

**Welchen besonderen
Belastungen sind Kinder im
Kindergarten- und
Volksschulalter ausgesetzt,
wenn ein Elternteil
alkoholabhängig ist?**

Carina Kitzler

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) der Sozialwissenschaften
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2007

Erstbegutachter:
Mag. Johannes Pfliegerl

Zweitbegutachter:
Prof. Ma. DSA. Kurt Fellöcker

ABSTRACT

DEUTSCH

Diese Diplomarbeit befasst sich mit folgender Forschungsfrage:

„Welchen besonderen Belastungen sind Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter ausgesetzt, wenn ein Elternteil alkoholabhängig ist?“

Die Forschung hat gezeigt, dass die primäre Belastung der Kinder das Familiensystem als Ganzes ist. Befinden sich die betroffenen Kinder in einer alkoholkranken Familie, gehen zahlreiche subjektive Probleme sowie Belastungsfaktoren für diese einher.

Es sind vor allem die alltäglichen Situationen zu Hause, aber auch jene im Kindergarten und in der Schule sowie im sozialen Umfeld, welche den Kindern teilweise erhebliche Schwierigkeiten bereiten.

Es hat sich gezeigt, dass ein Großteil der Kinder unter mangelndem Selbstwert und unter Krankheiten leidet, welche durch eine dysfunktionale Familienstruktur in der AlkoholikerInnen- Familie hervorgerufen wird.

Es lassen sich besondere Auffälligkeiten sowie bestimmte Verhaltensmuster bei den betroffenen Kindern feststellen. Eine tabuisierte Alkoholproblematik und diverse unbefriedigte Bedürfnisse, sowie ein negatives Vorbildverhalten, können die Entwicklung des Kindes beeinflussen.

Die SozialarbeiterInnen können die betroffenen Kinder unterstützen, indem sie Selbsthilfegruppen und langfristige psychologische Betreuung organisieren und die sozialen Kontakte fördern. Weitere wichtige sozialarbeiterische Maßnahmen stellen die Suchtprävention, die Öffentlichkeitsarbeit, sowie die Schulsozialarbeit dar.

ENGLISCH

The question of research is:

“Which particular pressures are children in the age of kindergarten and elementary school confronted with, if one parent is addicted to alcohol?”

The research has shown that the primary pressure on children is the family system in general. Children affected by parents who are addicted to alcohol face many subjective problems and various pressures. In particular, the daily routines at home as well as in the kindergarten, in school, and in the general social environment cause enormous problems.

Furthermore, research has shown that the majority of the affected children has to deal with a lack of self esteem and, moreover, suffers from various other illnesses, which are the result of a dysfunctional family structure that is typical of the family of an alcohol addict.

Certain distinctive features and particular behavioural patterns can be determined. The child's development can be influenced by various unsatisfied requirements, the negative example set by their role models or by the treatment of alcoholism as a taboo.

Social workers can support the children concerned by organising self-help-groups and long-term psychological treatment and by encouraging social contacts. Further crucial measures to be taken by the social worker include the prevention of and the information about addiction as well as the social work in school.

1. DANKSAGUNG

Mein aufrichtiger Dank gilt den sechs ExpertInnen, welche sich freundlicherweise dazu bereit erklärt haben, mit mir die qualitativen Interviews durchzuführen. Ich möchte mich bei *Frau Dr. Höllerer* und bei *Frau Dr. Huber* von der Beratungsstelle „Rat und Hilfe“ recht herzlich bedanken. Mein besonderer Dank gilt auch *Frau Dr. Platt* und *Frau Mag. Zischberger* von dem Verein „Rettet das Kind“. Für die aufschlussreichen Interviews möchte ich mich weiters bei *Herrn Mag. Walcher* und bei *Herrn Mag. Illichmann*, welcher beim „Hilfswerk“ tätig ist, bedanken. Diese sechs ExpertInnen haben es mir ermöglicht, meine Forschungsarbeit durchzuführen und anschließend zu neuen Erkenntnissen zu kommen. Das Wissen der ExpertInnen half mir zu einem besseren Verständnis der Problemlagen der betroffenen Kinder.

Mein besonderer Dank gilt auch meinen Kolleginnen in der Fachhochschule St. Pölten, welche mir stets mit Rat und Tat beiseite gestanden sind.

Zum Abschluss möchte ich meiner Familie, vor allem meiner Mutter *Helga Kitzler* und meiner Großmutter *Karoline Schneider* aufrichtigen Dank aussprechen. Sie haben mich in Bezug auf meine Kinder, aber auch moralisch und finanziell, sehr unterstützt. Dank gebührt auch meinem Lebensgefährten *Franz Zottl* und meinen Kindern *Leonie* und *Carolina*, welche mir vor allem in der Phase der Diplomarbeit mit besonders viel Geduld und Hilfsbereitschaft entgegenkamen.

INHALT

1. DANKSAGUNG	1
2. EINLEITUNG	4
3. DER ALKOHOLOGISCHUS.....	6
3.1. ALKOHOL ALS SOZIALMEDIZINISCHES PROBLEM	7
3.2. SOZIALE FOLGEPROBLEME VON ALKOHOL	7
3.3. CO-ABHÄNGIGKEIT	8
3.3.1. <i>Die drei Phasen der Co- Abhängigkeit.....</i>	<i>9</i>
3.4. ALKOHOLOGISCHUS UND FAMILIE	10
3.5. KINDER ALKOHOLKRANKER ELTERN	12
3.5.1. <i>Allgemeines</i>	<i>12</i>
3.5.2. <i>Befindlichkeit der Kinder.....</i>	<i>13</i>
3.5.3. <i>Die Liebe zum alkoholkranken Elternteil</i>	<i>15</i>
3.5.4. <i>Die Gefühle zum nichtabhängigen Elternteil</i>	<i>15</i>
3.5.5. <i>Emotionale Bedürfnisse von Kindern</i>	<i>16</i>
4. DOKUMENTATION DES QUALITATIVEN FORSCHUNGSPROZESSES.....	18
4.1. FORSCHUNGSEINLEITENDE FRAGE	18
4.2. FORSCHUNGSZUGANG.....	18
4.3. BEGRÜNDUNG DER ERHEBUNGSMETHODE EXPERTINNENINTERVIEW	19
4.4. FORSCHUNGSPROZESS	20
4.5. BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPE	20
4.6. INSTRUMENT DER DATENERHEBUNG	21
4.7. DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS.....	21
4.8. AUSWERTUNG DES DATENMATERIALS	22
5. AUSWERTUNG UND INTERPRETATION DER INTERVIEWS.....	24
5.1. SYSTEM FAMILIE	24
5.2. ALLTAG.....	28
5.3. SOZIALES UMFELD	32
5.4. SCHULE/KINDERGARTEN	36
5.5. ÜBERFORDERUNG	42
5.6. KRANKHEITEN	46
5.7. TABUTHEMA ALKOHOL.....	49
5.8. SELBSTWERT/INSTABILITÄT.....	52
5.9. VERHALTENS-MUSTER	54
5.10. VORBILDVERHALTEN.....	59
5.11. UNBEFRIEDIGTE BEDÜRFNISSE	63
6. AUFGABEN DER SOZIALARBEIT	68
6.1. PRÄVENTION	68
6.2. KINDERSELBSTHILFEGRUPPE	70
6.3. FÖRDERUNG SOZIALER KOMPETENZEN.....	71

6.4.	LERNHILFE	73
6.5.	PSYCHOLOGISCHE BERATUNG	73
7.	QUELLENVERZEICHNIS	75
8.	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	79

2. EINLEITUNG

Alkoholismus ist heute zum größten sozialmedizinischen Problem Europas geworden. Mit dem steigenden Verbrauch alkoholischer Getränke stieg auch die Zahl Alkoholkranker (vgl. Brosch/Mader 2004:160).

Wo Alkohol eine Rolle spielt, verbirgt sich oft eine seelische Not und soziales Elend für die ganze Familie. Alkoholranke Personen haben jedoch, außer dass sie selbst als Opfer bezeichnet werden können, häufig einen nachteiligen Einfluss auf die Menschen, mit denen sie soziale oder familiäre Verbindungen eingehen. Die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils kann nicht nur die Entwicklung des Kindes enorm beeinflussen, es besteht die große Wahrscheinlichkeit, dass Kinder ihr Vorbild nachahmen und ihr Zugang zum Alkoholkonsum dadurch erleichtert wird. Die Bedürfnisse der Kinder werden in den meisten Fällen nicht erfüllt. Generell wurde die Aufmerksamkeit bisher überwiegend den alkoholkranken Menschen und ihren Problemen geschenkt, selten aber den mitbetroffenen Kindern.

Die Kinder sind aber unmittelbare Opfer der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils, vor allem, weil sie aus dem Familienalltag nicht aussteigen können. Sie haben keine Wahl und müssen ertragen, was Vater und Mutter inszenieren. Ich habe mich dazu entschlossen über die zahlreichen Belastungen und Bedürfnisse der Kinder meine Diplomarbeit zu verfassen, da ich mich sehr intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt habe. Die Forschungsfrage, welche sich auf die Belastungen der Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter mit einem alkoholkranken Elternteil bezieht, soll die zahlreichen Defizite und Überforderungen im Heranwachsen des Kindes aufzeigen.

Aus diesem Grund werde ich in meiner Diplomarbeit näher auf die fehlenden Bedürfnisse der betroffenen Kinder eingehen. Durch eigene Forschungsarbeit sollen spezifische Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils auf Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter näher beleuchtet werden.

Im ersten Teil meiner Diplomarbeit beziehe ich mich auf Fachliteratur, die sich generell mit der Problematik Alkoholismus auseinandersetzt und zu einem gewissen Grundverständnis beitragen soll. In diesem theoretischen Teil wird auch Augenmerk auf die Situation in der Familie und auf die Bedürfnisse von Kindern gelegt.

Anschließend dokumentiere ich meinen Forschungszugang und meinen Forschungsprozess.

Im dritten Teil beziehe ich mich auf meine Forschung und den daraus resultierenden elf analysierten Kategorien. In Zusammenschau von Forschung und Fachliteratur wird die forschungseinleitende Frage beantwortet.

Den Abschluss meiner Diplomarbeit bildet der sozialarbeiterische Bezug, der aufgrund meiner Forschung und Auswertung hergestellt wird.

3. DER ALKOHOLISMUS

Das ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision) klassifiziert Alkohol in der Kategorie F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“. Die Alkoholkrankheit kann bereits durch den regelmäßigen Konsum kleinerer Mengen beginnen. Nicht immer fallen die Betroffenen durch häufige Rauschzustände auf. Der Missbrauch von Alkohol ist nicht immer nach außen hin bemerkbar. Ist der Betroffene weiterhin leistungsfähig, spricht man von einem/r funktionierenden AlkoholikerIn. Die Alkoholkrankheit verläuft relativ unauffällig und langsam, meist über mehrere Jahre hinweg. Den erkrankten Personen wird die Schwere ihrer Erkrankung meist nicht bewusst und wird oft von den Süchtigen negiert. Übermäßiger Alkoholkonsum verursacht schwere und bleibende psychische und körperliche Folgeerkrankungen (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:161).

Zu den am weitest verbreiteten psychosozialen und gesundheitlichen Problemen der Menschen in den westlichen Industriestaaten gehören die Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen. Sucht bzw. Abhängigkeit ist nicht das Problem eines Einzelnen, sondern hat mit jedem von uns etwas zu tun. Es ist unsere moderne Industrie- und Risikogesellschaft, in dem sich Sucht- bzw. Abhängigkeitsverhalten entwickelt.

Für viele Menschen ist das Suchtmittel bzw. die süchtige Verhaltensweise ein, wenn nicht gar das einzige Kompensationsmittel, um in der Gesellschaft adäquat zu funktionieren. „Vollgedröhnt“, „betäubt“ wird der Widerspruch zwischen den menschlichen Bedürfnissen, der Sehnsucht nach Nähe, Liebe und Geborgenheit und dem, was man tatsächlich bekommt, ertragen.

Sucht ist Ausdruck massiver Beziehungsstörungen, Ausdruck eines Mangelsyndroms, das sich in Bezug zur Gesellschaft, zum Mitmenschen, zur belebten und unbelebten Natur, in besonderem Maße zu uns selbst und unserem eigenen Körper widerspiegelt (vgl. Geck 1995:81).

3.1. ALKOHOL ALS SOZIALMEDIZINISCHES PROBLEM

Die deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (1993:28) weist in unterschiedlichen Berichten darauf hin, dass Alkoholismus heute zum größten sozialmedizinischen Problem Europas geworden ist. Mit dem steigenden Verbrauch alkoholischer Getränke stieg auch die Zahl Alkoholkranker und durch Alkohol Geschädigter.

Suchterkrankung betrifft nicht nur den Kranken selbst, sondern auch sein soziales Umfeld. Wo Alkohol eine dominierende Rolle spielt, verbirgt sich oft hinter der heilen Fassade seelische Not und soziales Elend für die ganze Familie. Menschen, die mit einer suchtkranken Person zusammenleben, werden in vielfältiger Weise beeinträchtigt, gekränkt und in vielen Fällen selbst krank (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:28).

Die Entstehung von Problemen im Zusammenhang mit Alkohol wird nicht nur von den Eigenschaften der Substanz, sondern auch von der konsumierenden Person und deren Umgebung determiniert. Wenn man die Einstellung der MissbraucherInnen im kleinen Sinn nachvollziehen möchte, ist es Mindestvoraussetzung sich mit den Konsummotiven und unterschiedlichen Einstellungen der Abhängigen auseinander zu setzen (vgl. Brosch/Mader 2004:43).

3.2. SOZIALE FOLGEPROBLEME VON ALKOHOL

Generell lässt sich sagen, dass sich die sozialen Folgen potenziell auf alle Lebensbereiche erstrecken.

In der Familie und im Freundeskreis kann es zur Gefährdung der partnerschaftlichen Beziehungen kommen, aber auch eine Abwendung von Familie und FreundInnen, eine Scheidung und zunehmende Bindungslosigkeit bis Vereinsamung können die Folgen sein.

Alkoholkonsum hat auch negative Auswirkungen auf Kinder. Erziehungsdefizite, psychische und psychosomatische Beschwerden, Schulprobleme, Gewalthandlungen und Missbrauch können fatale Schäden bei den mitbetroffenen Kindern hinterlassen.

Weitere Schwierigkeiten können bei den/die Alkoholranke/n auch im Beruf im Einhergehen mit Leistungseinbußen, Unzuverlässigkeit, Konflikten und Langzeitarbeitslosigkeit entstehen.

Alkoholranke sind in der Freizeit oft inaktiv, da diese vom Alkoholkonsum bestimmt wird (vgl. Brosch/Mader/Preinsberger 2004:171).

3.3. CO-ABHÄNGIGKEIT

Co-Abhängigkeit spielt auch beim Alkoholismus eine wesentliche Rolle. Bei der Co-Abhängigkeit geht es um die Frage, welche Rolle Bezugspersonen eines suchtkranken Menschen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung seines süchtigen Verhaltens spielen (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:341).

„Menschen, die im Umfeld von Suchtkranken leben, haben es schwer, persönliche Klarheit zu bewahren. Sie sind ständig in Gefahr, ihren eigenen, latenten Krankheiten zu verfallen“ (Wilson Schaef 1986:125). Neben dem/der PartnerIn leiden auch Kinder in einer Beziehung mit einem Abhängigen erheblich. So finden typischerweise immer wieder schwerwiegende Ausgrenzungen statt. Dies zeigt sich besonders, dass es lautstarke Auseinandersetzungen gibt. Diesen stehen die Kinder meist sehr hilflos gegenüber und verhindert darüber hinaus das Erlernen entsprechender Kompetenzen, wie zum Beispiel die Beurteilung, wann und wie auf einen bestimmten Anlass adäquat zu reagieren ist.

3.3.1. DIE DREI PHASEN DER CO- ABHÄNGIGKEIT

Zu den drei Phasen der Co-Abhängigkeit zählen laut Helmut Koltz (1997:46) die Phase des „Beschützen und Erklärens“, die Phase der „Kontrolle“ und die Phase der „Anklage“.

In der ersten Phase reagiert das jeweilige Umfeld in einer typischen Weise, die von Betroffenen, also den Süchtigen/Co-Abhängigen genauso wenig durchschaut wird, wie die Suchtkarriere. Zu Beginn sind alle bemüht, für das krankhafte Verhalten der Süchtigen Entschuldigungen und Erklärungen zu finden. Vor allem Kinder suchen die Schuld zumeist bei sich selbst. Oft glauben sie, Ursache für Streitigkeiten und die Alkoholsucht des Elternteils zu sein. Sie übernehmen Verantwortung und schirmen sich oftmals ab, um die/den Kranke(n) vor den Konsequenzen ihres/seines Verhaltens zu bewahren. Ein besonderes Merkmal der Co-Abhängigen, wozu vor allem auch Kinder gezählt werden ist, dass diese gegen ihre eigenen Regeln und ihre eigene Ethik verstoßen. Die Mechanismen der Co-Abhängigen sind genauso vielfältig, wie die des/der Süchtigen, sein/ihr eigenes Suchtverhalten zu verbergen und zu rechtfertigen.

Die sozialen Kontakte nehmen ab, und die Regeln werden starrer. Man verschließt sich nach außen und meidet soziale Kontakte. Alle Beteiligten fühlen sich unwohl mit dem Geheimnis der Sucht im Hintergrund (vgl. Koltz 1997:47).

Das entscheidende Kriterium der Co-Abhängigkeit ist neben dem Verstoß gegen eigene Überzeugungen die „Kontrolle“, welche als zweite Phase bezeichnet wird. Da auf Dauer das Beschützen und Erklären keine Hilfe bringt, sondern im Gegenteil die Suchtkarriere indirekt fördert, schaltet das Umfeld irgendwann auf Kontrolle um. Auch Kinder kontrollieren den abhängigen Elternteil. Es ist zu vermuten, dass diese verhindern wollen, dass der Vater oder die Mutter sich erneut betrinken will. Kinder haben einen feinen Geruchssinn. Bereits in früher Kindheit erkennen sie, wenn ein Elternteil Alkohol

getrunken hat. Der/die AlkoholikerIn jedoch, hat immer mehr Tricks parat, um Alkohol zu konsumieren. Für das soziale Umfeld jedoch bringt dies Angst, Ärger, Scham und Trauer mit sich. Es sind vor allem die Kinder, die unter diesen erheblichen Stresssituationen leiden. Der/die Süchtige wird aus diesen Gründen unter Druck gesetzt und bedroht, worauf er/sie entsprechend reagiert. Der/die Süchtige merkt, wann die leeren, weil folgenlosen Drohungen in ernsthaftere übergehen. Möglicherweise demonstriert der/die Abhängige mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer längeren Abstinenzzeit zu Hause, dass die Sache mit dem Alkohol, für ihn/sie „kein Problem“ sei. Es kommt irgendwann unweigerlich zum Rückfall. Eine weitere Konsequenz ist, dass das Umfeld erneut Drohungen ausspricht und der Teufelskreis somit neu entsteht (vgl. Kolitzus 1997:48).

In Bezugnahme auf die dritte und letzte Phase weist Kolitzus (1997:49) darauf hin, dass alle Bemühungen nichts genutzt haben. Die Co-Abhängigen sind ausgelaugt und vermehrt aggressiv, möglicherweise inzwischen selbst erkrankt. Kinder können unter den unterschiedlichen Belastungen, die sie täglich erfahren, nicht unbeschwert heranwachsen. Aufgrund des gestörten Familiensystems und durch die daraus resultierenden Folgen können auch die Kinder Krankheiten physischer und psychischer Art aufzeigen. Sie fühlen sich oft im Stich gelassen und leiden unter den Umständen, denen sie täglich ausgesetzt sind.

Oft hat die Bilanz der falsch verstandenen Hilfe katastrophale Auswirkungen zur Folge. Der/die Betroffene verliert seinen/ihren Arbeitsplatz, auch die Familie wendet sich von ihm/ihr ab, oder die Trennung passiert auf eine noch dramatischere Weise, wie zum Beispiel durch Selbstmord.

3.4. ALKOHOLISMUS UND FAMILIE

„Angehörige von Alkoholabhängigen werden durch die Krankheit im unterschiedlichen Ausmaß mitbelastet. Wie sie mit dieser Mitbelastung oder Mitbetroffenheit umgehen, unterliegt dem Einfluss geschlechtsspezifischer

Rollenerwartungen und der jeweiligen Beziehung, in der sie zum süchtigen Menschen stehen“ (Rennert 1994:43).

Krämer (1980:25, zit. in: Köppl/Reiners 1987:13) schreibt dazu: „Oft sind die familiären Beziehungen aber auch schon vor Ausbruch einer Alkoholkrankheit gestört, so dass die Sucht nur als Symptom für die Fortsetzung einer längst schon vorhandenen Problemkonstellation gewertet werden muss.“ Daraus lässt sich schließen, dass eine konfliktreiche innerfamiliäre Beziehung das Ausbrechen einer Sucht fördert.

Vögl (1993:14, zit. in: Wegscheider 1988:33) beschreibt den Alkoholismus in einer Familie folgendermaßen: „Die AlkoholikerInnen- Familie zeigt die typischen Merkmale einer kranken Familie, nur oft noch stärker als in anderen Familien.“ Die Störungen und Schwierigkeiten innerhalb der Familie sind meist stärker ausgeprägt als in vergleichbaren anderen, nichtsüchtigen Familiensystemen.

Die Familie der alkoholabhängigen Person nimmt nicht nur an den Schwierigkeiten des Alkoholismus teil, sie ist auch durch den beruflichen und sozialen Abstieg des alkoholkranken Vaters oder der alkoholkranken Mutter belastet.

Die Belastungen, welchen die Familienmitglieder ausgesetzt sind, haben Auswirkungen auf jeden einzelnen in der Familie. Das Zusammenleben mit einem/r Alkoholkranken verhindert die persönliche Entwicklung und hemmt die innere Freiheit der mitbetroffenen Kinder.

Das Leben mit einem suchtkranken Menschen, einem Menschen der sich unvorhersagbar und unverantwortlich verhält, bringt viel Stress mit sich. Die einzelnen Familienmitglieder versuchen, sich an diese Lebensbedingungen anzupassen und sie entwickeln dabei unterschiedliche Bewältigungsstrategien.

Dies hat oft erhebliche Konsequenzen für die Umwelt, in der sich die Familie befindet.

Aufgrund der Abhängigkeit eines Elternteils wird das tägliche Leben innerhalb der Familie sehr verändert. Die Kinder erleben den trinkenden Elternteil extrem gegensätzlich. Der abhängige Elternteil, welcher im nüchternen Zustand fürsorglich und liebevoll ist, kann unter Alkoholeinfluss jede Beherrschung verlieren und sein Kind grundlos verurteilen und schlagen. Versprechungen und liebevolle Fürsorge gehen einher mit Desinteresse und Ablehnung.

Es kommt oft vor, dass die Kinder den Eindruck haben, es mit zwei Vätern oder mit zwei Müttern zu tun zu haben, da die jeweiligen Reaktionen des nüchternen Vaters oder der nüchternen Mutter überhaupt nicht zu denen des betrunkenen Vaters oder der betrunkenen Mutter passen.

3.5. KINDER ALKOHOLKRANKER ELTERN

3.5.1. ALLGEMEINES

Das Institut für Suchtprävention in Österreich (2004:4) weist darauf hin, dass ungefähr 90.000 Kinder in Familien leben, in denen (mindestens) ein Elternteil alkoholabhängig ist. Eine ähnlich große Zahl ist indirekt betroffen – wenn ein alkoholkranker Elternteil alimentationspflichtig ist. Anders ausgedrückt kann man sagen, dass zirka jedes 20. Kind in einer AlkoholikerInnen- Familie lebt. Bezieht man noch den Anteil in der Bevölkerung mit ein, die als AlkoholmissbraucherInnen zu bezeichnen sind – weitere 13% der Erwachsenen, so kommen noch einmal ca. 240.000 Minderjährige dazu, die in Familien leben, in denen mindestens ein Elternteil alkoholgefährdet ist.

Das Institut für Suchtprävention (2004:5) kommt zu folgendem Schluss: „Ungefähr 420.000 Kinder haben (zumeist) einen Elternteil, dessen Alkoholkonsum über der „Gefährdungsgrenze“ liegt. Beinahe jedes vierte Kind

hat (mindestens) einen Elternteil, der entweder alkoholkrank oder bereits AlkoholmissbraucherIn ist.“

Klein (2001:18) hat erforscht, dass in jeder siebenten Familie ein Elternteil eine Lebenszeitdiagnose für eine alkoholbezogene Störung erfüllt. Dies bestätigt die Annahme, dass der Alkoholkonsum der Eltern auf die Entwicklung ihrer Kinder einen erheblichen Einfluss hat.

In mehreren Studien, welche das Institut Suchtprävention durchgeführt hat, lässt sich feststellen, dass alkoholabhängige Eltern nicht aufgrund von einer einzigen Ursache für die erhöhte Vulnerabilität der Kinder verantwortlich sind, sondern dass die Transmission der Alkoholabhängigkeit multikausal bedingt ist. Weiters bezieht sich das Institut auf die Verhaltensformel von Lewin, welche besagt, dass das Verhalten eine Funktion von Person und Umwelt ist (vgl. Institut Suchtprävention 2004:7).

Zobel (2000:146) kommt zu folgendem Schluss: „Es wird eine direkte Vererbung der Alkoholabhängigkeit ausgeschlossen. Denkbar ist hingegen die Vererbung einer Disposition für die Alkoholabhängigkeit, die bei entsprechenden kritischen Umwelterfahrungen zum Ausbruch der Krankheit führt.“

3.5.2. BEFINDLICHKEIT DER KINDER

Das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil wird von den meisten Kindern als stressreicher Zustand empfunden. „Für die Familie als Ganzes besteht eine größere Exposition gegenüber Stressoren“ (Klein 2001:118).

Es sind nicht nur die allgemeinen Veränderungen im Familienleben, die aus einer Problemkonstellation mit Einbeziehung einer Sucht stehen, sondern auch

die direkten Einflüsse eines alkoholkranken Vaters oder einer alkoholkranken Mutter, die für die kindliche Entwicklung ungeahnte Konsequenzen aufweisen.

„Eine elterliche Abhängigkeit hat insbesondere dann weit reichende Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder, wenn weitere ungünstige Bedingungen hinzukommen, wie elterliche psychische Störungen (z.B.: Depression oder eine antisoziale Persönlichkeitsstörung), sexueller Missbrauch in der Kindheit, zwei abhängige Eltern, ein geringer sozioökonomischer Status der Familie oder eine mangelnde emotionale Bindung zum anderen Elternteil“ (Zobel 2005:44).

Die Kommunikation des abhängigen Elternteils ist sehr widersprüchlich im Sinne von „Ich liebe dich“ einerseits und „Jetzt lass mich in Ruhe“ andererseits. Dieses unberechenbare Verhalten ist Grund für die Verunsicherung der Kinder. Oft suchen sie in ihrem eigenen Verhalten die Schuld für deren Abhängigkeit. So versuchen sie, sich den widersprüchlichen Erwartungen des/der Abhängigen anzupassen, und verleugnen dabei die eigenen Gefühle (vgl. Zobel 2005:45).

Zobel (2005:45) weist auf die oft anhaltende Atmosphäre von Anspannung und Ärger hin, welche im Elternhaus durch Ehekonflikte entsteht. Wird der/die Abhängige gegenüber den Kindern verbal oder körperlich aggressiv, entwickeln diese in vielen Fällen eine ausgeprägte Angststörung.

Es wird häufig von den ExpertInnen die Annahme bestätigt, dass die Kinder die Eltern gar nicht interessieren. Vielmehr stören sie, machen Arbeit und Ärger. Je nach der Höhe des Alkoholspiegels straft und lobt der/die Abhängige sein Kind für dasselbe Verhalten. Wenn er/sie sich ihnen dennoch zuwendet, dann in erster Linie, um für sich Zuwendung zu bekommen und nicht, um dem Kind Zuwendung zu geben. Den/die Abhängige(n) interessiert vor allem eines, der Alkohol (vgl. Zobel 2005:44).

3.5.3. DIE LIEBE ZUM ALKOHOLKRANKEN ELTERNTEIL

Auch wenn Kinder vor dem trinkenden Elternteil Angst haben, ihn/sie ablehnen oder hassen, so haben diese ihn/sie meistens doch sehr gern. Oft mögen viele Kinder den alkoholkranken Elternteil lieber als den nichttrinkenden. Erklären kann man das durch die Verdrängungsmechanismen der Kinder. Sie spalten den trinkenden Elternteil in einen alkoholisierten und einen nichtalkoholisierten Teil auf. Wenn er nüchtern ist, sehen sie nur noch das erwünschte Verhalten, welches viel positiver erlebt wird als es wirklich ist. Die Kinder bewerten dieses oftmals höher um sich zu beweisen, dass der alkoholranke Elternteil doch nicht so schlecht ist und sie sehr liebt. Sie können nicht wissen, dass für die AlkoholikerInnen zumeist der Alkohol das Wichtigste ist. (vgl. Brandstätter 1997:40, zit. in:Lambrou 1990:160).

Es gibt auch Kinder, welche die guten Eigenschaften des trinkenden Elternteils gar nicht mehr wahrnehmen, sondern nur mehr den betrunkenen Vater oder die Mutter sehen. Häufig können sie erst als Erwachsene die ganze Person erkennen und auch positive Gefühle zulassen.

Kinder, die einen alkoholkranken Elternteil haben, stehen vor einem Dilemma, weil sie nicht wissen, was sie von diesem halten sollen. Ist sein Verhalten absichtlich so verletzend oder kann er gar nichts dafür? Sollen sie sich abgrenzen oder, wenn keine Schuld an seinem Verhalten hat, ihm helfen? Glauben die Kinder letzteres, führt das oft zu Schuldgefühlen ihrerseits, weil sie meinen, den/die Alkoholranke(n) im Stich gelassen zu haben (vgl. Brandstätter 1997:40, zit. in: Lambrou 1990:160).

3.5.4. DIE GEFÜHLE ZUM NICHTABHÄNGIGEN ELTERNTEIL

Die Kinder erleben diesen Elternteil oft belastet und wollen ihm helfen. Sie sind aber unsicher, weil sie nicht wissen, ob er/sie nicht Schuld an dem destruktiven Kreislauf in der Familie hat. Wenn die Kinder den alkoholkranken Elternteil als hilfsbedürftig erleben, machen sie den nichttrinkenden Teil dafür verantwortlich.

Dieser wird auch häufig abgelehnt, wenn er/sie sich sehr viel um den/die Alkoholranke(n) kümmert, alles organisiert und so Kontrolle ausübt. Dadurch hat er/sie nur wenig Zeit für die Kinder und deren Gefühle, während der abhängige Elternteil sich in seinen/ihren Trinkpausen die Wärme und Liebe ersatzmäßig von den Kindern holt und von diesen als liebevoll und liebenswert erlebt wird. Die Kinder wissen nicht, dass sie häufig von ihm/ihr benutzt werden (vgl. Brandstätter 1997:41, zit. in: Lambrou 1990:171).

3.5.5. EMOTIONALE BEDÜRFNISSE VON KINDERN

Kinder haben spezifische Bedürfnisse, die sich mit dem Alter und ihrer Entwicklung verändern. Werden diese grundsätzlich nicht erfüllt, kann das Kind auf eine individuelle Art und Weise reagieren.

Smith (1998:18) spricht von sechs emotionalen Bedürfnissen, welche sie „Uneingeschränkte Liebe“, „Respekt vor der Persönlichkeit des Kindes“, „Zuwendung seitens der Erwachsenen“, „Stabilität“, das Bedürfnis der „Elterlichen Fürsorge“ und die „Hilfestellung im Reifeprozess“, nennt. Je nach Alter des Kindes kann sich die Liebe der Eltern auf unterschiedliche Weise ändern, aber die ersehnte Botschaft des Kindes, etwas Besonderes zu sein, ist immer die gleiche. Die Liebe der Eltern hängt nicht vom Verhalten ab, sondern umfasst die ganze Person mit all ihren „Stärken“ und „Schwächen“.

Alle Kinder möchten, dass ihre Gefühle respektiert werden. Kinder, welche Respekt erhalten, wissen aus Erfahrung, dass alles mit ihnen Zusammenhängende für ihre Eltern von Interesse ist. Die Kommunikation sollte warmherzig und aufrichtig sein, ohne negative Bemerkungen und niederschmetternde Kritik. Kinder erwarten eine freundliche Begegnung, wobei die Erwachsenen Aufmerksamkeit, Interesse und Vergnügen erkennen lassen. Ein Kind profitiert von jeder einzelnen Zuwendung, unabhängig von der Größe der Familie. Diese Zuwendung von Erwachsenen, welche gemeinsame Aktivitäten einschließt, ist notwendig für Anregungen, neue Erfahrungen und Herausforderungen. Ein enger körperlicher Kontakt ist für das Wohlbefinden

eines Kindes von grundlegender Bedeutung, besonders wenn es noch klein ist. Doch auch größere Kinder bedürfen der beruhigenden Wohltat einer Umarmung (vgl. Smith 1998:20).

Kellmer Pringle (1975: o.A., zit. in Smith 1998:21) hat erforscht, dass ein Kind von Geburt an eine beständige und verlässliche wie auch liebevolle Beziehung erleben sollte. Es ist die Stabilität, welche dem Kind ermöglicht, Zutrauen zu Erwachsenen zu entwickeln, wodurch es gewiss sein kann, dass seine Interessen wahrgenommen werden und dass für sein Wohlergehen gesorgt wird. Wenn das Kind in einer stabilen Familie aufwächst, kann es Ereignisse voraussehen und sich eine gute Vorstellung von den Folgen seines Handelns machen, was eine Verringerung seiner Ängste zur Folge hat. Die stabile Familie bietet den meisten Kindern eine Identität, welche das Bild der Familie im Kind selbst widerspiegeln lässt.

Eltern müssen emotional stärker als ihre Kinder sein um wichtige Entscheidungen treffen. Auch sollte die Aufmerksamkeit bei genehmigtem Verhalten stärker betont werden als die negative Reaktion bei unannehmbarem Verhalten. Das Kind soll spüren, dass das Zuhause sich von anderen Orten unterscheidet und seine Familie regressives Verhalten in Zeiten der Anspannung tolerieren kann. Ein unangemessener Sinn für Dankbarkeit und Schuld ist eine unerwünschte Belastung (vgl. Smith 1998: 22).

Kinder müssen beim Erlernen sozialer Fertigkeiten angeleitet und mit Lob und Anerkennung ermuntert werden. Eine wichtige Hilfestellung ist das Setzen wichtiger Grenzen. Kinder sollten Verantwortung und je nach Alter, Persönlichkeit und Reife einige Aufgaben übernehmen. Diese Verantwortung kann dem Kind helfen, sein Selbstvertrauen zu entwickeln. Für eine gesunde Entwicklung braucht das Kind positive Vorbilder unter den Erwachsenen, die es nachahmen kann (vgl. Smith 1998: 23).

4. DOKUMENTATION DES QUALITATIVEN FORSCHUNGSPROZESSES

4.1. FORSCHUNGSEINLEITENDE FRAGE

Im Zentrum meiner Forschungsarbeit steht die forschungseinleitende Frage, die als Grundlage der Arbeit aufgestellt worden ist:

Welchen besonderen Belastungen sind Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter ausgesetzt, wenn ein Elternteil alkoholabhängig ist?

4.2. FORSCHUNGSZUGANG

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurden eine Literaturrecherche und mehrere leitfadengestützte ExpertInneninterviews durchgeführt. Ziel war es, die Belastungen der Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter zu erfassen. Es wurde bezweifelt, die Kinder zu dieser schwierigen Thematik befragen zu können. Aus diesem Grund wurde die Entscheidung getroffen, Personen zu befragen, welche die Fallverläufe gut kennen. Deshalb wurden ExpertInnen aufgefordert, konkrete Fälle möglichst detailliert zu schildern. Anhand der erzählenden Fallverläufe wurden die Belastungen, Probleme und Schwierigkeiten der Kinder erfasst.

Die von mir beforschte Gruppe sind Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter, welche Belastungen aufgrund eines alkoholabhängigen Elternteils ausgesetzt sind.

Aus persönlichem Forschungsinteresse findet die Eingrenzung auf Kinder von vier bis elf Jahren statt. Es entspricht dies dem Alter, in welchem die Kinder soziale Kontakte aufbauen sollen, das Vorbildverhalten der Eltern oftmals übernehmen und in welchem die ersten Meilensteine für die weiteren Lebensabschnitte gesetzt werden.

4.3. BEGRÜNDUNG DER ERHEBUNGSMETHODE EXPERTINNENINTERVIEW

Das ExpertInneninterview ist ein Sammelbegriff für offene oder teilstandardisierte Befragungen von ExpertInnen zu einem vorgegebenen Bereich oder Thema. ExpertInneninterviews scheinen hierbei eine ideale Vorgehensweise zu sein, da sie zumeist dort eingesetzt werden, wo die Gewinnung wissenschaftlich verwertbarer Informationen auf Grund der Komplexität und Undurchsichtigkeit der jeweils aufzuklärenden Problemsituation, insbesondere für den Außenstehenden, schwierig ist (vgl. Plath 1995:85).

„Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf ein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht“ (Bogner/Littig/ Menz 2005:46).

Die Anwendung des ExpertInneninterviews lässt sich daraus begründen, dass es sich in meiner Forschungsfrage um Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter handelt. Diese sind, meiner Ansicht nach, aufgrund ihres Alters noch nicht fähig, genügend Auskunft über die Hintergründe ihrer Situation geben zu können, um daraus Rückschlüsse ableiten zu können, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind. Mit den Fallberichten soll gewährleistet werden, dass die Einschätzungen der ExpertInnen, nicht nur allgemein gehalten bleiben, sondern jeweils einen Bezug erhalten, aus denen sich jeweils konkrete Belastungen nachvollziehen lassen.

Nach Schütz/Lückmann (vgl. 1979:366f in Bogner/Littig/Menz 2005:114) erweist sich der Erkenntnisgegenstand der ExpertInneninterviews als fokussiert auf einen besonderen Wissensbestand im sozialen Wissensvorrat, nämlich auf das Sonderwissen, das im Zuge fortschreitender Arbeitsteilung proportional zum Allgemeinwissen an Anfang und Gewicht (im Sinne von „Gleichgewichtigkeit“) zunimmt.

4.4. FORSCHUNGSPROZESS

Zu Beginn meines Forschungsprozesses erfolgt eine intensive Literatur- und Internetrecherche zum Erhalt von Hintergrundinformationen über die Problematik von Alkoholmissbrauch, insbesondere der Folgen des Alkoholmissbrauchs für Kinder in betroffenen Familien.

Auf dieser Basis findet eine Sammlung von Leitideen für die Erstellung eines Interviewkonzeptes statt.

Das Interviewkonzept beinhaltet einen Leitfaden für die Durchführung der ExpertInneninterviews. Dieser wird so erstellt, dass die Belastungen der Kinder herausgefiltert werden können. Die inhaltlichen Schwerpunkte beziehen sich auf die Forschungsfrage. Zu diesen zählen das Familiensystem, das soziale Umfeld, die Schule und der Kindergarten. Weiters wurden die ExpertInnen aufgefordert, in den Fallgeschichten auf Krankheiten und psychische Störungen, sowie Belastungen und Probleme, die die Kinder alltäglich erfahren, besonders zu achten.

Nach der Durchführung der ExpertInneninterviews findet eine Auswertung des Datenmaterials statt. Die anschließende Aufarbeitung der Literatur und die Zusammenschau der Interviewergebnisse mit der Literaturrecherche beantwortet meine Forschungsfrage.

4.5. BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPE

Die Zielgruppe dieser qualitativen Forschung sind sechs ExpertInnen, die sich in ihrer langjährigen Arbeit mit Kindern, mit deren Belastungen und Problemen auseinandergesetzt haben. Es handelt sich dabei um zwei Mitarbeiterinnen des Vereins „Rettet das Kind“, welche sich in ihrer Tätigkeit als FamilienintensivbetreuerInnen dazu bereit erklärt haben, mir jeweils einen speziellen Fall zu erläutern. Weiters befragte ich zwei PsychotherapeutInnen,

die ebenfalls eine große Bereitschaft zur Fallschilderung zeigten. Zwei PsychologInnen von „Rat und Hilfe“ wurden ebenfalls als ExpertInnen befragt. Die Interviews der TherapeutInnen und PsychologInnen begründen sich aus ihrem vertrauensvollen Setting mit den Kindern, nicht zuletzt deshalb, weil sie mit den Belastungen der Kinder sehr vertraut sind.

4.6. INSTRUMENT DER DATENERHEBUNG

Für die Befragung der ExpertInnen wurde die Methode des Leitfadeninterviews gewählt. Dem Leitfaden kommt dabei eine Strukturierungsfunktion in Bezug auf Gesprächsinhalte und ihre Abfolgen zu. Er ist also letztlich das zentrale Steuerungsinstrument für den Ablauf des ExpertInneninterviews (vgl. Flaker/Vito/Schmid 2006:4).

„Der Interviewleitfaden ist Resultat einer wissenschaftlichen Erarbeitung. Diese beruht auf einer relativ genauen Kenntnis des Problembereichs, auf thematischen Vorüberlegungen sowie dem Einbezug relevanter wissenschaftlicher Literatur und führt zur inhaltlich und systematisch begründeten Fragestellung“ (Schmidt/Grunert 1999:43).

4.7. DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Um eine gute Gesprächssituation herstellen zu können, soll auf die unten angeführten Punkte Rücksicht genommen werden.

„Bei der Durchführung der Interviews soll man mögliche Probleme im Voraus erkennen und während des Gesprächs vermeiden, da diese eine wesentlich spätere Datenanalyse beeinflussen und qualitative Ergebnisse verfälschen“ (Flaker/Schmid 2006:10).

Zu Beginn des Interviews wurden folgende Punkte geklärt:

- Zeitliche Restriktionen des Gesprächspartners
- Abklärung über die Tonbandaufnahme des Interviews
- Abklärung über die Transkription und Anonymisierung

Im ersten Teil des qualitativen Interviews stellen mir die ExpertInnen einen, von ihnen zu meiner Forschungsfrage ausgewählten Fall dar.

Aufgrund dieses konkreten Falls und des Datenmaterials beantworten die ExpertInnen im zweiten Teil die Leitfragen.

4.8. AUSWERTUNG DES DATENMATERIALS

Die Interviews werden mit einem Tonbandgerät aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert.

„Die Auswertung durch ein besonderes Instrument ist nicht vorgesehen“ (Brandstätter 2006:307). Die Daten werden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. „Die Entscheidung diese Methode anzuwenden, wird auf Grund dessen getroffen, um aus den Daten reduzierende Bedeutungsinhalte entwickeln zu können“ (Brandstätter 2006:307).

Die Auswertung orientiert sich theoriegeleitet an den wörtlich transkribierten Interviews. Die eigentliche Auswertung wird mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring vorgenommen. „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2003:58).

Aus der Analyse des Materials werden elf Kategorien induktiv abgeleitet, die sich auf die konkreten Belastungsfaktoren beziehen, die Kinder aus AlkoholikerInnen- Familien zu tragen haben. Folgende Kategorien werden für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse gebildet:

- System Familie
- Alltag
- Soziales Umfeld
- Schule
- Überforderung
- Krankheiten
- Tabuthema Alkohol
- Selbstwert/Instabilität
- Verhaltensmuster
- Vorbildverhalten
- Unbefriedigte Bedürfnisse

5. AUSWERTUNG UND INTERPRETATION DER INTERVIEWS

5.1. SYSTEM FAMILIE

Ein durch die Alkoholabhängigkeit beeinträchtigtes Familiensystem hat erhebliche Auswirkungen auf die Kinder. Dabei zeigt sich sowohl in der Fachliteratur als auch in den erzählten Fällen, dass zu unterscheiden ist, ob die Mutter oder der Vater der alkoholabhängige Elternteil ist.

Wenn die Mutter alkoholabhängig ist, kommt es wiederum darauf an, ob diese Familien Alleinerzieherinnen sind, oder ob es sich um eine funktionierende Familie handelt.

Dabei zeigte sich weiters, dass zumeist der Vater der alkoholabhängige Elternteil ist. Wenn der Vater berufstätig ist, sieht das Familienklima wesentlich besser aus, als wenn er sich den ganzen Tag zu Hause aufhält. Oft wissen die Kinder nicht, welche Stimmung sie beim Nachhausekommen vom Kindergarten und der Schule erwartet. Dieses Bild wird in einem Fall geschildert:

„Sie weiß nie, wie der Vater drauf ist, wenn sie heim kommt. Es können sie Schläge, Beschimpfungen oder auch ein fürsorglicher Vater erwarten. Mit dieser Angst kämpft sie den ganzen Tag“ (Interview 5).

Wenn dies der Fall ist, kommt es sehr auf die Kapazität der Mutter an. Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Mütter häufig versuchen, den Alltag für die Kinder so zu gestalten, dass diese in das Geschehen zu Hause so wenig wie möglich miteinbezogen werden. Dies wird in folgender Schilderung einer Expertin deutlich:

„Ich bin sehr froh, dass er so eine starke Mutter hat. Sie bemüht sich dem Kind eine möglichst unbeschwerte Kindheit zu ermöglichen. Dies trägt dazu bei, dass er mit dem Alkoholproblem seines Vaters besser umgehen kann“ (Interview 3).

Im Gegensatz zur ausgleichenden Mutter erläutert die Expertin die Alkoholproblematik einer Mutter folgendermaßen:

„Wenn die Mutter, so wie in diesem Fall, die Alkoholabhängige ist und das Kind noch ziemlich klein ist und sich selbst das Frühstück machen und sich zum Kindergartenbus stellen muss, ist das tragisch. Solche Kinder gehören entlastet“ (Interview 6).

Der zuvor angesprochene Punkt ähnelt der Schilderung dieser Expertin:

„Wenn die Mutter alkoholabhängig und alleinerziehend ist und Kinder im Kindergarten- und Volksschulalter hat, funktioniert gar nix mehr“ (Interview 2).

Auffällig ist, dass in allen Familien, über die berichtet wurde, oft eine besonders feindselige Stimmung herrscht. Die ExpertInnen erläutern, dass die ehelichen Streitigkeiten und die täglichen Auseinandersetzungen für die Kinder am Belastensten seien.

Die Unvorhersehbarkeit des unkontrollierten Zustandes des alkoholkranken Elternteils und die vielen negativen Einflüsse, welche die Kinder im Laufe ihrer Entwicklung erfahren müssen, zählen zu den Hauptursachen, die kein „normales“ Aufwachsen in einer geschützten Familie ermöglichen. Daraus lässt sich schließen, dass ein durch die Abhängigkeit eines Elternteils beeinträchtigtes Familiensystem, eines der größten Belastungsfaktoren für das Kind darstellt. Alle weiteren Belastungsfaktoren sind in unmittelbarer Weise mit diesem System verbunden.

Auch in der Fachliteratur zeigen sich ähnliche Zusammenhänge:

Es sind vor allem die allgemeinen Veränderungen im Familienleben, die in Suchtfamilien entstehen. Auch die direkten Einflüsse eines alkoholkranken Vaters oder einer alkoholkranken Mutter weisen für die kindliche Entwicklung ungeahnte Konsequenzen auf.

„In einer Familie mit einem Alkoholproblem kann sich kein Mitglied dem Geschehen entziehen, da die Abhängigkeit eines Elternteils das alltägliche Leben der Familie grundlegend verändert“ (Zobel 2005:38).

Schwulenberg (1987:o.A., zit. in: Köppl/Reiners 1987:13) stellt fest, dass für die Suchtfamilie der unsichere Zusammenhalt und die feindselige Stimmung zwischen den Eltern kennzeichnend sind. Durch elterliche Streitigkeiten und eheliche Spannungen entstehen am häufigsten Konflikte im Kind.

Köppl/Reiners (1987:14) stellen fest, dass für die Suchtfamilie der unsichere Zusammenhalt und die feindselige Stimmung zwischen den Eltern kennzeichnend sind. Durch elterliche Streitigkeiten und eheliche Spannungen entstehen am häufigsten Konflikte im Kind.

„Zu Hause bei den Eltern sollte der Ort sein, an dem Kinder sich geborgen fühlen und Schutz und Verständnis für ihre Nöte finden“ (Lambrou 2005:44).

Für Kinder von AlkoholikerInnen ist die Familie der Ort, an dem sie verletzt werden. Für viele Kinder ist dies der Ort, wo sie am wenigsten geschützt werden und wo sie Gewalt ausgesetzt sind, wo die Willkür und die Vernachlässigung den Alltag beeinträchtigen. Es ist wissenschaftlich belegt, dass für die psychische und physische Entwicklung eines Kindes die Bezugspersonen, in den meisten Fällen die leiblichen Eltern, von großer Bedeutung sind (vgl. Liptow 1974:177). „Kinder werden in Familien hineingeboren, ohne eventuellen pathologischen Familienstrukturen ausweichen zu können“ (Liptow: 1974:177).

Weiters zeigt sich, wenn der Vater der trinkende Elternteil der Familie ist, dass sich die Ehefrau oftmals darum bemüht, nach außen hin die Fassade von Ordnung und Anständigkeit aufrechtzuerhalten. Zu Beginn hat sie auch zumeist noch Verständnis für das Trinken des Ehemannes, bald jedoch wird sie zunehmend frustrierter. Sie versucht durch eine ausgiebige Kontrolle und das Aufspüren von Alkoholverstecken, dem Trinken Einhalt zu bieten. Es kommt zu heftigen ehelichen Auseinandersetzungen, die häufig von Wut und Hass geprägt sind (vgl. Zobel 2005:40).

Wenn die Mutter der trinkende Elternteil ist, sind die Kinder sehr oft sich selbst überlassen. Eine mangelhafte Versorgung ist die Folge. Die Kinder übernehmen häufig zusätzliche Aufgaben wie Waschen, Putzen, Spülen und Einkaufen, sowie die Betreuung von jüngeren Geschwistern. „Sie werden so zu „Ersatzmüttern“, die neben Schule und Freizeit einen eigenen Haushalt managen“ (Zobel 2005:41).

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1993:28) weist darauf hin, dass sich in Familien mit einem suchtkranken Mitglied die Angehörigen versuchen, an das Leben mit der Sucht anzupassen. Diese haben es oft mit einem Menschen zu tun, der sich unvorhersagbar und vor allem, unverantwortlich verhält.

Der zuvor angesprochene Punkt deckt sich damit dass die Kinder in Alkoholikerfamilien keine Normalität kennen. Für sie ist es normal, wenn der Vater oder die Mutter häufig betrunken nach Hause kommt, Gewalt angewendet wird und am nächsten Tag wieder so getan wird, als sei nichts geschehen (vgl. Lambrou 2005:18).

Lambrou (2005:19) ist davon überzeugt, dass jeder weiß, dass es Kindern in AlkoholikerInnen- Familien nicht gut geht. Die Kinder sind mehr als nur Zuschauer, Zeugen oder Statisten bei dem Familiendrama Alkoholismus. Die Kinder sind gezwungen, sich an diesem Familiendrama aktiv zu beteiligen.

Zobel (2005:40) schreibt in einem seiner zahlreichen Werke, dass Probleme und Schwierigkeiten, welche die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen, in jeder Familie auftauchen. Man kann jedoch davon ausgehen, dass in AlkoholikerInnen- Familien die Ausgangsposition für eine optimale kindliche Entwicklung in keiner Weise gegeben ist.

Sowohl in der Literatur, als auch in der Forschung konnte gezeigt werden, dass es die Kinder im alkoholbelasteten Familiensystem sehr schwer haben. Sie müssen sich an das Leben des/der Alkoholikers/Alkoholikerin anpassen und sind stets mit den direkten Einflüssen der Sucht konfrontiert. Die Kinder erfahren im Laufe ihrer Entwicklung zahlreiche negative Einflüsse, wodurch ein „gesundes“ Heranwachsen in einer geschützten Familie beeinträchtigt wird.

5.2. ALLTAG

In der Analyse der Erzählungen zeigt sich, dass der Alltag von Kindern aus Suchtfamilien unberechenbar und nicht vorhersehbar ist. Alle Befragten erläutern, dass die Kinder nie wissen, wann mit betrunkenen Eltern zu rechnen sei. Sie könnten auch nur Vermutungen anstellen, um zu erfahren, wie sich der betrunkene Elternteil verhalten werde.

Es zeigt sich weiters, dass die Kinder die Regeln im Familienalltag, welche sich nach dem betrunkenen Elternteil richten, eher beherrschen als die gesellschaftlichen Regeln außerhalb der Familie.

Die Mehrheit der befragten ExpertInnen gab bekannt, dass in diesen Familien der Alkohol im Mittelpunkt steht. Die fehlende Struktur und das Fehlen von Ritualen werden für die Kinder als äußerst belastend erlebt. Eine Expertin macht folgenden Zusammenhang deutlich:

„Es hat keine festen Strukturen gegeben, eine seiner größten Belastungen“ (Interview 2).

Auffällig ist bei den Fallerzählungen, dass die Eltern meist sehr chaotisch sind. Abgesehen vom unregelmäßigen Familienalltag ist es zumeist der Elternteil mit dem Alkoholproblem, welcher „seine“ Regeln aufstellt. Dies zeigt sich in einer Schilderung von einem Experten:

„Ich hatte das Gefühl, die Familie lebt im völligen Chaos. Es muss gelebt werden, wie es der alkoholranke Vater will“ (Interview 6).

Weiters wird aus den Interviews deutlich, dass die Kinder keine gesellschaftlich notwendigen Regeln erfahren. Ein Experte erläuterte in den Fallgesprächen, dass es nie festgesetzte Regeln für das Kind gegeben hatte.

„Sie musste immer spontan aus der Situation heraus reagieren. Diese gekünstelte Anpassung war für sie fast nicht mehr auszuhalten“ (Interview 5).

Es haben drei InterviewpartnerInnen angefügt, dass diese Kinder sehr früh selbstständig werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie sich oft selbst überlassen sind. Die Folge ist, dass diese Kinder tendenziell zu früh lernen, selbst Verantwortung zu übernehmen. Ihre kindliche Entwicklung wird dadurch gehemmt. Diese Kinder erleben das „Kind sein“ kaum bis oft gar nicht und überspringen häufig eine bis mehrere Entwicklungsstufen.

In den Gesprächen wird deutlich, dass die Mehrheit der Kinder unter dem nicht strukturierten Alltag leidet. Keine festgelegten Regeln und ein Chaos in Beziehungen und Erziehung, sowie im Haushalt, sind für die Entwicklung der Kinder aus alkoholbelasteten Familien sehr hemmend. Durch das unberechenbare und unvorhersehbare Verhalten des trinkenden Elternteils wird der Alltag der Kinder häufig mit Ängsten überschattet.

Im Unterschied zu den zuvor genannten Fällen zeigt die Datenerhebung auch, dass die Verantwortungsübernahme eines strukturierten Tagesablaufs des nichttrinkenden Elternteils, gegeben sein kann.

Dies wird von den Befragten darauf zurückgeführt, dass sich in diesen Fällen der nichttrinkende Elternteil besonders intensiv mit dem Kind beschäftige und häufig versucht eine Art Ausgleich herzustellen. Dies zeigt sich in der Aussage einer Expertin:

„Wenn die Mutter nicht ausgleichen würde und nicht so sehr bemüht wäre, den Alltag weit möglichst förderlich für das Kind zu gestalten, dann müsste das Kind wesentlich mehr Belastungen tragen“ (Interview 3).

Eine weitere Expertin beschreibt die Strukturierung des Alltags in diesem Fall folgendermaßen:

„Da das Kind im Sportverein und in der Schule sehr gut integriert ist, hat es dort gelernt, Rituale und gesellschaftliche Regeln anzunehmen, und hat sich auf diesem Wege selbst aus dem Chaos geholt“ (Interview 1).

Somit lässt sich daraus schließen, dass die Ressourcen eines Kindes, in diesen Fällen der Sportverein oder die nichttrinkende Mutter, weitgehend zu einer Strukturierung des Alltages beitragen. Das vorbildhafte oder vorgelebte Verhalten ist für das alltägliche Leben des Kindes von großem schöpferischem Wert.

In der Fachliteratur zeigen sich ähnliche Zusammenhänge:

Lambrou (2005:45) beschreibt den Alltag der Kinder folgendermaßen: „Ein Kind weiß nicht, ob das wechselnde Verhalten des Vaters, das täglich mögliche Chaos zu Hause und das Verhalten der Mutter auf die Krankheit Alkoholismus zurückzuführen sind.“ In AlkoholikerInnen- Familien wechseln Erwachsene sehr

schnell ohne Begründung ihre Stimmung, was für das Kind unbegreiflich ist. Es muss lernen, stets vor den eigenen Eltern auf der Hut zu sein.

Studien von Lambrou (2005:46) zeigen, dass die Kinder eine scharfe Beobachtungsgabe entwickeln und somit schnell auf die ersten Anzeichen eines Verhaltenswechsels reagieren können.

Auch Pasterk (1994:21) bestärkt die Aussagen der von mir befragten Experten. Er zeigt in seinen Untersuchungen, dass in AlkoholikerInnen- Familien feste Regeln aufgestellt werden.

Insbesondere Wegscheider (1988:o.A, zit. in Zobel 2005:38) hat sich mit dem Phänomen von unausgesprochenen Regeln, die den Familienalltag bestimmen, auseinandergesetzt. Sie kommt dabei zu folgenden Ergebnissen.

- Das Wichtigste in der Familie ist der Alkohol.
- Der Alkohol ist nicht die Ursache von Problemen.
- Der abhängige Elternteil ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich, schuld sind andere oder die Umstände.
- Der Status quo muss unbedingt erhalten bleiben, koste es, was es wolle.
- Jeder in der Familie ist ein „enabler“ (Zuhelfer).
- Niemand darf darüber reden, was „wirklich“ los ist.
- Niemand darf sagen, wie er/sie sich wirklich fühlt (Wegscheider 1988:o.A., zit. in Zobel 2005:38f).

Die Regeln basieren allerdings nicht auf der Notwendigkeit, ein möglichst problemloses Zusammenleben zu gewähren, sondern sie gründen vielmehr auf Scham, Schuldgefühlen und Angst. Üblicherweise stellt die Regeln derjenige /diejenige auf, der/die den größten Druck auf die übrigen Familienmitglieder ausübt, also der/die AlkoholikerIn. Die Regeln sind sehr starr und dazu

bestimmt, ein geschlossenes System aufrecht zu erhalten (vgl. Pasterk 1994:21).

Die Forschung deckt sich mit der Fachliteratur insofern, dass es der/die AlkoholikerIn ist, der/die die Regeln für das alltägliche Zusammenleben aufstellt. Die süchtige Person und der Alkohol stehen im Mittelpunkt des alltäglichen Geschehens. Die Kinder erfahren eine Menge Chaos und oftmals kaum Struktur. Aufgrund der Tatsache, dass die Kinder sehr früh erwachsen werden „müssen“, übernehmen sie auch tendenziell zu früh Eigenverantwortung. Die betroffenen Kinder übernehmen nicht nur Verantwortung in alltäglichen Situationen für sich selbst, sie strukturieren auch den Alltag für die Geschwister, gegebenenfalls aber auch für die alkoholabhängige Person.

Allerdings können die Ressourcen eines Kindes sehr viel in seinem Alltag bewegen. Es sind vor allem die sozialen Kontakte, die dem Kind helfen, angepasst und selbstbewusst ins Leben hinaus zugehen.

5.3. SOZIALES UMFELD

Durch die problematische Situation der Kinder im Elternhaus werden nicht nur die Beziehungen der Eltern in Mitleidenschaft gezogen, sondern auch die Beziehungen zu gleichaltrigen Kindern. Viele Kinder suchen zwar den Anschluss an MitschülerInnen und KindergartenkollegInnen, werden aber durch ihre initiierte misstrauische Grundhaltung von wirklichen Freundschaften abgehalten.

Die Analyse der erzählten Fälle ergab, dass die Mehrheit der Kindergarten- und Volksschulkinder wenig bis gar keine sozialen Kontakte pflegt. Die Beziehung zu anderen Kindern leidet vor allem unter dem negativen Ruf in der Öffentlichkeit. Weitere Probleme machen häufig die Eltern anderer Kinder,

welche diese vor dem Einfluss der AlkoholikerInnenkinder schützen möchten. Dies lässt sich etwa in einer Aussage von einem Experten deutlich erkennen:

„Dieses Kind hat es aufgrund ihres Rufes von der Familie besonders schwer, Kontakte zu knüpfen. Das Mädchen wird nicht eingeladen, mit diesem Gesindel wollen die nichts zu tun haben“ (Interview 5).

Den Interviews kann entnommen werden, dass in ländlichen Regionen Kinder Alkoholabhängiger weniger Kontakt zu anderen Kindern haben als in den Städten. Eine Expertin äußert sich in dem von ihr geschilderten Fall folgendermaßen:

„Die Kinder werden in dieser Gegend, wo jeder jeden und die familiären Zustände kennt, nicht so gern gesehen. Das Stammtischgerede ist für die soziale Entwicklung der Kinder nicht förderlich“ (Interview 2).

Weiters kann festgestellt werden, dass die betroffenen Kinder, aufgrund ihrer „schwierigen“ Situation zu Hause, sich oftmals nicht trauen, jemanden einzuladen und in weiterer Folge selbst auch nicht mehr eingeladen wurden.

Auffällig ist, dass diese Kinder von den Eltern nicht unterstützt werden, Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen. Die Mehrheit der Eltern schirmt die Kinder von der Außenwelt ab, was die Herstellung sozialer Fähigkeiten hemmt. Nur in einem Fall hat das Kind vor dem Therapiebeginn gute soziale Kontakte. In diesem Punkt weist ein Experte auf folgenden Zusammenhang hin:

„Er ist im Fußballverein, hat guten Anschluss und dadurch auch Freunde gefunden. Da der alkoholranke Vater kaum zuhause ist, bietet ihm die Mutter die Möglichkeit Freunde einzuladen, was wiederum seine sozialen Kontakte fördert“ (Interview 3).

„Ein weiteres Kind hat während seiner Kindergartenzeit kaum soziale Kontakte. Im Volksschulalter, als es im Sportverein und als Ministrant tätig war, konnte es soziale Kontakte herstellen und eine gute Freundschaft entstehen lassen“ (Interview1).

Auffällig ist, dass Kinder, die in Vereinen und in sozialen Gemeinschaften integriert sind, bessere soziale Kontakte haben als jene Kinder, die diese nicht nach außen pflegen.

Die Analyse der erhobenen Fälle zeigt weiters, dass es für Kinder sehr wichtig ist, früh Freundschaften und Beziehungen entstehen zu lassen. Das frühe soziale Lernen und die Eingliederung und Anpassung in eine Gemeinschaft können sich für das Jugend- und Erwachsenenalter positiv auswirken.

Sowohl in der Forschung als auch in der Literatur sind zahlreiche Hinweise zu finden, dass die soziale Situation dieser Kinder aufgrund der Familiensituation belastend erlebt werden kann.

Schwoon (1988:o.A., zit. in: Arenz-Greiving/Dilger 1994:38) erläutert, dass durch diese Situation den Kindern wichtige Kompensationsmöglichkeiten für die Belastungen zu Hause, darunter der Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen, den Erwerb sozialer Kompetenz und Selbstachtung durch den Kontakt mit anderen fehlen. Das Ansprechen von Konflikten, die Entlastung durch „Ausheulen“ und die Orientierung an Modellen, die weniger defizitär sind als die der eigenen Eltern zählen zu den Schwierigkeiten dieser Kinder.

Es zeigt sich weiters, dass die fehlende Kommunikation mit anderen Kindern und Erwachsenen eine wesentliche Belastung für das betroffene Kind darstellt. Es verliert schnell das Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen, was spätere Partnerschaften erheblich belasten kann (vgl. Arenz-Greiving/Dilger 1994:36).

Außenstehende sollen die problematische häusliche Situation auf keinen Fall erfahren. Aus diesem Grund verbreiten die Kinder unter den Mitschülern oft Unwahrheiten und Phantasien über ihre Familie und insbesondere über den alkoholkranken Elternteil. Die Einladungen von MitschülerInnen werden nicht angenommen, um diese nicht erwidern zu müssen. Denn dies könnte nicht geschehen, ohne die alltägliche Situation zu Hause zu offenbaren (vgl. Köppl/Reiners 1987:37).

Wenn die Situation im Elternhaus des Kindes bei den MitschülerInnen bekannt ist, wird das AlkoholikerInnen- Kind oftmals von den SchulkameradInnen selbst in die Isolation getrieben. Manche Eltern verbieten ihren Kindern sogar, „mit so einem Kind“ zu spielen, auch manche LehrerInnen tragen eine negative Erwartungshaltung an das Kind heran (vgl. Arenz-Greiving/Dilger 1994:37).

Laut Woititz (1990:13) engagieren sich Kinder alkoholkranker Eltern seltener in Vereinen, haben weniger Hobbys und nehmen weniger an außerfamiliären Aktivitäten teil.

Zusammenfassend betrachtet konnte gezeigt werden, dass es für Kinder aus alkoholbelasteten Familien aufgrund der im Umfeld bekannten Familiensituation und der Problematik des „Nicht–Einladen–Könnens“ erhebliche soziale Defizite entstehen können. Als besonders förderlich hingegen wirken sich Vereine und Gemeinschaften aus. Hier wird den Kindern die Möglichkeit geboten Freundschaften zu knüpfen und soziale Fähigkeiten zu erlernen.

Forschung und Fachliteratur weisen darauf hin, dass Kinder, die in Vereinen und in Gemeinschaften integriert sind Freundschaften eher schließen können als Kinder, die von den Eltern isoliert werden. Weiters konnte festgestellt werden, dass die Eltern der KameradInnen häufig die sozialen Kontakte mit dem betroffenen Kind erheblich reduzieren. Normale Gelegenheiten, Freundschaften aufzubauen, wie jedes Kind sie braucht, fallen folglich für die betroffenen Kinder größtenteils aus. Freundschaften im Kindesalter jedoch sind

nötige Versuche, um später lang andauernde, intime Beziehungen eingehen zu können.

5.4. SCHULE/KINDERGARTEN

Die Analyse der Gespräche hat deutlich gemacht, dass alle betroffenen Kinder Schwierigkeiten in der Schule hatten.

Für die Hälfte der Kinder sind die Schulschwierigkeiten der ausschlagbare Grund, weshalb sie zu den ExpertInnen gekommen sind.

Die frühe Kindheit erleben die meisten Kinder nicht im Kindergarten, sondern zu Hause bei den Eltern. Lediglich aus einer Fallschilderung geht hervor, dass das Kind den Kindergarten besucht. Wie zuvor hat dieses aufgrund der Verhaltensauffälligkeit Schwierigkeiten im Kindergarten. In diesem Punkt weist eine befragte Expertin auf folgenden Zusammenhang hin:

„Die Eltern empfinden es nicht für wichtig, das Kind im Kindergarten sozial zu fördern und es für die Schule vorzubereiten. Außerdem könnte es das Familiengeheimnis lüften“ (Interview 5).

Diese Vermutung kann auch ein weiterer Experte unterstreichen:

„Es wäre für das Kind wichtig, soziale Kompetenzen zu erfahren. Die Angst überschattet die Eltern, die Alkoholabhängigkeit könnte aufliegen“ (Interview 1).

Die Tendenz geht dahin, dass die Mehrheit der Kinder einen Sonderpädagogischen Bedarf benötigt. Aus den Gesprächen wurde zudem deutlich: Wenn die Mutter der alkoholranke Elternteil ist, benötigen die Kinder vermehrt sonderpädagogischen Förderungsbedarf in Integrationsklassen. Dies beschreibt eine Expertin folgendermaßen:

„Die Kinder sind nicht gefördert worden – was sie gebraucht hätten, um besser zu sein – sie waren sehr begabt – die Mutter war nicht da und wenn, alkoholisiert – das hat dazu beigetragen, dass sie SPZ [Sonderpädagogisches Zentrum] Kinder sind“ (Interview 2).

Die ExpertInnen haben in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass bei den Kindern spezifische Begabungen bestünden, auf die aber oftmals nicht eingegangen werde. Zudem weisen die Kinder generell Lern- und Wissensrückstände auf.

Daraus lässt sich schließen: Wenn die Mutter keine Zeit für die Schulaufgaben und zum Lernen mit den Kindern aufbringt, können die Kinder Wissensrückstände und besonderen Förderbedarf aufweisen. Auch zur Förderung der besonderen Begabungen findet sich oft keine Möglichkeit.

Auffällig bei den analysierten Fallberichten der ExpertInnen ist, dass das Verhalten der Eltern in Bezug auf die Leistungen ihrer Kinder meist sehr ambivalent geschildert wird.

Manche betroffenen Kinder bekommen für besondere Leistungen kaum Lob. Wenn sie gut sind, sind sie häufig nicht gut genug. Sind sie schlecht, werden sie nicht selten angebrüllt. Für die Kinder geht diese Zeit vorbei, niemand achtet mehr darauf. Den meisten Kindern fällt nicht ein, dass sie ihre Eltern um Hilfe bitten könnten, wenn sie diese bräuchten. Die Kleinen wissen, dass ihnen möglicherweise Versprechungen gemacht werden, die nicht eingehalten werden und sie auf die Hilfe des Elternteils verzichten müssen.

Näher betrachtet zeigt sich, dass das häufige Fehlen des Kindes nicht immer mit Schul- oder Kindergartenschwänzen im Sinne einer Verwahrlosung gleichgesetzt werden darf. Schlafstörungen aufgrund psychischer Überlastung, Unausgeschlafenheit wegen fehlender Nachtruhe und Ehestreitigkeiten sind oft die Ursache, wenn das Kind nicht in der Lage ist, in die Schule oder in den

Kindergarten zu gehen. Viele Kinder bleiben auch bewusst zu Hause, um Streit zwischen den Eltern zu verhindern oder einen Elternteil zu beschützen.

Weiters gab die Mehrheit der ExpertInnen an, dass die Kinder in der Schule in ihrem Verhalten auffällig sind. Fast alle spielen den „Klassenclown“ und ziehen somit die Aufmerksamkeit auf sich.

In einem Fall, bei welchem der Bub im Volksschulalter, als Symptomträger der Familie, aufgrund von Schulschwierigkeiten in die Psychotherapie kam, zeigte sich folgendes weitere Problem:

„Die Leistungen des Jungen waren eigentlich sehr gut, jedoch die Abwertung des Lehrers war schlecht für ihn. Es war eine gegenseitige Antipathie. Der Bub erhielt trotz Bemühungen kein Lob, was zu einer Abschwächung seiner Leistung und insbesondere seines Verhaltens führte“ (Interview 5).

Die ExpertInnen haben in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Abwertung der LehrerInnen auf die betroffenen Kinder zu weiteren Leistungsschwächen führen kann. Verhaltensauffälligkeiten werden aufgrund der gegenseitigen Antipathie verstärkt.

Im Gegensatz zu diesem Fall gaben andere ExpertInnen an, dass zwei VolksschullehrerInnen besonders bemüht waren, den Kontakt zum Kind und auch zu den Eltern aufrecht zu halten.

Laut einer Aussage einer Interviewpartnerin hatte der Bub im strengen, jedoch fairen Lehrer eine männliche Bezugsperson gesehen. Da in diesem Fall der Vater der alkoholranke Elternteil war, hat dieser Lehrer für ihn eine Vorbildfunktion dargestellt, was sich laut Aussage von dieser Expertin gut auf die Entwicklung des Jungen auswirkte:

„Er hatte im Lehrer ein Vorbild gesehen und sich Vieles abschauen können“ (Interview 1).

Somit lässt sich daraus schließen, dass Kinder den Rückhalt und die Unterstützung seitens der LehrerInnen und KindergartenpädagogInnen erhalten sollen, auch wenn die Kinder im Verhalten auffällig sind. Die Verhaltensauffälligkeit ist Signal dafür, dass das Kind leidet. Wenn die Reaktion der LehrerInnen die Verhaltensauffälligkeit verstärkt, wird die Schule vermehrt als Belastung erlebt.

Sowohl in der Forschung, als auch in der Fachliteratur zeigt sich, dass das Schul- und Kindergartenleben für Kinder aus Alkoholikerfamilien großteils belastend erlebt wird.

In der Schule, aber auch im Kindergarten - Orte, an denen das Kind rücksichtsvoll mit den KollegInnen umgehen, die eigenen Frustrationen zurückstellen und stillsitzen muss, aber auch, wo die Konzentration auf die Lehrinhalte fallen soll - manifestieren sich alle Störungen und Auffälligkeiten vieler AlkoholikerInnen- Kinder. „Die permanente Belastung aus dem Elternhaus, der das Kind ohne jede Möglichkeit zur Kompensation ausgesetzt ist, wird durch die Problematik und die Leistungsanforderungen in der Schule zusätzlich verstärkt“ (Köppl/Reiners 1987:35).

Häufiges Resultat dieser Belastungen ist, dass die Kinder in der Schule Schwierigkeiten bekommen. Sie können dem Druck des Elternhauses und der Bildungsanstalt nicht mehr standhalten.

Nicht nur, dass das Leben zu Hause unglücklich ist, es beeinflusst auch das Schulleben. Auch von der schulischen Perspektive aus betrachtet, ist die wenig ausgeprägte Kommunikation und der restringierte Sprachcode ein weiteres Problem. Im Vergleich zu den Gleichaltrigen weist das Kind häufig einen Sprachrückstand auf. Es ist daher den sprachlichen Anforderungen in Aufsatz,

Mitarbeit oder dem mündlichen Ausdruck nicht gewachsen. Dies hat Unsicherheit und eine geringe Bereitschaft zur mündlichen Äußerungen zur Folge. Das Kind gewöhnt sich eine verbale Passivität an, was zur Verstärkung der geringen Kommunikationschancen gegenüber der Umwelt führt. Viele haben das Problem, unter Sprachstörungen zu leiden. Gehäuft sind bei diesen Kindern Sprachstörungen wie Stottern oder Stammeln anzumerken (vgl. Woititz 1990:29).

Für eine Zeitlang kann es ein Ausweg sein, den Klassenclown zu spielen. Dies ist eine willkommene Ablenkung für SchülerInnen, oft auch für die LehrerInnen. Als Klassenclown erhalten die betroffenen Kinder Zuwendung, zwar nicht die Art Zuwendung, die sie haben möchten, aber zumindest ignoriert man sie nicht (vgl. Köppl/Reiners 1987:36).

Woititz (1990:14) fügt hinzu, dass es häufig vorkommt, dass diese Kinder bei einem Sinken ihrer Lernleistungen eine Klasse wiederholen müssen. Dabei wird das Kind älter und bekommt so ein neues Außenseitermerkmal.

Studien, welche von Köppl/Reiners (1987:35) durchgeführt wurden haben gezeigt, dass unter AlkoholikerInnen- Kindern häufig SonderschülerInnen und RepetentInnen zu finden sind. Selten gibt es Kinder, die eine weiterführende höhere Schule besuchen

Köppl und Reiners (1987:34) sind der Ansicht, dass die Schule und der Umgang mit Gleichaltrigen der Hauptaspekt im Leben eines Kindes sind. Es sind die Bildungseinrichtungen, die genau festgelegte Verhaltensweisen, welche wenig Freiraum für abweichende Reaktionen der betroffenen Kinder zulassen. Die Verhaltensnormen, die dort wirksam werden, bedeuten oft schon für ein „normales“ Kind eine starke Belastung. Das Kind alkoholkranker Eltern hat zusätzlich noch den Nachteil, zu Hause diese Rollenerwartungen nie kennen gelernt zu haben. Es ist unter der diffusen Familiensituation noch weniger in der Lage, den Ansprüchen in der Schule zu genügen.

Krämer (1980:42) fügt hinzu, dass die Auffälligkeit vermutlich in den Bereichen am ausgeprägtesten ist, in denen die Verhaltenserwartungen am exaktesten definiert sind und die geringe Toleranz zubilligen, nämlich im Bereich der Leistung und des Verhaltens innerhalb der Gemeinschaft.

Weiters wirkt sich eine positive Vater – Sohn – Beziehung auf bessere kognitive Leistungen aus. Ein intensiver Kontakt der Söhne mit den Vätern bewirkt mittels Identifikation bzw. Imitation eine Förderung. Die Beziehung geht auch einher mit einer höheren Leistungsmotivation der Söhne, die wiederum in Allem zu besseren kognitiven Leistungen führt.

Kessel (1979:19) berichtet, dass Söhne von AlkoholikerInnen andere Jungen beneideten, deren Väter am Fortschritt ihrer Kinder interessiert waren und bei Hausaufgaben halfen. Der alkoholranke Elternteil wird dagegen nur als verschwommenes Familienmitglied wahrgenommen und gilt eher als unerreichbar, wenn seine Anwesenheit erforderlich wäre.

Coopersmith und Rosenberg (o.J.:o.A, zit. in: Woititz 1990:13) sind der Ansicht, dass SchülerInnen mit geringer Selbstachtung leicht zu entmutigen und manchmal depressiv sind. Sie fühlen sich isoliert, ungeliebt und nicht liebenswert. Die Kinder scheinen sich nicht ausdrücken und ihre Unzulänglichkeiten nicht vertreten zu können. Sie sind derart mit ihrer Unsicherheit und mit ihren Ängsten beschäftigt, dass ihre Fähigkeit zur Selbstverwirklichung leicht zunichte gemacht werden kann.

Smith (1998:18) beschreibt ihre Ansicht der Selbstverwirklichung folgendermaßen: „Kinder gedeihen, wenn sie Gelegenheit haben, ihre Fertigkeiten, Kreativität und Initiative unter Beweis zu stellen, aber auch die Erfahrung zum Alleinsein mit Muße, Gefühle und Gedanken zu erkunden und Ideen zu entwickeln, sollte nicht vernachlässigt werden.“

Aus den Interviews und der Fachliteratur wurde deutlich, dass die Leistungen der Kinder stark von der Förderung der Eltern abhängig sind und besondere Begabungen oft keinen Platz im Alltag haben. Die psychische Überlastung ist Hauptursache für Konzentrationsschwierigkeiten und den damit verbundenen Schulschwierigkeiten. Das LehrerInnen– SchülerInnen– Verhältnis kann sich fördernd oder hemmend auf die Schulleistungen auswirken. Etwaige Vorbildfunktionen der LehrerInnen für die Kinder werden vermehrt als Ressource betrachtet.

Auch im Kindergarten ist eine gute Beziehung zur/zum Kindergartenpädagogin/en für das Kind enorm wichtig. Es zeigt sich immer wieder, dass die Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufig keinen Kindergarten oder keine Vorschule besuchen.

Das Resultat aus all diesen Schwierigkeiten ist oftmals, dass die Schule, aber auch der Kindergarten, der ein Zufluchtsort sein könnte, besonders belastend erlebt wird. Hilfestellungen bei Lernproblemen, Zuwendung oder Verständnis kann das Kind von seiner Familie zur möglichen Kompensation nicht erwarten. Ganz im Gegenteil, es wird mit Unverständnis, Drohungen und Vorwürfen überschüttet. Diese Reaktion kann oft auch als Projektion von Schuldgefühlen des suchtkranken Elternteils am Leistungsdefizit des Kindes verantwortlich zu sein, gewertet werden. Die verstärkte Angst und die Unsicherheit aufgrund der unberechenbaren Reaktion sind die Folge, was wiederum die Leistungen des Kindes drückt.

5.5. ÜBERFORDERUNG

Das zentrale Problem für Kinder von Suchtkranken ist wohl die permanente Überforderung. Sie können und dürfen ihre kindgemäßen Bedürfnisse oft nicht leben. Sie werden sehr früh gefordert und überfordert, wenn sie zahlreiche Aufgaben der Eltern übernehmen müssen. Sie sollen häufig die Geschwister versorgen, die Mutter beruhigen, den Notarzt holen, den Vater vom „Wirtshaus“

heim bringen, die besoffene Mutter entschuldigen und viele weitere peinliche Situationen meistern.

Eine Expertin schildert die Überforderung des betroffenen Kindes folgendermaßen:

„Sie musste schon sehr früh Verantwortung übernehmen. Am schlimmsten war es für sie, alle Situationen unter Kontrolle zu bekommen. Ist ihr dies misslungen, zweifelte sie an ihr selbst und gab sich selbst die Schuld dabei“ (Interview 5).

Auffällig ist, dass alle ExpertInnen nicht den Alkohol allein als Überforderung sehen. Vielmehr ist es die Gesamtsituation der Kinder, der sie nicht gewachsen sind. Das alltägliche Leben, die zahlreichen Verletzungen, denen sie tag ein tag ausgesetzt sind. Ein Experte weist in diesem Punkt auf folgenden Zusammenhang hin:

„Wenn es der Alkohol alleine wäre, der ihm so zu schaffen macht... Die Ungewissheit, was auf ihn zu kommt und wie er sich angepasst verhalten muss, zerstört und überfordert ihn“ (Interview 3).

Näher betrachtet zeigt sich, dass die oben genannten Punkte nur ein Teil der Überforderungen sind, die die Kinder zu tragen haben. Die Analyse der Erzählungen zeigt weiters, dass die Mehrheit der Kinder Probleme hat, den Eltern sowie der Umwelt zu vertrauen. Durch die oftmaligen Enttäuschungen verlieren die Kinder häufig das Vertrauen in sich selbst und in die Umwelt.

Eine weitere Überforderung stellt oft die Erwartung einer Positionshaltung zwischen den Eltern dar. Das Kind liebt zumeist beide Elternteile gleich. Oft kommt es in Loyalitätskonflikte, da ein gerechtes Handeln kaum möglich ist. Im Laufe des Gespräches weist eine Expertin auf folgendes hin:

„Das Kind, egal in welcher Position es sich befindet, fühlt sich gezwungen zu handeln. In der Situation selbst ergreift es meist Partei für den Schwächeren. Flaut die Gefahr ab, kämpft es mit Schuldgefühlen dem anderen Elternteil gegenüber“ (Interview 4).

Daraus lässt sich erkennen, in welchem innerlichen Kampf sich das Kind befinden muss. Es versucht sich stets den Situationen anzupassen und zu handeln. Schon Kleinkinder haben einen besonderen Geruchssinn. Sie riechen nicht nur geringe Mengen von Alkohol, sondern spüren auch, wenn ihr Handlungsbedarf in gefährdeten Situationen gefordert ist.

Auch die Fachliteratur weist auf die zahlreichen Überforderungen des Kindes hin:

Zobel (2005:42) erläutert in einem seiner Werke, dass es die schwierigen Umstände in einer alkoholbelasteten Familie sind, die die Kinder dazu zwingen, sich den Verhältnissen anzupassen.

Schmidt (1987:o.A., zit. in: Arenz-Greiving, 1993:268) geht davon aus, dass sich die Kinder ebenfalls in ein aufreibendes Dilemma bringen. Die betroffenen Kinder versuchen das Unkontrollierbare zu kontrollieren, was ihnen natürlich nicht gelingt. Das Resultat aus dieser ständigen Frustration ist eine latent oder offen wirkende depressive Haltung. Diese Kinder lernen nicht, Gefühle, Gedanken und Probleme mit Worten auszudrücken, denn sie erfahren stets, dass man Worten (vor allem von Erwachsenen) nicht (ver)trauen kann.

Lambrou (2005:60) weist auf die frühe Verantwortungsübernahme der betroffenen Kinder hin. Dadurch werden vom Kind wichtige Jahre seiner Entwicklung übersprungen. Das Verhalten scheint nach außen hin verantwortungsbewusst und sehr erwachsenen. Die Kinder verbergen sich hinter einer Fassade, wo sich ängstliche, traurige und allein gelassene Kinder

verstecken. Die betroffenen Mädchen und Jungen müssen sich selbst Schutz geben, da sie es von den Erwachsenen nicht erwarten können.

„Selbst zu handeln statt zu vertrauen, gibt einem Kind die Illusion, das Chaos in der Familie zu mildern“ (Lambrou 2005:60). Die betroffenen Kinder versuchen die Bedürfnisse der Erwachsenen zu erfüllen, um so Ausbrüche vermeiden zu können. Die Kinder setzen dabei all ihre Einfühlsamkeit ein (vgl. Lambrou 2005:60).

„Der Drang, alles unter Kontrolle zu haben, ist ein Überlebensmuster und der einzige sichere Umgang mit Menschen“ (Lambrou 2005: 61).

Köppl und Reiners (1987:20) weisen darauf hin, dass das Kind versucht, die Situationen genau zu beobachten und unter Missachtung seiner eigenen Gefühle, sein Verhalten auf die Stimmungsschwankungen des/der Alkoholikers/Alkoholikerin abzustimmen. Meist fühlt es sich hin- und hergerissen und kann zu keinem Elternteil eine wirklich vertrauensvolle Beziehung herstellen. Oft sind die Eltern so sehr mit ihren eigenen Problemen beschäftigt, dass sie den Kindern die nötige Aufmerksamkeit nicht zukommen lassen.

Es sind vor allem die alltäglichen Situationen, durch die ihr anfangs unbegrenztes Vertrauen in die Eltern erschüttert wird (vgl. Lambrou 2005:49).

Zobels Erkenntnisse (2005:40) stimmen mit den Meinungen der befragten ExpertInnen überein. Er schenkt den elterlichen Problemen, die zusätzlich auftreten, sehr viel Gewicht. Diese können für Kinder mehr Bedeutung haben, als der Alkoholmissbrauch des Elternteils selbst.

Nicht nur in der Forschung, auch in der Fachliteratur wird sehr deutlich, dass auch andere Faktoren zur Überforderung der Kinder beitragen.

Es ist dafür nicht nur der Alkoholmissbrauch in der Familie ausschlaggebend, sondern auch die psychosozialen Störungen der Eltern, wie zum Beispiel inkonsequente Erziehung, tragen dazu bei (vgl. Stahl 1967: 53, zit. in: Köppl/Reiners 1987:20).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder von alkoholabhängigen Eltern zum Teil eine Reihe negative Erfahrungen mit ihren Eltern machen. Dazu zählen unmotiviert erscheinende Handlungen und Stimmungsumschwünge, die sie über sich ergehen lassen müssen. Das Miterleben extremer körperlicher Zustände, wie zum Beispiel der Rausch und der Entzug sowie psychiatrische Symptome wie Suizidalität und Halluzinationen, zählen auch zu diesen. Auch finanzielle und wirtschaftliche Not und das Nichterleben von Verlässlichkeit, Zusagen und Versprechen haben psychosoziale Auswirkungen auf die Kinder. Sie sind Mittel in der Auseinandersetzung zwischen den Eltern und stets gezwungen, die Rollenfunktionen als PartnerIn oder Elternteil übernehmen zu müssen.

5.6. KRANKHEITEN

Aus den analysierten Fallberichten wurde deutlich, dass fast alle Kinder Krankheitsbilder aufweisen. Sie stehen vermutlich im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils. In einem Fall jedoch, hat der Bub eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), was nicht auf ein Alkoholproblem in der Familie zurückzuführen ist.

Auffällig ist, dass in den weiteren Fällen zuerst von psychosomatischen Krankheiten gesprochen wurde. Bis auf zwei Ausnahmen hatten alle Kinder bereits eine depressive Phase.

Näher betrachtet zeigt sich, dass es sich vorwiegend um psychosomatische Krankheiten handelt. Dies wird in der Aussage einer Expertin deutlich, die folgendermaßen über das Kind berichtet:

„Das von mir betreute Kind klagte öfters über sehr starke Bauch- und Kopfschmerzen, aber auch über Schlafstörungen“ (Interview 5).

Eine weitere Expertin schließt sich ebenfalls dieser Ansicht an. Auffällig ist, dass in den Behandlungen der Kinder Wasser und die Flüssigkeitsbildung im eigenen Körper ein Thema ist. Dies hat oft unterschiedliche Zusammenhänge und differenziert sich je nach Person. Es sind vor allem diese Kinder, die im Schlaf von Wasser in unterschiedlichsten Formen träumen. Bettnässen, ein Problem, das in AlkoholikerInnen- Familien oft vorkommt, zählt zu den am häufigsten mit Wasser verbundenen Störungen. Die Expertin schildert die Situation des Mädchens folgendermaßen:

„Das Mädchen war im Verhalten auffällig und litt unter psychosomatischen Störungen. Bettnässen war immer wieder ein Thema – in solchen Familien spielt die Flüssigkeitsbildung immer wieder eine große Rolle“ (Interview 6).

In einem Fall war sich eine befragte Expertin nicht sicher, ob der Junge, mit dem sie arbeitet, nicht unter einer Psychose leidet. Sie berichtet dies wie folgt:

„Ich habe mir oft die Frage gestellt, ob er nicht psychotisch werden könnte, seine Gefühle sind dann aber wieder abgeflaut“ (Interview 4).

In den Gesprächen mit den ExpertInnen wurde deutlich, dass diese Symptome innerhalb des Systems Familie eine ganz besondere Wirkung und Bedeutung haben. Die Kinder sind bemüht, mit diesen Symptomen von den Suchtproblemen ihrer Eltern abzulenken, um Streit, Gewaltausbrüche oder eine Trennung der Eltern und letztlich das Auseinanderbrechen der Familie zu verhindern (Interview 2). Es wird weiters erklärt, dass Krankheiten deswegen auftreten, weil das Gefühl des „Geliebt – Werdens“ und des „Ich bin was Besonderes“ oft in keinster Weise den Kinder vermittelt wird.

Aus den ExpertInneninterviews wurde deutlich, dass die Kinder sehr häufig an psychosomatischen Störungen und Krankheiten leiden. All dies sind Auswirkungen eines gestörten Familiensystems, in dem die Kinder aufwachsen müssen. Die Kinder sehnen sich nach einer harmonischen Familie. In den Gesprächen mit den ExpertInnen wurde klargestellt, dass die Flucht in Krankheiten das Familiensystem zumeist aber nur mäßig verbessern könne. Wenn sich das Kind bereits in einer schweren Familiensituation befindet und die Krankheit des Kindes bei den anderen Familienmitgliedern als belastend empfunden wird, kann dies für das Kind eine zusätzliche Schwierigkeit darstellen.

Diese Erfahrungen decken sich auch mit den Erkenntnissen der bestehenden Fachliteratur:

Kinder reagieren mit ihrem Verhalten auf mangelnde Fürsorge, fehlende Aufmerksamkeit und Liebe. Auch die nächtlichen Störungen und ihre dauernde Alarmbereitschaft rufen oft Krankheiten hervor. Sie reagieren häufig mit Stresskrankheiten wie Magen- und Darmbeschwerden, Kopfschmerzen und Migräne. Asthma und psychisch bedingte Hautkrankheiten sind häufig bei Kindern von AlkoholikerInnen anzutreffen (vgl. Lambrou 2005: 44).

Kinder aus solch belasteten Familien berichten häufiger über Ängste und depressive Symptome als Kinder die nicht in einer dysfunktionalen Familienstruktur leben. Es ist bewiesen, dass sie öfter sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind und eher zu somatischen und psychosomatischen Symptomen neigen als Kinder, die in keiner AlkoholikerInnen- Familie aufwachsen (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:28).

Woitiz (1990:33) erläutert in einem ihrer Werke, dass Symptome wie Konzentrations- und Lernschwierigkeiten, Schlaflosigkeit und Angstzustände bei den betroffenen Kindern auftreten können. Angstzustände, Bettnässen und Essstörungen können bei Kindern suchtkranker Eltern weitere Reaktionen auf

ihre Situation sein. Aber auch aggressives Verhalten, Suizidphantasien oder früher Suchtmittelmissbrauch zeigen sich darüber hinaus. Es lässt sich aber noch eine Anzahl von somatischen Auffälligkeiten wie Kopfschmerzen, Bauch- oder Magenschmerzen, Asthma und vieles mehr daraus ableiten. Woitz´ Studien zu dieser Thematik zeigen, dass Mädchen häufiger als Buben an psychosomatischen Störungen leiden, da Buben ihre Aggressionen verstärkt ausleben können. Die Mädchen richten ihre Aggressionen tendenziell mehr gegen sich selbst.

Sher (1991:34) geht davon aus, dass die Verhaltensstörungen und Anpassungsschwierigkeiten bei den Kindern häufig auf die psychischen Störungen bei den Eltern zurückzuführen sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kinder aus einer AlkoholikerInnen- Familie eher dazu neigen, krank zu werden als Kinder in einem funktionierenden Familiensystem. Bei den betroffenen Kindern spielt die Psychosomatik eine wesentliche Rolle. Die unterschiedlichen Symptome sind die Reaktionen auf die Situation und den Ausnahmezustand, den die Kinder gezwungen sind, auszuhalten.

5.7. TABUTHEMA ALKOHOL

Die Analyse der Gespräche hat deutlich gemacht, dass die Hälfte der Kinder in den geschilderten Fallerzählungen das Alkoholproblem nicht offen ausspricht. Dies zeigt sich etwa in einer Schilderung von einer befragten Expertin:

„Im Rollenspiel verwendete er stets einen betrunkenen Vater. Er hatte es nicht offen ausgesprochen. Es war ihm peinlich, als es ihm herausgerutscht ist“ (Interview 1).

Ein weiterer Experte unterstreicht die Problematik des Tabus folgendermaßen:

„Sie ist mir im Setting, wenn es um den Vater ging, immer ausgewichen. Ich hatte das Gefühl, ihr war die Abhängigkeit bewusst, sie durfte es aber bei niemandem erwähnen. Dadurch stand sie unter einem erheblichen Druck“ (Interview 5).

In den anderen Fällen war es den Kindern durchaus bewusst, dass ein Elternteil ein Problem mit Alkohol hat. Dies betrifft jene Fälle, in denen die Mitbetroffenen kein Tabu daraus gemacht haben – womit dieser auch gut damit umgehen konnte. Es gehörte zum Familienalltag, dass Alkohol im Spiel war. Auch die Offensichtlichkeit der Alkoholabhängigkeit trug mit dazu bei, dass es nicht zum Tabu gemacht wurde. Eine Expertin berichtete den Wortlaut des Kindes folgendermaßen:

„Die Mama sauft schon wieder im Keller“ (Interview 2).

Dass die Offensichtlichkeit der Alkoholproblematik dem Kind unangenehm ist, wird in diesem Fall bestätigt:

„Gott sei Dank sauft sie nur abends, dann muss ich mich vor meinen Freunden nicht so blamieren“ (Interview 4).

Die Forschung deckt sich in diesen Zusammenhängen mit der Fachliteratur:

Dies bestätigt auch Dilger (2006:2) in ihren Aussagen. Sie ist der Ansicht, dass Sucht stigmatisiert ist. Betroffene schämen sich, ihre Krankheit einzugestehen und fürchten ernste Folgen, etwa die Arbeit und Ansehen zu verlieren. So wird nach innen verharmlost und nach außen geheim gehalten. Ein Kind bekommt viele Familienregeln übermittelt, meist nonverbal. Eltern signalisieren Botschaften wie: "Wenn das bekannt wird, kommst du ins Heim, oder Papa kommt ins Gefängnis." Das Kind hat das Gefühl, ein Einzelschicksal zu haben. Und es hat Schuldgefühle: "Weil ich nicht brav war, trinkt Mama wieder".

Studien zeigen, dass in vielen Familien auch eine Lüge gelebt und nicht nur nach außen hin der Schein gewahrt wird; dass doch alles in Ordnung sei. Dies heißt für ein betroffenes Kind: "Ich habe Angst – die Erwachsenen sagen aber, es sei alles in Ordnung – ich habe aber noch immer Angst – also stimmt mit mir etwas nicht" (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1996:230).

Es kann aber auch sein, dass die ganze Familie, oft über Jahre hinweg, eine Fassade aufrecht erhält oder die Kinder als Geheimnisträger in Bündnisse verwickelt (vgl. Arenz-Greiving/Dilger 1994:7).

Zobel (2005:40f) weist darauf hin, dass der Alkohol das beherrschende Element in Suchtfamilien ist. Die Stimmung und die häusliche Atmosphäre werden in erster Linie davon bestimmt, ob die abhängige Person getrunken hat oder nicht. Das Alkoholproblem ist fast permanent gegenwärtig, darf aber als solches nicht benannt werden. Der Alkoholkonsum des abhängigen Elternteils darf nicht als Ursache von Problemen in der Familie angesprochen werden, da es dieses Problem offiziell nicht gibt. Der hohe Alkoholkonsum wird oft im Gegenteil entschuldigt und ungünstigen Umständen, wie zum Beispiel den ungezogenen Kindern, zugeschrieben. All dies hält das Trinken des/der Abhängigen aufrecht und verhindert Veränderungen.

In den meisten betroffenen Familien wird über Alkohol und die Auswirkungen für die betroffenen Kinder nicht gesprochen, oft werden sie sogar verleugnet. Für die betroffenen Kinder kann dies schwerwiegende Konsequenzen haben. Diese Kinder verlieren das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und sind mit ihren Ängsten und Gefühlen allein (vgl. Arenz-Greiving/Dilger 1994:270).

„Die Kinder müssen sich dem kranken Familiensystem anpassen, da sie keine Möglichkeit haben, daraus auszubrechen. Sie müssen in gleicher Weise handeln wie ihre Eltern, die das Suchtproblem und die damit zusammenhängenden Ereignisse verschweigen, verdrängen und verleugnen“ (Pasterk 1994:21).

Es zeigt sich, dass es Kinder belastend erleben, wenn aus der Alkoholsucht ein Tabu gemacht wird. Die Kinder wissen, dass etwas in der Familie nicht stimmt. Sie spüren es und bekommen gleichzeitig von den Eltern gesagt, dass sie sich auf ihr Gefühl nicht mehr verlassen können. Schließlich zweifeln sie an ihrer Eigenwahrnehmung, was zu einem beträchtlichen Entwicklungsdefizit führen kann.

5.8. SELBSTWERT/INSTABILITÄT

Die Analyse der Fälle hat gezeigt, dass die Kinder über die erzählt wurde, am Anfang der Therapie kein Selbstwertgefühl hatten. Dies wird von den Befragten darauf zurückgeführt, dass die Kinder zahlreiche Enttäuschungen und eine Summe von Belastungen zu tragen haben. Dies zeigt sich in der Schilderung einer Expertin:

„Wie soll das kleine Mädchen lernen sich durchzusetzen und sich selbst zu akzeptieren, wenn niemand von seiner Familie es tut“ (Interview 2)?

Ein ähnliches Bild wird in einem weiteren Fall vermittelt:

„Schon im Kindergarten hat der Bub erfahren, dass er unerwünscht ist. Lob und Zuwendung, was er dringend gebraucht hätte, hat ihm gefehlt“ (Interview 6).

Intensiviert wird die Aussage vor allem von einem Experten:

„Er ist eine sehr instabile Persönlichkeit und psychisch sehr labil. Er weiß, dass er nichts wert und seinem Vater im Weg ist“ (Interview 3).

Die ExpertInnen berichten, dass ein Aufbau eines stabilen Selbstwertes durch fehlende Akzeptanz und Zuwendung massiv verhindert wird. Diese Fälle lassen darauf schließen, dass die Selbstwertproblematik und die Instabilität der Kinder auf die alltäglichen problematischen Situationen zu Hause zurückzuführen sind.

Die Mehrheit der Kinder erfährt bereits sehr früh, dass ihr „Dasein“ unerwünscht ist.

Nur in einem Fall konnte zum Zeitpunkt des Therapiebeginns ein dem Alter entsprechendes Selbstwertgefühl festgestellt werden. Dieses Kind erhielt aufgrund seiner Freizeitbeschäftigungen seinen Selbstwert und seine Stabilität. Dies zeigt sich vor allem in dieser Aussage von einem befragten Experten:

„Für ihn war es wichtig, von seinen Freunden und seinem Sportverein akzeptiert zu werden. Die gaben ihm das Gefühl, als wenn er gebraucht würde. Auch sein Fußballlehrer, welcher ein bisschen eine Vorbildfunktion für ihn hatte, schenkte ihm sehr viel Wertigkeit. Dies half ihm, stabiler zu werden.“ (Interview 1)

Daraus lässt sich schließen, dass es für den Selbstwert der Kinder besonders hilfreich ist, wenn sie diese Selbstbestätigung bei Freizeitaktivitäten und Wertschätzung von anderen Personen erfahren. Weiters wirken sich Teamerfahrungen auf die sozialen Kontakte begünstigend aus.

In der bestehenden Fachliteratur zeigen sich ähnliche Zusammenhänge:

Köppl und Reiners (1987:20) weisen darauf hin, dass das Kind zum Aufbau einer autonomen Persönlichkeit ein Klima emotionaler Stärke, welches vom Vater ausgehen sollte, benötigt. Entzieht sich der Vater seiner Rolle, steht er den Kindern nicht mehr zu der zur Reifung nötigen Auseinandersetzung zu Verfügung. Der alkoholranke Vater entzieht sich den Kindern und verkörpert zudem ein falsches Bild seiner Autorität und seines Leitbildes.

„Vor allem Kinder süchtiger Eltern haben oft die Botschaft verinnerlicht, dass sie „Nichts wert“ oder „Irgendwie verkehrt“ seien. Sie sehen sich oft sogar als „Zumutung“ für andere“ (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1996:229).

Was Kinder in Suchtfamilien durchmachen, wenn sie die Wechselspiele von Kontrollversuchen und Kontrollverlust, von Macht und Machtlosigkeit, von Geheimnistuerei, Leugnen, Verletzung von Grenzen miterleben, ist für Außenstehende kaum nachvollziehbar. Es stellt sich die Frage, wie die Kinder ein stabiles Selbstwertgefühl aufbauen und eine adäquate Handhabung ihrer Gefühle erlernen sollen. Ein Zurechtkommen mit Trauer, Angst und Schmerzen wird dadurch enorm erschwert (vgl. Kolitzus 1997:89).

Kinder sind Co-Abhängige der Sucht ihrer Eltern. Bei diesen handelt es sich um das mangelnde Selbstwertgefühl der Betroffenen (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1996:229).

Es ist normal für die Kinder zu vertuschen, zu lügen und den Alkoholismus zu verleugnen. Es ist normal, die Person die man liebt, zu schützen, statt selbst Schutz von dem Erwachsenen zu bekommen. Für die betroffenen Kinder ist es völlig normal, sich zu schämen, sich gedemütigt und schuldig zu fühlen (vgl. Lambrou 2005:18).

Die ExpertInneninterviews, aber auch die Literaturrecherche lassen daraus schließen, dass die Herkunft der Minderwertigkeitsgefühle und die emotionale Instabilität auf das Familienklima und auf die unausgesprochenen Regeln in der Familie zurückzuführen sind. Versuche, sich dem System zu entziehen, scheitern meist.

5.9. VERHALTENSMUSTER

Die Analyse der Gespräche hat deutlich gemacht, dass jedes Kind in AlkoholikerInnen- Familien ein bestimmtes Verhaltensmuster einnimmt. Darunter versteht man, dass das Kind auf eine bestimmte Art und Weise handelt. Aus dem eingenommenen Verhalten kann eine Rolle entstehen.

Die FachexpertInnen, darunter auch Wegscheider (1988:o.A., zit. in Zobel 2005:41), haben dieses wiederholte Verhaltensmuster als Rolle beschrieben. Dies zeigt sich auch in der Schilderung von einer Expertin:

„In dieser Familie nimmt jedes Kind seine Rolle ein. Wird eine Rolle frei, übernimmt sie der nächste“ (Interview 2).

In den meisten Fällen wünschen sich die betroffenen Kinder, dass die Familie ihnen Stabilität und Rückhalt bietet. Die betroffenen Kinder wollen Streit vermeiden und mit dazu beitragen, ein gutes Familienklima herzustellen.

Es wird von den ExpertInnen so erklärt, dass durch die Verhaltensmusterübernahme das Gleichgewicht des Elternpaares und des gesamten Familiensystems gewahrt bleiben bzw. wieder hergestellt werden soll.

Aus den Interviews wurde deutlich, dass es in Geschwisterpositionen zu Verhaltensmustersaufteilungen der Kinder kommen kann. Dies zeigt sich vor allem in der Schilderung von einer Expertin:

„Wenn mehrere Kinder in einer Familie leben, kann es zu einer Aufteilung kommen. Wenn es nur ein Kind gibt, dann versucht sich das Kind in mehrere Verhaltensschemen zu teilen und hat dadurch einen großen Stress“ (Interview 6).

Auffällig ist, dass die Mehrheit der Kinder eine Schlichtung innerhalb der Familie bewirken will. Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien nehmen, um dies zu erreichen, unterschiedliche Rollen ein. Im Gespräch mit einem Experten wurde die Rollenübernahme folgendermaßen geschildert:

„Seine Rolle ist das Aufzeigen einer Fehlerkonsistenz und die Rolle zu schlichten, er scheitert immer wieder. Er will, dass der Papa aufhört zu trinken –

er will das haben, was die anderen auch haben - jedoch erlebt er immer wieder Enttäuschungen“ (Interview 3).

Ein ähnliches Bild wird in einem weiteren Fall geschildert:

„Das Mädchen stellt sich auf den Part des Schwächeren. Diese Rolle ist sehr hinderlich für die eigene Entwicklung“ (Interview 5).

In der Analyse der erzählten Fälle zeigt sich, dass die Kinder zu Hause oft eine andere Position einnehmen als in ihrer Umwelt. Laut Aussagen der befragten ExpertInnen nehmen die Kinder häufig die Rolle des Clowns ein. In dieser Rolle wollen die Kinder von dem ausschlaggebenden Problem, nämlich jenes des Alkohols, auf eine positive Art und Weise ablenken.

Eine Therapeutin erläuterte, dass der Bub zu Hause die Rolle des Starken einnimmt und somit oft eine große Verantwortung hat. In der Schule jedoch, war er in seiner Position massiv schwächer.

Daraus lässt sich schließen, dass die Rollenübernahme in der Familie nichts mit der Gleichstellung mit und unter Gleichaltrigen zu tun hat.

Neben der in der Forschung eingegangenen Kasperlrolle, gibt es auch noch andere Rollenmuster:

Die manifestierten Verhaltensmuster der Kinder nach Wegscheider (1988:o.A, zit. in Zobel:2005:41) können in folgenden Rollen gesehen werden. Die Rolle des Helden, des Sündenbocks, die Rolle des verlorenen Kindes, die Rolle des Clowns und die Rolle des Maskottchens.

Der „Held“ oder die „Heldin“ ist meist das älteste Kind, das außerordentlich gut „funktioniert“. Dieses Kind nimmt häufig stellvertretend Funktionen von Vater oder Mutter ein und ist stark im Beziehungsdreieck mit den Eltern verstrickt.

„Helden“ tun alles, damit die Eltern stolz auf sie sein können. Der Held schützt sich vor Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit durch aktives Handeln, braucht aber den äußeren Erfolg, um sich wertvoll und angenommen zu fühlen. (vgl. Zobel 2005:42).

Ganz im Gegensatz zum perfektionistischen „Helden“ lenkt der „Sündenbock“ die Aufmerksamkeit von den Problemen in der Familie, von der Sucht und dem Konflikt zwischen den Eltern, auf sich selbst. Der „Sündenbock“ neigt zu Rebellion und Auflehnung. Sein Verhalten ist geprägt von Trotz, Feindseligkeit, Wut und niedrigem Selbstwertgefühl (vgl. Zobel 2005:42f).

Das „verlorene Kind“ passt sich an eine chaotische Situation an, indem es niemanden in die Quere kommt. Es eckt nicht an, ist unauffällig, einsam und fühlt sich bedeutungslos. Sein scheinbar unabhängiges Verhalten und Selbstvertrauen maskieren eine große Furcht, von anderen abhängig zu sein. Da das „verlorene Kind“ meist keinen Widerstand leistet und Konflikten aus dem Weg geht, wirkt es unsicher, hilflos und zeigt Kontaktschwierigkeiten (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:31f).

Der „Clown“ ist meist das jüngste Kind. Es sorgt für Erleichterung und Spannungsabfuhr in Form von Spaß und Unterhaltung. Durch seine Fähigkeit, atmosphärische Spannung zu erfassen und sein Publikum zu faszinieren, kann der Clown in gewisser Weise Kontrolle auf seine Umgebung ausüben. Obwohl er durch seine aufgeschlossene Art viel Aufmerksamkeit auf sich zieht, wirkt er unreif, ängstlich und nicht belastbar (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:31).

Einzelkinder übernehmen, nacheinander oder zugleich, mehrere Rollen. Bei Familien mit mehr als vier Kindern sieht es umgekehrt aus. Wie in einer Schauspieltruppe werden die einzelnen Rollen mehrfach besetzt (vgl. Koltz 1997:74).

Der Platz in der Geschwisterreihe spielt eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für ein bestimmtes Anpassungsmuster. Aber auch die individuelle Persönlichkeit und Fähigkeit des jeweiligen Kindes zur Stressbewältigung sind entscheidend. Es kommt oft vor, dass Kinder Rollen nacheinander übernehmen, weil die älteren Geschwister aus dem Haus gehen oder weil ihnen der Wechsel zwischen mehreren Anpassungsmustern die größere Entlastung verschafft (vgl. Lambrou 2005:155).

Sowohl in der Forschung als auch in der Literatur ergeben sich zahlreiche Hinweise, dass diese Rollenübernahmen der Kinder für ihre Entwicklung hinderlich sind.

Rennert (1991:o.O) hatte bei einem Vortrag erläutert, dass sie davon überzeugt sei, dass die Übernahme einer Rolle kein kalkuliertes Verhalten darstelle, sondern langsam und unmerklich für die Betroffenen geschehe. Das Annehmen einer bestimmten Rolle besteht aus Abwehrmechanismen gegenüber dem emotionalen Schmerz in Zusammenhang mit dem Suchtkranken und hilft den betroffenen Kindern zu überleben, erwachsen zu werden und für mehr oder weniger lange Zeit nach außen hin gesund zu erscheinen (vgl. Kolitzus 1997:68).

Die Merkmale der jeweiligen Rolle werden im Laufe der Jahre zu Persönlichkeitsmerkmalen der heranwachsenden Kindern, die ihnen aber auch dann noch eigen sind, wenn der Elternteil nicht mehr trinkt oder sie ihre Herkunftsfamilie verlassen haben (vgl. Kolitzus 1997:68).

„Die Kinder erhalten durch ihre Rollenübernahme jedoch keinen Schutz vor seelischen Problemen. Das Aufwachsen in einer alkoholbelasteten Familie hat für die Kinder oft erhebliche Konsequenzen gegenüber Gleichaltrigen“ (Arenz-Greiving/Dilger 1994:7).

In zahlreichen Forschungen wurde durch Köppl und Reiners (1987:21) bestätigt, dass jedes Kind aufgrund seiner Persönlichkeit auf eine Belastungssituation anders reagiert. Selbst die Geschwister innerhalb einer Familie können unterschiedliche Verhaltensweisen und Beziehungen entwickeln.

Studien von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1993:28) zeigen, dass Angehörige beim Versuch einer Anpassung an das wechselhafte Verhalten der konsumierenden Person sowie dessen Konsequenzen, häufig komplementäre Verhaltensweisen entwickeln. Dies ist komplementär zum Verhalten des Süchtigen, aber auch untereinander zu den jeweils verschiedenen Rollenmustern. Die Fachliteratur sowie die Forschung haben gezeigt, dass die einzelnen Rollenübernahmen des Kindes innerhalb der Familie vermutlich im Zusammenhang mit der Notwendigkeit der Anpassung des Kindes an das Familiensystem stehen. Näher betrachtet kann man davon ausgehen, dass diese Rollenübernahme als Überlebensstrategie der Kinder gesehen werden kann. Ob sie in die Position des Schwächeren, in die Erwachsenenrolle oder in die Rolle des „Sorgenkindes“ schlüpfen, hängt von der Persönlichkeit des Kindes und der Notwendigkeit der Rollenübernahme im Familiensystem ab.

Es sind insbesondere die Kinder, die darunter leiden, wenn sie ihr Leben an die Sucht anpassen müssen. Die betroffenen Kinder schlüpfen oft unbewusst in eine Rolle, der sie noch nicht gewachsen sind bzw., die für sie ihrem Alter entsprechend nicht geeignet ist. Diese Rollen, welche zumeist eine große Überforderung darstellen, werden als enorm belastend empfunden.

5.10. VORBILDVERHALTEN

Aus der Analyse der Erzählungen hat sich gezeigt, dass die Kinder in den Eltern ein Vorbild sehen und die Kleinen am Modell lernen. Auffällig ist, dass die Mehrheit der befragten ExpertInnen von einem negativen Einfluss der Eltern auf die Kinder sprechen. Die betroffenen Kindergarten- und Volksschulkinder

imitieren das Verhalten der Eltern, auch wenn sich diese oft unangepasst benehmen. Eine der befragten Expertinnen weist auf folgenden Zusammenhang hin:

„Es ist für das Kind schwierig, mit anderen umzugehen, wie rede ich und wie gebe ich mich, die Kinder lernen am Modell von den Eltern“ (Interview 2).

Das Modelllernen hat jedoch nicht nur auf das soziale Verhalten und die Umwelt der Kinder einen Einfluss. Alle befragten ExpertInnen gaben an, dass das Trinkverhalten des/der Alkoholikers/Alkoholikerin von dem heranwachsenden Kind übernommen werden kann. Für die betroffenen Kinder ist es oft normal, den trinkenden Elternteil im Rauschzustand zu sehen. Die Kinder lernen, dass es Alkohol als Lösungsstrategie gibt. Daraus ergibt sich die große Gefahr, dass Kinder in Problemlagen zur Flasche greifen.

Die befragten ExpertInnen weisen daraufhin, dass das Lernen am Modell der Eltern hinderlich für die gesunde Entwicklung an Problemlösungen ist. Ein Experte unterstreicht seine Vermutung folgendermaßen:

„Für ihn besteht die große Gefahr, selbst dem Alkohol verfallen zu können. Er hat nie gelernt, Probleme anders zu lösen“ (Interview 3).

Die Aussage einer weiteren Expertin deckt sich mit den zuvor angesprochenen Punkten und zeigt weiters, dass angepasstes Vorbildverhalten für die Entwicklung der Kinder durchaus positiv gewertet werden kann:

„Er sprach und verhielt sich wie der trinkende Vater. Seit Schulbeginn sah er im wertschätzenden Lehrer ein Vorbild. Dies führte zu einer Veränderung seiner Denkweise“ (Interview 1).

Daraus lässt sich schließen, dass Kinder auch andere Bezugspersonen als Vorbild betrachten und deren positiv vorgelebtes Verhalten Wirkung auf die Entwicklung der Kinder haben kann.

Näher betrachtet zeigt sich, dass es den Eltern häufig nicht bewusst ist, dass sie ihre Kinder aufgrund des unangepassten Modells beeinflussen, vor allem jenen trinkenden Elternteilen, die sich selbst nicht als süchtig einstufen würden.

Aus den Interviews wird deutlich, dass die Kinder sehr stark die Eltern als Vorbild imitieren. Auffällig ist, dass dies sehr häufig einen negativen Einfluss hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsentwicklung haben kann.

Dies zeigt sich auch in der bestehenden Fachliteratur:

Köppl und Reiners (1987:10) weisen darauf hin, dass der primäre Lernort für das Trinkverhalten des AlkoholikerInnen- Kindes das Elternhaus ist. Die Familie trägt zur Prägung von Genussmuster und dem Konsum bei. Die Eltern werden durch ihr Trinkverhalten zu „Modellen“, von denen die Kinder abschauen. Im Generellen lässt sich sagen, dass die Familie der erste Ort für viele Trinkanlässe ist. Es werden die Einstellungen, die Motive und auch die Wertvorstellungen der Kinder von den Eltern vermittelt. Diese liefern die Leitbilder für die Identitätsfindung des Kindes und für ein mustergerechtes Rollenverhalten. Beim Imitationslernen ahmt das Kind die Verhaltensweisen der Eltern nach.

Diese Annahme geht mit der Ansicht von Arenz-Greiving und Dilger (1994:37) einher. Da die abhängige Person den Kindern ein ihrer Meinung nach problematisches Modell für die Bewältigung von Konflikten vorlebt, haben diese oft Schwierigkeiten mit Konfliktsituationen und deren Bewältigung.

„Die charakteristischen Züge des Alkoholikers/der Alkoholikerin und der Reaktion der Familie beeinflussen eindeutig die Wesenszüge der erwachsenen Kinder von AlkoholikerInnen“ (Woititz 2003:150).

„Die Töchter und Söhne von süchtigen Eltern müssen Überlebenstechniken erlernen, um in diesem kranken System „funktionieren“ zu können. Eltern, die abhängig sind, interessieren sich nicht besonders für ihre Kinder“ (Lambrou 2005:19).

„Die Kinder aus Suchtfamilien haben keine Eltern, die sich wie ganz normale und weitgehend verlässliche Eltern verhalten und reden“ (Lambrou 2005:19).

Kolitzius (1997:62) bestätigt diese Annahmen. Am Modell lernen Kinder, was es heißt, wenn immer wieder das gleiche Spiel abläuft, wenn sich die Mutter als Retterin, Verfolgerin und schließlich als Opfer erlebt.

Häufig erfahren Kinder in alkoholbelasteten Familien neben dem trinkenden Elternteil noch weitere Verwandte als abhängig, insbesondere Onkel und Großväter. Nicht selten ist ein beträchtlicher Teil der Verwandtschaft suchtgefährdet oder abhängig. Dies hat zur Folge, dass die Kinder auch in der weiteren Verwandtschaft übermäßiges Trinken als „normal“ erleben (vgl. Kolitzus 1997:89).

Es gibt verschiedene Verhaltensweisen und Vorstellungen alkoholabhängiger Eltern. „Viele alkoholranke Eltern, die eine erfolgreiche Behandlung haben und nun abstinent leben, sind überzeugt: „Meine Kinder haben von meinem Suchtproblem kaum etwas mitbekommen. Für meine Kinder war ich immer da“ (Pauls 1983:10).

Viele Eltern behaupten mit großer Überzeugung, dass zumindest Kinder unter zwölf Jahren gar nicht unter der Abhängigkeit des Elternteils leiden mussten. Doch im Grunde wissen sie häufig selbst, wie die Kinder den Konsum und die

Folgen des Suchtmittelmissbrauches spüren und erleben (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993:267).

Die Befürchtungen der befragten Experten decken sich mit der Prognose von Black. (o.J: o.A., zit. in: Kowitz 1997:89).

Black, sieht für Kinder aus Suchtfamilien folgende Prognose: „50% der betroffenen Kinder werden selbst alkoholkrank, 30% heiraten AlkoholikerInnen und die restlichen 20% sind „total durchgedreht“. Trotz all dem „funktionieren“ 80%“.

Zusammenfassend betrachtet ergibt sich aus dem Vorbildverhalten der Eltern die große Gefahr, dass die betroffenen Kinder die Suchtmittelbereitschaft übernehmen. Statistiken zeigen, dass die Einstellung zum Trinken in der AlkoholikerInnen- Familie schon in jungen Jahren kritiklos übernommen wird. In vielen Fällen geht man davon aus, dass den Eltern ihre negative Vorbildhaltung nicht bewusst ist. Die Forschung zeigt weiters, dass Kinder auch am Modell von anderen Bezugspersonen lernen können. Diese können, falls sie einen positiven Einfluss auf deren Entwicklung haben, als besondere Ressource oder jedoch als Belastung erlebt werden.

5.11. UNBEFRIEDIGTE BEDÜRFNISSE

Aus den ausgewerteten Fallberichten wird deutlich, dass die Kinder im Laufe ihrer Entwicklung oft zahlreiche Bedürfnisse wie etwa Liebe, Geborgenheit und Fürsorge nicht erfüllt bekommen. Diese unbefriedigten Bedürfnisse können je nach Familiensystem variieren. Fakt ist, dass die Kinder unter diesem Mangel leiden.

Laut einer der befragten ExpertInnen zählen vor allem die unbefriedigten Grundbedürfnisse zu den Belastungen der Kinder:

„Dieses Kind erfährt kaum Liebe und Geborgenheit. Durch das zentrale Familienthema Alkohol bleibt keine Zeit für seine Gefühle. Er muss sich bereits im Kindergartenalter selbst durchs Leben bringen. Dies kann dramatische Auswirkungen auf sein späteres Leben haben“ (Interview 2).

Die Tendenz geht dazu, dass die Kinder ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen, um den anderen Familienmitgliedern nicht zur Last zu fallen. Dies hat häufig zur Folge, dass die Kinder an ihrer Autonomiebildung gehindert werden. In diesem Punkt sieht ein Experte folgenden Zusammenhang:

„Sie nimmt immer Rücksicht auf andere und stellt ihre Bedürfnisse in den Hintergrund. Sie hat sich teilweise schon damit abgefunden, dass sie kaum Aufmerksamkeit und Fürsorge erhält“ (Interview 5).

Auffällig ist, dass zu den Bedürfnissen der Kinder vor allem der Wunsch nach Harmonie und Anerkennung zählt. Da die Mehrheit der ExpertInnenangaben, dass Kinder instabil sind und wenig soziale Kontakte haben, sehnen diese sich größtenteils nach einer Ablenkung in der Umwelt. Dies ist ein weiteres Bedürfnis, welches den Kindern in vielen AlkoholikerInnen-Familien nicht erfüllt wird.

Die Analyse der Erzählungen hat weiters gezeigt, dass die Kinder besonders unter der Vielzahl der leeren Versprechungen und der Unzuverlässigkeit der Eltern leiden. Die Mehrheit der ExpertInnen hat darauf hingewiesen, dass die Eltern ihre Versprechungen kaum einlösen. Nicht nur der trinkende Elternteil, der an einem besonderen Tag für das Kind betrunken nach Hause kommt, enttäuscht das Kind. Auch auf den nichttrinkenden Elternteil ist nicht selten wenig Verlass. Als Selbstschutz lernen die Kinder die Versprechungen nicht mehr ernst zu nehmen und sich nicht mehr zu freuen. Die unbefriedigten Bedürfnisse enttäuschen die Kinder sehr.

Auch in der Fachliteratur zeigt sich, dass die Kinder unter den unbefriedigten Grundbedürfnissen leiden.

„Drei Grundbedürfnisse sind in der menschlichen Psyche verankert. Diese sind Liebe, Anerkennung und Geborgenheit. Gerade Kinder suchtkranker Eltern erfahren die Grundbedürfnisse oft nicht oder nur mangelhaft. Schon von klein auf werden sie zur Mitwirkung an einem sich zuspitzenden Familiendrama gezwungen“ (Arenz-Greiving/Dilger 1994:7).

Lambrou (2005:155) weist auf die Tatsache hin, dass Kleinkinder ohne genügend Zuwendung und Aufmerksamkeit nicht nur psychisch benachteiligt sind, sondern an diesem Mangel sterben können.

Stahl (1967:52, zit. in: Köppl/Reiners 1987:21) fügt hinzu: „In jedem Fall aber wird die gesunde Entwicklung der Kinder gefährdet, da ja wesentliche Voraussetzungen fehlen: vor allem die Atmosphäre der Geborgenheit, die natürliche Einheit und das Miteinander der ganzen Familie, die saubere, vorbildhafte Haltung der Erwachsenen und damit auch der Innere Halt der Kinder“.

Im Gegensatz zu vielen Erwachsenen in betroffenen Familien haben die Kinder vor der Begegnung mit dem süchtigen Verhalten keine Gelegenheit gehabt, Autonomie auszubilden und eigene Bedürfnisse und Gefühle als normale Bestandteile ihres Lebens zu erfahren. Es sind die Kinder, die die wahren Opfer dieses Geschehens sind (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1996:229).

Forschungen zeigen, dass es nicht allgemein die „Sucht“ ist, die die Kinder schädigt, sondern die Atmosphäre, die in der Familie vorherrscht. Diese Atmosphäre ist durch eine ängstlich – gespannte Erwartungshaltung, Unruhe und durch Mangel an Nestwärme „gekennzeichnet“ (vgl. Kreuzweger 2006:1).

Die vielen Enttäuschungen und Kränkungen im Zusammenleben mit einem Süchtigen, die ständige Angst, was als nächstes geschehen wird, bis hin zu Gewalttätigkeiten, die andauernde Konfrontation mit den typischen Abwehrmechanismen von Süchtigen, die schließlich am eigenen Verstand zweifeln lassen können, sowie die Gefühle von Unzulänglichkeit, Schuld und Scham führen bei den Kindern zur Abwehr und zur Unterdrückung ihrer schmerzlichen Gefühle (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1996:230).

Passive Gewalt hinterlässt häufig seelische Narben, die später schwer zu identifizieren sind. Kinder werden in Suchtfamilien oft vernachlässigt, denn sie bekommen nicht ausreichend Fürsorge, Aufmerksamkeit und Liebe (vgl. Lambrou 2005:37).

„Aber auch die entscheidenden vitalen, individuellen, sozialen und geistigen Grundbedürfnisse werden in der Familie nicht ausreichend befriedigt. Eine Verkürzung der Kindheit lässt sich durch die frühe Übernahme der Elternrolle feststellen. Für das betroffene Kind entsteht eine große Unsicherheit, vor allem deshalb, weil nicht klar wird, worauf man sich verlassen kann“ (Lambrou 2005:49).

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1993:269) weist darauf hin, dass die Kinder keine Verlässlichkeit erleben. Die Versprechungen, welche ihnen gegenüber verbalisiert werden, werden in extremer Weise nicht eingehalten.

Wegscheider (1988: o.A., zit. in: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren 1996:231) zeigt in einem ihrer zahlreichen Werke, dass Kinder in der fürsorglichen Rolle als Erwachsene oft LebenspartnerInnen suchen, die ihrerseits süchtig sind oder in anderer Weise „hilfsbedürftig“ erscheinen. Das Resultat ist, dass die Probleme von Sucht und Co-Abhängigkeit in die nächste Generation weitergereicht werden.

Sowohl in der Forschung als auch in der bestehenden Fachliteratur konnte festgestellt werden, dass die Kinder unter diversen unbefriedigten Bedürfnissen leiden. Es sind vor allem die Grundbedürfnisse wie Liebe, Geborgenheit und Anerkennung die den Kindern nicht erfüllt werden. Häufig erkennen die Eltern nicht, dass die Kinder ihre persönlichen Wünsche und Träume zurückstellen, um ihnen nicht zur Last zu fallen.

Durch die inkonsequente Erziehungshaltung, das Wechselbad zwischen Härte und Verwöhnung, erhalten die Kinder die Grunderfahrung, dass sie sich auf ihre Eltern, ebenso auf die Erwachsenen im Allgemeinen, nicht verlassen können. Die Kinder können selbst frohe Stunden nicht genießen, aus Angst, was danach kommen könnte. Die Vielzahl der leeren Versprechungen und die Unzuverlässigkeit belasten die Kinder schwer.

6. AUFGABEN DER SOZIALARBEIT

Auf Basis der Erkenntnisse der Forschungs- und Literaturarbeit werden in diesem Teil Empfehlungen für Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang für Kinder in AlkoholikerInnen- Familien dargestellt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass die Sozialarbeit insbesondere auf die Bedürfnisse der Kinder zu achten hat. In diesem Zusammenhang wäre es grundsätzlich empfehlenswert, ein besonderes Augenmerk auf die Belastungen, unter denen die Kinder stehen, zu legen. Aber auch auf die Ressourcen, die die Kinder mitbringen, soll der Arbeitsschwerpunkt gelegt werden.

Einer der wichtigsten Arbeitsschwerpunkte der Sozialarbeit sollte die Prävention sein.

6.1. PRÄVENTION

Die Arbeit mit Kindern von Suchtkranken sollte begleitet werden von einer gezielten Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, die sich primär an mittelbare und unmittelbare Personen richtet.

„Da die Erwartung des Kindes an den Alkohol das Risiko beeinflusst, als Erwachsene/r problematisch zu trinken, sind Interventionen, die auf die Modifikation der Erwartungen abzielen, ein gangbarer und empfehlenswerter Weg in der Präventionsarbeit bei Kindern Alkoholkranker“ (Frank et al. 1999: 6).

Es ist eine Tatsache, dass ein häufiger Alkoholkonsum und die positive Einstellung zu diesem seitens der Eltern, die Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums ihrer Kinder erhöht. Der Mangel an alternativen Verhaltensmustern führt bei Kindern aus Familien mit einer Alkoholabhängigkeit besonders in Krisensituationen mit erhöhten Anforderungen oftmals dazu, dass

diese auf die von ihren Eltern vorgelebten Verhaltensweisen und somit auf den Alkohol zurückgreifen. Insbesondere bei Kindern von alkoholkranken Eltern besteht eine erhöhte Gefahr, dass sie die Suchtmittelbereitschaft übernehmen. Dies betont die Notwendigkeit einer Prävention, die sich nicht nur an die Kinder selbst, sondern auch an die Eltern richtet. Daraus resultiert, dass die Wichtigkeit der Miteinbeziehung der Familie in die Präventionsbemühungen der Sozialarbeit nicht hoch genug angesehen werden kann.

Die Ergebnisse der Forschung haben gezeigt, dass präventive Arbeit vor allem in den Schulen geleistet werden sollte. Schulsozialarbeit kann Suchtprävention als Schwerpunkt nehmen und Gruppenarbeiten zum Thema Alkoholsucht und den Belastungen für Kinder veranstalten. Durch Diskussionen und Auseinandersetzungen mit diesem Thema kann so manches Tabu bei den betroffenen Kindern (und auch bei den Eltern) gebrochen werden. Es soll den SchülerInnen die Gefahr einer Alkoholabhängigkeit bewusst gemacht werden und eine Verminderung der Sucht- bzw. der Trinkbereitschaft kann die Folge sein. Betroffene Kinder erhalten Informationen, wie sie zu professioneller Hilfe gelangen können, wodurch ihre Situation im gesamten Familiensystem und im Alltag (siehe Kapitel 4.1 und 4.2) besser bewältigt werden kann.

Präventive Arbeit darf jedoch nicht ausschließlich in Schulen und Kindergärten erfolgen. Die Gesellschaft muss auf die Suchtproblematik, die hinter Alkohol steht, aufmerksam gemacht werden. Elternabende und Vorträge in der Öffentlichkeit können diese informieren, dass ein sorgloser Umgang mit Alkohol weit reichende negative Folgen für das Kind haben kann. Die Erwachsenen sollen Bescheid wissen, dass die Kinder den elterlichen übermäßigen Substanzkonsum übernehmen können, auch wenn sie diesen als negativ einstufen.

Die Sozialarbeit soll die Alkoholabhängigkeit und die Folgen für die Kinder auch als Themenschwerpunkte für Plakate und Flyer setzen. Präsenz in den Medien sowie Rundfunk und Fernsehen ist von großem und auch flächendeckendem

Vorteil. Je mehr dieses Thema die Nähe zur Gesellschaft erreicht, desto schneller und einfacher kann auch ein Umdenken erfolgen.

6.2. KINDERSELBSTHILFEGRUPPE

Die ersten Schritte in Richtung einer Hilfe für Kinder alkoholabhängiger Eltern sind, ihre Signale und Bedürfnisse erkennen zu lernen. Die Forschungsergebnisse legen nahe (siehe insbesondere Punkt 4.8 und 4.9), dass es für die Kinder aus abhängigen Familien von großer Wichtigkeit ist, Möglichkeiten zu finden, aus ihrer Einsamkeit und ihren rigiden Rollen auszubrechen und Ansprechpartner zu finden, auf die sie sich verlassen können und die für sie da sind. Jedoch das Problem, süchtige Eltern zu haben, kann diesen Kindern niemand abnehmen.

Eines der wichtigsten Ziele eines Angebotes für Kinder von Alkoholabhängigen ist, den Teufelskreis der Co-Abhängigkeit (siehe Kapitel 2.3) zu unterbrechen. Kinder sollten in einer homogenen Gruppe einfach Kind sein dürfen. Dazu sind aber klare Strukturen und Rollendefinitionen notwendig. Zuverlässigkeit ist das oberste Gebot, da gerade diese Kinder oft orientierungslos sind. Die Erkenntnisse aus der Forschung weisen auf die Problematik mit dem Tabuthema Alkohol (siehe insbesondere Punkt 4.7) hin. Kinder sollen erfahren, dass es möglich ist, über das Thema Sucht im Allgemeinen zu sprechen. Eine Gruppe für Kinder mit alkoholabhängigen Eltern kann dem Kind helfen, die Situationen besser zu meistern. Im Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen kann es gelingen, das Tabu in der Familie offen auszusprechen. Durch die Selbsthilfegruppe erfahren diese, dass sie mit dieser Problematik nicht alleine sind.

Weiters soll den Kindern in dieser Gruppe vermittelt werden, dass sie keinen Einfluss auf den Verlauf der Abhängigkeit ihres Elternteils nehmen können. Sie lernen, dass sie nicht ihr Denken und Handeln danach ausrichten müssen. Die betroffenen Kinder sollen ermutigt werden, Menschen auszuwählen, denen sie von ihren Erfahrungen zuhause erzählen können, ohne dies als Verrat an dem

jeweiligen Elternteil erleben zu müssen. Da aus der Forschung heraus gesehen werden kann (insbesondere in Punkt 4.1), dass die Kinder im gesamten Familiensystem häufig erheblich leiden, kann es sich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen förderlich erweisen, wenn die Kinder die Möglichkeit haben, in einer homogenen Gruppe die Schwierigkeiten zu verbalisieren. Die Kinder sollen weiters erfahren, dass die Stimmungsänderungen des alkoholabhängigen Elternteils durch den Alkohol bedingt sind und nichts mit dem Verhalten des Kindes zu tun haben. Das Kind wird sich selbst weniger als unfähig und falsch einschätzen und dadurch weniger Symptome entwickeln. Gerade deshalb ist es notwendig, das bestehende Tabu in der Familie zu beenden und mit den Kindern offen über die Alkoholproblematik und seine Auswirkungen auf das Verhalten des/der Abhängigen zu sprechen.

Aus der Forschung heraus konnte gesehen werden, dass die meisten Eltern wenig bis gar keine Bereitschaft zeigen (oder oftmals am Land die Möglichkeit nicht haben), die Kinder in umliegende Nachbargemeinden oder Städte zu den Einrichtungen zu befördern. Aus diesem Grund wäre es von großem Vorteil, wenn die Organisation der Selbsthilfegruppen mobil wäre.

Der nächste sozialarbeiterische Schwerpunkt befasst sich mit der Förderung sozialer Kompetenzen.

6.3. FÖRDERUNG SOZIALER KOMPETENZEN

Die in 4.3 gewonnen Erkenntnisse legen nahe, den Kindern Angebote zu offerieren, die in ihren individuellen Defiziten auf die Ressourcen abzielen. So können Kinder, die soziale Defizite aufweisen, in diversen Vereinen, Spielgruppen und beim Sport Freundschaften knüpfen und entstehen lassen. Aber auch für Kinder mit Selbstwertdefiziten (siehe Punkt 4.8) können eine Gruppengemeinschaft und die Notwendigkeit des „Gebraucht - Werdens“ im Team von großem individuellem Nutzen sein. Die Betroffenen lernen durch den Teamgeist und durch diverse Auftritte und Wettbewerbe soziale Kompetenzen

kennen. Dies dient zur Unterstützung eines erweiterungsbedürftigen Verhaltensrepertoires, welches den Kindern ermöglicht, ein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten anzunehmen.

Aber nicht nur die soziale Anerkennung, auch der sportliche Erfolg sowie positive Wettbewerbserfahrungen können zu einer Selbstwertsteigerung des Kindes führen. Es wird dadurch abgelenkt und setzt sich nicht ausschließlich mit den familiären Schwierigkeiten auseinander.

Konkret könnte die soziale Kompetenz der Kinder etwa in einem organisierten Ferienlager sowie in Camps und Urlauben mit einem multiprofessionellen Team besonders gefördert werden. Fachkräfte, die sich gezielt mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien auseinandersetzen, könnten diese sozial sowie emotional in den intensiven betreuten Wochen unterstützen.

Aber nicht nur in Vereinen und im Urlaub kann den betroffenen Kindern geholfen werden. Besonders für Kindergartenkinder ist eine, zumindest stundenweise, Unterbringung bei einer Tagesmutter oder im Hort von großem Wert. Sie erfahren dort Freundschaften außerhalb des Kindergartens (falls diese den Kindergarten besuchen), ebenso lernen sie Regeln und Struktur kennen. Ein liebevoller Umgang erweitert den Kleinkindern das Verhaltensspektrum, welches sie bisher erfahren haben.

In diesem Zusammenhang könnte etwa auch die die Familienhelfer/in unterstützend sein. Insbesondere Punkt 4.2 weist darauf hin, dass die Kinder oft erhebliche Schwierigkeiten mit der Bewältigung alltäglicher Situationen haben. Die Kinder erhalten dadurch die Chance, einen strukturierten Alltag und Regeln kennen zu lernen. Der/die Familienhelfer/in unterstützt die Eltern, indem er/sie diesen zeigt, wie man Regeln aufstellt und somit das tägliche Chaos vermeiden kann.

6.4. LERNHILFE

Die zuvor erarbeiteten Ergebnisse (insbesondere Kapitel 4.2 und 4.4) weisen darauf hin, dass die Kinder häufig Unterstützung beim Lernen benötigen. Wenn die Kinder in der Schule Wissensrückstände aufweisen, und die Familie die Möglichkeit nicht hat (oder sich diese nicht nimmt), benötigen sie eine Lernhilfe.

Die SozialarbeiterInnen können, je nach Grad der Schulschwierigkeiten, eine Lernhilfe organisieren. Es bieten bereits unterschiedliche Einrichtungen Unterstützungen bei Lernproblemen an. Auch dabei geht der/die SozialarbeiterIn bei der Auswahl der SchülerInnenhilfe auf die individuellen Lernbedürfnisse des Kindes ein. In manchen Fällen werden Elterngespräche und bei Bedarf LehrerInnengespräche mit Begleitung der/des Erziehungsberechtigten bei Überlastung der Kinder geführt. Bei einem problematischen LehrerIn–SchülerIn–Verhältnis kann diese Intervention zur Förderung einer stabilen Beziehung führen.

Betroffene Kinder profitieren auch im Kindergarten von einer gezielten sonderpädagogischen Unterstützung.

Generell sollen die Kinder die Möglichkeiten erhalten, ihren besonderen Begabungen nachgehen zu können und für diese eine Förderung erhalten. Es sollen die Eltern ermuntert werden, den Kindern hierfür Zeit und Anerkennung zu schenken, nicht zuletzt wegen der Wertschätzung ihrer Kleinen.

Eine weitere, häufig notwendige professionelle Unterstützung stellt die psychologische Beratung dar.

6.5. PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

Die Ergebnisse zum Thema Unbefriedigte Bedürfnisse und System Familie (siehe Kapitel 4.11 und 4.1) legen nahe, dass die Kinder bei Bedarf die

Möglichkeit einer psychologischen Beratung und/oder einer Psychotherapie erhalten sollen. Dieser Rahmen ermöglicht den betroffenen Kindern, über ihre Bedürfnisse und Überforderungen zu sprechen. In den Therapiesitzungen kann das Kind erfahren, dass die vollständige Übernahme der negativen Vorbildfunktion sich häufig als falsch erweist.

Durch das Bescheidwissen über die Schweigepflicht des/der ExpertInnen entwickeln die Kinder meist schnell eine Vertrauensbasis zu dieser/m. Eine professionelle regelmäßige Aufarbeitung, teilweise unter Einbeziehung der Eltern, ermöglicht den Kindern die traumatisierten Erlebnisse zu verarbeiten. Durch die intensive Auseinandersetzung mit den jeweiligen Problemen bekommen die Kinder einen speziellen Zugang zu sich selbst und der Alkoholproblematik, die in der Familie vorherrscht.

Abschließend kann betont werden, dass es von Familiensituation und Kind abhängig ist, wie und wo die Sozialarbeit gezielt intervenieren muss.

7. QUELLENVERZEICHNIS

Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden.

Brandstätter, Karin (1997): Alkoholismus in der Familie. Auswirkungen auf die Kinder und Möglichkeiten der Bewältigung. Sozialakademie St. Pölten.

Brandstätter, Manuela (2006): Das qualitative Interview – eine Strategie zur Entwicklung von Grounded Theories. In: Flaker, Vito/ Schmid, Tom (Hrsg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft, Böhlau, Wien, Köln, Weimar, 299-318.

Brosch, Renate/ Mader, Rudolf (2004): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. Wien.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1993): Sucht und Familie. Freiburg im Breisgau.

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (1996): Alkohol - Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe. Freiburg im Breisgau.

Dilger, Helga/ Arenz – Greiving, Ingrid (1994): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. 2, unverän. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Dilger, Helga (2006): Leben im Gefühlschaos. Wenn Alkohol Familien zerstört, mobile-familienmagazin.de, abgefragt am 10. Mai 2006

Flaker, Vito/ Schmid, Tom (2006): Sozialforschung – von der Idee zur Forschungsarbeit. Das qualitative Interview – Eine Strategie zur Entwicklung von Grounded Theories. Wien, Böhlau.

Frank, H./ Puhm, A./ Bauer, W./ Mader, R. (1999): Alkohol-bezogene Erwartungen, Einstellungen und Alkoholkonsum bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen. in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 22, Nr. 4, S. 11

Klein, Michael (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. In: Suchttherapie, Jg.2, Nr.3

Kolitzus, Helmut (1997): Die Liebe und der Suff. Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie, München.

Köppl, Barbara/ Reiners, Werner (1987): Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern. Freiburg in Breisgau.

Kreuzweger, Renate (2006): b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen/ Kinder alkoholkranker Eltern. www.suchtfragen.at abgefragt am 20.05.2007

Lambrou, Ursula (2005): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit, 12. Auflage, Hamburg.

Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 8. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Pasterk, Andrea (1994): Auswirkungen des Alkoholismus - insbesondere auf Kinder und Jugendliche. Möglichkeiten der therapeutischen Intervention. Sozialakademie St. Pölten.

Rennert, Monika (1990): Co-Abhängigkeit- Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.

Smith, Heather (1998): Unglückliche Kinder. Fakten Ursachen Hilfen, 1. Auflage, Düsseldorf.

Voegl, Claudia (1993): Kinder in alkoholkranken Familien. Belastungen und Möglichkeiten der Bewältigung. Sozialakademie St. Pölten.

Wilson Schaef, Anne (2005): Co – Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht, 15. Auflage, München.

Woititz, Janet G. (2003): Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken, 6. Auflage, München.

Zobel, Martin (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Zobel, Martin (2005): Wenn Eltern zuviel trinken: Risiken und Chancen für Kinder, 2.korr. Auflage, Bonn.

8. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Kitzler Carina, geboren am 16.11.1983 in Krems, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 1. September 2007

Unterschrift