zuständige Hilfeinrichtungen informieren?

Bei der Frage, ob sie bestimmte Hilfeinrichtungen informieren würden, wenn sie merkten, dass die Probleme eines ihrer Klienten durch ein familiäres Suchtproblem (mit-)bedingt seien, waren es 85.3% aller Antwortter (85.2% für die Modellregion und 85.4% für die Kontrollregion), die diese Frage bejahen. Ärztinnen bzw. Ärzte, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen waren mit 81.0% am unteren Ende der Häufigkeitsverteilung, während z.B. Erzieherinnen bzw. Erzieher mit 93.3% und Lehrerinnen bzw. Lehrer

mit 92.3% wesentlich häufiger angaben, eine andere Hilfeeinrichtung informieren zu wollen, so dass hier fast schon von einer Routinehandlung gesprochen werden kann.

(c) Haben Sie schon einmal eine Hilfeinstanz eingeschaltet?

In einem solchen Fall tatsächlich schon einmal eine andere Hilfeinstanz eingeschaltet haben jedoch nur 60.0% aller Antwortter, 58.7% aus der Modellregion und 61.8% aus der Kontrollregion. Ob dies daran lag, dass sie noch keinen derartigen Fall hatten, oder ob sie im Falle des Falles sich nicht entsprechend ihren Vorsätzen verhalten hatten, bleibt offen. Insbesondere die Gruppe der Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter (81.3%) scheint sich hier sehr konsistent mit ihren Absichten zu verhalten, während die Erzieherinnen bzw. Erzieher (46.2%) und Ärztinnen bzw. Ärzte (52.9%) eher unterdurchschnittliche Werte erreichten.

(d) Kennen Sie persönlich zuständige Ansprechpartner bei Hilfeinstanzen?

Am häufigsten geschah nach den Angaben der Gesamtgruppe mit 86.3% eine Weitervermittlung dann, wenn dem Vermittelnden der Ansprechpartner persönlich bekannt war. Regionale Unterschiede bestehen hier wiederum nicht: 88.5% aus der Altenkirchener Region stehen 82.9% aus der Dauner Region gegenüber. Hier zeigen sich die Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen mit 95.2% besonders gut „vernetzt“, was aber auch bedeutet, dass sie fast nur im Falle bestehender persönlicher Beziehung weitervermitteln. Relativ gesehen lassen sich die Ärztinnen bzw. Ärzte mit 76.2% am ehesten auf eine Weitervermittlung an einen ihnen nicht persönlich bekannten Behandler ein.

(e) Was ist die beste Hilfe für ein Kind aus einer suchtblasteten Familie?

Interessante berufsspezifische Unterschiede ergaben sich bei der Frage danach, welches die beste Hilfe für Kinder Suchtkranker ist. Während eine Mehrzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte (61.9%), Lehrerinnen bzw. Lehrer (65.4%) und Psychologinnen bzw. Psychologen (62.5%) meinte, man solle den Kindern und Jugendlichen helfen, mit der gegebenen Situation besser zurechtzukommen, sind es die Erzieherinnen bzw. Erzieher (56.3%), Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen (57.1%), die mehrheitlich meinten, man solle am besten die Eltern dazu bringen, ihre Sucht erfolgreich zu bewältigen. Auch der Vergleich zwischen den Regionen erbrachte hier einen signifikanten Unterschied: Während 54.8% der Antwortter aus der Modellregion meinten, dass man am besten die Sucht der Eltern erfolgreich bekämpfen solle, sind es 29.3% aus der Kontrollregion (Chi-Quadrat: 6.52; $p < .05$).

(f) Kennen Sie zuständige Selbsthilfegruppen?

Nur 19.5% der Antwortter gaben an, dass sie Kenntnis von Selbsthilfegruppen für Kinder von Suchtkranken haben, 31.0% kannten Selbsthilfegruppen für Jugendliche, und schließlich waren es 85.4%, die derartige Gruppen in ihrer Umgebung für Erwachsene aus suchtblasteten Familien kannten. Bei diesen Ergebnissen ist sicherlich zu bedenken, dass Selbsthilfegruppen für Kinder und Jugendliche möglicherweise nicht nur selten existieren, sondern dass sie überwiegend auch nicht das Mittel der Wahl sind, da sie doch – insbesondere für jüngere Kinder – zu hohe Anforderungen an Selbstorganisation und Autonomie stellen. Daher erscheint das Ergebnis aus dem Erwachsenenbereich mit mehr als 85% Kenntnis derartiger Gruppenangebote in der näheren Umgebung recht positiv. Berufsgruppenspezifische Unterschiede waren für den gesamten Bereich der Kenntnis von Angeboten der Selbsthilfegruppen nicht zu eruieren.

(g) Sollten spezielle Angebote für Kinder von Suchtkranken eingerichtet werden?

Ebenfalls keine berufsgruppenspezifische Unterschiede erbrachte die Frage, ob denn spezielle Angebote für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene aus Familien mit einem Suchtproblem als sinnvoll erachtet wurden. Hier waren es 96.1% der Antwortter (N = 102), die dies in Bezug auf die Kinder bejahten. Für Jugendliche bejahten 99.0% die Frage, für Erwachsene 97.9%. Insgesamt also zeigt sich, dass ein sehr großer Teil der psychosozialen, pädagogischen und medizinischen Expertinnen und Experten die Notwendigkeit derartiger spezialisierter Angebote bejaht.

Solche Angebote wurden jedoch nur von einer Minderheit schon vorgehalten: 14.3% der Antwortter berichteten von speziellen, ihnen bekannten Programmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien, 14.6% für Jugendliche und 15.7% für Erwachsene.

(h) Haben Sie sich über das Thema „Kinder von Suchtkranken“ schon einmal informiert?

Bei der Frage nach der Vorinformiertheit zum Thema gaben 70.5% der Antwortter an, dass sie schon einmal ein Buch zu dem Thema Kinder, Jugendliche oder Erwachsene aus suchtbelasteten Familien gelesen hatten. Lehrerinnen und Lehrer (52.0%) sowie Erzieherinnen und Erzieher (60.0%) scheinen hier bisher die wenigsten Aktivitäten entfaltet zu haben.

Eine Fortbildung zum Thema „Familie und Suchterkrankungen“ hatten bislang 60.4% unserer Analysegruppe besucht. Ob diese Vorerfahrung dazu beigetragen hat, die Motivation zur Beantwortung unseres Fragebogens zu erhöhen, scheint zwar möglich, muss jedoch letztlich offen bleiben. Besonders hohe Werte ergaben sich hier für die Lehrerinnen bzw. Lehrer (72.0%), während es bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Bereichen Sozialarbeit/Sozialpädagogik nur 44.4% waren.

5.3.2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Regionen

Wie bereits erwähnt, waren mit den Landkreisen Altenkirchen als Modellregion und Daun als Kontrollregion zwei ländliche Gebiete mit ähnlicher demographischer und psychosozialer Infrastruktur für unsere Studie ausgewählt worden. Im Mittelpunkt der Auswertungen dieses Kapitels stehen nun die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Regionen am Beginn des Projekts. Aus grundsätzlichen Überlegungen sind solche Unterschiede – sollten sie sich ergeben - aufgrund gewachsener Strukturen zwar denkbar, theoretisch jedoch nicht immer wünschenswert.

(a) Würden Sie ein Kind, einen Jugendlichen, einen Erwachsenen aus einer suchtbelasteten Familie erkennen?

Bei der Frage, ob sie ein Kind, einen Jugendlichen oder einen Erwachsenen aus einer suchtbelasteten Familie als solchen erkennen würden, wenn er ihre Dienstleistung in Anspruch nimmt, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 29. „Würden Sie erkennen, wenn ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener aus einer suchtbelasteten Familie Ihre Dienstleistung in Anspruch nimmt?“ (Alle Angaben in Prozent zu der Antwortalternative: ja)

Region	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Altenkirchen	56.9	64.6	68.9
Daun	43.2	57.6	57.6

Wie aus Tabelle 29 zu ersehen ist, zeigen sich leichte Unterschiede in der Hinsicht, dass die Antworter aus der Region Altenkirchen ihre Kompetenz zum Erkennen des familiären Suchthintergrunds bei ihrer Klientel höher einschätzen. Dies ist natürlich keine Aussage bezüglich der Validität derartiger Einschätzungen.

Mit der folgenden Frage wurden die Probandinnen und Probanden gebeten einzuschätzen, wie viele ihrer Klienten (in Prozent) in einer suchtbelasteten Familie aufgewachsen sind.

(b) Wie groß ist der Anteil Ihrer Klientel, der aus einer suchtbelasteten Familie entstammt?

Die folgende Frage erfasst den Anteil der jeweiligen Klientel, der nach Meinung der Befragten einer suchtbelasteten Familie entstammt.

Tabelle 30. „Wieviel Prozent Ihrer Klientel sind Ihrer Meinung nach in einer suchtbelasteten Familie aufgewachsen?“ (Mittelwerte der Prozentangaben, in Klammern Standardabweichungen)

Region	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Altenkirchen	16.0 (23.7)	18.7 (21.6)	17.1 (19.3)
Daun	8.0 (11.9)	10.8 (17.8)	15.0 (19.9)

Wiederum ergeben sich – wie Tabelle 30 zu entnehmen ist - trotz durchgängig geringerer Mittelwerte für die Kontrollregion keine signifikanten Unterschiede. Lediglich der Mittelwertsunterschied für die Kinder erreicht eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = <.10$.

Deutlich anders sehen jedoch die Unterschiede zwischen den Regionen hinsichtlich der Frage nach den erwarteten Entwicklungsverläufen für Kinder aus suchtbelasteten Familien aus.

(c) Wieviele COA werden selbst im Laufe ihres Lebens eine Störung entwickeln?

Von besonderem Interesse erschien die Frage der Zukunftseinschätzung bezüglich der Kinder aus suchtbelasteten Familien. Gefragt wurde nach der Meinung der Experten, wieviele später einmal suchtkrank, suizidal, psychisch krank oder zu Gewalttätern würden. Auch die Frage nach einer völlig normalen Entwicklung wurde gestellt.

Tabelle 31. „Wieviel Prozent der Kinder/Jugendlichen aus suchtblasteten Familien werden Ihrer Meinung nach im Laufe Ihres Lebens ... „? (Mittelwerte der Prozentangaben, in Klammern Standardabweichungen)

Region	... selbst suchtkrank	... suizidal	... zu Gewalttätern	... psychisch krank
Altenkirchen	46.3 (21.9) *	11.3 (11.5)	19.6 (18.1)*	39.8 (26.6)*
Daun	35.8 (22.1)*	9.0 (9.06)	11.6 (16.7)*	28.0 (22.0)*

* p = <.05

Wie Tabelle 31 zeigt, lagen die Einschätzungen für alle Formen pathologischer Entwicklungen (selbst suchtkrank, suizidal, gewalttätig, psychisch krank) bei den Antwortern der Modellregion Altenkirchen höher, wobei die Mittelwertsunterschiede für drei der vier Antwortkategorien (Mehrfachantworten möglich) signifikant wurden. Bei der gleichfalls gestellten Frage, wie viele der Kinder aus suchtblasteten Familien sich völlig normal entwickeln, gaben die Antwortern aus der Kontrollregion Daun im Durchschnitt 35.6%, aus der Modellregion Altenkirchen 29.1% an. Dieser, im Übrigen nicht signifikante, Unterschied lag im Trend des bisher berichteten Beurteilungsverhaltens.

Die Interkorrelationen der Einschätzungen liefern einen Einblick in die von den Antwortern gesehenen Zusammenhänge zwischen den Entwicklungsstörungen bei den COA. Tabelle 32 zeigt die Interkorrelationen für die angenommenen Entwicklungswege bei den Altenkirchener Antwortern.

Tabelle 32: Angenommene Entwicklungsverläufe bei COA bei den Antwortern aus der Modellregion (Kreis Altenkirchen).

Entwicklungsweg	... selbst suchtkrank	... suizidal	... zu Gewalttätern	... psychisch krank
...selbst suchtkrank		.34*	.09	.31*
... normal	-.34*	-.11	-.33*	-.56**

* p = <.05; ** p = <.01

Die gleiche Korrelationsanalyse wurde für die Antwortern aus der Kontrollregion durchgeführt. Die Ergebnisse sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Tabelle 33. Angenommene Entwicklungsverläufe bei COA bei den Antwortern aus der Kontrollregion (Kreis Daun).

Entwicklungsweg	... selbst suchtkrank	... suizidal	... zu Gewalttätern	... psychisch krank
...selbst suchtkrank		.66**	.60**	.52**
... normal	-.72**	-.48**	-.29	-.42*

* p = <.05; ** p = <.01

Ein Vergleich der beiden Tabellen zeigt, dass die Antwortern aus der Dauner Region engere Assoziationen zwischen verschiedenen pathogenen Entwicklungsverläufen

annehmen. Insbesondere der enge Zusammenhang zwischen einer Entwicklung von Suchtstörungen und Gewaltverhaltensweisen fällt auf, der in Altenkirchen überhaupt nicht gesehen wird.

(d) Ist Frühintervention sinnvoll und wirksam?

Da unser Projekt schwerpunktmäßig die Möglichkeiten und Chancen frühzeitiger Prävention und Intervention untersuchen will, war es naheliegend, im Weiteren nach der Einschätzung der Wirksamkeit solcher Ansätze zu fragen. Dies geschah mit der Frage: *Wie wahrscheinlich ist es Ihrer Meinung nach, dass man Kindern/Jugendlichen aus suchtblasteten Familien durch gezielte frühe Hilfen eine eigene Krankheitskarriere ersparen kann?*

Auf diese Frage antworteten die Vertreter aus den beiden Regionen fast unterschiedslos: 54.9% der Antwortter aus der Modellregion und 52.2% aus der Kontrollregion glauben, dass Frühintervention wirksam helfen kann.

5.3.3. Interpretation der Survey-Ergebnisse

Der mit etwa 20% im Erwartungsbereich derartiger schriftlicher liegende Rücklauf unterscheidet sich nicht bedeutsam zwischen beiden Regionen. Für die meisten untersuchten Variablen konnten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Dies spricht für die überwiegende strukturelle Ähnlichkeit der Rücksender aus beiden Regionen. Wohl aber zeigt sich ein Trend, der meist jedoch unter der statistischen Signifikanzgrenze bleibt, dergestalt, dass die Antwortter aus der Modellregion sensibilisierter für das Thema "Kinder in suchtblasteten Familien" sind. Dass die eher sensibilisierten Altenkirchener Antwortter die Zukunftsperspektiven der COA zu düster sehen, scheint aufgrund der deutlich schlechteren Werte bei der Zukunftsfrage, deren Ergebnisse sich im Übrigen von denen der Dauner in drei der vier Beurteilungsbereiche statistisch signifikant unterscheiden, zumindest möglich. Hier könnte ein aus der sozialpsychologischen Forschung bereits bekannter Effekt vorliegen, dass nämlich differenzierte Wahrnehmung auch zu Überdifferenzierung und Überschätzung bestimmter, eher negativer Züge führen kann. Hier ist bei den für die Zukunft geplanten Fort- und Weiterbildungen auf eine Stärkung der salutogenen und resilienzorientierten Sichtweisen zu achten.

Von besonderem Interesse ist, dass ca. 53% der Antwortter in Frühinterventionen eine gute Möglichkeit sehen, pathogenen Entwicklungen vorzubeugen. Dies unterstreicht die Relevanz des Projektthemas bei gleichzeitiger Offenheit einer Mehrheit der psychosozialen, pädagogischen und medizinischen Helfer. Gleichzeitig kann aufgrund der erhobenen Daten davon ausgegangen werden, dass nur ein geringer Teil aller betroffenen Kinder überhaupt eine professionelle Hilfe erfährt: Da nur 51.6% der Antwortter der Gesamtgruppe angeben, dass sie in der Lage seien, ein betroffenes Kind zu erkennen und wiederum nur 46.6% aller Antwortter schon einmal ein betroffenes Kind an eine zuständige Hilfsinstitution weitervermittelt haben, ist im ungünstigsten Falle davon auszugehen, dass selbst innerhalb der als motiviert zu betrachtenden Gruppe der Antwortter nur jedes vierte Kind (genauer: 46.6% von 51.6% = 24.0%) den Versuch einer Hilfeleistung erhalten hat.

5.4. Darstellung der Maßnahmen im Rahmen des Modellprojekts

Nach Abschluss der Survey-I-Untersuchung Ende Juni 1997 begannen konzeptgemäß (siehe Abbildung 2) die regionalen Aktivitäten im Landkreis Altenkirchen. Diese wurden auf den Ebenen der personalen und massenmedialen Kommunikation, der Vernetzung sowie wissenschaftlicher Veröffentlichungen durchgeführt. Die wichtigsten Einzelaktivitäten sind im Folgenden aufgelistet.

5.4.1. Maßnahmen in der Modellregion Altenkirchen

5.4.1.1. Fort- und Weiterbildungen

Ganztägige Fortbildung für Erzieherinnen aus dem Kreis Altenkirchen: Kinder von Suchtkranken

Die Fortbildung fand am 28.05.1998 unter Beteiligung von RIAS und dem Diakonischen Werk Altenkirchen in der Fachklinik Altenkirchen statt. Es nahmen 20 Erzieherinnen aus dem Landkreis Altenkirchen teil. Die Mehrzahl der Erzieherinnen war in Leiterinnenfunktion tätig.

6-tägige Fortbildung: Kinder von Suchtkranken

Diese Fortbildung in der Trägerschaft des Sozialpädagogischen Fortbildungszentrums (SPFZ), Mainz, richtete sich an Fachkräfte aus psychosozialen Berufen, insbesondere aus dem Allgemeinen Sozialen Dienst, der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie aus Kindertagesstätten. Es nahmen insgesamt 23 Personen an der Fortbildung teil. Ziel der Fortbildung war die Vermittlung von Handlungswissen und Handlungskompetenz in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien. Die Veranstaltung bestand aus drei aufeinander aufbauenden Blöcken à zwei Tagen, die im Jahre 1998 durchgeführt wurden.

Block I.

10.-11.9.1998, Altenkirchen

Im ersten Block wurden psychologische Grundlagen von Suchtentstehung und deren Aufrechterhaltung in Familien vermittelt. In diesem Zusammenhang wurden die Auswirkungen der Abhängigkeit in den betroffenen Familien insbesondere auf die Kinder ausführlich dargestellt. Die Wirkungen des Alkohols auf das ungeborene Leben in der Schwangerschaft wurden ebenfalls aufgezeigt und diskutiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzten sich kritisch mit ihrer Rolle als Helfer in suchtbelasteten Familiensystemen auseinander und entwickelten, aufbauend auf bereits vorhandene Handlungskompetenzen, erweiterte Handlungsspielräume für Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Block II

12. -13.11.1998, Altenkirchen

Der zweite Teil der Fortbildungsreihe fokussierte auf die Anpassungsleistungen der Kinder in suchtbelasteten Familien. In diesem Zusammenhang wurden die „Rollenmodelle“ von Wegscheider und Black vorgestellt. Im Weiteren wurde die Entwicklung der Kinder im Erwachsenenalter thematisiert und insbesondere die Suchtgefährdung der Betroffenen verdeutlicht. Es wurden weitere Möglichkeiten der Hilfe zusammen mit den Fachkräften erarbeitet, wobei bereits ein Schwerpunkt auf die Vernetzung mit anderen Institutionen gelegt wurde.

Block III

26.-27.11.1998, Altenkirchen

Im dritten und letzten Teil der Fortbildungsreihe wurden schwerpunktmäßig die Themen Frühintervention, Prävention und Vernetzung behandelt. Es wurde die Notwendigkeit von vernetzter Hilfe dargestellt und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern konkrete Schritte zur Vernetzung psychosozialer Einrichtungen in der Modellregion Altenkirchen entwickelt. Maßnahmen zur Prävention und Frühintervention wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezogen auf die Modellregion diskutiert und in erste gemeinsame Projekte überführt.

Nach Abschluss der Fortbildung fand sich eine Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammen, um eine fortlaufende Arbeitsgruppe „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ im Landkreis Altenkirchen zu bilden. Diese Gruppe, die aus ca. 10 bis 12 Mitgliedern besteht, trifft sich auch heute noch (Stand: Dezember 1999) unter Federführung der Suchthilfe des Diakonischen Werkes Altenkirchen, um sich bei anstehenden Praxisproblemen aus den Bereichen Kindertagesstätte, Schule und Beratung gegenseitig zu ergänzen und weiterzuhelfen.

Die insgesamt sechstägige Fortbildung wurde von den Autoren evaluiert. Tabelle 34 zeigt die Ergebnisse jeweils nach Berufsgruppen getrennt. Der überwiegende Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Einrichtungen Kindergarten, Schule, Kinderschutz, Beratungsstelle oder Fachklinik nahm Anregungen für die tägliche Arbeit mit und fühlte sich angeregt, weitere Informationen zum Thema zu besorgen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten überwiegend neue Informationen bekommen und sahen ihre Erwartungen an das Seminar erfüllt. Sie berichteten einerseits ermutigt zu sein, mit der Klientel zu arbeiten, hatten aber auch ein Bewusstsein für die Grenzen ihrer Hilfe erarbeitet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzten das Seminar, um neue berufliche Kontakte zu knüpfen, was im Sinne der Vernetzung ein wichtiges Ziel der Fortbildungsreihe war. Der überwiegende Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewertete das Seminar positiv und würde es weiterempfehlen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Jugendämtern konnten allerdings weniger von der Seminarreihe profitieren. Sie nutzten weniger die Möglichkeit der beruflichen Kontaktaufnahme und sahen weniger die Möglichkeit einer praktischen Umsetzung der Ergebnisse des Seminars. Dies ist im Sinne der Vernetzung eher nicht von Vorteil, da gerade die Zusammenführung der unterschiedlichen Berufsgruppen ein wichtiges Ziel der Veranstaltung war. Offensichtlich wurden ihre Erwartungen an das Seminar weit weniger erfüllt als bei den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Gleichwohl fühlten sie sich aber ermutigt, mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten.

Tabelle 34. Evaluationsergebnisse der sechstägigen Weiterbildungsreihe im Kreis Altenkirchen zum Thema Kinder suchtkranker Eltern im Jahre 1998.

		Einrichtungen					
		KiGa, Schule, Ki-Schutz		Beratungsstelle, Fachklinik (Sucht, KJE)		Jugendamt	
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%
Ich habe Anregungen für meine Arbeit bekommen	trifft eher zu	17	85,0%	9	75,0%	6	85,7%
	trifft eher nicht zu	3	15,0%	3	25,0%	1	14,3%
Ich habe neue berufliche Kontakte knüpfen können	trifft eher zu	16	76,2%	7	63,6%	4	57,1%
	trifft eher nicht zu	5	23,8%	4	36,4%	3	42,9%
Das Seminar hat mich angeregt, mir weitere Informationen über Kinder aus Suchtfamilien zu besorgen	trifft eher zu	18	85,7%	10	83,3%	6	85,7%
	trifft eher nicht zu	3	14,3%	2	16,7%	1	14,3%
Die Ergebnisse des Seminars kann ich in meiner Arbeit voraussichtlich umsetzen	trifft eher zu	17	77,3%	9	81,8%	3	42,9%
	trifft eher nicht zu	5	22,7%	2	18,2%	4	57,1%
Ich seh neue Handlungsmöglichkeiten bei Kindern/Jugendlichen aus Suchtfamilien	trifft eher zu	14	70,0%	8	66,7%	2	28,6%
	trifft eher nicht zu	6	30,0%	4	33,3%	5	71,4%
Ich habe neue Informationen über Alkoholabhängigkeit bekommen	trifft eher zu	8	88,9%	1	25,0%	2	50,0%
	trifft eher nicht zu	1	11,1%	3	75,0%	2	50,0%
Ich habe neue Informationen über Alkohol in der Schwangerschaft bekommen	trifft eher zu	8	88,9%	2	50,0%	2	50,0%
	trifft eher nicht zu	1	11,1%	2	50,0%	2	50,0%
Ich habe neue Informationen über Entwicklungsbedingungen der Betroffenen bekommen	trifft eher zu	7	53,8%	5	71,4%	2	66,7%
	trifft eher nicht zu	6	46,2%	2	28,6%	1	33,3%
Meine Erwartungen an das Seminar wurden erfüllt	trifft eher zu	16	76,2%	10	83,3%	4	57,1%
	trifft eher nicht zu	5	23,8%	2	16,7%	3	42,9%
Ich konnte die Grenzen meiner Hilfsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien erkennen	trifft eher zu	19	90,5%	12	100,0%	5	71,4%
	trifft eher nicht zu	2	9,5%			2	28,6%
Ich fühle mich ermutigt, bei Kinder aus Suchtfamilien mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten	trifft eher zu	20	95,2%	10	100,0%	7	100,0%
	trifft eher nicht zu	1	4,8%				
Das Seminar hat mir gut gefallen	trifft eher zu	19	86,4%	10	83,3%	5	71,4%
	trifft eher nicht zu	3	13,6%	2	16,7%	2	28,6%
Ich würde das Seminar weiterempfehlen	trifft eher zu	17	81,0%	9	75,0%	3	42,9%
	trifft eher nicht zu	4	19,0%	3	25,0%	4	57,1%

Weniger als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Jugendamtes würde das Seminar weiterempfehlen. Die Ergebnisse sind aufgrund geringer Beantworterzahlen und regionaler Besonderheiten möglicherweise nicht auf das Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich Jugendamt bei ähnlichen Fortbildungen generalisierbar. Es wäre aber auf jeden Fall zu versuchen, Veranstaltungen, die schwerpunktmäßig auf die Bedürfnisse von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes fokussieren, in der Zukunft zu gestalten und umzusetzen.

Arme Familie – Arme Kinder?

Möglichkeiten der Sozialhilfe zur Linderung von Armut

18.5.1998 Wissen, Veranstalter: Freundeskreis Suchtkrankenhilfe Wissen e.V.

Suchtfamilien sind oft mit finanziellen Problemen belastet. Durch die Abhängigkeit treten häufig Überschuldung und Arbeitslosigkeit auf, so dass ein Abgleiten in die Sozialhilfe wahrscheinlich wird. Das Thema, das dem Aspekt der Multiproblembelastung von Familien mit Suchtkranken gewidmet war, wurde von einem Vertreter des örtlichen Sozialamtes sowie des RIAS in einem Kurzvortrag vorgestellt und anschließend mit den Anwesenden diskutiert.

Es zeigte sich, dass eine verstärkte Zusammenarbeit von Sucht- und Schuldnerberatungsstellen sowie eine verstärkte Zusammenarbeit von Sozialamt und Suchtkrankenhilfe unerlässlich sind, um das Abgleiten der Familien in die Armut zu verhindern. Seit Dezember 1999 ist nunmehr eine Stelle Schuldnerberatung in der Suchtkrankenhilfe im Kreis Altenkirchen eingerichtet.

Risikofaktoren und Entwicklungschancen bei alkoholgeschädigten Kindern

20.2.1999 Altenkirchen

In Zusammenarbeit mit dem Kreisjugendamt und dem Diakonischen Werk Altenkirchen erfolgte eine eintägige Fortbildung durch RIAS für Adoptiv- und Pflegefamilien zu alkoholbedingten Schädigungen des Embryos während der Schwangerschaft. Da Kinder mit Alkoholembryopathie in vielen Fällen in Adoptiv- und Pflegefamilien aufwachsen, besteht hier ein hoher Informationsbedarf der Ersatzeltern hinsichtlich Ätiologie, Phänomenologie und Entwicklungsverläufen der Störung.

„Wenn Kinder von Alkoholabhängigen in Pflegefamilien leben ...“

27.11.1999, Seminar Altenkirchen: Adoptiv- und Pflegefamilien und Kinder aus alkoholbelasteten Familien.

In Zusammenarbeit mit dem Kreisjugendamt und dem Diakonischen Werk Altenkirchen erfolgte eine weitere eintägige Fortbildung durch RIAS für solche Pflegefamilien, deren Kinder zwar nicht durch Alkohol in der Schwangerschaft geschädigt wurden, die aber in einer alkoholbelasteten Familie aufwuchsen. Neben grundsätzlichen Informationen zu Sucht und Abhängigkeit wurden die besondere Situation der Kinder in diesen Familien sowie ihre besondere Beziehungsdynamik zur Ursprungsfamilie dargestellt.

5.4.1.2. Fachtagungen

Fachtagung „Alles total geheim! – Kinder aus suchtbelasteten Familien. Erfahrungen, Hilfen, Perspektiven“

23.9.1999 Altenkirchen,

Die Fachtagung wurde veranstaltet vom RIAS in Zusammenarbeit mit der Kreisverwaltung Altenkirchen, dem Diakonischen Werk des Kirchenkreises Altenkirchen und dem Caritasverband für die Region Rhein-Sieg.

Die Fachtagung stellte den Abschluss des dreijährigen Modellprojekts dar. Es wurden die empirischen Ergebnisse des Modellprojekts vorgestellt und mit den knapp 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern diskutiert. In sechs verschiedenen Workshops wurde das Thema von namhaften Referentinnen und Referenten in wesentlichen Punkten (ambulante Arbeit, Prävention, Elternarbeit, Arbeit im stationären Bereich) vertieft.

5.4.1.3. Massenkommunikative Maßnahmen

5.4.1.3.1. Zeitschriftenartikel

Klein, M. & Zobel, M. (1999). Kinder in suchtbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In: Fachverband Sucht: Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: Neuland, S. 244 - 257 (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 22).

Der Artikel fokussiert auf die Zwischenergebnisse des Modellprojekts und stellt empirische Daten zu den familiären Erfahrungen von Kinder aus suchtbelasteten Familien vor. Die Publikation erfolgte in Abstimmung mit dem Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.

5.4.1.3.2. Hörfunk

Interview mit der SWR-1 Radioredakteurin für den Bereich Altenkirchen

SWR1, 27.01.1999

In dem etwa fünfminütigen Beitrag wurden die besondere Lebenslage von Kindern von Alkoholikern und die Hauptziele des Modellprojekts im Landkreis Altenkirchen dargestellt.

Radiowerkstatt für den Bürgerfunk

Radio Siegen, 22. bis 25.03.1999

Die Refugium Fachklinik Altenkirchen produzierte in Kooperation mit der Kreisverwaltung Altenkirchen eine Sendung zum Thema „Frauen und Sucht“, bei der auch das Thema Kinder von suchtkranken Frauen behandelt wurde. Es erfolgte eine begleitende Evaluation durch das Büro für Suchtprävention in Mainz (Frau Gaidetzka).

5.4.1.3.3. Zeitungen

Artikel Rhein-Zeitung 17.2.1998

Der Artikel weist auf das laufende Modellprojekt in Altenkirchen hin und schildert anhand eines Betroffenen die Auswirkungen der Sucht auf die Kinder. Die Abhängigkeitsgefährdung der Kinder im späteren Erwachsenenalter wird betont.

Interview der Lokalredaktion Altenkirchen der Rhein-Zeitung mit dem Staatssekretär im MKJFF, Dr. Joachim Hofmann-Göttig zum Modellprojekt

Altenkirchen, 06.04.1999

Staatssekretär Dr. Hofmann-Göttig nimmt Stellung zu den Zielen und Aufgaben des Modellprojekts. Er betont, wie wichtig es ist, die Fachkräfte der Jugend- und Suchthilfe für die Situation der Kinder in suchtbelasteten Familien zu sensibilisieren und entsprechende Fort- und Weiterbildungen anzubieten. Die Möglichkeiten frühzeitiger Intervention würden noch nicht ausreichend genutzt, böten aber gerade große Chancen zur Weiterentwicklung der Suchtprävention.

Interview mit der Lokalredaktion der Rhein-Zeitung

Altenkirchen, 24.06.1999

Im sogenannten „Dienstagsgespräch“ stellte RIAS das Modellprojekt und seine Zielsetzungen vor. Die Bedeutung der Abhängigkeit für die einzelnen Familien wird ebenso betont wie die Notwendigkeit von Hilfeangeboten für die betroffenen Familien. Insbesondere die Kinder in diesen Familien sollen zukünftig besser als bisher von den vorhandenen Hilfestrukturen erkannt und gefördert werden.

5.4.1.4. Vernetzungsbezogene Maßnahmen

Vierteljährliche Koordinationstreffen der beteiligten Träger des Projekts (Kreisjugendamt Altenkirchen, Diakonisches Werk im Kirchenkreis Altenkirchen) in Kooperation mit der Caritas für den Rhein-Sieg Kreis.

Vorstellung des Modellprojekts vor dem Jugendhilfeausschuss des Kreises Altenkirchen, Kreisverwaltung Altenkirchen, 07.10.1997.

Vorstellung des Projekts im Arbeitskreis Suchtprävention des Landkreises Altenkirchen, November 1997

5.4.1.5. Regionale Konsequenzen und Initiativen

Neben den im Vorausgehenden dargestellten Maßnahmen, die vom Begleitforschungsinstitut des Projekts alleine oder in Kooperation mit den regionalen Fachkräften durchgeführt wurden, entwickelten sich in der Region bereits konkrete Initiativen, die im Folgenden aufgelistet sind:

- (1) Beim Diakonischen Werk in Altenkirchen wurde 1999 eine **Kindergruppe** für Kinder aus suchtbelasteten Familien begründet. Diese Gruppe mit dem Namen „Das sind

wir““ wird von zwei Fachkräften durchgeführt⁸.

- (2) Nach der o.g. 6-tägigen **Weiterbildungsreihe** für Fachkräfte im Jahr 1998 im Kreis Altenkirchen bildete sich aus den Teilnehmerinnen und Teilnehmern und weiteren interessierten Fachkräften und Betroffenen aus der Region **ein kontinuierlicher Arbeitskreis zum Thema „Hilfen für Kinder von Suchtkranken“**, der sich regelmäßig unter Leitung eines Mitarbeiters des Diakonischen Werkes, Altenkirchen, zu Weiterbildungs- und Fallbesprechungszwecken trifft.
- (3) Im Jahre 1999 wurde der **Kontakt- und Informationsladen „Aufwärts“** in Wissen eröffnet. Dieser verfolgt u.a. einen konzeptionellen Arbeitsansatz im Bereich „Kinder von Suchtkranken“ und macht entsprechende Angebote. Der Laden ist eine Initiative aus dem Selbsthilfebereich (Freundeskreis) und erhält für seine Arbeit öffentliche Mittel (Kreis, Land).
- (4) Als zielgruppenspezifische Freizeitaktivitäten wurden im Berichtszeitraum zwei Mal (26.-28.06.98 und 03.-05.05.99) **Wochenendmaßnahmen für Familien mit Suchtproblemen** von der Abteilung Jugendschutz der Kreisverwaltung Altenkirchen in Zusammenarbeit mit dem Freundeskreis Suchtkrankenhilfe e.V., Wissen, und der Waldschule Elkhausen durchgeführt.

5.4.2. Maßnahmen mit überregionalem Schwerpunkt

5.4.2.1. Fort- und Weiterbildungen

Arbeitstreffen für Fachkräfte „Kinder von Suchtkranken“

4.3.1999, Mainz, Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen

Das Arbeitstreffen diente der Vorstellung des Modellprojekts sowie der Vertiefung des Themas „Kinder von Suchtkranken“ in verschiedenen Arbeitsgruppen. Etwa 90 Fachkräfte aus Rheinland-Pfalz nahmen an der Arbeitstagung teil. Prof. Klein und Dipl.-Psych. Zobel als Vertreter des Begleitforschungsinstituts RIAS gaben einen Überblick über erste Zwischenergebnisse des Modellprojekts anhand der bis dahin vorliegenden Daten. In vier verschiedenen Arbeitsgruppen wurden die Themen Prävention, Frühintervention, Vernetzung, ambulante Arbeit mit den Kinder sowie die weitere Entwicklung der Kinder im Erwachsenenalter behandelt.

Curriculum „Kinder von Suchtkranken – erkennen und helfen“

Aus den Erfahrungen des Modellprojekts, speziell den durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen, wurde im Jahre 1999 in Kooperation mit dem Sozialpädagogischen Fortbildungszentrum (Mainz) eine achttägige Fortbildungsreihe (4 mal 2 Tage) entwickelt. Die einzelnen Fortbildungselemente beschäftigen sich mit den Grundlagen der Problematik „Kinder von Suchtkranken“, vertiefen auf einzelne Aspekte des Themas (z.B. Risiken für Kinder von Suchtkranken, Transmission von Störungen in suchtblasteten Familien, geschlechtsspezifische Aspekte, Alkoholembryopathie), liefern Praxiswissen und –erfahrungen und erarbeiten Schritte

⁸ Das Konzept der Gruppe „Das sind wir!“ kann vom verantwortlichen Mitarbeiter, Herrn Dirk Dirk Bernsdorff, beim Diakonischen Werk des Kirchenkreises Altenkirchen (Adresse: Stadthallenweg 10, 57610 Altenkirchen) angefordert werden.

in Richtung konkreter Hilfen. Der erste Kurs mit 24 Teilnehmerinnen und Teilnehmern beginnt im Frühjahr 2000.

5.4.2.2. Wissenschaftliche Vorträge/Poster⁹

Kinder von Abhängigen - Chancen, Risiken, Perspektiven

Vortrag auf der Fachtagung 'Männer, Frauen, Kinder ... ' der Fachklinik Thommener Höhe, Darscheid/Eifel, 07.10.1998

Der Vortrag vermittelte einen Überblick über die Risikogruppe ‚Kinder von Abhängigen‘ und betonte die Beteiligung von biologischen Risikofaktoren bei der Transmission von Abhängigkeit.

Geschlechtssensible Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Vortrag zur Fachtagung Frauen – Sucht – Gesellschaft des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie Trier.

In dem Beitrag wurden Ergebnisse der internationalen epidemiologischen Forschung und eigene Forschungsergebnisse unter geschlechtsspezifischen Aspekten dargestellt. Dabei wurde auf die Situation suchtkranker Mütter und speziell der Töchter eines suchtkranken Elternteils fokussiert.

„Mir kann das nicht passieren ... !?“ Erwachsene Kinder von Alkoholikern in der stationären Entwöhnung.

Vortrag auf dem 15. Symposium für klinisch-psychologische Forschung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hofheim, 8.-10.5.97.

Der Vortrag vermittelte einen Überblick über Entwicklungsrisiken bei Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien. Insbesondere das Abhängigkeitsrisiko sowie die Entwicklung der Abhängigkeit bei Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien wurde anhand der internationalen Forschungsliteratur vorgestellt und mit eigenen empirischen Daten belegt.

Risiko- und Resilienzfaktoren für Kinder in suchtbelasteten Familien - Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive

Vortrag auf dem 11. Kongress des Fachverbands Sucht e.V. vom 17.-19.6.1998 in Heidelberg.

Der Beitrag vermittelte erste empirische Ergebnisse des Modellprojekts zu familiären Umwelterfahrungen von Kindern in alkoholbelasteten Familien. Neben Auffälligkeiten und Störungen der Betroffenen wurden wichtige Ressourcen und Kompetenzen herausgearbeitet, die die weitere Entwicklung moderieren und modifizieren können.

⁹ In der Übersicht werden alle wissenschaftlichen Vorträge und Poster der Autoren im Projektzeitraum wiedergegeben, um umfassend zum Thema „Kinder von Suchtkranken“ zu informieren. Insoweit die entsprechenden Tagungen und Kongresse außerhalb von Rheinland-Pfalz stattfanden, fand natürlich keine Finanzierung der Kongressteilnahme aus Projektmitteln statt.

Standard- und Differenzialdiagnostik bei jungen Erwachsenen aus suchtbelasteten Familien

Vortrag auf dem 12. Kongress des Fachverbands Sucht e.V. vom 14.-16.6.1998 in Heidelberg.

Es wurden Ergebnisse des Modellprojekts zu Entwicklungsrisiken bei jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien (siehe Kapitel 4) vorgestellt. Im Zuge einer retrospektiven Untersuchung waren etwa 400 Probandinnen und Probanden mit und ohne elterliche Abhängigkeit im Hinblick auf erlebte Familienumwelt in der Herkunftsfamilie, erlebte Unterstützungssysteme, suchtbelastete Familiennetzwerke, life-events sowie aktuelle Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale und seelische Gesundheit befragt worden. Gleichzeitig erhobene Merkmale von Verhaltensdefiziten und -ressourcen wurden vergleichend ausgewertet und interpretiert. Mittels clusteranalytischer Methoden wurde überprüft, inwieweit sich stabile Subgruppen mit unterschiedlich ausgeprägten Risiko-/Ressourcenanteilen eruieren ließen. Die Ergebnisse wurden anschließend vor allem im Hinblick auf eine optimierte Status-Diagnostik bei Erwachsenen mit elterlicher Abhängigkeit diskutiert.

Defizite und Ressourcen bei Erwachsenen aus suchtbelasteten Familien.

Poster auf dem 41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 27.09.-01.10.1998 in Dresden

Es wurden erste Ergebnisse des Forschungsprojekts zu Entwicklungsrisiken bei Personen aus alkoholbelasteten Familien vorgestellt. Im Zuge einer retrospektiven Untersuchung wurden Probanden mit und ohne elterlicher Abhängigkeit im Hinblick auf aktuelle Verhaltensdefizite und -ressourcen befragt. Mittels clusteranalytischer Methoden wurde an einer Teilstichprobe überprüft, inwieweit sich stabile Subgruppen mit unterschiedlich ausgeprägten Risiko-/Ressourcenanteilen eruieren lassen. Diese Subgruppen wurden anschließend hinsichtlich vorherrschender Affektlage, Selbstkonzept sowie charakteristischer Verhaltensmerkmale nach Woititz (1988) verglichen. Dabei konnte gezeigt werden, dass Personen aus suchtbelasteten Familien in ihren Anpassungsleistungen eine heterogene Gruppe darstellen, die sich aus divergierenden Untergruppen zusammensetzt.

Zur familialen Situation und Langzeitentwicklung von Kindern alkoholabhängiger Eltern – Ein Beitrag zur Klinischen Familienpsychologie.

Poster zur 1. Münchner Tagung für Familienpsychologie vom 30.10. bis 01.11.1998 am Institut für Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Beim ersten bundesweiten Kongress zur Familienpsychologie wurden empirische Daten zur Langzeitentwicklung (Risiken, Resilienzen) von Kindern aus suchtbelasteten Familien vorgestellt. Damit wird die junge Disziplin der Klinischen Familienpsychologie fundiert.

Trinationale Konferenzreihe der Deutsch-Französisch-Schweizerischen Oberrheinkonferenz „Präventionspraxis im Vergleich“ – Zielgruppenorientierte Präventionsansätze bei Kindern und Jugendlichen in besonderen Lebenslagen

5.5.1999, Freiburg, Workshop, Schnittstelle Familie/Sucht, Prävention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien

Die ersten Ergebnisse des Modellprojekts wurden vorgestellt. Von besonderem Interesse für Prävention und Frühintervention waren neben der Angabe von Auffälligkeiten und Störungen die protektiven und salutogenen Faktoren, also jene Bedingungen, die ein Kind trotz ungünstiger Umfeldbedingungen davor schützen, seelisch krank zu werden. Die Erhebungen zur psychosozialen Versorgungslage in der Modellregion zeigten, dass viele Kinder von den entsprechenden Hilfeinrichtungen nicht optimal erfasst wurden. Die Ergebnisse der retrospektiven Befragung verdeutlichten einerseits die schwierigen familiären Bedingungen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien, zeigen andererseits aber auch, dass die Personen im Erwachsenenalter durchaus ein bedeutsames Potenzial an Fähigkeiten und Ressourcen zeigten.

Notwendige Hilfeangebote für Angehörige von Suchtkranken. Was brauchen Partner und Kinder von Suchtkranken besonders?

Seminar zur Fachkonferenz Sucht '99 der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) "Individuelle Hilfen für Suchtkranke – Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren" vom 08. bis 10.11.1999 in Weimar.

In dem Seminar wurde ein Überblick zur Situation von Angehörigen (insbesondere Partner und Kinder) von Suchtkranken und möglichen Hilfeansätzen gegeben.

Overview and introduction to research on children of alcoholics.

Vortrag im Rahmen des Symposiums "Children of Alcoholics" bei der "Eighth International Conference on Treatment of Addictive Behaviors" (ICTAB-8) vom 11.01. bis 15.01.1998 in Santa Fe (New Mexico, USA).

Der Vortrag führte in das Themen- und Forschungsgebiet „Kinder von Alkoholikern“ umfassend ein und präsentierte und interpretierte die wichtigsten internationalen Forschungsergebnisse.

The impact of familial alcoholism on the development, treatment and outcome of chronic alcoholism.

Vortrag bei der „Eighth International Conference on Treatment of Addictive Behaviors“ (ICTAB-8), 11.01. bis 15.01.1998 in Santa Fe (New Mexico, USA).

Der Vortrag stellte die Vulnerabilität von Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien für eine eigene Abhängigkeitsentwicklung heraus und betonte die Bedeutung von mehrgenerationalem Alkoholismus für das Abhängigkeitsrisiko.

Long-Term Development of Children of Alcoholics: Courses, Risks, and Chances.

Vortrag im Rahmen des Seminars "Youth" beim "38th International Congress on Alcohol, Drugs and other Dependencies" des International Councils on Alcohol and Addictions (ICAA) vom 16. bis 20.08.1999 in Wien.

Der Vortrag analysierte die Entwicklungspsychopathologie von Kindern von Suchtkranken vor dem Hintergrund internationaler Forschung und eigener Daten. Dabei wurden sowohl Risiko- als auch Resilienzfaktoren dargestellt.

5.4.2.3. Massenkommunikative Maßnahmen

5.4.2.3.1. Hörfunk/Fernsehen

Interview zum Thema 'Frauen und Alkohol'

MONA LISA, ZDF, 11.10.1998.

Der Beitrag betont die Entwicklungsrisiken der Kinder in alkoholbelasteten Familien und unterstreicht die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung bei den Betroffenen.

Live-Interview und Expertentelefon zum Thema 'Kinder und Alkohol'

Hörfunk-Sendung DIE CREW, HR3, 29.04.1998

Der Beitrag macht auf Kinder in alkoholbelasteten Familien aufmerksam. Am Hörertelefon wurden kurze Gespräche mit betroffenen Angehörigen geführt, deren Ergebnisse dann live vorgestellt wurden.

5.4.2.3.2. Internet

Internethomepage www.rias.de

Die speziell für das Modellprojekt erstellte Homepage des Rheinischen Instituts für Angewandte Suchtforschung (RIAS) bietet laufend Informationen und aktuelle Veranstaltungen zum Thema ‚Kinder aus suchtblasteten Familien‘. Es werden ein ausführliches Literaturverzeichnis sowie Dokumente zum Herunterladen angeboten. Die Homepage informiert über Ergebnisse des Modellprojekts und stellt dem Benutzer umfangreiche Links zu anderen Quellen im Internet zur Verfügung. Die Homepage findet zunehmend Interesse bei Betroffenen und Fachkräften, wie die zahlreichen Rückmeldungen und Anfragen zeigen.

5.4.2.4. Vernetzungsbezogene Maßnahmen

Teilnahme an einem Treffen des Fachkräfteprogramms zur Suchtprävention in Rheinland-Pfalz in Mainz mit Vorstellung der Grundzüge des Modellprojekts, 12.03.1997.

Vorstellung des Projekts im ‚Netzwerk psychologische Suchtforschung‘, einem informellen Zusammenschluss deutscher Suchtforscher, Fachklinik Friedberg, 14.03.1997.

Kontakt- und Informationsgespräch mit den Vertretern des Projekts „Kids & Co.“ in Bergisch Gladbach, 15.12.1997

5.5. Ergebnisse der Survey-Umfrage II

Zum Abschluss des Projekts wurden im Zeitraum November 1999 die bereits im Survey I befragten Institutionen erneut mit dem gleichen Instrument schriftlich befragt. Es handelte sich wiederum um 311 Institutionen aus dem Landkreis Altenkirchen und 171 Institutionen aus dem Landkreis Daun.

Der Rücklauf aus der Modellregion betrug 24.0% (19.9%), aus der Kontrollregion 11.7% (24.0%). 12 Fragebögen konnten keiner Region eindeutig zugeordnet werden, da durch Umstellungen beim Postdienst (Briefstempel, „Briefzentrum“) deren Herkunft nicht mehr identifiziert werden konnte. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

Insgesamt kamen von 482 versandten Fragebögen zum Zeitpunkt Survey II 73 auswertbare zurück. Eine Zahl von 21 konnte aufgrund von Adressänderungen in den letzten zwei Jahren nicht zugestellt werden. Somit beträgt die Rücklaufquote in Bezug auf die erreichten 461 Adressaten 15.8%. Dies ist im Vergleich zur Survey-I-Befragung ein Rückgang um mehr als fünf Prozentpunkte.

5.5.1. Survey-II-Ergebnisse im Überblick

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der zweiten Survey Befragung, die im Zeitraum Oktober/November 1999 zum Abschluss des Projekts stattfand, berichtet.

Von der Gesamtgruppe aller 73 Antwortter sind es 51.9%, die nun davon ausgehen, dass sie **nicht** erkennen würden, wenn ein Kind aus einer suchtblasteten Familie ihre Dienstleistung in Anspruch nähme. Bezüglich der Modellregion (Altenkirchen) sind es 37.9% (Survey I: 43.1%) der Antwortter im Vergleich zu 71.4% (Survey I: 56.8%) aus der Kontrollregion Daun, die diese Frage negativ beantworteten.

Vergleicht man die Gesamtgruppe aller Antwortter nach Institutionen, so fällt auf, dass 83.7% aller Antwortter aus Grundschulen angeben, dass sie ein Kind aus einer suchtblasteten Familie nicht erkennen würden. Im Bereich der Kindergärten sind es nur 35.7% aller Antwortter, die die gleiche Angabe machen. In Bezug auf Jugendliche aus einer suchtblasteten Familie sind es nur 14.3% aller Antwortter aus Schulen der Sekundarstufe I, die davon ausgehen, dass sie einen entsprechenden Jugendlichen **nicht** erkennen könnten. Ähnlich günstig schätzen sich die antwortenden Ärztinnen und Ärzte mit einem Wert von 16.7% ein.

Bezogen auf Berufsgruppen sind es insbesondere die Erzieherinnen bzw. Erzieher, die günstige Werte erreichen. Mit 61.2% geben sie an, dass sie ein entsprechendes Kind identifizieren könnten. Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen erreichen hier einen Prozentwert von 50.%, Lehrerinnen bzw. Lehrer von 41.6%. In Bezug auf Jugendliche aus einer suchtblasteten Familie erreichen die Lehrerinnen bzw. Lehrer eine Quote von 52.9%, die Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen von 66.7%.

Ob diese Ergebnisse an einer besseren Kenntnis des gesamten Umfeldes der Kinder, an der starken Selektion der Antwortter oder einer Überschätzung der Validität der eigenen Wahrnehmungen liegt, muss hier natürlich offen bleiben.

Alle Einzelvergleiche zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sind jedoch nicht signifikant, was wohl auch auf die geringen Fallzahlen innerhalb dieser Gruppen zurückzuführen ist.

Bei der nun folgenden Frage, ob sie bestimmte Hilfeinrichtungen informieren würden, wenn sie merkten, dass die Probleme eines ihrer Klientinnen oder Klienten durch ein familiäres Suchtproblem (mit-)bedingt seien, sind es 88.6% (Survey I: 85.3%) aller Antwortter, die diese Frage bejahen. Aus der Modellregion sind es 92.1%, aus der Kontrollregion 85.0% (Chi-Quadrat: n.s.).

Ärztliche Praxen sind mit 66.7% am unteren Ende der Häufigkeitsverteilung, während Kindergärten (100.0%) und Grundschulen (85.7%) wesentlich günstigere Werte erreichen. Bei den Berufsgruppen sind es Erzieherinnen bzw. Erzieher (100.0%), Lehrerinnen bzw. Lehrer (94.7%) und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen (85.7%), die am häufigsten angeben, eine andere Hilfeinrichtung informieren zu wollen, so dass hier fast schon von einer Routinehandlung gesprochen werden kann.

In einem solchen Fall tatsächlich schon einmal eine andere Hilfeinstanz eingeschaltet haben jedoch nur 72.9% (Survey I: 60.0%) aller Antwortter, 69.7% (Survey I: 58.7%) aus der Modellregion und 80.0% (Survey I: 61.8%) aus der Kontrollregion. Ob dies daran liegt, dass sie noch keinen derartigen Fall hatten, oder ob sie im Falle des Falles sich nicht entsprechend ihren Vorsätzen verhalten haben, bleibt offen. Auf der einen Seite lässt sich zwischen den beiden Messzeitpunkten eine ansteigende Tendenz des Bemühens um tatsächliches Hilfeverhalten konstatieren. Die Unterschiede zwischen den Regionen sind andererseits jedoch nicht signifikant.

Auffällig bezüglich des tatsächlichen Hilfeverhaltens ist, dass von den Erzieherinnen bzw. Erziehern nur 53.8% (Survey I: 46.2%) tatsächlich schon einmal eine andere Institution über die Probleme eines Kindes aus einer suchtbelasteten Familie informiert haben. Die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte erreicht nunmehr mit 100.0% wesentlich höhere Werte als bei der ersten Messung mit 52.9%. Bei den Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen sind es mit 50.0% (Survey I: 81.3%) deutlich weniger als beim ersten Messzeitpunkt, die diese Frage bejahen. Alle Angaben zu dieser Frage sind jedoch wegen der teilweise sehr geringen Zellhäufigkeiten nur mit äußerster Zurückhaltung zu interpretieren.

Insgesamt kennen 83.1% aller Antwortter Ansprechpartner für Kinder von Suchtkranken bei Jugendämtern oder Beratungsstellen. In der Modellregion sind es 89.7%, in der Kontrollregion 75.0%, die diese Frage bejahen.

Am häufigsten geschieht nach den Angaben der Gesamtgruppe mit 89.5% (Survey I: 86.3%) eine Weitervermittlung dann, wenn dem Vermittelnden der Ansprechpartner persönlich bekannt ist. In den Fällen, in denen bisher noch nie weitervermittelt wurde, kennen 26.3% der Antwortter keinen persönlichen Ansprechpartner bei einer der genannten Stellen.

Zum zweiten Messzeitpunkt (Survey II) ergeben sich bezüglich des Bekanntheitsgrades eines persönlichen Ansprechpartners tendenzielle Unterschiede

zwischen den Regionen: 89.7% (Survey I: 88.5%) der Antwortter aus der Region Altenkirchen beantworten diese Frage positiv im Unterschied zu 75.0% (82.9%) aus der Dauner Region.

Interessante berufsspezifische Unterschiede ergeben sich auch beim Survey II bei der Frage danach, welches die beste Hilfe für Kinder Suchtkranker ist. Während eine Mehrzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte (53.5% im Vergleich zu 61.9% beim Survey I), Lehrerinnen bzw. Lehrer (68.4% im Vergleich zu 65.4%) und nunmehr auch Erzieherinnen bzw. Erzieher (66.7% im Vergleich zu 56.3%) meint, man solle vor allem den Kindern und Jugendlichen helfen, mit der gegebenen Situation besser zurechtzukommen, sind es die Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter (62.5% im Vergleich zu 57.1%) und Psychologinnen bzw. Psychologen (83.3% im Vergleich zu 37.5%), die mehrheitlich meinen, man solle am besten die Eltern dazu bringen, ihre Sucht erfolgreich zu bewältigen.

Der Vergleich zwischen den Regionen zeigt eine Veränderung von Survey I nach Survey II: Während am Anfang der Studie 54.8% der Antwortter aus der Modellregion und 29.3% aus der Kontrollregion meinten, dass man am besten die Sucht der Eltern erfolgreich behandeln sollte, sind es zum Zeitpunkt des Survey II aus beiden Regionen jeweils 50.0%.

Keine berufgruppenspezifische oder regionale Unterschiede erbringt die Frage, ob spezielle Angebote für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene aus Familien mit einem Suchtproblem als sinnvoll erachtet werden. Hier sind es 88.5% der Antwortter, die dies in Bezug auf die Kinder bejahen. Für Jugendliche bejahen 96.5% die Frage, ebenso wie für Erwachsene. Insgesamt also zeigt sich, dass ein sehr großer Teil der psychosozialen, pädagogischen und medizinischen Expertinnen und Experten die Notwendigkeit derartiger spezialisierter Angebote bejaht. Dass die Quoten sich im Verhältnis zum Survey I geringfügig erniedrigt haben, liegt möglicherweise zum einen an der Selektivität des Rücklaufs, zum anderen an einer eventuellen Polarisierung in Bezug auf das Thema „Hilfen für Kinder von Suchtkranken“ auf der Basis der größeren Bekanntheit des Themas.

Derartige Angebote werden jedoch nur von einer Minderheit schon vorgehalten: 14.5% (Survey I: 14.3%) der Antwortter berichten von speziellen Programmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien, 17.6% (Survey I: 14.6%) für Jugendliche und 12.6% (Survey I: 15.7%) für Erwachsene.

Bei der Frage nach der Vorinformiertheit zum Thema geben 55.7% (Survey I: 70.5%) der Antwortter an, dass sie schon einmal ein Buch zu dem Thema Kinder, Jugendliche oder Erwachsene aus suchtbelasteten Familien gelesen haben.

Eine Fortbildung zum Thema „Familie und Suchterkrankungen“ haben bislang 59.0% (Survey I: 60.4%) unserer Analysegruppe besucht. Ob diese Vorerfahrung dazu beigetragen hat, die Motivation zur Beantwortung unseres Fragebogens zu erhöhen, scheint zwar möglich, muss jedoch letztlich offen bleiben.

5.5.2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Regionen

Im Folgenden werden die beiden ländlichen Regionen auf Unterschiede bei den

Antworten im Fragebogenrücklauf verglichen. Sollten zum Zeitpunkt des Survey II, also fast drei Jahre nach Beginn des Projekts, Unterschiede zwischen den Regionen auftreten, die so beim Survey I noch nicht bestanden, so ist zumindest die Möglichkeit der Beeinflussung dieser Unterschiede durch die Projektmaßnahmen und deren Auswirkungen denkbar, aber keinesfalls sicher, da es sich um klassische Feldforschung handelt, bei der definitionsgemäß – etwa im Unterschied zu experimenteller Forschung – eine kausal eindeutige Erklärung derartiger Effekte nicht möglich ist.

Bei der Frage, ob sie ein Kind, einen Jugendlichen oder einen Erwachsenen aus einer suchtbelasteten Familie als solchen erkennen würden, wenn es bzw. er ihre Dienstleistung in Anspruch nimmt, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 35. „Würden Sie erkennen, wenn ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener aus einer suchtbelasteten Familie Ihre Dienstleistung in Anspruch nimmt?“ (Alle Angaben in Prozent zu der Antwortalternative: ja; in Klammer: Vergleichswerte aus Survey I)

Region	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Altenkirchen	62.1 (56.9)	63.0 (64.6)	61.5 (68.9)
Daun	37.9 (43.2)	50.0 (57.6)	46.7 (57.6)

Wie aus Tabelle 35 zu ersehen ist, zeigen sich nunmehr deutlichere Unterschiede in der Hinsicht, dass die Antwort aus der Region Altenkirchen ihre Kompetenz zum Erkennen des familiären Suchthintergrunds bei ihrer Klientel höher einschätzen. Bezüglich der Gruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familien erreicht der Unterschied einen Signifikanzwert von $p=0.39$. Möglicherweise haben die Beantworter der Survey-Studie II aus der Modellregion eine größere Zuversicht, belastete Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu erkennen.

Mit der folgenden Frage wurden die Probandinnen und Probanden gebeten einzuschätzen, wie viele ihrer Klientinnen und Klienten (in Prozent) in einer suchtbelasteten Familie aufgewachsen sind.

Tabelle 36. „Wieviel Prozent Ihrer Klientel sind Ihrer Meinung nach in einer suchtbelasteten Familie aufgewachsen?“ (Mittelwerte der Prozentangaben, in Klammern Vergleichswerte aus Survey I)

Region	Kinder	Jugendliche	Erwachsene
Altenkirchen	16.1 (16.0)	14.0 (18.7)	18.9 (17.1)
Daun	11.8 (8.0)	15.9 (10.8)	11.6 (15.0)

Im Wesentlichen berichten die Antwort aus der Modellregion von mehr Personen aus suchtbelasteten Familien. Die Unterschiede zwischen den beiden Regionen sind jedoch in keinem Fall signifikant unterschiedlich.

Ebenfalls kaum Unterschiede (im Unterschied zu Survey I) zeigen sich zwischen den Regionen hinsichtlich der Frage nach den erwarteten Entwicklungsverläufen für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Daraus ist zu folgern, dass sich die Beantwortungen aus den beiden Regionen eher angeglichen haben. Nunmehr nehmen ca. 40% der Antwortter an, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien selbst suchtkrank werden. Die in der ersten Befragung (Survey I) recht hohen Werte aus der Modellregion Altenkirchen haben sich alle leicht erniedrigt. Dies entspricht einer Haltung, die von einer geringeren Pathologisierung der Klientel ausgeht, ein durchaus erwünschter und intendierter Effekt des Modellprojekts.

Tabelle 37. „Wieviel Prozent der Kinder/Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien werden Ihrer Meinung nach im Laufe Ihres Lebens ... „? (Mittelwerte der Prozentangaben, in Klammern Vergleichswerte aus Survey I)

Region	... selbst suchtkrank	... suizidal	... zu Gewalttätern	... psychisch krank
Altenkirchen	42.0 (46.3)	9.3 (11.3)	14.0 (19.6)	35.7 (39.8)
Daun	40.3 (35.8)	8.3 (9.0)	11.6 (11.6)	25.6 (28.0)

Wie Tabelle 37 zeigt, liegen die Einschätzungen für alle Formen pathologischer Entwicklungen (selbst suchtkrank, suizidal, gewalttätig, psychisch krank) bei den Antwortern der Modellregion Altenkirchen noch höher als bei den Vergleichsantwortern aus der Kontrollregion. Jedoch sind die Unterschiede überwiegend recht gering, in keinem Fall mehr signifikant verschieden. Bei der gleichfalls gestellten Frage, wie viele der Kinder aus suchtbelasteten Familien sich völlig normal entwickeln, geben die Antwortter aus der Modellregion Altenkirchen im Durchschnitt 36.0% (29.1%), aus der Kontrollregion Daun 33.1% (35.6%) an. Dieser im Übrigen ebenfalls nicht signifikante Unterschied zeigt, dass insbesondere die Antwortter aus der Modellregion häufiger von der Möglichkeit einer salutogenen, resilienten Entwicklung für Kinder von Suchtkranken ausgehen, wie dies auch von der aktuellen Forschung als ernstzunehmende Möglichkeit nahegelegt wird (vgl. Sher, 1991).

Da unser Projekt schwerpunktmäßig die Möglichkeiten und Chancen frühzeitiger Prävention und Intervention untersuchen will, war es naheliegend, im Weiteren nach der Einschätzung der Wirksamkeit solcher Ansätze zu fragen. Dies geschah mit der Frage: *Wie wahrscheinlich ist es Ihrer Meinung nach, dass man Kindern/Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien durch gezielte frühe Hilfen eine eigene Krankheitskarriere ersparen kann?*

Auf diese Frage antworteten die Fachkräfte aus den beiden Regionen wie folgt: 55.4% (Survey I: 54.9%) der Antwortter aus der Modellregion und 50.3% (Survey I: 52.2%) aus der Kontrollregion glauben, dass Frühintervention wirksam helfen kann. Diese Werte liegen niedriger als erwartet und zeigen, dass bezüglich der Möglichkeit, aber auch der Notwendigkeit frühinterventiver Maßnahmen für gefährdete Kinder bei den Fachkräften immer noch ein großer Informations- und Akzeptanzbedarf besteht.

5.5.3. Interpretation der Survey-II-Ergebnisse

Die Survey-Erhebungen zum Abschluss des Projekts liefern kein völlig konsistentes Bild über die Entwicklungen in der Modellregion und über den Status bezüglich der Hilfen für Kinder von Suchtkranken. Sie zeigen jedoch, dass ein deutlich erhöhter Anteil der Antwortter aus der Modellregion – im Unterschied zur Kontrollregion – sich zutraut, Kinder aus suchtbelasteten Familien als solche zu erkennen. Hier schätzen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Vorschulbereich wesentlich günstiger ein als jene aus dem Grundschulbereich. Dies könnte ein Hinweis auf die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen im Schulbereich sein, vorausgesetzt die Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen schätzen sich in gleicher Weise realistisch ein. Mit mehr als 92% der Antwortterinnen und Antwortter aus der Modellregion ist die Quote derer, die Bereitschaft bekunden, einem Kind aus einer suchtbelasteten Familie im Bedarfsfalle adäquate Hilfe zu vermitteln, erfreulich angestiegen und liegt um sieben Prozentpunkte höher als bei den Antworttern aus der Kontrollregion. Auch die Quote für tatsächliche Weitervermittlungen ist – nun aber für beide Regionen in gleicher Weise – angestiegen. Mit 72.9% liegt sie um fast 13 Prozentpunkte höher als bei der ersten Surveybefragung im Jahre 1997. Erfreulich ist auch, dass nunmehr 89.7% der antwortenden Personen aus der Modellregion (Kontrollregion: 75.0%) einen Ansprechpartner für derartige Hilfeleistungen aus der Jugend- oder Suchthilfe persönlich kennen, ein Kennwert, der sich schon bei der ersten Befragung als entscheidend für tatsächliche Überweisungen erwiesen hatte. Mit Werten um 90% ist es eine große Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten, die spezielle Angebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien für notwendig und sinnvoll hält. Allerdings werden derartige Angebote mit weniger als 15% nur von einer kleinen Gruppe der Antwortterinnen und Antwortter selbst schon vorgehalten, so dass hier noch ein erheblicher Nachholbedarf bestehen dürfte. Mehr als die Hälfte der Befragten geht von der Wirksamkeit frühinterventiver Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien aus. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, die Sensibilität und Informiertheit der Fachkräfte in einer Region weiter zu steigern. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass noch erhebliche Vernetzungs- und Professionalisierungsarbeiten zu bewältigen sind, die im Wesentlichen in der Qualitätssteigerung der Vernetzungsrealität zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe zu sehen sind.

IV. Schluss

6. Konsequenzen aus den Projekterfahrungen und -ergebnissen

Wie sich anhand der zahlreichen Aktivitäten in der Modellregion und insbesondere den beiden Survey-Untersuchungen zeigte, ist der Informationsbedarf bei Fachleuten und Laien immer noch groß. Die Bemühungen zur modellhaften Vernetzung der lokalen Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind im Falle der Modellregion Altenkirchen zwar schon weit fortgeschritten, sollten jedoch unter dem Aspekt langfristiger Kontinuität und Nachhaltigkeit der Effekte weiter begleitet und gefördert werden. Die begonnene Vernetzung der Jugendhilfe und der Suchthilfe in der Region hat, wie die vorausgehenden Darstellungen gezeigt haben, schon erkennbare

Veränderungen der Versorgungs- und Hilfestruktur gebracht. Allerdings ist die langfristige Verankerung, kontinuierliche Weiterentwicklung und Unumkehrbarmachung dieser Maßnahmen ein derzeit noch offenes Ziel. Von besonderer Wichtigkeit dabei wird es sein, Wirksamkeitsbelege für Frühinterventionen bei COA zu finden.

Unter diesen Aspekten erscheint eine Fortführung des Modellprojekts in der Region unter veränderten und erweiterten Zielsetzungen empfehlenswert und nötig. Bei einer Fortführung des Modellprojekts in der Region Altenkirchen könnten begonnene Entwicklungen stabilisiert und erweitert sowie neue Entwicklungen in Gang gesetzt werden. Besonders die langfristige Verankerung von Maßnahmen für Kinder von Suchtkranken und deren Nachhaltigkeit sind wünschenswert.

Im einzelnen wären bei einer Fortführung des Modellprojekts unter dem Titel „Langfristige Verankerung von Maßnahmen zur Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien in ländlichen Gebieten“ folgende Inhalte vorrangig:

- (1) **Aufbau eines Trägernetzes im Landkreis Altenkirchen** zur Verbesserung der Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien, z.B. durch Installierung weiterer Kinder- und Jugendgruppen in anderen Städten und Gemeinden des sehr ländlich strukturierten Gebiets. Unter der Gesamt- und Planungsverantwortung des Kreisjugendamtes sollen modellhaft die Versorgungslage in einer stark ländlichen Region verbessert und lokale Netzwerke gestärkt werden. Das Trägernetz soll aus dem Kreisjugendamt als koordinierender Instanz und geeigneten psychosozialen und pädagogischen Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen bestehen und aktiv an der Weiterentwicklung der Hilfen für belastete oder bedrohte Kinder und deren Familien arbeiten.
Eine weitere Aufgabe dieser Projektphase ist die Akquisition von Know-how zur langfristigen Finanzierung von Kinder- und Jugendgruppen für Kinder aus suchtbelasteten Familien sowie die **Dokumentation und Begleitforschung der Arbeit des Trägernetzes**. Dies umfasst insbesondere die Arbeit der Kinder- und Elterngruppen im Kreis. In derartigen Kindergruppen sind auch Kinder komorbider Eltern zu erwarten. Diese bedürfen oft besonderer Zuwendung und Hilfen.
- (2) Fortführung der Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Region mit dem Ziel der Verbesserung des Kenntnisstandes und der Verbesserung der personalen Helfervernetzung in der Region. Die Weiterbildungsmaßnahmen sollen z.B. für Pflegeeltern zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“, ASD, Selbsthilfegruppen und Träger der Jugendsozialarbeit durchgeführt werden. Dafür notwendig ist u.a. die modellhafte Entwicklung von Schulungsmodulen für Weiterbildung und Training sowie Arbeitshilfen und Informationsmaterial (für Fachleute und Eltern) zum überregionalen präventiven Einsatz im ganzen Land. Diese Entwicklungsarbeit soll in Koordination mit dem Büro für Suchtprävention bei der Landeszentrale für Gesundheitserziehung geschehen.
- (3) Zusammenarbeit, Unterstützung und Training projektbegleitender Initiativgruppen, wie z.B. der Arbeitsgruppe „Kinder aus suchtbelasteten Familien“, die sich in der ersten Projektphase im Landkreis Altenkirchen entwickelt hat. Hintergrund dieser Aktivitäten ist die Förderung innovativer niedrigschwelliger Beratungs- und Hilfeangeboten für Kinder und Jugendliche im Landkreis. Diese sollen dann Unterstützung seitens des Trägernetzes, Dokumentation und Begleitforschung bei ihrer Entwicklung seitens des Forschungsinstitutes als Maßnahmen des

nachhaltigen Empowerments erhalten.

7. Schluss

Kinder in suchtbelasteten Familien sind Sozialisationsbedingungen ausgesetzt, die ihre Entwicklung in Kindheit und Jugend nachhaltig beeinträchtigen können. Bedingt durch die elterliche Abhängigkeit erfahren sie Vernachlässigung, Desinteresse, mangelnden Respekt, mangelnde Fürsorge sowie eine unzureichende Förderung ihrer Kompetenzen. Im Erwachsenenalter treten bei ihnen gehäuft psychosoziale Anpassungsschwierigkeiten, psychische Störungen sowie Suchtverhalten auf. Aufgrund der familiären Dynamik sind die Kinder häufig mit ihren Problemen sich selbst überlassen und finden in der psychosozialen Hilfestruktur nur vereinzelt professionelle Helfer mit kompatibelem Handlungswissen. Das in der Modellregion durchgeführte Projekt ‚Prävention und Frühintervention bei Kindern in suchtbelasteten Multiproblemfamilien‘ hatte zum Ziel, die bestehenden Hilfestrukturen in einer Region des Landes Rheinland-Pfalz zu erfassen und schrittweise zu optimieren. In zahlreichen Veranstaltungen wurde das Thema sowohl professionellen Fachkräften als auch der breiten Bevölkerung vorgestellt und auf die Entwicklungsrisiken der Kinder hingewiesen. In speziellen Fortbildungsmaßnahmen konnten viele Hilfeleistende erreicht und im Hinblick auf Prävention und Intervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien geschult werden. Es bildeten sich ein Arbeitskreis ‚Hilfen für Kinder von Suchtkranken‘ sowie eine Kindergruppe, die das Thema in der Region weiter vertiefen und weiter verankern. Die angestrebte Fortführung des Projekts wird die eingeleiteten Maßnahmen weiter stabilisieren und optimieren können.

Die empirischen Befunde des Forschungsprojekts verdeutlichen, dass Kinder in Suchtfamilien einerseits deutlich mehr aversive Erfahrungen in ihren Herkunftsfamilien berichten als Vergleichspersonen, gleichzeitig aber als Erwachsene über ein substanzielles Repertoire an Kompetenzen verfügen, die für eine unauffällige Entwicklung genutzt werden können. Hier ist eine differenzielle Sichtweise unerlässlich, die Kinder von Suchtkranken als eine heterogene Gruppe mit höchst unterschiedlichen Risiken und Ressourcen begreift. Diejenigen Kinder, bei denen die Risiken die Ressourcen überwiegen, bedürfen der stärksten frühzeitigen Hilfen.

Abschließend möchten wir uns bedanken bei der Kreisverwaltung Altenkirchen sowie dem Diakonischen Werk Altenkirchen und dem Caritasverband für den Rhein-Sieg Kreis für die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Wir danken außerdem allen Einrichtungen, die sich die Mühe machten, den Survey-Bögen bei den beiden Erhebungen auszufüllen und an uns zurückzusenden. Wir danken allen Fachkräften für ihr Interesse und ihre Mitarbeit bei den Fortbildungsveranstaltungen und Arbeitstagen und wünschen ihnen eine gute Hand im Umgang mit den Kindern aus Suchtfamilien. Nicht zuletzt danken wir dem Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz für die gute Zusammenarbeit und die finanzielle Förderung des Modellprojekts.

8. Literaturverzeichnis

Ackerman, R.J. (1987). Let go and grow. Pompano Beach, Florida: Health Communications.

Benson, C.S. & Heller, K. (1987). Factors in the current adjustment of young adult daughters of alcoholic and problem drinking fathers. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 305 - 312.

Berkowitz, A. & Perkins, H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 206 - 209.

Black, C. (1988). Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wildberg: Bögner-Kaufmann.

Black, C., Bucky, S.F. & Wilder-Padilla, S. (1986). The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic. *International Journal of the Addictions* 21, 213 – 231.

Bohmann, M., Sigvardson, S., & Cloninger, C.R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry*, 38, 965 - 969.

Burk, J.P. & Sher, K.J. (1988). The "forgotten children" revisited: Neglected areas of COA research. *Clinical Psychology Review* 8, 285 - 302.

Cloninger, R.C. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholics. *Science*, 236, 410 - 416.

Cloninger, C.R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross- fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.

Cloninger, C.R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. van Knorring, A-L. (1985). Psychopathology in adopted-out children of alcoholics. The Stockholm Adoption Study. In Galanter, M. (ed.) *Recent developments in alcoholism*, Vol. 3, (pp. 37 – 51). New York: Plenum Press.

Cork, M. (1969). *The forgotten children*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Cotton, N. (1979). The familial incidence of alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89 -116.

Curran, P.J. & Chassin, L. (1996). A longitudinal study of parenting behavior as a protective factor for children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 305 - 313.

D'Andrea, L.M., Fisher, G.L. & Harrison, T.C. (1994). Cluster analysis of adult children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions* 29, 565-582.

Deutscher Bundestag (1998). Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland – Zehnter Kinder- und Jugendbericht –. Bonn: Drucksache 13/11368 des Deutschen Bundestages (13. Wahlperiode) vom 25.08.98.

Devine, C. & Braithwaite, V. (1993). The survival roles of children of alcoholics: Their measurement and validity. *Addiction*, 88, 69 - 78.

Drake, R.E. & Vaillant, G.E. (1988). Predicting alcoholism and personality disorder in a 33- year longitudinal study of children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 799 - 807.

Elpers, M. & Lenz, K. (1994). Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 107 - 113.

Finn, P.R., & Pihl, R.O. (1987). Men at high risk for alcoholism: The effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 230 - 236.

Fußnegger, D. (1997). Kind – Sucht – System. Die Vernetzung sozialer Arbeit von Suchtkranken- und Jugendhilfe. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.). Drogenkonferenz 1996. (S. 21 – 42). Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.

Giunta, C.T. & Compas, B.E. (1994). Adult daughters of alcoholics: are they unique? *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 600 - 606.

Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S.B., Winokur, G. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*, 28, 238 - 243.

Guralnick, M.J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. In: Guralnick, M.J. (Ed.) *The effectiveness of early intervention*. (pp. 3- 22). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Hadley, J.A., Holloway, E.L. & Mallinckrodt, B. (1993). Common aspects of object relations and self-representations in offspring from disparate dysfunctional families. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 40, 348 - 356.

Heller, K., Sher, K.J., Benson, C.S. (1982). Problems associated with risk overprediction in studies of offspring of alcoholics: Implications for prevention. *Clinical Psychology Review*, 2, 183 - 200.

Hesselbrock, V.M., Stabenau, J.R., Hesselbrock, M.N. Meyer, R.E., Babor, T.F. (1982). The nature of alcoholism in patients with different family histories for alcoholism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 6, 607 - 614.

Irwin, H.J. (1995). Codependence, narcissism, and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 658-665.

Jakob, P. (1991). Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 49-55.

Jones, D.J. & Zalewski, C. (1994). Shame and depression proneness among female adult children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 29, 1601 - 1609.

Kashubeck, S. (1994). Adult children of alcoholics and psychological distress. *Journal of Counseling and Development*, 72, 538 - 543.

Klein, M. (1986). Zur Situation von Kindern alkoholabhängiger Eltern. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sinnfrage und Suchtprobleme. Menschenbild - Wertorientierung - Therapieziele.* (S. 179 - 185). Hamm: Hoheneck.

Klein, M. (1995). Suchtschiene und Gewaltspirale. *Suchtreport*, 5, 29 - 36.

Klein, M. (1996a). Erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. In: *Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Kinder Suchtkranker. Symposium am 27.02.1996.* Waldböckelheim: Müller & Stieber, S. 27 - 38.

Klein, M. (1996b). Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtblasteten Familien - eine Bestandsaufnahme. *Psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 8, 154 - 158.

Klein, M. & Zobel, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 6, 133 - 140.

Klein, M. (1998a). Kinder suchtkranker Eltern: Fakten, Daten, Zusammenhänge. In: *Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. (Hrsg.). "Wenn Mama und Papa high sind - bin ich down". Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern.* Köln: Nau, S. 8 - 31. (= Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes Köln; Heft Nr. 43).

Klein, M. (1998b). Langzeitentwicklung von Kindern aus suchtblasteten Familien – Die Thommener Kinderkatamnese 1998. Darscheid: Unveröffentlichter Forschungsbericht.

Klein, M. & Zobel, M. (1999). Kinder in suchtblasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive In: *Fachverband Sucht: Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten.* Geesthacht: Neuland, S. 244 - 257 (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 22).

Knop, J., Goodwin, D.W., Jensen, P., Penick, E., Pollock, V., Gabrielli, W., Teadale, T.W. & Mednick, S.A. (1993). A 30-year follow-up study of the sons of alcoholic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370 (Suppl.), 48-53.

Kröger, F., Drinkmann, A., Wälte, D., Lask, J. & Petzold, E. (1995). Verraten und verkauft? Zur Isolation alkoholkranker Väter in ihren Familien, *Sucht*, 41, 10 - 17.

Lachner, G. & Wittchen, H.U. (1995). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 118 - 146.

Lachner, G. & Wittchen, H.U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.). *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen*. (S. 43 - 89). Göttingen: Hogrefe.

Lambrou, U. (1990). *Familienkrankheit Alkoholismus - Im Sog der Abhängigkeit*. Hamburg: Rowohlt.

Lamminpää, A. & Vilksa, J. (1990). Children's alcohol intoxications leading to hospitalizations and the children's psychosocial problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 468 - 471.

Levenson, R.W., Oyama, O.N. & Meek, P.S. (1987). Greater reinforcement from alcohol for those at risk: Parental risk, personality risk, and sex. *Journal of Abnormal Psychology* 96, 242 - 253.

Löser, H. (1995). *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*. Stuttgart: G. Fischer.

Mathew, R.J., Wilson, W.H., Blazer, D.G., George, L.K. (1993). Psychiatric Disorders in adult children of alcoholics: data from the epidemiologic catchment area project. *American Journal of Psychiatry*, 150, 793 - 800.

McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 1021 - 1029.

Mintz, L.B., Kashubeck, S. & Tracy, L.S. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorders, and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 65 - 70.

Nastasi, B.K. & DeZolt, D.M. (1994). *School interventions for children of alcoholics*. New York: Guilford Press.

Neff, J.A. (1994). Adult children of alcoholic or mentally ill parents: Alcohol consumption and psychological distress in a tri-ethnic community study. *Addictive Behaviors*, 19, 185-197.

Olbrich, R. & Rist, F. (1997). Psychisch unauffällige Risikopersonen aus suchtkranken Familien in Expositionsstudien. *Deutsches Ärzteblatt*, 94, 231 - 234.

Oort, A.H (1909). Einfluß des Alkoholgenusses der Eltern und Ahnen auf die Kinder. Beiträge zur Kindererziehung, 57,5 - 20.

Pacho, B. (1997). Familienorientierte ambulante Arbeit mit Kindern Suchtkranker – Konzepte für qualifizierte Hilfen im regionalen Verbund. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.). Drogenkonferenz 1996. Kinder – Sucht – System. Die Vernetzung sozialer Arbeit von Suchtkranken- und Jugendhilfe. (S. 62 - 73). Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.

Pollock, V.E. (1992). Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics. American Journal of Psychiatry 149, 1534 - 1538.

Potter, A.E. & Williams, D.E. (1991). Development of a measure examining children's survival roles in alcoholic families. Journal of Studies on Alcohol 52, 70 - 77.

Prest, L.A. & Protinsky, H. (1993). Family systems theory: a unifying framework for codependence. American Journal of Family Therapy, 21, 352 –3 60.

Schaef, A.W. (1986). Co-dependence: misunderstood, mistreated. San Francisco: Harper & Row.

Schneewind, K.A. (1991). Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuckit, M.A. (1994). Low level response to alcohol as a predictor of future alcoholism. American Journal of Psychiatry 151, 184 -189.

Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (1997). Assessing the risk for alcoholism among sons of alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 58, 141 - 145.

Schulsinger, F., Knop, J., Goodwin, D.W., Teasdale, T.W. & Mikkelsen, U. (1986). A prospective study of young men at high risk for alcoholism. Archives of General Psychiatry, 43, 755 - 760.

Sher, K.J.(1991). Children of alcoholics - a critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press.

Sigvardsson, S., Bohman, M. & Cloninger, R. (1996). Replication of the Stockholm adoption study of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 3, 681 - 687.

Steinhausen, H.C. (1984). Kinder alkoholkranker Eltern. In: Steinhausen, H.C. (Hrsg.), Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie. (S. 209 - 226). Stuttgart: Kohlhammer.

Tweed, S.H. & Ryff, C.D. (1991). Adult children of alcoholics: profiles of wellness amidst distress. Journal of Studies on Alcohol, 52, 133 - 141.

Velleman, 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. II. The intergenerational

effects of family disharmony. *The International Journal of the Addictions*, 27, 367 - 389.

Weber, H.J. (1995). Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und Drogenarbeit. Neue Möglichkeiten des Jugendamtes aus Sicht einer Jugendhilfeeinrichtung. In: Eckert, D. & Bathen, R. (Hrsg.). *Jugendhilfe und akzeptierende Drogenarbeit* (S. 80 - 84). Freiburg: Lambertus.

Wegscheider, S. (1988). *Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie*. Wildberg: Verlag Bögner-Kaufmann.

Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 34 - 40.

Werner, E.E. & Smith, R. (1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.

West, M.O. & Prinz, R.J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204 - 218.

Woititz, J.G. (1983). *Adult children of alcoholics*. Florida: Health Communications, Inc.

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

Wolin, S.J., Bennett, L.A. & Noonan, A.D. (1979). Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. *American Journal of Psychiatry*, 136, 589 - 593.

Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse*, 42, 415 - 429.

Zobel, M. (1995). Kinder aus Suchtfamilien. *Fachausschuss Sucht der AHG (Hrsg.). Verhaltensmedizin Heute*, 4, 42 - 47.

Zobel, M., Rösch, W. & Quinten, C. (1994). *Jahresbericht 1993. Zahlen - Daten - Fakten*. Darscheid: Fachklinik Thommener Höhe.

Zobel, M. & Klein, M. (1995). The transgenerational course of addictive behavior: Children of alcoholics. Poster, vorgestellt auf der 'Seventh International Conference on Treatment of Addictive Behaviors', 28. Mai - 1. Juni 1995, Leeuwenhorst Center, Niederlande.

Zucker, R.A., Ellis, D.A., Bingham, C.R. & Fitzgerald, H.E. (1996). The development of alcoholic subtypes. Risk Variation among alcoholic families during the early childhood years. *Alcohol Health & Research World*, 20, 46-54.

Anhang:

Im Folgenden sind die auf die COA-Thematik bezogenen wissenschaftlichen Beiträge aufgelistet, die in Zeitschriften und Büchern erschienen sind. Diese referieren den aktuellen Stand der Forschung und Theorienbildung und gehen damit meist über den Rahmen des Modellprojekts hinaus. Sie werden trotzdem als Anlage wiedergegeben, um den interessierten Leserinnen und Lesern die Möglichkeit zu geben, sich umfassend zu der Thematik „Kinder aus suchbelasteten Familien“ zu informieren. Gleichzeitig wird damit ein Überblick zur Publikationstätigkeit der Projektleiter während der Laufzeit des Projekts gegeben werden:

Klein, M. (1996). Erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Kinder Suchtkranker. Symposium am 27.02.1996. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, S. 27 - 38.
Der Artikel beschäftigt sich mit der Situation von erwachsenen Kindern aus suchbelasteten Familien, die selbst suchkrank wurden und deshalb in stationären Einrichtungen der Suchthilfe behandelt werden.

Klein, M. (1996). Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchbelasteten Familien - eine Bestandsaufnahme. *psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin* 8, 154 - 158.
Der Überblicksbeitrag untersucht die psychologischen Risiken für die Mitglieder von Familien, in denen wenigstens ein Elternteil an einer Suchtstörung leidet.

Klein, M. & Zobel, M. (1997). Kinder aus suchbelasteten Familien. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 133-140.
Die Überblicksarbeit geht schwerpunktmäßig auf die Betroffenen im Kindes- und Jugendalter ein und stellt anhand der internationalen Forschungsliteratur die wesentlichen psychosozialen Merkmale dieser Gruppe dar.

Zobel, M. (1997). Erwachsene Kinder von Alkoholikern - Wie der Vater so der Sohn? *Therapiewoche NeurologiePsychiatrie*, 11, 20-24.
Der Artikel fokussiert auf die differenzielle Betrachtungsweise bei Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien und zeigt, dass ein substanzieller Teil der Betroffenen im Erwachsenenalter im Persönlichkeitsprofil kaum Auffälligkeiten zeigt.

Klein, M. (1998). Kinder suchtkranker Eltern: Fakten, Daten, Zusammenhänge. In: Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. (Hrsg.). "Wenn Mama und Papa high sind - bin ich down". Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Köln: Nau, S. 8 - 31. (= Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes Köln; Heft Nr. 43).

Zobel, M. (1998). Wenn die Eltern trinken - Chancen und Risiken der Kinder aus alkoholbelasteten Familien. SuchtReport, 2, 29-36.

Der Artikel bietet einen Überblick über die aktuelle Forschungssituation bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien und behandelt schwerpunktmäßig die Themen ‚Anpassungsleistungen der Kinder‘, ‚Beziehungsgestaltung in alkoholbelasteten Familien‘, ‚Alkoholembryopathie‘, ‚Psychosoziale Auffälligkeiten der Kinder‘, ‚Alkoholgefährdung‘ und ‚abhängige Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien‘.

Klein, M. (1999). Geschlechtssensible Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.). Frauen – Sucht – Gesellschaft. Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie in Trier. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz , S. 41 – 62.

Zobel, M. (1999) Vater war Trinker - Mutter auch. Psychologie Heute, 4, 60-63.

Der Artikel betont die Ressourcen und Kompetenzen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien, geht dabei aber auch auf das erhöhte Abhängigkeitsrisiko ein.

Buchpublikation

Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe.

Das Buch vergleicht die Zuschreibungen von Klinikern zu Kindern aus alkoholbelasteten Familien mit den Ergebnissen der aktuellen Forschungsliteratur. Die wesentlichen Faktoren für die Transmission von Abhängigkeit werden anhand eines Modells abgebildet und daraus praktische Handlungsanweisungen für Hilfeleistende abgeleitet.

