

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Olten

Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Auswirkung, Früherkennung und Frühintervention aus Perspektive der Bindungstheorie und des Resilienzkonzeptes

Bachelorthesis

Clisa Sinniyah

Eingereicht bei

Frau Patricia Flammer

Olten, im Januar 2020

Abstract

Kinder aus alkoholbelasteten Familien bilden die grösste Risikogruppe für eine eigene Alkoholproblematik. Früher nannte man sie «vergessene Kinder», da alkoholbelastete Eltern ihre Bedürfnisse oftmals vor diejenigen der Kinder stellen, was die kindliche Entwicklung beeinträchtigt. Um dieser Gefährdung entgegenzuwirken und eine gesunde Entwicklung dieser Kinder zu fördern, ist die Unterstützung der Profession der Sozialen Arbeit notwendig.

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nach den Auswirkungen einer Alkoholproblematik von Eltern(-teilen) auf ihre Kinder nachgegangen. Auf der Grundlage der Bindungstheorie und des Resilienzkonzeptes werden Handlungsempfehlungen für die Früherkennung und Frühintervention erarbeitet.

Es zeigt sich, dass die Alkoholproblematik von Eltern oder eines Elternteils sich vielfältig auf die betroffenen Kinder auswirkt. Es können unter anderem Einschränkungen der kognitiven Leistung, Mängel in den sprachlichen Fähigkeiten, soziale Auffälligkeiten und Angststörungen festgestellt werden. Zudem sind diese Kinder überdurchschnittlich oft von psychischen und körperlichen Misshandlungen sowie Vernachlässigung betroffen.

Die Soziale Arbeit kann diese Kinder am besten im Rahmen der Schule, also der Schulsozialarbeit, erreichen. Auf der Grundlage einer interdisziplinären Zusammenarbeit kann sie in der Rolle eines Case Managers individuell angepasste Förderungs- und Unterstützungsmassnahmen entwickeln und umsetzen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Herleitung der Thematik.....	5
1.2 Geschichte und Forschung	6
1.3 Erkenntnisinteresse	7
1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit	8
1.5 Methodik und Aufbau der Arbeit.....	9
2. Begriffsdefinition	10
2.1 Alkohol.....	10
2.2 Alkoholmissbrauch.....	10
2.3 Alkoholabhängigkeit.....	11
2.4 Arbeitsdefinition	12
2.5 Co-Abhängigkeit	12
3. Risikofaktoren und Folgen einer Alkoholproblematik	13
3.1 Alkoholkonsum in der Schweiz.....	13
3.2 Risikofaktoren für ein Alkoholproblem	13
3.2.1 Biologische Faktoren.....	13
3.2.2 Psychologische Faktoren	14
3.2.3 Soziale Faktoren	15
3.3 Folgen der Alkoholproblematik für Suchtbetroffene.....	15
3.3.1 Körperliche Folgen	15
3.3.2 Psychische Folgen	16
3.3.3 Soziale Folgen	16
4. Die Lebenssituation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien	17
4.1 Merkmale von alkoholbelasteten Familien.....	17
4.1.1 Familienregeln in alkoholbelasteten Familien	18
4.1.2 Innerfamiliäre Rollen von Kindern.....	19
4.2 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung	20
4.2.1 Pränatale Fehlentwicklung	20
4.2.2 Schulische und sprachliche Fähigkeiten, Intelligenz.....	21
4.2.3 Verhaltensstörungen	21
4.2.4 Misshandlung und Vernachlässigung	22
4.2.5 Somatische und psychosomatische Probleme	23
4.3 Zwischenfazit.....	24

5. Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth.....	25
5.1 Bindung nach John Bowlby.....	25
5.2 Die Entwicklung des Bindungssystems.....	25
5.3 Bindungstypen nach Bowlby und Ainsworth.....	27
5.3.1 Die «fremde Situation».....	27
5.3.2 Vier Arten der Bindungen.....	27
5.4 Inneres Arbeitsmodell.....	29
5.4.1 Innere Arbeitsmodelle von Kindern.....	29
5.4.2 Innere Arbeitsmodelle bei Erwachsenen.....	30
5.5 Bindungstheorie in Verbindung mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien.....	30
6. Resilienz und Resilienzförderung.....	32
6.1 Was ist Resilienz?.....	32
6.2 Risiko- und Schutzfaktoren.....	33
6.3 Resilienzfaktoren.....	34
6.4 Challenge-Modell.....	35
7. Früherkennung und Frühintervention bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien.....	38
7.1 Rechtliche Grundlagen.....	38
7.2 Früherkennung und Frühintervention.....	39
7.3 Empfehlungen zu Früherkennung und Frühintervention.....	40
7.3.1 Handlungsempfehlungen für die Früherkennung von betroffenen Kindern.....	41
7.3.2 Handlungsempfehlungen für die Frühintervention bei betroffenen Kindern.....	44
8. Chancen und Grenzen der Sozialen Arbeit.....	49
9. Schlussfolgerungen.....	51
9.1 Beantwortung der Fragestellung.....	51
9.2 Fazit.....	55
10. Quellenverzeichnis.....	58
10.1 Literaturverzeichnis.....	58
10.2 Abbildungsverzeichnis.....	61
10.3 Tabellenverzeichnis.....	61
11. Anhang.....	62
Ehrenwörtliche Erklärung.....	65

1. Einleitung

Während des Vorpraktikums an einer heilpädagogischen Schule wurde die Verfasserin mit der Alkoholproblematik innerhalb verschiedener Familien konfrontiert. Die Vorgesetzte der Verfasserin reagierte auf diese Tatsache fast immer mit dem Satz «Da können wir nichts tun». Die Verfasserin fragte sich bezüglich dieser Aussage, ob Fachpersonen, die eng mit solchen Familien zusammenarbeiten, wirklich nichts tun können, um die Kinder besser zu schützen. Diese Auseinandersetzung weckte bei der Verfasserin ein starkes Interesse an der Thematik der Früherkennung und den Frühinterventionen betreffend Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Gerade in der Schweiz, in welcher der Alkoholkonsum weit verbreitet und gesellschaftlich mehrheitlich akzeptiert ist, erscheint eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Thematik wichtig.

Dieses Kapitel leitet zu Beginn die Thematik der Arbeit her und stellt zusammenfassend die geschichtliche Entwicklung der Forschung dar. Daraus wird die Fragestellung abgeleitet sowie die thematische Relevanz für die Soziale Arbeit geklärt. Zum Schluss werden die Methodik und die Gliederung der Arbeit erläutert.

1.1 Herleitung der Thematik

Die Substanz Alkohol gilt als die älteste Droge der Welt (vgl. Maisch 2016: 459). Diese psychoaktive Droge wird in der Schweiz schätzungsweise von 85 % der Bevölkerung ab 15 Jahren konsumiert (vgl. Sucht Schweiz 2018: o. S.). Aufgrund der Tatsache, dass Alkohol eines der beliebtesten Genussmittel ist, entstehen durch übermässigen Konsum unterschiedliche Schäden (vgl. ebd.). Nach Einschätzung von Sucht Schweiz (2016b: 2) ist landesweit von 250'000 alkoholabhängigen Personen auszugehen. Schätzungsweise 100'000 Kinder haben Eltern(teile) mit einem Alkoholproblem (vgl. ebd.). Wie viele Kinder wirklich betroffen sind, ist kaum bekannt, denn die Dunkelziffer ist hoch (vgl. Prävention 2015: 2). Es ist nachgewiesen, dass eine familiäre Alkoholproblematik zu einem Veränderungsprozess des gesamten Familiensystems führen kann (vgl. Greiving 2007: 9).

In der Präambel der Kinderrechtskonvention (KRK) ist verankert, dass die Familie die natürliche Umgebung des Kindes darstellt, welche Wachstum, Schutz und Beistand bieten soll. Das Kind soll im familiären Umfeld, welches von Zuneigung geprägt ist, die Möglichkeit zur Persönlichkeitsentfaltung erhalten (vgl. Kinderrechtskonvention 2016: 1).

In der Realität ist dies jedoch gerade bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien oft nicht der Fall. Diese Kinder lernen aufgrund der oftmals inkonsequenten Erziehungshaltung ihrer Eltern, dass sie ihnen nicht vertrauen können (vgl. Greiving 2007: 19). Sie übernehmen daher häufig bereits früh Aufgaben, die eigentlich den Eltern zustünden (vgl. ebd.). Dies hat zur Folge, dass

die Kinder ihre kindlichen Bedürfnisse nicht wie andere Gleichaltrige ausleben können (vgl. ebd.). Zudem ist das Risiko hoch, dass die betroffenen Kinder Vernachlässigung oder Misshandlungen erleben (vgl. ebd.: 20), was ihre persönliche Entwicklung beeinträchtigt (vgl. ebd.: 36).

Laut Klein (vgl. 2001: 118) ist zudem die Gefahr, später selbst ein Alkoholproblem zu entwickeln, bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien sechsmal so gross wie bei anderen Kindern ist. Diese Kinder stellen also die grösste Risikogruppe für eine eigene Alkoholproblematik dar (vgl. ebd.). Effektiv entwickelt schätzungsweise ein Drittel der betroffenen Kinder später ein Alkoholproblem, ein weiteres Drittel ist mit psychischen Störungen, wie Depressionen oder Angststörungen, konfrontiert und nur das letzte Drittel entwickelt sich gesund (vgl. Prävention 2015: 1).

Eine für die Entwicklung von betroffenen Kindern entscheidende Massnahme ist die zeitnahe Früherkennung und Frühintervention (vgl. Klein 2001: 118). Obwohl in der Forschung die Bedeutung einer frühzeitigen Erkennung der Risikogruppe bekannt ist, ist in dieser Hinsicht in der Praxis eine Lücke erkennbar (vgl. ebd.). Die mangelnde elterliche Zuwendung und die herausfordernden Lebensumstände der betroffenen Kinder werden oftmals nicht frühzeitig erkannt, sodass keine adäquate, frühzeitige Unterstützung mehr geleistet werden kann (vgl. ebd.). Ein Grund dafür liegt darin, dass diese Thematik auf der gesellschaftlichen Ebene noch immer weitgehend tabuisiert wird (vgl. Prävention 2015: 3). Personen mit einer Alkoholabhängigkeit werden zudem noch immer mit Selbstverschuldung und Charakterschwäche in Verbindung gebracht, was dazu führt, dass Betroffene ihre Abhängigkeit aus Schamgefühl vertuschen (vgl. Prävention 2015: 3). Daraus resultiert, dass die Alkoholabhängigkeit geheim gehalten wird, aus Angst, dass die Kinder – wenn das Umfeld davon erführe – fremdplatziert würden (vgl. Bretscher 2015: 4). Deshalb ist die Alkoholabhängigkeit für die Aussenwelt oft nicht oder kaum ersichtlich und die betroffenen Kinder werden nicht frühzeitig erkannt und erhalten keine angemessene Hilfeleistung (vgl. ebd.). Weil sie auch in Fachkreisen lange wenig Interesse weckten, erhielten sie in der Literatur den Titel «vergessene Kinder» (vgl. ebd.). Es lohnt sich also, einen kurzen Blick auf die geschichtliche Entwicklung der Thematik und die entsprechende Forschung zu werfen.

1.2 Geschichte und Forschung

Schon in der Antike waren viele Leute der Meinung, dass Trinker auch Trinker zeugen (vgl. Klein 2001: 118). Klein (2001: 118) schreibt in Anlehnung an Oort (1909), dass die epidemiologische Forschung die Wirkung der elterlichen Alkoholproblematik auf die Folgegeneration zwar untersucht hat, jedoch dabei die Lebenssituationen der betroffenen Kinder kaum wahrgenommen hat. Dieser mangelnden Sensibilität begann die Arbeit von Cork namens «The

forgotten children», welche im Jahr 1969 erschien, ein Ende, indem sie die Auffälligkeiten von betroffenen Kindern aufzeigte und die Aufmerksamkeit damit auf die Kinder lenkte (vgl. Brunner 2011: 3). Zudem zeigten diverse klinische Studien, dass viele betroffene Kinder mit Ambivalenzerfahrungen und Loyalitätskonflikten konfrontiert sind (vgl. Klein 2001: 119). Es wurde deutlich, dass betroffene Kinder verstärkt praktische Hilfe benötigen (vgl. Brunner 2011: 3). Daher wurde in den USA im Jahr 1983 die «National Association for Children of Alcoholics» (NACoA) gegründet (vgl. ebd.). Ihr Ziel war, für die Rechte von betroffenen Kindern einzustehen (vgl. ebd.). Im Jahr 2002 wurde in Europa das «European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family» (ENCARE) mit dem Ziel errichtet, die Forschung auf diese Thematik aufmerksam zu machen und Netzwerke von Fachpersonen zu gründen (vgl. ebd.). Weltweit, so auch in der Schweiz, hat also diesbezüglich eine Sensibilisierung stattgefunden (vgl. ebd.).

Gleichzeitig wurde nachgewiesen, dass bei weitem nicht alle Kinder aus Trinkerfamilien selbst Trinker/ -innen werden (vgl. Klein 2001: 122). Es gibt auch Kinder, die trotz einer Alkoholproblematik in der Familie psychisch stabil und gesund bleiben - dies wird in der Fachsprache als Stressresistenz beziehungsweise Resilienz bezeichnet (vgl. ebd.). Die Forschung setzt sich daher in jüngster Zeit auch mit diesem Ansatz auseinander (vgl. ebd.).

Basierend auf der Literaturrecherche hat die Verfasserin für die vorliegende Arbeit Fragestellungen formuliert, welche in der Arbeit ergründet und diskutiert werden sollen.

1.3 Erkenntnisinteresse

Wie oben erwähnt, ist bekannt, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein hohes Risiko haben, selbst eine Alkoholproblematik zu entwickeln (vgl. Klein 2001:118) und in der Praxis der Früherkennung und -intervention bei dieser Risikogruppe Lücken bestehen (vgl. ebd.). In der aktuellen Forschung hat zudem das Konzept der Resilienz an Bedeutung gewonnen, dank der sich ein Kind trotz mangelndem Bindungs- resp. Erziehungsverhalten der Eltern gesund entwickeln kann (vgl. ebd.). Dementsprechend sollte die Resilienz von betroffenen Kindern frühzeitig gefördert werden, damit diese in ihrer Entwicklung so wenig wie möglich beeinträchtigt werden. Vor diesem Hintergrund kristallisiert sich folgende zentrale Fragestellung heraus:

Welche Auswirkungen kann die Alkoholproblematik von Eltern auf ihre Kinder haben und welche Handlungsempfehlungen können im Bereich der Früherkennung und Frühintervention, basierend auf dem Resilienzkonzept und der Bindungstheorie, aus Sicht der Sozialen Arbeit abgeleitet werden?

Um diese Hauptfrage zu beantworten, ist es zentral, sich mit folgenden Unterfragen auseinanderzusetzen:

- a) Was wird unter Alkoholproblematik verstanden?
- b) Welche Auswirkungen kann die Alkoholproblematik von Eltern auf ihre Kinder haben?
- c) Welches sind die zentralen Aspekte der Bindungstheorie und des Resilienzkonzepts?
- d) Was ist bei der Früherkennung und Frühintervention bei dieser Zielgruppe zu beachten, beziehungsweise, welche Erkenntnisse für diesbezügliche Massnahmen lassen sich aus den dargelegten Theorien ableiten?

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Belastungen von Kindern aus Familien mit einer Alkoholproblematik darzustellen sowie Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit zu erarbeiten, anhand deren betroffene Kinder frühzeitig erkannt werden und zeitnah gehandelt werden kann.

Die Verfasserin stützt sich dabei auf die Bindungstheorie von Bowlby und auf das Resilienzkonzept. Die Bindungstheorie befasst sich damit, wie das elterliche Bindungsverhalten die Entwicklung und das Verhalten des Kindes beeinflusst (vgl. Bowlby 2014: 5). Sie ist somit eine für die vorliegende Arbeit passende Theorie zum Verständnis der Verhaltensweisen von betroffenen Kindern. Beim Resilienzkonzept geht es darum, wie Kinder in belastenden Situationen ihre Lebensumstände aufgrund vorhandener Ressourcen und ihrer Widerstandsfähigkeit meistern und damit bereits im Kindsalter eine gewisse Stressresistenz aufweisen (vgl. Wustmann 2015: 18). Da von familiären Alkoholproblemen betroffene Kinder stark belastet sind, erweist sich auch das Konzept der Resilienz als ein angemessener Ansatz zur Bearbeitung der Fragestellung. Inwiefern ist diese Thematik für die Soziale Arbeit relevant?

1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit

Gemäss dem Berufskodex leisten die Professionellen der Sozialen Arbeit einen gesellschaftlichen Beitrag, indem sie dafür sorgen, dass sozial diskriminierte Personen, die bei der Realisierung ihres Lebens eingeschränkt sind und deren Zugang und Partizipation an gesellschaftlichen Ressourcen nicht ausreichen, soziale Gerechtigkeit erhalten (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Dies trifft auch auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu, die ihre kindlichen Bedürf-

nisse nicht ausleben können (vgl. Greiving 2007: 19). Diese Zielgruppe wird an der Verwirklichung ihres Lebens und an der gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt, womit das Themenfeld der Sozialen Arbeit tangiert ist.

Eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht gemäss dem Berufskodex darin, dass die Soziale Arbeit Lösungsstrategien für Probleme findet und diese vermittelt, sodass die Problematik frühzeitig erkannt wird (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Da Kinder aus alkoholbelasteten Familien unterschiedliche Arten von Misshandlungen erleben, nehmen sie diese im Laufe der Zeit als «normal, verantwortlich und verdient» wahr und wehren sich kaum mehr dagegen (vgl. Greiving 2007: 20). Die Soziale Arbeit ist dafür zuständig, sich bewusst mit der Lebenslage von Kindern aus alkoholbelasteten Familien auseinanderzusetzen. Wenn die Eltern die gesetzlichen Vorgaben nach Art. 301 des Zivilgesetzbuches (vgl. Schweizerisches Zivilgesetzbuch 2019: 97), welcher die elterlichen Pflichten im Zusammenhang mit dem Kindeswohl verankert, nicht wahrnehmen und damit das Kindeswohl gefährden, müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit einschreiten. Um Gefährdungen zu verhindern, ist es im Sinne des Kinderschutzes notwendig, gefährdete Kinder frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls zu intervenieren, um Vernachlässigung und Misshandlungen zu verhindern. Die Früherkennung und Intervention bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien ist daher eine relevante Thematik für die Soziale Arbeit.

1.5 Methodik und Aufbau der Arbeit

Die beschriebene Thematik wird in Form einer Literaturarbeit bearbeitet. Zu Beginn des Hauptteils werden die für diese Arbeit relevanten Begriffe definiert und erklärt. Anschliessend wird auf die Risikofaktoren und Folgen eines Alkoholproblems für Suchtbetroffene eingegangen. Anhand von Lebenssituationen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien werden die Auswirkungen von Alkoholproblemen auf die kindliche Entwicklung dargelegt. Es folgen eine Erläuterung der Bindungstheorie nach Bowlby sowie eine Auseinandersetzung mit dem Resilienzkonzept. Im praxisbezogenen Teil werden Möglichkeiten der Früherkennung und -intervention in der Sozialen Arbeit erläutert sowie Handlungsempfehlungen für die Praxis entwickelt. Im Rahmen der Schlussfolgerung beantwortet und diskutiert die Verfasserin die Fragestellungen dieser Arbeit. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einem Fazit, in dem eine kritische Reflexion, die eigene Sichtweise der Verfasserin und weitergehende Gedanken zu der Thematik formuliert werden.

2. Begriffsdefinition

Im fachlichen Bereich rund um Alkoholprobleme wird eine Vielfalt von Begriffen verwendet, die nicht immer klar voneinander abgegrenzt sind. Im vorliegenden Kapitel werden diese geklärt und daraus wird eine Arbeitsdefinition für die vorliegende Arbeit erstellt.

2.1 Alkohol

Der Term «Alkohol» leitet sich aus dem arabischen «al-kuhl» ab, was als «das Feinste» übersetzt werden kann (vgl. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2008: 2). Alkohol ist ein beliebtes Mittel, welches vielfältige Nutzungszwecke hat – sei es als Nahrungs-, Heil-, Genuss- oder Rauschmittel (vgl. Sucht Schweiz 2018: o. S.). Die Substanz hat jedoch eine starke psychoaktive Wirkung, welche diverse negative Folgen mit sich bringen kann (vgl. ebd.). Zu hoher Alkoholkonsum kann zudem zu Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit führen, wie im Kapitel 2.2 und 2.3 geschildert werden.

Je nach gesellschaftlicher oder kultureller Prägung hat Alkohol einen unterschiedlichen Stellenwert (vgl. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2008.: 4). Die Schweiz wird als sogenannte Permissivkultur, sprich Zulassungskultur, klassifiziert, da der Alkoholkonsum hierzulande ein Bestandteil des alltäglichen Lebens ist (vgl. ebd.). Gleichzeitig gibt es gesetzliche Verordnungen, nach denen ein zu hoher Alkoholkonsum in inadäquaten Situationen verurteilt wird (vgl. ebd.). Der Schwede Magnus Huss führte im Jahr 1849 den Ausdruck «Alkoholismus» als Name dieses Krankheitsbildes in die Medizinsprache ein (vgl. ebd.). Aufgrund möglicher körperlicher Folgeschäden durch zu hohen Alkoholkonsum wurden gegen Ende des 19. Jahrhunderts in der Schweiz Verordnungen zu Produktion, Handel und Konsum von Alkohol erlassen (vgl. ebd.: 5).

2.2 Alkoholmissbrauch

Gemäss dem Diagnosesystem DSM-IV der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt dann ein Alkoholmissbrauch vor, wenn in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt wurde (vgl. ebd.: 13):

- a) Repetitiver Alkoholkonsum, welcher alltägliche Verpflichtungen, wie Arbeit oder Haushalt, beeinträchtigt.
- b) Repetitiver Alkoholkonsum in gefährlichen Situationen, wie beispielsweise beim Autofahren.
- c) Wiederholte Probleme mit Behörden, wie der Polizei oder dem Gesetz, aufgrund von Alkoholkonsum.

- d) Fortgesetzter Alkoholkonsum, obwohl aufgrund des Konsums bereits soziale oder interpersonelle Probleme entstanden sind.

Alkoholmissbrauch wird oft auch als «Alkoholproblem» bezeichnet (Lindenmeyer 2005: 12). Für die Feststellung, ob jemand vom Zustand des Alkoholmissbrauchs bereits in die Alkoholabhängigkeit gegliedert ist, sind wiederum andere Kriterien zu berücksichtigen, die im Folgenden vorgestellt werden.

2.3 Alkoholabhängigkeit

Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit ist ein schleichender Prozess, in dem ein Individuum zu Beginn in normalem Masse Alkohol konsumiert und eine graduale Steigerung letztendlich zur Alkoholabhängigkeit führt (vgl. Lindenmeyer 2005: 50). Laut den Diagnosekriterien der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) müssen mindestens drei der nachfolgenden Kriterien vorhanden sein, um eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren (vgl. Lindenmeyer 2005: 4):

- a) Ein starker Antrieb, Alkohol zu trinken.
- b) Mangelnde Kontrollfähigkeit bezüglich der Menge des konsumierten Alkohols.
- c) Körperliches Entzugssyndrom, wenn die Menge des Konsums geringer wird oder der Konsum abgebrochen wird.
- d) Nachweis einer Toleranz, um die anfängliche Wirkung von Alkohol hervorzurufen. Dabei werden immer höhere Dosen von Alkohol verlangt.
- e) Aufgrund des Alkoholkonsums werden andere Interessen und Vergnügen immer mehr vernachlässigt.
- f) Der Alkoholkonsum bleibt gleich, obwohl die körperlichen Folgeschäden eindeutig sind.

Lindenmeyer (2005: 5) definiert Alkoholabhängigkeit als körperliches Phänomen. Das heisst, dass der oder die Betroffene nicht auf den Alkoholkonsum verzichten kann, ohne dass dabei Entzugerscheinungen körperlicher oder psychischer Art auftreten (vgl. ebd.). Eine alkoholabhängige Person konsumiert also, obwohl sie sich selbst und/ oder Dritte immer wieder schwer gefährdet (vgl. ebd.).

2.4 Arbeitsdefinition

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus aufgrund der Themenschwerpunkte der Früherkennung und -intervention auf Eltern(-teilen), welche die Diagnosekriterien für einen Alkoholmissbrauch nach DSM-IV oder eine Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 erfüllen.

Um die Spannbreite der Problematiken rund um Alkohol auszudrücken, werden innerhalb dieser Arbeit die beiden Begriffe «Alkoholbelastung» und «Alkoholproblematik/-problem» synonym verwendet. Beide Begriffe drücken aus, dass es eine Vielfalt von Lebenssituationen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum gibt und es dabei auch um Folgeproblematiken von unkontrolliertem Alkoholkonsum geht. In diesem Zusammenhang wird in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an Klein (2001) und Zobel (2017) auch der Begriff «Kinder aus alkoholbelasteten Familien» verwendet. Diese Begrifflichkeit ist unabhängig davon, ob ein oder beide Elternteile alkoholbelastet sind (was aufgrund des Umfangs der Arbeit im Weiteren auch nicht differenziert wird). Der Fokus dieser Arbeit liegt also auf Kindern bis zur Volljährigkeit, die mit mindestens einem alkoholbelasteten Elternteil im gleichen Haushalt wohnen.

In der vorliegenden Arbeit wird an Stellen, wo andere Autoren oder Autorinnen explizit von «Alkoholabhängigkeit» schreiben oder explizit eine Abhängigkeit gemeint ist, auch dieser Begriff verwendet.

Wenn von einer alkoholbelasteten Familie die Rede ist, sind alle Mitglieder dieses Familiensystems betroffen und reagieren auf ihre Weise auf das Problem. Im Folgenden soll daher der Begriff der Co-Abhängigkeit kurz geklärt werden.

2.5 Co-Abhängigkeit

In der Literatur gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs Co-Abhängigkeit, da diese ein vielschichtiges, individuelles wie auch gesellschaftliches Phänomen ist (vgl. Flassbeck 2010: 29). Die Co-Abhängigkeit bezieht sich auf nahestehende Personen, wie Angehörige, Kinder oder Bezugspersonen der betroffenen Person, die von den psychosozialen Problemen, welche die primärabhängige Person hat, geprägt sind (vgl. Dietze/Spicker 2000: 143). Einerseits helfen die Angehörigen von Alkoholabhängigen, indem sie sich um diese kümmern und auch Verantwortung übernehmen, andererseits entwickeln die Angehörigen oft selbst psychische Störungen, wie zum Beispiel Depressionen oder Angststörungen (vgl. Flassbeck 2010: 29f.). Um zu verstehen, was eine Alkoholproblematik für die Angehörigen bedeutet, ist es daher wichtig, deren Risikofaktoren und Auswirkungen zu ergründen.

3. Risikofaktoren und Folgen einer Alkoholproblematik

Die Alkoholthematik ist in der Schweiz aktuell, auch wenn nicht oft diskutiert. Wie entwickelt sich ein Alkoholproblem und welche direkten Folgen hat es für die Trinkenden? Als Einstieg einige statistische Zahlen aus der Schweiz.

3.1 Alkoholkonsum in der Schweiz

Laut einer statistischen Erhebung betrug der Konsum von reinem Alkohol in der Schweiz im Jahr 2016 durchschnittlich 7,9 Liter pro Kopf (vgl. Eidgenössische Alkoholverwaltung 2017: 21). Im Jahr 1997 betrug der Konsum pro Kopf noch 9,2 Liter – es ist also ein Rückgang erkennbar (vgl. ebd.).

Laut Sucht Schweiz (2019: 7) sind in unserem Land jedoch beinahe 250'000 Menschen von Alkoholabhängigkeit betroffen, jeder zwölfte Todesfall ist die Folge erhöhten Alkoholkonsums. Ungefähr bei jedem sechsten lebensgefährlichen Unfall und einem Fünftel aller Suizide steht Alkohol im Zentrum (vgl. ebd.). Insgesamt verursacht der Alkoholkonsum der Bevölkerung jährliche Kosten in der Höhe von 4,2 Milliarden Franken (vgl. ebd.). Insgesamt lässt sich also festhalten, dass der Konsum von Alkohol sowohl für Betroffene als auch für die Gesellschaft Gefahren mit sich bringt (vgl. ebd.).

Es stellt sich hierzu die Frage, weshalb ein Mensch denn so viel und regelmässig Alkohol konsumiert, dass es zu einer Alkoholproblematik kommt.

3.2 Risikofaktoren für ein Alkoholproblem

Die Entwicklung eines Alkoholproblems ist ein Prozess, welcher auf unterschiedlichen Komponenten beruht. Laut Dietze und Spicker (2000: 57) entsteht Abhängigkeit durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren.

3.2.1 Biologische Faktoren

Wie bereits erwähnt, zeigen Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein sechsfach höheres Risiko, selbst eine Alkoholproblematik zu entwickeln (vgl. Klein 2001: 118). Unter Bezugnahme auf Kendler et al. (1997) schreiben Kiefer, Schuckit und Rietschel (2011: 188), dass in einer Zwillingsstudie ein Zusammenhang zwischen genetischen Faktoren und Alkoholabhängigkeit festgestellt wurde. Es wurde erhoben, ob eineiige Zwillinge (genetisch 100 % identisch) und zweieiige Zwillinge (50 % Übereinstimmung), welche zusammen aufgewachsen sind und die-

selben Umwelteinflüsse mit alkoholabhängigen Eltern erlebt haben, selbst eine Alkoholabhängigkeit entwickelt haben. Dabei wurde festgestellt, dass die Heritabilität (Vererbbarkeit) für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bei eineiigen Zwillingen ungefähr 50 % höher war als bei den zweieiigen (vgl. ebd.)

Kiefer et al. (2011: 188) berichten zudem in Anlehnung an Goodwin et al. (1974) von einer Adoptionsstudie, in der Kinder, welche mit alkoholabhängigen Eltern aufwuchsen, mit Kindern, welche von solchen Eltern adoptiert worden waren, verglichen wurden. Dabei stellte sich heraus, dass eine Alkoholabhängigkeit bei den leiblichen Kindern öfter vorkam als bei den adoptierten Kindern (vgl. ebd.). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der genetische Faktor bei der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit eine Rolle spielt, dieser jedoch in einer Wechselwirkung mit anderen Faktoren steht (vgl. Kiefer et al. 2011: 189). Im Folgenden werden daher auch die psychologischen Einflussfaktoren näher betrachtet.

3.2.2 Psychologische Faktoren

Aus psychologischer Sicht greifen Individuen aufgrund von Triebkonflikten, wie mangelnder Frustrationstoleranz oder Unreife, zum Alkohol (vgl. Barnow/Fischer/ Linden/Freyberger 2008: 170f.). Ist ein Individuum unzufrieden mit sich selber, kann es durch Alkoholkonsum seine negativen Gefühle dämpfen (vgl. ebd.: 171). Ein weiterer Auslöser für erhöhten Alkoholkonsum können positive Verstärker sein (vgl. ebd.). Das positive Gefühl entsteht dadurch, dass gemeinsam konsumiert wird und sich das Trinken in dieser Konstellation angenehm und beruhigend anfühlt (vgl. ebd.).

Wenn ein Individuum Zugehörigkeit nur durch Alkoholkonsum erlebt oder mit diesem in Verbindung bringt, wird es immer öfter nach Alkohol greifen (vgl. ebd.). Zudem kommt zu Beginn des Alkoholkonsums die angenehme Wirkung, also der Rausch, hinzu (vgl. ebd.: 172). Erst später machen sich die negativen Aspekte, wie ein nachfolgender Kater, bemerkbar (vgl. ebd.: 171). Dieser Lernprozess verläuft unbewusst ab, wobei der oder die Betroffene zunehmend die Kontrolle über die Menge des Alkoholkonsums verliert (vgl. ebd.: 172).

Im Hinblick auf alkoholbelastete Familien eignen sich Kinder ein Alkoholproblem durch direktes oder indirektes Lernen an (vgl. ebd.). Direktes Lernen funktioniert über die alkoholbelasteten Eltern, das indirekte über Werbekampagnen, welche den Alkoholkonsum als etwas Positives darstellen oder Peer-Groups, deren Verhalten nachgeahmt wird (vgl. ebd.). Der Alkoholkonsum ist also ebenfalls stark vom sozialen Umfeld geprägt (vgl. ebd.).

3.2.3 Soziale Faktoren

Es ist soziologisch bestätigt, dass eine Alkoholproblematik mit kulturellen Verhaltensmustern und Überzeugungen zusammenhängt (vgl. ebd.). Zum Beispiel ist in islamischen Abstinenzkulturen der Begriff Alkoholabhängigkeit gar nicht bekannt, in der Schweiz ist er hingegen weit verbreitet (vgl. ebd.).

Als Risikofaktoren in Bezug auf die sozialen Faktoren werden die Erziehung sowie die Vorbildfunktion oder die Imitation von anderen genannt werden (vgl. ebd.: 173). Wenn Eltern ihre Verpflichtungen nicht wahrnehmen oder keine klaren Grenzen setzen, kann dies zudem dazu führen, dass die betroffenen Kinder aufgrund ihres mangelnden Selbstwertgefühls und ihren Ängsten zu Alkohol greifen, um diese negativen Gefühle zu unterdrücken (vgl. Dietze/Spicker 2000: 52f.). Der Alkoholkonsum wird ein Mittel, mit dem Schwächen und Unsicherheiten vertuscht werden können (vgl. ebd.: 53). Vor allem betroffene Jugendliche fühlen sich stark, wenn sie Alkohol in der Öffentlichkeit konsumieren und prahlen damit, wie erwachsen sie schon sind (vgl. ebd.). Sie erlangen dadurch oftmals einen gewissen Status, hinter dem sie ihre innere Unsicherheit verstecken können (vgl. ebd.: 53f.).

Der gesellschaftliche Umgang mit Alkohol suggeriert hingegen, dass Alkoholkonsum bei schlechter Laune die Stimmung aufhellt und positive Gefühle erzeugt (vgl. ebd.: 54). Unzählige Werbekampagnen verbinden Alkohol zudem mit Entspannung, Leistungsfähigkeit und Erfolg (vgl. Dietze/Spicker 2000: 54). Wenn daraus ein Alkoholproblem entsteht, wirkt sich dieses jedoch nicht nur auf den Alltag der Betroffenen, sondern auch auf den Körper und die Psyche aus.

3.3 Folgen der Alkoholproblematik für Suchtbetroffene

Bei Betroffenen wird zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit unterschieden (vgl. Sucht Schweiz 2018: o. S.).

3.3.1 Körperliche Folgen

Alkoholkonsum wird als drittgrösster Risikofaktor für frühzeitige Erkrankungen und Sterblichkeit in Europa eingestuft (vgl. Sucht Schweiz 2018: o. S.). Alkohol ist ein Zellgift, welches sich über den Blutkreislauf im ganzen Körper verstreut (vgl. Schaller/ Kahnert/Mons 2017: 22). Zu viel Alkoholkonsum kann daher alle Organe schädigen (vgl. ebd.). Schätzungsweise 200 Krankheiten werden durch Alkohol verursacht. Zudem kann ein zu hoher Alkoholkonsum das Gehirn und das Nervensystem schädigen (vgl. ebd.). All dies kann in der Folge zu einer Einschränkung der kognitiven Leistungen und der Feinmotorik führen (vgl. Soyka 2001: 2733).

Das Immunsystem wird beeinträchtigt und das Risiko ist gross, an Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes oder auch an Krebs zu erkranken (vgl. Schaller et al.: 23). Weitere Folgen können eine vernachlässigte Körperpflege und Hygiene sowie eine affektive und sexuelle Enthemmung sein (vgl. Soyka 2001: 2733). Das Entstehen solcher Erkrankungen hängt jedoch von verschiedenen Faktoren, wie der Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums, Essgewohnheiten, Geschlecht, Alter sowie genetischen Faktoren ab (vgl. ebd.: 22).

Konsumiert eine Schwangere Alkohol, hat dies zudem negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes (vgl. ebd.). Laut statistischen Erhebungen gehen weltweit 5,5 % der Krebserkrankungen auf Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft zurück (vgl. ebd.: 24). Neben körperlichen hat ein problematischer Alkoholkonsum für Suchtbetroffene natürlich auch psychische Folgen.

3.3.2 Psychische Folgen

In einer Studie wurde festgestellt, dass bei 37 % der Individuen, die einen problematischen Alkoholkonsum aufwiesen, eine komorbide psychische Störung vorlag (vgl. Soyka 2001: 2732f.). Es zeigte sich zudem, dass als primäres Zeichen, das heisst dem Alkoholismus zeitlich vorausgehend, oft Angststörungen und als sekundäres Zeichen Depressionen auftraten (vgl. ebd.: 2733). Zu den häufigen Folgeschäden gehören zudem Konzentrationsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen (vgl. ebd.: 2732) sowie zahlreiche weitere psychische Verhaltensauffälligkeiten (vgl. ebd.), wie zum Beispiel eine Fokussierung der Interessen von Betroffenen auf die Aufrechterhaltung der Sucht (vgl. ebd.: 2733).

3.3.3 Soziale Folgen

Eine Alkoholproblematik beeinträchtigt das soziale Leben, vor allem in den Bereichen Familien, Arbeit, Öffentlichkeit und Delinquenz (vgl. Soyka 2001: 2734). Viele betroffene Personen sind daher arbeitslos (vgl. ebd.: 2735). Aufgrund ihres erhöhten Alkoholkonsums sind ihre Konzentration und ihr Denkvermögen eingeschränkt, was zu Unzuverlässigkeit im Beruf führt (vgl. ebd.). Das Arbeitstempo verringert sich und die Arbeitsergebnisse haben nicht die gewünschte Qualität (vgl. ebd.). Dieses Fehlverhalten beeinflusst auch die zwischenmenschlichen Beziehungen unter den Mitarbeitenden. Einige entwickeln ein Co-Verhalten, indem sie für die Betroffenen einspringen und beispielsweise für sie lügen (vgl. ebd.). Laut Soyka (2011: 2734) kann es aufgrund des erhöhten Alkoholspiegels auch zu Aggressionen und ausgeprägter Delinquenz kommen, welche enorme Folgen auf das soziale Leben von Suchtbetroffenen haben können. Betroffene erleben durch den Alkoholkonsum daher oft einen beruflichen und sozialen Abstieg (vgl. ebd.: 2735).

Im Bereich der Familie verhält es sich so, dass vor allem der Partner oder die Partnerin sowie andere Familienangehörige, wie die Kinder oder Eltern der konsumierenden Person, die Verantwortung für die Familie übernehmen (vgl. Soyka 2011: 2734). Manchmal entwickelt der Partner oder die Partnerin auch eine Co-Abhängigkeit, indem er oder sie das Konsumverhalten der oder des Betroffenen vor anderen Personen versteckt und in der Folge selbst mit psychischen Folgen konfrontiert ist (vgl. ebd.).

Es ist also offensichtlich, dass eine Alkoholproblematik meist die ganze Familie betrifft und damit zu einer Familienerkrankung wird.

4. Die Lebenssituation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Im Folgenden werden typische Merkmale und Regeln von alkoholbelasteten Familien aufgezeigt sowie die spezifischen Rollen, welche betroffene Kinder einnehmen, beleuchtet. Daraus kann abgeleitet werden, welche Auswirkungen eine familiäre Alkoholproblematik auf die kindliche Entwicklung haben kann.

4.1 Merkmale von alkoholbelasteten Familien

In vielen alkoholbelasteten Familien steht der oder die Betroffene mit seiner Alkoholproblematik im Mittelpunkt (vgl. Greiving 2007: 10). Er oder sie bestimmt die Regeln innerhalb der Familie, wobei die Angehörigen diesen oft machtlos folgen (vgl. ebd.) und mit den Folgen, wie sozialer Isolation oder finanziellen Problemen, zu kämpfen haben (vgl. ebd.: 9). Am intensivsten sind die Kinder betroffen, weil sie am frühesten darunter leiden (vgl. ebd. 11). Die Auswirkungen der Erlebnisse im ersten Lebensjahr prägen sich zudem am tiefsten ein und sind im späteren Alter kaum mehr veränderbar (vgl. ebd.).

In alkoholbelasteten Familien erhält oft keines der Familienmitglieder wahre Zuwendung und Akzeptanz (vgl. ebd.: 15). Das Familienklima ist von Wut, Demütigungen und Hilflosigkeit gekennzeichnet (vgl. ebd.: 16). Die Kinder fürchten sich und sind der Unsicherheit ausgesetzt, was sie im Elternhaus erwartet, die Stimmung des konsumierenden Elternteils ist in ihrem Leben entscheidend (vgl. ebd.: 16f.). Aufgrund elterlicher Konflikte können die Kinder oft keine enge Bindung zu dem betroffenen Elternteil aufbauen, da ihr Verhältnis zu diesem ambivalent ist (vgl. ebd.: 17). Einerseits reagieren sie auf diesen mit Verachtung, haben keinen Respekt vor ihm und wollen nichts mehr von ihm wissen, andererseits haben sie oft Schuldgefühle, weil dieser Elternteil während der Trinkpause sein/ihr anderes Gesicht und manchmal auch ein

bisschen Liebe zeigt (vgl. ebd.). Auch gegenüber dem anderen Elternteil können ambivalente Empfindungen vorherrschen (vgl. ebd.: 18): Einerseits wird diesem eine Schuld dafür zugewiesen, dass der andere Elternteil zu viel Alkohol konsumiert, andererseits empfindet das Kind auch Mitgefühl für ihn, weil es offensichtlich ist, dass dieser mit dem konsumierenden Partner auch überfordert ist (vgl. ebd.). Das Kind bleibt zwischen den beiden Elternteilen gefangen (vgl. ebd.). Aus solchen Dynamiken entwickeln sich oft spezifische Familienregeln.

4.1.1 Familienregeln in alkoholbelasteten Familien

In Familien mit einer Alkoholproblematik gelten oft besondere Regeln, nach denen sich die Familienmitglieder richten. Im Folgenden werden die sechs am häufigsten vorkommenden Regeln aufgelistet (vgl. Greiving 2007: 23-26):

- *«Man spricht nicht über Probleme»*

Die vorhandenen Probleme dürfen in der Familie oder ausserhalb nicht angesprochen werden. Die Alkoholproblematik wird als eine Folge von Schwierigkeiten betrachtet und nicht als die Ursache. Dies erschwert dem Kind, sich Unterstützung zu holen, da es Angst hat, den Elternteil zusätzlich zu belasten (vgl. ebd.).

- *«Man muss seine Gefühle unterdrücken»*

In einer solchen Familie ist es wichtig, dass die Kinder ihr Leiden nicht zeigen, um die Eltern nicht noch mehr zu belasten. So verlernen diese Kinder oft, überhaupt ihre eigenen Gefühle zu erkennen und zu äussern (vgl. ebd.).

- *«Man muss sich ganz kontrollieren»*

Die Kinder müssen früh Verantwortung übernehmen und dürfen kaum Erwartungen an die Eltern stellen. Sie sollen stark und gut sein sowie ein perfektes Verhalten an den Tag legen (vgl. ebd.).

- *«Traue keinem»*

Die Eltern sagen, dass alles in Ordnung sei, das Kind hat jedoch eine andere Wahrnehmung. Dies führt dazu, dass das Kind weder sich selbst noch anderen trauen kann und davon ausgeht, dass Versprechen generell nicht eingehalten werden (vgl. ebd.).

- *«Sei nicht egoistisch»*

Das Kind verleugnet seine eigenen Bedürfnisse, um denjenigen anderer Personen gerecht zu werden. Im Fokus steht, sich um die anderen Personen zu kümmern, wobei der eigene Selbstwert nicht wahrgenommen wird (vgl. ebd.).

- *«Alles muss so bleiben, wie es ist»*

Diese Regel wird meist von der alkoholbelasteten Person aufgestellt. Handlungen, welche den Familienregeln entgegenstehen, werden mit negativen Folgen quittiert und sind dementsprechend von Angst geprägt. Dies hat belastende Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und – sofern später keine neuen Lernmöglichkeiten bestehen - auch noch auf das Erwachsenenalter (vgl. ebd.).

Sozialarbeitende, die mit diesen Kindern arbeiten, sind also mit Scham und Tabus konfrontiert (vgl. Brunner 2011: 8). Zudem stellt es eine Gratwanderung dar, einerseits das Vertrauen der Eltern zu gewinnen, um mit diesen an der Situation ihrer Kinder zu arbeiten und andererseits das Wohl der Kinder zu gewährleisten (vgl. ebd.). Interessanterweise werden den Kindern innerhalb solcher Regelsysteme unterschiedliche Rollen zugeschrieben.

4.1.2 Innerfamiliäre Rollen von Kindern

Funktionen in der Familie können miteinander harmonieren oder disharmonieren (vgl. Greiving 2007: 27). Familiensysteme von Kindern mit alkoholbelasteten Eltern sind oftmals von Dauerstress gekennzeichnet, sodass Überlebensstrategien als normaler Bestandteil des Lebens wahrgenommen werden (vgl. ebd.). Ausserdem müssen die Familienmitglieder zusätzliche Aufgaben übernehmen, da der konsumierende Elternteil seine Rolle nicht vollständig erfüllen kann (vgl. ebd.: 28). Im Folgenden werden mögliche Rollen und Funktionen dieser Kinder erläutert (vgl. Greiving 2007: 28f.).

- *Der Familienheld / die Familienheldin – der oder die Verantwortungsbewusste*

Diese Rolle wird meistens dem erstgeborenen Kind oder Einzelkind zugewiesen. Das Kind versucht in dieser Funktion, durch seine frühe Reife und Vernünftigkeit innerhalb der Familie die Rolle des Versorgers einzunehmen und damit der schwierigen familiären Situation entgegenzuwirken, indem es nach aussen den Eindruck von «Bei uns ist alles in Ordnung!» erweckt. Da oft Selbstvertrauen und soziale Intelligenz diese Kinder charakterisieren, erhalten sie von der Aussenwelt ein positives Echo und Anerkennung (vgl. ebd.: 28-30).

- *Das schwarze Schaf – das ausagierende Kind*

Diese Rolle wird oft von dem zweiten oder mittleren Kind übernommen. Das Kind in der Rolle des schwarzen Schafes zeichnet sich durch auffälliges Verhalten aus, bringt Chaos in die Familie und wird als Belastung betrachtet. Sein Verhalten ist zwar feindselig und trotzig, doch durch sein unerwünschtes Verhalten erhält es viel Aufmerksamkeit. Seine Gedanken sind davon geprägt, nirgendwo richtig dazuzugehören (vgl. ebd.: 30f.)

- *Das stille, fügsame Kind – der Träumer / die Träumerin*

Diese Rolle wird oft dem dritten oder mittleren Kind zugeschrieben. Aufgrund seiner zurückgezogenen Art fällt es nicht auf, verzichtet auf Konflikte und zieht sich in seine Traumwelt zurück. Es zeigt wenig Lebensfreude und hat Interaktionsprobleme (vgl. ebd.: 32f.).

- *Der Clown, der/die Spassmacher/in*

Dem letztgeborenen Kind fällt oft diese Rolle zu. Es fällt durch seine gute Stimmung auf, welche den Eindruck vermittelt, dass alles halb so schlimm ist. Dieses Kind bekommt jedoch wenig Anerkennung, zeigt oft eine gewisse Hyperaktivität und kennt seine Grenzen nicht, sodass es sich meistens einsam fühlt (vgl. ebd.). In der Folge wirken solche Kinder oft emotional beeinträchtigt und unreif (vgl. ebd.: 33.).

Die betroffenen Kinder nehmen nicht nur solche Rollen ein, sondern nebst dem können die betroffenen Kinder weitere gravierende Auswirkungen auf ihre eigene Entwicklung haben.

4.2 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung

Kinder aus alkoholbelasteten Familien können in ihrer kindlichen Entwicklung auf unterschiedliche Art und Weise beeinträchtigt, was im Folgenden genauer erläutert wird.

4.2.1 Pränatale Fehlentwicklung

Unter Bezugnahme auf Steinhausen (2000) stellt Sarimski (2013: 47) fest, dass der Blutalkoholgehalt eines Säuglings, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert, so hoch wie der Alkoholgehalt im Blutkreislauf der Mutter ist. Die schädliche Wirkung von Alkohol kann in der Folge zu Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen, wie zu einer fetalen Alkoholembryopathie (FAE) oder zu einem fetalen Alkoholsyndrom (FAS), führen (vgl. ebd.). Typische Merkmale dieser Krankheiten sind Wachstumsstörungen, Veränderungen des Gesichts (weiter Augenabstand, enge Lidspalten) sowie Veränderungen der Nervenzellen, die zu Verhaltensauffälligkeiten oder mentalen Störungen führen können (vgl. ebd.).

Diese Symptome werden oft erst im Schulalter erkannt, weil sie gewisse Ähnlichkeiten mit anderen Krankheitsbildern, wie der Bindungsstörung oder der Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aufzeigen (vgl. Sarimski 2013: 48). Sarimski (2013: 48) zitiert unter Bezugnahme von May und Gossage (2001) eine landesweite statistische Erhebung, in der festgestellt wurde, dass auf 1000 Geburten mindestens eines bis drei Kinder von dieser Krankheit betroffen sind. Laut Zobel (2017: 45f.), unter Bezugnahme von Kaplan et al. (1999), kämpfen Kleinkinder, welche sehr früh Vernachlässigung und damit einen Mangel an Entwicklungserfahrung erlebt haben, oft bis ins spätere Alter damit und können ihre zentralen Entwicklungsschritte nicht erfolgreich bewältigen.

4.2.2 Schulische und sprachliche Fähigkeiten, Intelligenz

Mit Bezug auf Knop et al. (1985) stellt Zobel (2017: 33) fest, dass die sozioökonomischen Verhältnisse, das heisst die häusliche Problematik der betroffenen Kinder, oft dazu führt, dass diese häufig Schuljahre wiederholen oder die Hilfe des Schulpsychologischen Dienstes benötigen. Trotz der belastenden familiären Atmosphäre variieren die Schulleistungen dieser Kinder von durchschnittlich bis gut (vgl. Zobel 2017: 34). Wenn der konsumierende Elternteil zusätzlich eine antisoziale Persönlichkeitsstruktur aufweist, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Kinder mangelhafte Schulleistungen erbringen, gemäss Zobel (2017: 33, unter Bezugnahme auf Poon et al. 2000) höher. Zobel (2017: 36) berichtet zudem in Bezug auf Sher (1991), dass die betroffenen Kinder Defizite in ihren sprachlichen Fähigkeiten aufweisen. Zobel (2017: 34f.) sagt in Anlehnung an Moss et al. 1995/ Poon et al. 2000/ Puttler et al. 1998, dass die betroffenen Kinder zudem einen tieferen Intelligenzquotienten aufweisen als Kinder nicht alkoholbelasteten Familien – insbesondere dann, wenn die Eltern nebst der Alkoholproblematik eine psychiatrische Diagnose aufweisen. Ein Grund für den tieferen Intelligenzquotienten kann darin liegen, dass diese Kinder von elterlicher Seite wenig gefördert werden und die kognitive Entwicklung demzufolge eingeschränkt ist (vgl. Zobel 2017: 35.). Betroffene Kinder zeigen auch Auffälligkeiten in ihrem Verhalten, die im Folgenden kurz erläutert werden.

4.2.3 Verhaltensstörungen

Verhaltensstörungen werden in zwei Gruppen unterteilt: Verhaltensweisen, welche von der Umwelt als auffällig wahrgenommen werden, werden als externalisierendes Störungsverhalten bezeichnet, währendem ein problematisches Verhalten, welches von der Umwelt kaum wahrgenommen wird, internalisierendes Störungsverhalten genannt wird (vgl. Zobel 2017: 37 unter Bezugnahme auf Scheithauser/ Petermann 2002).

- *Externalisierende Störungen*

Zobel (2017: 38) sagt in Anlehnung an Christensen, Bilenberg 2000/ Wilens et al. (1996), dass eine Reihe von Studien darauf hinweisen, dass überdurchschnittlich viele Kinder aus alkoholabhängigen Familien von der Diagnose Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ADHS) betroffen sind. Dies bedeutet, dass sie eine kurze Aufmerksamkeitspanne haben und gleichzeitig eine hohe Aktivität aufweisen (vgl. Zobel 2017: 38). Sie haben wenig Ausdauer, um sich auf eine Tätigkeit zu konzentrieren und wechseln zwischen mehreren Beschäftigungen ab (vgl. ebd.: 37). Wegen ihrer auffälligen Art sind die betroffenen Kinder unter Gleichaltrigen meist nicht beliebt oder gar isoliert (vgl. ebd.).

Unter Bezugnahme auf Carbonneau et al. (1998) weist Zobel (2017: 39) darauf hin, dass vor allem betroffene Jungen Verhaltensauffälligkeiten und ein aggressives Verhalten aufweisen.

Diese externalisierenden Verhaltensweisen zeigen nach Zobel (2017: 39) in Anlehnung an Fals-Stewart et al. (2004) einen Zusammenhang mit einem tiefen Einkommen, tiefem Bildungsstand, niedrigem sozioökonomischem Status und einer antisozialen Persönlichkeitsstörung des konsumierenden Elternteils auf.

- *Internalisierende Störungen*

Zobel (2017: 40) konstatiert unter Bezugnahme auf Petermann et al. (2002), dass die Angststörung die häufigste psychische Störung von Kindern alkoholbelasteter Eltern ist. Nach dem Diagnosesystem ICD-10 gibt es verschiedene Arten von Angststörungen (vgl. Zobel 2017: 40, in Bezug auf Dilling et al. 1993). Unter einer emotionalen Störung mit Trennungsangst wird die Angst verstanden, von einer primären Bezugsperson getrennt zu werden (vgl. Zobel 2017: 40). Bei einer phobischen Störung fürchten sich Betroffene vor diversen Situationen, welche nicht zur alltäglichen psychosozialen Entwicklung gehören (vgl. ebd.). Eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit bedeutet, dass ein Kind Befürchtung vor Fremden zeigt (vgl. ebd.: 40f.). Zobel (2017: 41) sagt in Anlehnung an Petermann et al. (2002), dass Kinder mit Angststörungen insgesamt weniger Beziehungen zu Gleichaltrigen haben und sind mit schulischen sowie familiären Herausforderungen konfrontiert (vgl. ebd.: 41).

Nebst der Angststörung haben viele betroffene Kinder Depressionen, ambivalente Stimmungen, Interesselosigkeit, keine Freude und sind oft müde; es kommt zur Beeinträchtigung ihrer Aktivität (vgl. Zobel 2017: 41). Gründe für Angststörungen oder Depressionen können die Zerrüttung der Familie aufgrund der Alkoholproblematik und/oder familiäre Vorbelastungen sein (vgl. ebd.).

4.2.4 Misshandlung und Vernachlässigung

In alkoholbelasteten Familien kommen diverse Gewaltformen vor, in 30 % dieser Familien wurden die Kinder auf die eine oder andere Art und Weise misshandelt (vgl. Greiving 2007: 19). Meistens kommt es zu emotionalen, körperlichen Grenzüberschreitungen, die eine Schädigung der Ich-Grenze des Kindes zur Folge haben (vgl. ebd.: 20). Die betroffenen Kinder sehen meistens keinen Ausweg, um sich gegen diese Angriffe zu wehren und nehmen im Laufe der Zeit solche Misshandlungen als normal oder verdient wahr (vgl. ebd.). Erstaunlicherweise sehen sich diese Kinder oft als mitverantwortlich an und sehen darin den einzigen Weg, um von der Familie Zuwendung zu bekommen (vgl. ebd.).

Sarimski (2013: 42) berichtet von einer Studie von Klein und Zobel (1997), die auf einer Befragung von je 200 Kindern aus alkoholbelasteten sowie nicht alkoholbelasteten Familien basierte und zu folgendem Schluss kam: Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien täglich oder häufig körperliche Gewalterfahrungen machen, ist 3,5-mal so gross wie bei der Kontrollgruppe der Kinder aus nicht alkoholbelasteten Familien. Zudem beträgt der

Prozentsatz an Kindern aus alkoholbelasteten Familien, welche bereits Erfahrungen mit physischer Gewalt gesammelt haben, bei 69 %, in der Kontrollgruppe nur bei 21,7 %; 13,5 % der betroffenen Kinder hatten bereits einmal Suizidgedanken, bei der Kontrollgruppe waren es 7,1 % (vgl. ebd.).

Physische Misshandlungen können meist anhand körperlicher Merkmale (Kratzer, blaue Flecken) bemerkt werden, während Vernachlässigungen viel schwierig zu erkennen und zu messen sind (vgl. Zobel 2017: 42). Eine Vernachlässigung wird dann festgestellt, wenn die Eltern die kindlichen Interessen nicht wahrnehmen oder sich wenig um das Wohlbefinden ihres Kindes kümmern (vgl. ebd.). Dies erhöht das Risiko, dass das Kind mit sozialen und psychischen Problemen zu kämpfen hat (vgl. ebd.) und im späteren Alter ebenfalls eine Alkoholproblematik entwickeln (vgl. Zobel 2017: 43). Zobel (2017: 43) sagt in Anlehnung auf Anda et al. (2002) und Rao et al. (2001), dass sie zwei bis dreimal häufiger von körperlichem und emotionalem Missbrauch betroffen sind als Kinder aus nicht alkoholbelasteten Familien.

Zobel (2017: 43f.) stellt unter Bezugnahme von Dunn et al. (2002) zudem fest, dass Vernachlässigungen oder Misshandlungen vom Charakter der Eltern und der Kinder sowie von den Interaktionen zwischen den beiden abhängen. Vor allem Eltern, welche in der Vergangenheit selber Erfahrungen von Vernachlässigung oder Misshandlung gemacht haben, wenig über kindliche Entwicklungsbedürfnisse wissen oder eine mangelnde Empathie besitzen, haben die Tendenz, ihre Kinder Misshandlungen und Vernachlässigung auszusetzen (vgl. ebd.). Eigene Schwierigkeiten mit den Eltern haben also einen Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung, sodass erlebte Misshandlungen und Vernachlässigung oft von Generation zu Generation weitergeben werden (vgl. ebd.). Zobel (2017: 44) sagt unter Bezugnahme auf Wolfer/Gelles (1993), dass insbesondere alkoholbelastete Mütter im jungen Alter häufig solche Erfahrungen gemacht haben und suchen sich oft Partner, welche antisoziale Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, sodass sich die Mütter bezüglich Misshandlungen von Kindern zu Täterinnen entwickeln.

Die elterliche Alkoholproblematik sowie die Erfahrung von Misshandlung und Vernachlässigung können dazu führen, dass die Jugendlichen aggressives, deviantes Verhalten entwickeln und somit an Anpassungsstörungen leiden (vgl. Zobel 2017: 46).

4.2.5 Somatische und psychosomatische Probleme

Zobel (2017: 49) berichtet unter Bezugnahme von Biek (1981), dass bei Kindern von alkoholbelasteten Eltern(-teilen) doppelt so viele körperliche Beschwerden nachgewiesen werden als bei Kindern ohne diese Problematik. Unter Bezugnahme auf Roberts und Brent (1982) weist Zobel (2017: 49) zudem darauf hin, dass Mädchen und Frauen aus alkoholbelasteten Familien

öfter als Jungen und Männer zu ärztlichen Fachpersonen gehen und bei ihnen dadurch häufiger Störungen diagnostiziert werden.

Die Vielfalt dieser geschilderten Problematiken zeigt auf, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien mehrfach belastet sind. Die bedeutendste Ursache dafür liegt vermutlich in den schwierigen Bindungserfahrungen innerhalb der Familien. Diese werden daher nach dem Zwischenfazit auf der Grundlage der Bindungstheorie von Bowlby und Ainsworth näher beleuchtet.

4.3 Zwischenfazit

In der Schweiz stammen schätzungsweise 100'000 Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Wie viele wirklich betroffen sind, ist unklar, weil Fachpersonen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen.

Bei der Entwicklung einer Alkoholproblematik wirken biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren zusammen. Dementsprechend führt ein erhöhter Alkoholkonsum zu körperlichen, psychischen und sozialen Folgen. Zudem zeigt sich klar, dass ein alkoholbelasteter Elternteil das ganze Familiensystem beeinflusst, weshalb oft von einer Familienerkrankung gesprochen wird. Im Mittelpunkt steht die alkoholbelastete Person, welche bestimmte Familienregeln setzt, denen sich die Angehörigen anpassen. Davon sind Kinder am intensivsten betroffen, weil die ersten Lebensjahre für ihre weitere Entwicklung prägend sind. In solchen Familien ist die Atmosphäre durch Anspannung, Unruhe, Angst Wut, Demütigungen und Hilflosigkeit geprägt. Weitere Auswirkungen sind:

- Betroffene Kinder haben oft einen tieferen Intelligenzquotienten als nichtbetroffene Gleichaltrige sowie Defizite in ihren sprachlichen Fähigkeiten.
- Viele Kinder leiden unter einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität oder zeigen soziale Auffälligkeiten. Vor allem Jungen zeigen oft ein aggressives Verhalten.
- Einige Kinder haben Angststörungen und sind von physischer Misshandlung und Vernachlässigung betroffen.
- Vor allem Mädchen und Frauen holen ärztliche Unterstützung aufgrund somatischer und psychosomatischer Problematiken.

5. Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth

Zu Beginn wird erläutert, wie John Bowlby das Konzept der Bindung versteht und wie sich Bindungssysteme entwickeln. Die Weiterentwicklung der Bindungstheorie durch Mary Ainsworth wird vorgestellt und darauf aufbauend die Idee des inneren Arbeitsmodells erläutert. Zum Abschluss des Kapitels werden die Erkenntnisse auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien übertragen.

5.1 Bindung nach John Bowlby

John Bowlby ist ein bekannter englischer Psychoanalytiker und Psychiater, der als Begründer der Bindungstheorie gilt (vgl. Grossmann/Grossmann 2003: 7). Seine Grundaussage lautet, dass eine fürsorgliche und liebevolle Bindung des Kindes zu einer vertrauten Person für die spätere seelische Gesundheit zentral ist (vgl. Bowlby 2016: 11). Dies bedeutet, dass das elterliche Pflege- und Bindungsverhalten, das gemäss Bowlby genetisch angelegt ist, die Entwicklung und das Verhalten des Kindes stark beeinflussen (vgl. Bowlby 2014: 5).

Der Begriff der Bindung umfasst die Konstitutionen und die Qualität subjektiver Bindungen (vgl. Holmes 2006: 88). Dabei wird zwischen sicheren und unsicheren Bindungen unterschieden (vgl. ebd.). Sicher gebundene Kinder empfinden Sicherheit und Schutz, unsichere Bindungen hingegen sind von Angst und Ablehnung geprägt (vgl. ebd.). Während eine sichere Bindung eine wichtige Basis für die psychische Gesundheit eines Menschen darstellt, können längerfristige Zurückweisung, Trauer, Vernachlässigung und Missbrauch zu einer psychischen Störung führen (vgl. Holmes 2014: VII).

Das Bindungsverhalten umfasst jede Art von Verhalten, welche das Ziel verfolgt, Nähe zu anderen Menschen herzustellen oder aufrechtzuerhalten (vgl. Holmes 2006: 88). Wie genau sich das Bindungsverhalten im Laufe des Lebens entwickelt, wird im folgenden Kapitel erläutert.

5.2 Die Entwicklung des Bindungssystems

Die Individualentwicklung des Bindungssystems wird in folgende vier Phasen unterteilt (vgl. Holmes 2006: 94):

a) Vorbindungsphase oder unspezifische soziale Reaktionen (bis zum 3. Lebensmonat)

In dieser Phase sucht der Säugling Berührungspunkte mit seiner Bezugsperson, indem er Signale, wie Umklammern, Anschmiegen an die Bezugsperson, Saugen und Schreien, von sich gibt (vgl. Herbst 2012: 438).

b) Orientierung und Mustererkennung (ungefähr vom 2. bis 6. Lebensmonat)

Das Baby reagiert vor allem auf die primäre Bindungsperson und weniger auf fremde Menschen (vgl. Holmes 2006: 96). Die Antworten der Mutter auf die physiologischen und sozialen Signale ihres Kindes führen zum Aufbau eines Feedback- und Homöostasesystems (vgl. ebd.). Im Zuge dieser Interaktionen kommt es zu einem gegenseitigen Kennenlernen, was ein erstes Anzeichen für eine sichere Mutter-Kind-Bindung darstellt (vgl. ebd.). Für die Bindung sind die Verlässlichkeit und Reaktionsbereitschaft der Bindungsperson entscheidend, sodass sich das Kind entfalten und seine individuelle Persönlichkeit entwickeln kann (vgl. ebd.: 95).

c) Zielgerichtete Bindung (vom 6. Lebensmonat bis zum 3. Lebensjahr)

Mit einem halben Jahr beginnt das Baby, die Nähe der Bezugsperson aktiv zu suchen, gegen Trennungen zu protestieren und eine sichere Basis aufzubauen (vgl. Herbst 2012: 438).

In dieser Phase finden zielgerichtete Veränderungsprozesse in der Entwicklung statt (vgl. Holmes 2006: 96). Das Kind lernt, dass das Bindungssystem auf Soll-Werten beruht. So soll das Kind lernen, dass es bei Umweltgefahren in der Nähe der Mutter bleiben soll und die Bindungsperson als sicheren Ausgangspunkt für Explorationen betrachten kann (vgl. ebd.). Ausserdem soll es Unmut zeigen, wenn Trennungen oder Abwesenheiten der Bezugsperson vorkommen oder andere Gefahren auftauchen (vgl. ebd.: 96). Unter Bezugnahme von Spangler, Grossmann und Schieche (2002) schreibt Herbst (2012: 439), dass eine unfreiwillige Trennung oder eine plötzliche Abwesenheit der Bezugsperson über längere Zeit hinweg zu körperlichen Beschwerden und Stressfaktoren führen kann.

d) Die Bildung einer reziproken Beziehung (ab dem 3. Lebensjahr):

Das Kind ist darauf vorprogrammiert, dass es den Fokus auf die Eltern richtet, mit dem Ziel, Nähe zu erhalten (vgl. Holmes 2006: 99). Zudem knüpft es Kontakte mit weiteren Betreuungspersonen und erstellt eine deutliche Bindungshierarchie (vgl. Herbst 2012: 439). Mit zunehmender psychischer Komplexität und dem Spracherwerb versucht das Kind, Beziehungen aufzubauen und zu beeinflussen (vgl. Holmes 2006: 99).

Wie unterschiedlich sich die Bindungsbeziehung eines Kindes zu seiner primären Bezugsperson entwickeln kann, wird anhand der Bindungstypen, die John Bowlby in Zusammenarbeit mit Mary Ainsworth entwickelt hat, deutlich.

5.3 Bindungstypen nach Bowlby und Ainsworth

Mary Ainsworth entwickelte die Bindungstheorie in Zusammenarbeit mit John Bowlby weiter, indem sie die Versuchsanordnung «fremde Situation» entwarf und als Experiment durchführte (vgl. Holmes 2006: 128).

5.3.1 Die «fremde Situation»

Ainsworth untersuchte, wie Kinder im ersten Lebensjahr ihr Bindungs- und Explorationsverhalten in einer fremden und ungewohnten Umgebung ausüben (vgl. Grossmann/Grossmann 2003: 150). Dabei wurde in einem experimentellen Spielzimmer beobachtet, wie sich die Kinder verhalten, wenn eine fremde Person den Raum betritt und das Kind von seiner primären Bindungsperson getrennt wird (vgl. ebd.). Dann wurde die Reaktion des Kindes bei der Wiedererkennung der primären Bezugsperson bei deren Rückkehr nach der Trennung erfasst (vgl. ebd.). Es ging dabei darum, zu beobachten, inwiefern die Kinder ihre primäre Bindungsperson als sichere Basis betrachten (vgl. ebd.). Dabei wurden aufgrund der unterschiedlichen Reaktionen der Kinder vier Arten von Bindungstypen unterschieden: die sichere Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung, die unsicher-ambivalente Bindung und die desorientierte Bindung (vgl. Lang 2009: 4).

5.3.2 Vier Arten der Bindungen

- *Sichere Bindung*

Kinder mit einer sicheren Bindung suchten immer wieder den Blickkontakt zur Mutter und konnten bei einer Sicherstellung dieses Kontaktes die Umgebung mit den Spielzeugen weiter explorieren, ohne dabei Angst zu äussern (vgl. Lang 2009: 4). Als die Mutter rausging, zeigten die Kinder jedoch kein Interesse mehr am Spiel, sondern suchten nach ihrer Mutter oder fingen an zu weinen (vgl. ebd.). Bei der Rückkehr ihrer Mutter konnten sie rasch wieder getröstet werden, sodass sie sich wieder den Spielsachen widmen konnten (vgl. ebd.: 5).

Diese Kinder haben zu ihrer primären Bezugsperson Vertrauen entwickelt (vgl. ebd.). Sie wissen, dass diese in unangenehmen, von Angst und Stress geprägten Situationen verfügbar ist und eine sichere Basis bietet, indem sie dem Kind liebevolle Zuwendung und Feinfühligkeit entgegenbringt (vgl. Bowlby 2014: 101). Anhand dieser sicheren Basis zur Bindungsperson kann das Kind ein gesundes Selbstwertgefühl entwickeln und ist in der Lage, soziale Beziehungen zu knüpfen, schwierige Herausforderungen zu meistern und mit eigenen Gefühlen umzugehen (vgl. Bethke/Braukhane/Knobeloch 2009: 20).

- *Unsicher-vermeidende Bindung*

Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung zeigten während des Spielens und bei der Trennung von der Mutter vermeidendes Verhalten, d. h. sie zeigten sich unbeeindruckt vom Weggang der Bindungsperson. Gleichzeitig legten sie ein hohes Niveau an selbstständigem Verhalten an den Tag (vgl. Lang 2009: 5). So spielten sie weiter, ohne zu bemerken, dass ihre Bindungsperson nicht mehr anwesend ist und spielten auch, ohne zu zögern, mit fremden Menschen. Bei der Rückkehr der Mutter waren keine Reaktionen erkennbar (vgl. ebd.).

Auf den ersten Blick könnte man sagen, dass diese Kinder selbstständig sind (vgl. Lang 2009: 5). Anhand physiologischer Messungen wurde jedoch festgestellt, dass sie hohe Cortisolwerte aufwiesen, was nur bei Stress, also bei einer unsicheren Bindung, vorkommt. Zudem hatten sie eine erhöhte Herzfrequenz (vgl. ebd.). Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung haben früh gelernt, ihre Unsicherheit nicht nach aussen zu zeigen, da sie wissen, dass sie keine liebevolle Zuwendung und Nähe der Eltern erwarten können (vgl. ebd.: 6). In der Vergangenheit haben diese Kinder kaum Zuwendung von den Eltern erhalten oder diese als etwas Negatives erlebt. Nach aussen geben sie nicht zu erkennen, dass sie sich in einer schwierigen Lage befinden. Dadurch kann ihr Umfeld ihre Sorgen und Nöte oft nicht erkennen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass Kinder mit einer unsicher-vermeidende Bindung recht früh selbstständig werden, jedoch über ein mangelndes Selbstwertgefühl verfügen. Die unterdrückten Gefühle dieser Kinder haben schädigende Folgen auf ihre Entwicklung (vgl. ebd.).

- *Unsicher-ambivalente Bindung*

Diese Kinder zeigen ein ambivalentes Verhalten: Sie sind unsicher und haben Angst, im fremden Raum ihre primäre Bindungsperson zu verlieren (vgl. Lang 2009: 6). Sie fühlen sich unwohl und klammern sich an ihre primären Bezugspersonen (vgl. Bowlby 2014: 101). Weil Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindung unter Trennungsängsten leiden, haben sie einen mangelnden Explorationsdrang (vgl. ebd.). In der experimentellen Situation konnten die Mütter solcher Kinder kaum den Raum verlassen, weil sich das Kind an ihnen festhielt und protestierte (vgl. Lang 2009: 6). Bei der Rückkehr konnten die Mütter ihr Kind kaum beruhigen, weil es wütend und kaum zu trösten war (vgl. ebd.).

Diese Kinder haben von Seiten ihrer Bindungspersonen ein ambivalentes oder unvorhersehbares Verhalten erfahren. In bestimmten Situationen spendet die Bindungsperson einmal Trost, ein anderes Mal jedoch werden die Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen oder gar bestraft (vgl. ebd.). In der Folge sind diese Kinder stark an ihre Bindungsperson gebunden und erleben aufgrund ihrer ängstlichen Passivität selten Unabhängigkeit. Auch dieser Bindungstyp zeigt problematische Folgen auf die Entwicklung der Kinder (vgl. ebd.).

- *Desorientierte/desorganisierte Bindung*

Kinder mit einer desorientierten oder desorganisierten Bindung haben ein breites Spektrum an ambivalenten Verhaltensweisen erlebt (vgl. Lang 2009: 6). Oft ist dieser Bindungstyp eine Synthese der beiden oben genannten unsicheren Bindungen (vgl. ebd.: 6f.). Diese Kinder reagieren oft unvorhersehbar (vgl. ebd.: 7). Bei der Trennung von ihrer Bindungsperson spielen die Kinder glücklich weiter, werden jedoch bei der Rückkehr ihrer primären Bindungsperson wütend. Die Ursache für desorientierte Bindungen sind diverse psychische Beeinträchtigungen der Kinder. Sie haben zuhause negative Einflüsse, wie Misshandlungen, Vernachlässigung oder weitere Traumata, erlebt (vgl. ebd.) und entwickeln in der Folge merkwürdige Verhaltensauffälligkeiten und oft ein geringes Selbstwertgefühl (Zulauf-Logoz 2014: 298f.).

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit den primären Bindungspersonen entwickeln alle Kinder ein inneres Arbeitsmodell (Verhaltenskonzept), welches einen Einfluss auf ihre weiteren sozialen Beziehungen hat.

5.4 Inneres Arbeitsmodell

Im Folgenden wird zuerst auf die inneren Arbeitsmodelle von Kindern eingegangen und danach auf die der Erwachsenen übergeleitet.

5.4.1 Innere Arbeitsmodelle von Kindern

Die Bindungstheorie besagt, dass sich ein Kind aufgrund der Bindungserfahrungen zwischen ihm und seinen Bindungspersonen ein inneres Arbeitsmodell, sprich ein inneres Abbild von der Welt, macht (vgl. Holmes 2006: 100).

Kinder mit einer sicheren Bindung registrieren in ihrem internen Arbeitsmodell ihre Bindungsperson als feinfühlig sowie liebevoll und erachten ihr eigenes Ich als der Aufmerksamkeit und Zuwendung würdig (vgl. ebd.). Kinder mit unsicheren Bindungen speichern im internen Arbeitsmodell hingegen die Auffassung, dass die Umgebung gefährlich und bei der Beziehung zu anderen Menschen Vorsicht geboten ist. Sie fühlen sich oft nicht selbstwirksam und nicht liebenswürdig (vgl. ebd.).

Diese repräsentativen Annahmen, welche sich im ersten Lebensjahr festigen, beeinflussen alle anderen Beziehungen des jeweiligen Kindes (vgl. ebd.). Sie gelten als besonders prägend und sind durch spätere Bindungserfahrungen im Erwachsenenalter nur bedingt veränderbar (vgl. ebd.).

5.4.2 Innere Arbeitsmodelle bei Erwachsenen

Diese gespeicherten internen Arbeitsmodelle begleiten Menschen über den ganzen Lebenszyklus und werden auch oft an die nächste Generation weitergegeben (vgl. Holmes 2006: 103). Im Jugendalter bestehen die Bindungsmuster fort, aber auf weniger offensichtliche Weise als einst als Kleinkind (vgl. ebd.). Es erfolgt eine Ablösung von den Eltern hin zu einer Paarbindung, die als die erwachsene Art der Bindung betrachtet wird (vgl. ebd.). Die Partnerschaft kann dann eine sichere Basis bieten, welche eine Arbeitstätigkeit und ein Explorationsverhalten ermöglicht; die Paarbeziehung kann also auch eine Art Schutzhülle darstellen (vgl. ebd.).

Die gespeicherten internen Arbeitsmodelle des Bindungssystems spielen indirekt auch bei der Auswahl des Partners oder der Partnerin eine Rolle (vgl. ebd.: 104). So wurde in Untersuchungen ersichtlich, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien oftmals einen Partner oder eine Partnerin auswählen, welche/r ebenfalls eine Suchtproblematik aufweist (vgl. Greiving 2007: 5) und dieselben Muster wie der alkoholabhängige Elternteil zeigt (vgl. ebd.: 6).

Im folgenden Kapitel wird die Bindungstheorie mit den Merkmalen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien verknüpft und dabei die Unterschiede sowie gemeinsamen Defizite verdeutlicht.

5.5 Bindungstheorie in Verbindung mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Zu Kindern aus alkoholbelasteten Familien liegt keine spezifische Literatur im Zusammenhang mit der Bindungstheorie vor. Aufgrund der oben erfolgten Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie fallen bezüglich der Lebenssituation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien jedoch folgende wichtigen Unterschiede zu Kindern mit einer sicheren Bindung auf:

- *Schutz oder Angst*

Kinder mit einer sicheren Bindung wissen, dass ihnen die Bindungsperson in bedrohlichen Situationen zur Seite steht sowie Schutz und Sicherheit gewährt (vgl. Bowlby 2014: 101). Daraus kann geschlossen werden, dass die Kinder ihr Zuhause als sicheren Hafen respektive Ort erleben (vgl. ebd.). Laut Greiving (2007: 15) haben Kinder aus alkoholbelasteten Familien hingegen Angst nach Hause zu gehen, weil sie nicht wissen, in welcher Stimmungslage sich der konsumierende Elternteil gerade befindet.

- *Kindliche Bedürfnisse oder Bedürfnisse von Erwachsenen*

Sicher gebundene Kinder können ihre kindlichen Bedürfnisse und Explorationsbedürfnisse ausleben (vgl. Lang 2009: 4). In alkoholbelasteten Familien stehen jedoch die Bedürfnisse des

alkoholbelasteten Elternteils im Zentrum, sodass die Kinder ihre eigenen Bedürfnisse unterordnen müssen (vgl. Greiving 2007: 25).

- *Gefühle ausdrücken oder Gefühle unterdrücken (emotionale Geborgenheit)*

Wie bereits im Kapitel 5.3.2 erwähnt, wissen sicher gebundene Kinder, dass sie ihre Gefühle ausdrücken können und die primäre Bindungsperson diese auch richtig interpretiert sowie angemessen darauf reagiert (vgl. Lang 2009: 5). Dies ist bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien oft nicht der Fall: Es gilt die Familienregel, Gefühle zu unterdrücken und Probleme nicht offen zu zeigen (vgl. Greiving 2007: 24). Bei langanhaltender Unterdrückung kann dies sogar dazu führen, dass betroffene Kinder nicht mehr wissen, wie man Gefühle ausdrücken kann und wie sich positive Gefühle anfühlen (vgl. ebd.).

- *Zuwendung oder Ablehnung (feinfühliges Fürsorge)*

Kinder mit einer sicheren Bindung erhalten sowohl in guten als auch in schwierigen Zeiten von der primären Elternperson Zuwendung und Nähe (vgl. Bowlby 2014: 101). Kinder aus alkoholbelasteten Familien hingegen lernen sehr früh, dass sie ihren Eltern wegen deren inkonsequenter Erziehungshaltung nicht vertrauen können und von ihren Eltern oft keine Zuwendung erhalten (vgl. Greiving 2007: 19).

Aus der theoretischen Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie kann also abgeleitet werden, dass sicher gebundene Kinder aufgrund der fürsorglichen Zuwendung der primären Bezugsperson und der Förderung ihrer Entwicklung in der Lage sind, Probleme zu bewältigen, soziale Vernetzungen zu knüpfen und einen guten Selbstwert aufzubauen (vgl. Bethke et al. 2009: 20). Hingegen sind Kinder aus alkoholbelasteten Familien aufgrund der mangelnden oder willkürlichen Zuwendung und Förderung durch die Eltern in diversen Bereichen benachteiligt. Unter Bezugnahme auf Sroufe et al. (2005) schreibt Aichinger (2011: 147), dass aufgrund der unzureichenden Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse betroffene Kinder meist eine unsichere oder desorientierte Bindung aufweisen, welche negative Auswirkungen auf ihre spätere Entwicklung zur Folge hat. Diese Kinder benötigen also Schutz, Geborgenheit und Sicherheit, um ihre kindlichen Bedürfnisse beziehungsweise ihren Explorationsdrang auszuleben und sich auf die Menschen in ihrer Umgebung verlassen zu können (vgl. Greiving 2007: 22).

Wie schon erwähnt, zeigen teilweise jedoch auch Kinder mit unsicheren Bindungsmustern in ihrem späteren Leben eine erstaunliche Widerstandsfähigkeit. Im folgenden Kapitel wird in diesem Zusammenhang das Konzept der Resilienz vorgestellt.

6. Resilienz und Resilienzförderung

Zu Beginn dieses Kapitels wird der Begriff Resilienz definiert sowie auf die Funktion von Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen. Auf dieser Grundlage wird das Challenge-Modell dargestellt und auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien bezogen.

6.1 Was ist Resilienz?

Der Begriff «Resilienz» stammt aus dem englischen «resilience», was als «Widerstandsfähigkeit» übersetzt werden kann (vgl. Wustmann 2015: 18). Widerstandsfähigkeit kann als psychische und körperliche Stärke definiert werden, um herausfordernden Situationen standzuhalten und diese bewältigen zu können (vgl. ebd.). Die Grundaussage des Resilienzkonzepts lautet, dass Personen, egal ob Kind oder Erwachsene, angesichts von belastenden Lebensumständen, welche ihre biologische, psychologische und psychosoziale Entwicklung gefährden, eine psychische Widerstandsfähigkeit entwickeln (vgl. ebd.). In Bezug auf die vorliegende Arbeit liegt der Fokus darauf, wie Kinder belastende Lebenslagen erfolgreich bewältigen und dadurch eine Stressresistenz, als Synonym für Resilienz, aufbauen können.

Das Resilienzkonzept legt seinen Fokus grundsätzlich nicht auf Defizite, sondern orientiert sich an den vorhandenen Ressourcen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 12). Bei der Resilienzförderung wird versucht, die Ressourcen eines Menschen zu aktivieren und die erfolgreiche Bewältigung von schwierigen Situationen durch soziale Unterstützung zu ermöglichen (vgl. ebd.). In Bezug auf Kinder geht es also nicht darum, die Problematik zu ignorieren, sondern die Kompetenzen und Ressourcen eines Kindes zu fördern, damit es mit den belastenden Situationen besser umzugehen lernt (vgl. ebd.: 13). Dieser Ansatz hilft Kindern, frühzeitig und gezielt Bewältigungsstrategien und Kompetenzen zu entwickeln (vgl. ebd.). Die Resilienz dient also nicht nur dazu, auf individueller Ebene Ressourcen zu gewinnen, sondern auch an soziale Schutzfaktoren, sprich soziale Ressourcen, zu gelangen (vgl. ebd.: 11).

Der Ansatz der Resilienz bezieht das Salutogenese-Modell mit ein (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 15), wobei der Fokus auf die Ressourcen und Schutzfaktoren von Individuen gelegt wird (vgl. ebd.: 14). Während die Salutogenese auf die Erhaltung der Gesundheit abzielt, strebt das Resilienzkonzept eine positive Anpassung und Bewältigung an (vgl. ebd.). Bezüglich der Kinder aus alkoholbelasteten Familien ist es demnach entscheidend zu wissen, welche personellen und sozialen Ressourcen als Schutzfaktoren vorhanden sind, um stressreiche Lebenslagen erfolgreich bewältigen zu können (vgl. Aichinger 2011: 150). Im Folgenden werden daher die zentralen Schutz- und Risikofaktoren von Kindern aus alkoholbelasteten Familien näher betrachtet.

6.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Wenn bestimmte Merkmale oder Lebensbedingungen die kindliche Entfaltung bedrohen und damit zu einer Beeinträchtigung oder seelischen Störungen beitragen könnten, wird von Risikofaktoren gesprochen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 21). Dabei unterscheiden Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2015: 21) unter Bezugnahme auf Laucht et al. (2000), Petermann et al. und Wustmann (2004) zwischen *Vulnerabilitätsfaktoren*, welche die biologischen und psychologischen Aspekte eines Kindes ins Zentrum stellen und *Risikofaktoren*, die den Fokus auf das psychosoziale Umfeld eines Kindes legen. Der Unterschied liegt darin, dass Vulnerabilitätsfaktoren weniger auf die Entwicklung des Kindes einwirken als Risikofaktoren, welche die Entwicklungsverläufe, insbesondere die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung, massiv gefährden können (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 21).

In Bezug auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind häufig folgende schädigende Faktoren feststellbar.

Vulnerabilitätsfaktoren:

- «unsichere Bindungsorganisation
- geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anpassung und Entspannung» (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 22)
-

Risikofaktoren:

- «Alkoholproblematik der Eltern
- psychische Störung oder Erkrankung eines Elternteils beziehungsweise beider Elternteile
- inkonsequentes Erziehungsverhalten der Eltern
- soziale Isolation der Familie
- Ablehnung durch Gleichaltrige» (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015: 23)

Basierend auf dieser Auflistung ist aus der Sicht der Verfasserin klar erkennbar, dass der alkoholbelastete Elternteil eine Gefährdung, das heisst einen Risikofaktor für die Entwicklung seiner Kinder, darstellt. Wie schon erwähnt, haben die Kinder aus alkoholbelasteten Familien dementsprechend ein grosses Risiko, selbst ein Alkoholproblem zu entwickeln.

Ein Drittel der betroffenen Kinder zeigt jedoch dank vorhandenen Schutzfaktoren eine gesunde psychische und soziale Entwicklung (vgl. Prävention 2015: 1). Hierbei verstehen Wustmann (2015: 44) unter Bezugnahme auf Rutter (2000) unter Schutzfaktoren psychologische Eigenschaften des Kindes und des sozialen Umfelds, welche das Auftreten von psychischen Störungen vermindern. Mit anderen Worten: Schutzfaktoren üben eine positive Auswirkung auf die Entwicklung aus, obwohl eine gefährdende Lebenslage vorliegt. Wustmann (2015: 46f.)

schreibt unter Bezugnahme auf Petermann, Scheithauer et al. (2000), dass Schutzfaktoren in drei Gruppen unterteilt werden können und zwar kindbezogene Faktoren, umgebungsbezogene Faktoren und Resilienzfaktoren:

- Kindbezogene Faktoren: positive temperamentvolle Fähigkeiten, welche das Kind von Geburt an aufweist (vgl. ebd.).
- Umgebungsbezogene Faktoren: positive Gegebenheiten aufgrund des sozialen Umfelds des Kindes (vgl. ebd.).

Da in dieser Arbeit der Fokus auf den Resilienzfaktoren liegt, werden diese nachfolgend genauer erläutert.

6.3 Resilienzfaktoren

Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2015: 41) verstehen unter Bezugnahme auf Wustmann (2004) unter Resilienzfaktoren Fähigkeiten, welche ein Kind in der Auseinandersetzung mit der Umwelt erwirbt und die ihm helfen, die altersgerechten Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Lebenslage erfolgreich zu bewältigen. Aufgrund der empirischen Forschung können Kompetenzen genannt werden, welche Kinder benötigen, um Belastungssituationen zu meistern. Diese lassen sich in sechs Bereiche zusammenfassen:

- *Selbstwahrnehmung*: In der Lage sein, eigene Gefühle und Emotionen wahrzunehmen und damit soziale Beziehungen zu bilden (vgl. ebd.: 44.).
- *Selbstwirksamkeit*: An die eigenen Fähigkeiten glauben und eigene Handlungsstrategien entwickeln, um Ziele zu erreichen und Hindernisse zu überwinden (vgl. ebd.: 46).
- *Selbststeuerung*: In der Lage sein, die eigenen Gefühlszustände in unterschiedlichen Belastungssituationen zu regulieren (vgl. ebd.: 49).
- *Soziale Kompetenz*: In der Lage sein, Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen (ebd.: 50f.). Diese Kompetenz wird von verschiedenen Merkmalen beeinflusst, wie den bisherigen Erfahrungen des Kindes, seinem Alter, der Bedeutung von sozialen Gruppen, in welchen es aufgewachsen ist sowie den dort geltenden Normen (vgl. ebd.). Des Weiteren fließen bei dieser Kompetenz auch die Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung und das Selbstwertgefühl des Kindes mit ein (vgl. ebd.:51). Wenn Kinder ein mangelndes Selbstwertgefühl haben, beeinträchtigt dieses ihre Handlungsstrategien in den sozialen Lebenssituationen (vgl. ebd.). Sozialkompetente Kinder sind in der Lage Situationen wahrzunehmen und die erhaltenen Informationen zu verarbeiten. Dazu gehören emotionale Kompetenzen, um die eigenen Gefühle wahrzunehmen und diese zur Sprache zu bringen. Durch Empathie können sie die Gefühle anderer wahrnehmen und angemessen darauf reagieren

können (vgl. ebd.). Anhang von Selbstreflexion können die eigenen Bedürfnisse wahrgenommen und durch Kommunikation zur Sprache gebracht und durchgesetzt werden können (vgl. ebd.: 51f.).

- *Problemlösefähigkeit*: Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2015: 54) meinen unter Bezugnahme von Leutner et al. (2005), dass belastete Kinder in der Lage sein müssen, sich gedanklich mit komplexen Problematiken auseinanderzusetzen, sie zu verstehen und durch bestehendes Wissen über Handlungsstrategien Lösungen der Problematik zu finden und umzusetzen (vgl. ebd.).
- *Adaptive Bewältigungskompetenz*: Einschätzen können, ob eine Situation bewältigbar ist sowie Kennen der eigenen Grenzen (vgl. ebd.: 52). Die betroffenen Kinder kennen Bewältigungsstrategien und können diese situationsgerecht anwenden (vgl. ebd.). Sie wissen Bescheid, wo sie, wenn nötig, Hilfe holen können und sind in der Lage, ihre Situation zu reflektieren und zu beurteilen (vgl. ebd.).

Zobel (2017: 55f.) sagt in Anlehnung an Wolin und Wolin (1995), dass Wolins diese Erkenntnisse mit der spezifischen Lebenslage von Kindern aus alkoholbelasteten Familien verknüpft und hierzu das sogenannte Challenge-Modell entwickelt haben. Dieses Modell benennt Resilienzfaktoren, die Kinder aus alkoholbelasteten Familien benötigen, wobei die obengenannten sechs Kompetenzbereiche miteinfließen (vgl. ebd.). Für die vorliegende Arbeit sind die Resilienzfaktoren gemäss dem Challenge-Modell besonders relevant, da sie sich spezifisch auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien beziehen.

6.4 Challenge-Modell

Zobel (2017: 55) schreibt unter Bezugnahme auf Wolin und Wolin (1995), dass es bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien zwei differente Handlungsweisen gibt. Die individuelle Einstellung und subjektive Empfindung des Kindes gegenüber den aversiven Lebensumständen spielen für die individuelle Weiterentwicklung eine zentrale Rolle (Zobel 2017: 55, unter Bezugnahme auf Kagan 1984). Kinder, welche die aversiven Lebensumstände als Herausforderung (Challenge) sehen, bewältigen diese, indem sie Stärken und Resilienz ausbilden. Bei Kindern, welche die Lebensumstände als eine Bedrohung wahrnehmen, ist das Risiko für eine Entwicklungsstörung hingegen viel grösser (vgl. Zobel 2017: 55). Wenn betroffene Kinder den Grund für die Alkoholproblematik ihrer Eltern ihrem eigenen Verhalten zuschreiben und sich mitschuldig fühlen, hat dies zudem einen negativen Einfluss auf das Selbstkonzept des Kindes (vgl. ebd.). Aus diesem Grund ist es wichtig, die Resilienz von betroffenen Kindern zu unterstützen (vgl. ebd.: 56). Zobel (2017: 56) führt unter Bezugnahme auf Wolin und Wolin (1995) aus, dass das «Challenge-Modell» sieben spezifische Resilienzfaktoren beinhaltet, mit denen

sich von einer familiären Alkoholbelastung betroffene Kinder vor den bedrohlichen Auswirkungen schützen können. Im Nachfolgenden werden diese zentralen Resilienzfaktoren genauer umschrieben und mit den spezifischen Lebenssituationen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien in Verbindung gebracht.

- *Einsicht*

Im Kapitel 4.1.1 wurde bereits beschrieben, dass in alkoholbelasteten Familien unter anderem oft die Regel herrscht, im Umfeld nicht über den Alkoholkonsum zu sprechen (vgl. Greiving 2007: 23). Die Kinder kommunizieren also nach aussen, dass alles in Ordnung ist und gehorchen der Familienregel, die besagt, dass alles so bleiben muss, wie es ist (vgl. ebd.: 26).

Durch Einsicht lernt das Kind, die Zusammenhänge innerhalb der Familie besser verstehen (vgl. Zobel 2017: 56f.). Es entwickelt das Verständnis, dass es an der Dysfunktionalität der Familie, respektive der Alkoholproblematik eines Elternteils oder beider Eltern, keine Schuld trägt (vgl. ebd.). Zudem lernt es zu erkennen, dass zuhause gar nicht alles in Ordnung ist, wie die Eltern behaupten. Dieses Umdenken geschieht vor allem durch Kontakte mit Drittpersonen, wie Verwandten oder Freunden (vgl. ebd.). Dabei ist es zentral, dass sich die Kinder, zum Beispiel anhand von Bilderbüchern, ein altersgerechtes Wissen über die Alkoholproblematik und deren Auswirkungen auf die ganze Familie aneignen können (vgl. ebd.). Durch diesen Wissenserwerb soll das Kind in der Lage sein, die bedrohliche Situation zuhause besser zu verstehen (vgl. ebd.).

- *Unabhängigkeit*

Viele betroffene Kinder fühlen sich verpflichtet, für ihre Eltern da zu sein und sich um sie zu kümmern. Dafür rücken sie ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund (vgl. Greiving 2007: 19). Eine gewisse Unabhängigkeit unterstützt die Kinder darin, ihre eigenen Bedürfnisse vermehrt in den Vordergrund zu stellen. Es geht darum, dass sie sowohl auf emotionaler als auch auf physischer Ebene Distanz zu ihrem Zuhause aufbauen und auch ausserhalb Kontakte knüpfen (vgl. Zobel 2017: 57). Der Aufbau von stabilen und tragfähigen Verhältnissen in der Aussenwelt wirkt sich positiv auf die Entwicklung des Kindes aus (vgl. ebd.). Aufgrund dieser positiven Erfahrung kann es eine innere Unabhängigkeit aufbauen und verstehen lernen, dass es die Möglichkeit hat, von zuhause wegzugehen und ein selbständiges Leben zu führen, ohne sich um die Eltern kümmern zu müssen (vgl. ebd.). Das Kind kann lernen, mit dem Anschluss an eine Gruppe ausserhalb der Familie und der Freizeitgestaltung mit Gleichaltrigen gesunde soziale Beziehungen zu leben (vgl. ebd.).

- *Beziehungsfähigkeit*

In vielen Fällen schämen sich die Kinder für ihre Eltern, haben daher kaum soziale Kontakte in der Aussenwelt und leben zurückgezogen (vgl. Greiving 2007: 14). Aufgrund der familiären

Konfliktsituation sind sie oft nicht in der Lage, altersentsprechende Bindungen zu knüpfen (vgl. ebd.: 17).

Um dieser Isolation entgegenzuwirken, ist es zentral, dass die betroffenen Kinder in ihrer Beziehungsfähigkeit, das heisst in ihren sozialen Kompetenzen, gefördert werden. Sie sollen Beziehungen mit Drittpersonen knüpfen und die Erfahrung machen können, dass die Atmosphäre in anderen Familien anders ist und dort auch andere Regeln gelten (vgl. Zobel 2017: 57). Sie können wahrnehmen, dass andere Eltern ihren Kindern Wertschätzung entgegenbringen und Interesse für sie zeigen (vgl. ebd.). Durch die Stärkung ihrer Beziehungsfähigkeit können sie zudem lernen, dass nicht in jeder Familie der Alkohol im Zentrum steht und die kindlichen Bedürfnisse übergangen werden (vgl. ebd.: 58). Durch den Einblick in die Lebensweise anderer Familien können diese Kinder ihre eigene Familie kritischer betrachten und versuchen, im Zuge dessen vermehrt Bindungen nach aussen herzustellen und dadurch positive Erfahrungen zu sammeln (vgl. ebd.). Sie sehen ihre Eltern und deren Alkoholproblem nicht mehr als Vorbild, sondern betrachten diese kritisch und erstellen ein eigenes Idealbild von Familie (vgl. ebd.)

- *Initiative*

Aichinger (2011: 147) postuliert unter Bezugnahme auf Sroufe et al. (2005), dass viele Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein unsicheres bis desorientiertes Bindungsverhalten aufzeigen. Dies bedeutet, dass die betroffenen Kinder oft nicht oder nur mangelhaft in ihrem Explorationsdrang gefördert wurden, weil die Eltern nicht angemessen auf die Reaktion des Kindes eingehen konnten (vgl. ebd.). Es ist deshalb notwendig, dass die Initiative dieser Kinder gefördert wird (vgl. Zobel 2017: 58). Sie sollen Explorationserfahrungen im Umfeld sammeln, um die eigene Selbstwirksamkeit wahrzunehmen (vgl. ebd.). Anhand solcher Erfahrungen lernen sie zudem, welche Auslöser und Wirkungen eine Tätigkeit hat, dass es in unserer Gesellschaft erlaubt ist, Fehler zu machen und sie aus gemachten Fehlern lernen können (vgl. ebd.). Hier sind also die Kompetenzbereiche Problemlösefähigkeit, Bewältigungskompetenz und Selbstwirksamkeit gefragt.

- *Kreativität*

Eine weitere spezifische Familienregel von alkoholbelasteten Familien gibt vor, die eigenen Gefühle nicht zu zeigen, sondern diese zu unterdrücken. So lernen die Kinder jedoch kaum, Gefühle wahrnehmen und auszudrücken (vgl. Greiving 2007: 24).

Genau dies können durch die Förderung ihrer Kreativität gelernt werden. Die Kinder lernen durch kreative Spiele, Gefühle zu empfinden und auszudrücken. Die Kreativität soll die betroffenen Kinder zudem vom familiären Alltag ablenken und ihnen ermöglichen, Neues und Besonderes zu kreieren (vgl. Zobel 2017: 58). Hierbei werden die Kompetenzbereiche der Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung gefördert.

- *Humor*

Da die häusliche Atmosphäre in alkoholbelasteten Familien meistens nicht sehr lustvoll ist, müssen diese Kinder Humor oft erst erlernen (vgl. Zobel 2017: 58). Meist haben sie aufgrund der angespannten Situation zuhause noch kaum Erfahrungen mit Humor gesammelt. Es ist daher notwendig, dass die betroffenen Kinder auf unterschiedliche Art und Weise lernen, Humor zu verstehen, auszudrücken und zu lachen. Humor hat also eine psychohygienische Wirkung, welche das Kind dazu bringt, im Leben nicht immer alles ernst zu betrachten und auch mal lustvoll zu sein (vgl. ebd.).

- *Moral*

Kinder aus alkoholbelasteten Familien müssen zudem lernen zu differenzieren, welches Verhalten von der Gesellschaft als gut und welches als schlecht erachtet wird (vgl. Zobel 2017: 59). Dies stellt eine Herausforderung dar, da der alkoholbelastete Elternteil diesbezüglich meist eine ambivalente Haltung aufweist und die Kinder daher oft nicht wissen, welches Verhalten akzeptabel ist und welches nicht (vgl. ebd.). Zuhause kann - je nach Stimmungslage - dieselbe Tätigkeit an einem Tag gutgeheissen und am nächsten Tag verurteilt werden (vgl. ebd.). Mit dem Erlernen von moralischen Grundsätzen, sei es in Beziehungen mit anderen Kindern, Lehrpersonen oder weiteren Drittpersonen, lernen die Kinder die moralischen Grundsätze und Haltungen in der Gesellschaft kennen (vgl. ebd.).

Aufgrund der erfolgten Darstellung der Bindungstheorie und des Resilienzkonzepts werden im folgenden Kapitel die wichtigsten Erkenntnisse aus beiden Theorien zusammengefasst, um darauf basierend Handlungsmöglichkeiten in der Früherkennung und -intervention für Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu erarbeiten.

7. Früherkennung und Frühintervention bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien

In diesem Kapitel werden zuerst die rechtlichen Grundlagen bezüglich der Kinderrechte und danach die Begriffe Früherkennung und -intervention erläutert. Abschliessend werden Handlungsempfehlungen für den Bereich der Früherkennung und -intervention erarbeitet.

7.1 Rechtliche Grundlagen

Verschiedene rechtliche Grundlagen nehmen spezifisch auf die Rechte der Kinder Bezug. Im Folgenden steht der Artikel 19 der UN-Kinderrechtskonvention im Zentrum, welcher von der Schweiz ratifiziert wurde und bezüglich der Thematik dieser Arbeit von Belang ist. Er besagt,

dass Kinder vor jeder Art von Gewaltanwendung (wie psychischer oder körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung) geschützt werden und zudem Strategien beziehungsweise Massnahmen entwickelt werden sollen, um die frühzeitige Erkennung einer Kindeswohlgefährdung zu ermöglichen (vgl. Kinderrechtskonvention 2016: 8).

In Zusammenhang mit dieser Arbeit wurde bereits in den Kapiteln 4.2.4 erwähnt, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufiger psychische oder körperliche Misshandlung sowie Vernachlässigung erleben als Kinder aus Familien, die nicht alkoholbelastet sind. Um das Wohl und den Schutz dieser Kinder zu gewährleisten sowie Misshandlungen und Vernachlässigungen präventiv zu vermeiden, sind daher Möglichkeiten der Früherkennung und -intervention zentral und unumgänglich. Somit sind die Professionellen der Sozialen Arbeit verpflichtet, frühzeitig Massnahmen gegen schädigenden Umgang mit Kindern zu ergreifen und sich so für soziale Gerechtigkeit sowie die Rechte und Würde der Kinder einzusetzen (vgl. Avenir Social 2010: 10).

Um ein besseres Verständnis der Früherkennung und -intervention zu ermöglichen, werden die beiden Begriffe zu Beginn des nächsten Unterkapitels geklärt und definiert.

7.2 Früherkennung und Frühintervention

Gemäss der nationalen Charta (2016: o. S.) wird unter *Früherkennung* verstanden, Verhaltensauffälligkeiten und schwierige Lebenslagen frühzeitig zu erkennen und dabei das Ausmass einer Gefährdung einzuschätzen. Die Früherkennung setzt sich insbesondere für das Umfeld und die individuellen Risiken, auffällige Verhaltensweise zu entwickeln, ein (vgl. ebd.). In Bezug auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien liegt die grösste Herausforderung darin, die betroffenen Kinder zu erreichen (vgl. Brunner 2011: 8). Wie zu Beginn der Arbeit erwähnt, stellen die Tabuisierung in der Gesellschaft und der Fakt, dass viele betroffene Kinder ihre schwierige Situation nach aussen hin nicht thematisieren, eine Schwierigkeit bei der Erreichbarkeit dieser Kinder dar (vgl. ebd.).

Die *Frühintervention* verfolgt hingegen das Ziel, dem bereits als gefährdet erkannten Individuum und dessen sozialer Umgebung eine passende Hilfeleistung zu geben, damit es die Situation bestmöglich bewältigen kann. Solche Interventionen können in Form von Begleitung, Beratung und/oder Behandlung erfolgen (vgl. Charta 2016: o. S.). Deren Ziel ist, die individuellen und sozialen Ressourcen zu aktivieren und zu fördern sowie gleichzeitig die Risiken mindern (vgl. ebd.). Im Zusammenhang mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien wird im Spezifischen versucht, einer Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken, indem die Rechte der Kinder gestärkt werden. Es kann demnach festgehalten werden, dass sowohl die Früherkennung als auch die Frühintervention das Ziel verfolgen, betroffene Kinder frühzeitig zu erkennen, wahrzunehmen und ihnen adäquate Unterstützungen zu geben, um eine gesunde Entwicklung und die gesellschaftliche Integration zu gewährleisten (vgl. ebd.).

Früherkennung und -intervention finden im täglichen Leben im Rahmen der Schule oder auch in der Freizeit und Nachbarschaft statt (vgl. Bretscher 2017: 7). Da viele betroffene Kinder isoliert leben und keine Möglichkeit auf Freizeitgestaltung haben, stellt die Schule dafür den zentralen Ort dar (vgl. ebd.). Um im schulischen Rahmen die Früherkennung zu gewährleisten, sind sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Schule (vgl. Jenny 2017: 13) als auch die externe Vernetzung zu verstärken und zielführend einzusetzen (vgl. Rickenbacher 2017: 9). Bei der folgenden Erarbeitung von Handlungsempfehlungen steht daher die Schule mit der Schulsozialarbeit als zentrale sozialarbeiterische Anlaufstelle im Fokus.

7.3 Empfehlungen zu Früherkennung und Frühintervention

In der folgenden Abbildung 1 sind die wichtigsten Erkenntnisse respektive Faktoren aus der Bindungstheorie und der dem Challenge-Modell, welche in den Kapiteln 5 und 6 erarbeitet wurden, übersichtlich dargestellt. Die Abbildung dient als Orientierungshilfe, um darauf Handlungsempfehlungen für den Bereich Früherkennung und Frühintervention zu formulieren.

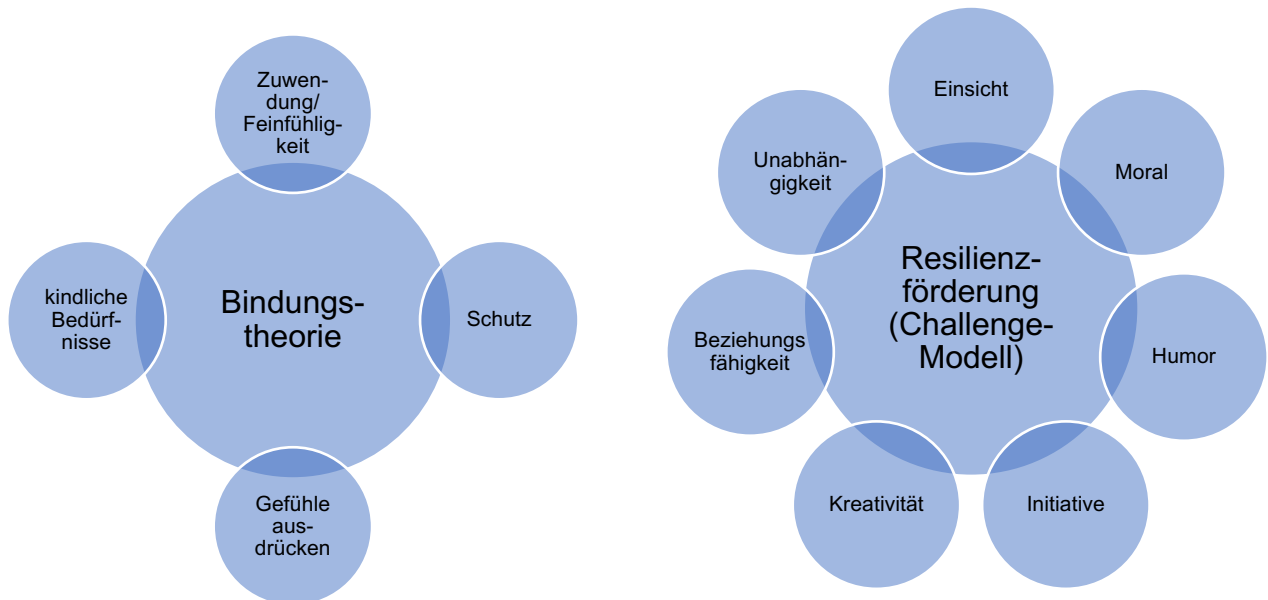


Abb. 1: Faktoren der Bindungstheorie und Resilienz nach Challenge-Modell (eigene Darstellung)

Die Handlungsempfehlungen für den sozialen Bereich lassen sich von den oben dargestellten Erkenntnissen aus der Bindungstheorie und dem Resilienzkonzept ableiten. Dabei werden die in der Grafik enthaltenen Begriffe kursiv erwähnt, um dem Leser und der Leserin die Verknüpfung mit den theoretischen Erkenntnissen zu erleichtern. Zudem wird eine Verknüpfung mit schon vorhandenen Unterstützungsangeboten hergestellt und Möglichkeiten aufgezeigt, wie Sozialarbeitende betroffene Kinder auf gesellschaftlicher, institutioneller und personeller Ebene unterstützen können. Zu Beginn werden Handlungsempfehlungen für den Bereich der Früherkennung erläutert, danach solche zur Frühintervention.

7.3.1 Handlungsempfehlungen für die Früherkennung von betroffenen Kindern

Empfehlung 1: Aufklärung und Informationsvermittlung

Rekapitulierte Ausgangslage:

Wie im Kapitel 6.4 erwähnt, ist es wichtig, dass Kinder früh erkennen, dass zuhause nicht alles in Ordnung ist (*Einsicht*). Dazu benötigen sie ein altersentsprechendes Verständnis dieser Thematik.

Empfehlung:

Schulsozialarbeitende können die Thematik im Rahmen der Schule bereits ab dem Kindergarten in das Schulkonzept aufnehmen und alle Kinder in einer altersadäquaten Sprache darüber aufklären. Zudem empfiehlt es sich, auch auf der gesellschaftlichen Ebene die Öffentlichkeit für diese Thematik noch mehr zu sensibilisieren.

Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis:

- a) Wie oben ausgeführt, können Schulsozialarbeitende die Alkoholthematik und deren Wirkung auf die Familie in das Schulkonzept aufnehmen. Für die diesbezügliche Aufklärung in Schulklassen ist es notwendig, altersadäquate Schulmaterialien zu verwenden, wie zum Beispiel das Buch «Bob – der Hund», welches für Kinder sehr gut geeignet ist (vgl. Sucht Schweiz 2016a: o. S.). Darin wird in Bildern vereinfacht erzählt, wie ein Hund bemerkt, dass mit dem Herrchen etwas nicht stimmt, der Hund die Schuld auf sich nimmt und am Schluss das Herrchen im Kampf gegen die Alkoholproblematik Hilfe bekommt (vgl. ebd.). Als weitere Methode kann, v.a. im Gespräch mit älteren Kindern, eine betroffene erwachsene Person eingeladen werden. Dies kann den Kindern helfen, deren Wahrnehmung, auch bezüglich des Umgangs mit der eigenen Familie, besser zu verstehen.

Solche Interventionen können durch Schulsozialarbeitende in verschiedenen Sequenzen und altersgerecht in professioneller Form (Klassenstunde, Projektwoche) umgesetzt werden. Diese Massnahme lässt sich mit dem Resilienzfaktor «*Einsicht*» verknüpfen: Das Kind lernt, dass in der Familie eine Dysfunktionalität besteht und dass nicht alles in Ordnung ist (vgl. Zobel 2017: 56).

- b) Im Rahmen der öffentlichen Sensibilisierungsarbeit kann durch die Enttabuisierung der Thematik auf gesellschaftlicher Ebene ein besserer Zugang zu betroffenen Kindern gewährleistet werden (vgl. Jenny 2017: 13). Die Kinder brauchen sich nicht vor Reaktionen zu fürchten und verlieren die Angst, vom «wahren» Zuhause zu erzählen. Sozialarbeitende können über verschiedene Kanäle, wie Infoveranstaltungen, Zeitungen und digitale Medien, auf die Lage von Kindern aus alkoholbelasteten Familien aufmerksam machen und aufzeigen, wie Aussenstehende betroffenen Kindern helfen können. Ausserdem könnten - auch in Schulen - Listen mit Anlaufstellen für Hilfesuchende verteilt und aufgelegt werden. Dies kann ebenfalls dem Resilienzfaktor «*Einsicht*» zugeordnet werden, da dadurch eine gesellschaftliche Sensibilisierung stattfindet, wodurch die Chance steigt, dass betroffene Kinder durch den Kontakt mit Drittpersonen ein Umdenken lernen (vgl. Zobel 2017: 56). Zudem wird das Leiden von betroffenen Kindern in einem sensibilisierten Umfeld auch schneller erkannt und thematisiert.

Empfehlung 2: Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung

Rekapitulierte Ausgangslage:

Wie in den Unterkapiteln 5.3 und 6.4 erwähnt, erhalten betroffene Kinder oft mangelnde Zuwendung und sind daher oft kaum in der Lage, soziale Beziehungen aufzubauen. Ausserdem vermitteln sie gegen aussen, dass alles in Ordnung sei, obwohl dies nicht der Fall ist. Da viele betroffene Kinder isoliert leben und keine Möglichkeit auf Freizeitaktivitäten haben, stellt die Schule einen besonders wichtigen Ort für die Früherkennung dar (vgl. Bretscher 2017: 7). Um im schulischen Rahmen die Früherkennung zu gewährleisten, sind sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Schule (vgl. Jenny 2017: 13) als auch die externe Vernetzung zu verstärken und zielführend einzusetzen (vgl. Rickenbacher 2017: 9).

Empfehlung:

Schulsozialarbeitende können im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit einerseits den vertrauensvollen Beziehungsaufbau (*Zuwendung und Schutz*) zu den Kindern fördern und andererseits auf der Handlungsebene bei erkannten Auffälligkeiten das interdisziplinäre Netz nutzen.

Wie im Kapitel 4 erwähnt, gibt es einige Merkmale, welche von einer familiären Alkoholproblematik betroffene Kinder charakterisieren. Auffällige Verhaltensweisen oder auch Erscheinungen wie zum Beispiel regelmässige Verschlafen, kein Znüni dabei oder schmutzige Kleider, sollen daher mit Achtsamkeit beobachtet und festgehalten werden. Bei wiederholtem Vorkommen sollten die Schwierigkeiten, die hinter den auffälligen Verhaltensweisen und Erscheinungen stehen, in interdisziplinärer Absprache und Zusammenarbeit angegangen werden.

Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis:

- a) In einer Schulklasse sind im Durchschnitt ein bis zwei Kinder oder Jugendliche, deren Eltern(-teile) von einem Suchtproblem oder einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Rickenbacher 2017: 8). Dabei nehmen nahestehende Personen - wie Lehrpersonen - dies zwar oft wahr, wissen jedoch nicht, wie sie handeln können und unternehmen daher oftmals nichts (vgl. Bretscher: 7). Um diesem Ohnmachtsgefühl entgegenzuwirken, muss das Thema in den Fortbildungsplan des Lehrpersonals der Schule aufgenommen werden. Suchtpräventionsstellen bieten Fortbildungskurse an, welche Fachpersonen, die mit diesbezüglich betroffenen Kindern zu tun haben, unterstützen (vgl. ebd.). Dabei wird unter anderem vermittelt, wie betroffene Personen (Kind oder Eltern) angesprochen werden können, zudem geht es auch um eine Sensibilisierung für die Thematik (vgl. ebd.). Rickenbacher (2017: 9f.) empfiehlt es, in interdisziplinärer Zusammenarbeit einen institutionellen Leitfaden zu erstellen, welcher die Haltungen, rechtlichen Aspekte, Zuständigkeiten und das Vorgehen aufzeigt (vgl. ebd.). Ein solcher schriftlicher Leitfaden kann für Lehrpersonen und Schulsozialarbeitende eine Sicherheit darstellen und ihnen dabei helfen, adäquat zu handeln (vgl. ebd.). Diese Massnahme lässt sich mit den Faktoren «Schutz» und «Zuwendung» resp. «Beziehungsfähigkeit» und «Unabhängigkeit» verknüpfen, da die betroffenen Kinder dadurch lernen, dass die Fachpersonen in bedrohlichen Zeiten an ihrer Seite stehen und ihnen helfen würden, so dass die betroffenen Kinder nicht alleine die Probleme lösen müssen (vgl. Bretscher 2017: 7).
- b) Ein weiterer Aspekt ist die Vernetzung mit relevanten Fachpersonen (vgl. Rickenbacher 2017: 9f.), wie ärztlichen Fachpersonen, Sozialarbeitenden, Lehrpersonen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Jugendarbeitenden. Das Ziel ist, dass diese ihre Erfahrungen gegenseitig austauschen, bestehende Angebote einbringen und Empfehlungen formulieren (vgl. ebd.). So können alle von bestehenden Angeboten profitieren und erhalten leichteren Zugang zu relevanten Informationen (vgl. ebd.). Sozialarbeitende können diese Vernetzungsarbeit fördern, indem sie aktiv auf Organisationen zugehen und Fachtreffen für einen Informationsaustausch organisieren. So kann es zum Beispiel darum gehen, dass Frauenärzte und -ärztinnen schwangere Frauen mit einem Alkoholproblem auf die Thematik ansprechen und bereits vor der Geburt notwendige Hilfeleistungen anbieten. Nur wenn

die involvierten Fachpersonen fachlich geschult und gut vernetzt sind, können sie den betroffenen Kindern adäquaten «Schutz» und «Unterstützung» gewährleisten.

7.3.2 Handlungsempfehlungen für die Frühintervention bei betroffenen Kindern

Empfehlung 3: Individuell angepasste Angebote für Kinder mit Einbezug der Eltern

Rekapitulierte Ausgangslage:

Wie bereits in Kapitel 4 ausgeführt, ist die Alkoholproblematik eine Familienkrankheit. Die Eltern können ihre Elternrolle, in welcher sie ihren Kindern Zuwendung und Schutz bieten sollten, nicht mehr genügend wahrnehmen. Da vor allem der Alkohol und die Bedürfnisse der Eltern im Mittelpunkt stehen, wurden betroffene Kinder früher als «vergessene Kinder» bezeichnet (vgl. Bretscher 2015: 4).

Empfehlung:

Sozialarbeitende können die Problematik als Ganzes erfassen, indem sie im Rahmen von Frühinterventionen die Eltern miteinbeziehen und auf das Kind angepasste Interventionsangebote erarbeiten.

Dabei ist es zentral, dass die Kinder nicht - wie früher - vergessen gehen, sondern dass das Wohl des Kindes im Fokus steht. Obwohl die meisten Eltern nur das Beste für ihre Kinder wollen, behaupten viele, ihre Kinder würden nichts merken oder sie selbst seien sich nicht bewusst gewesen, welche Auswirkung der Alkoholkonsum auf ihre Kinder hat (vgl. Klein/Moesgen/Bröning/Thomasius 2013: 10). Wenn die Eltern an der Intervention teilnehmen, ist die Chance grösser, dass betroffene Kinder von ihren Eltern wieder mehr Zuneigung «Zuwendung/Schutz» resp. «Beziehungsfähigkeit/Unabhängigkeit» erhalten, da diese durch die Intervention Bewusstsein für ihre Rolle als Eltern stärken und damit zu mehr Zuneigung führen. Wie schon im Kapitel 4.1.2 erwähnt, nehmen Kinder aus belasteten Familien unterschiedliche Rollen ein. Wie sich diese Rollen auf die Persönlichkeit des Kindes auswirken, wie stark die Kinder durch die Alkoholproblematik der Eltern beeinträchtigt werden und welche individuelle Unterstützung sie benötigen, kann nur im Rahmen einer individuellen Beratung abgeklärt werden. Eine weitere Empfehlung ist deshalb, möglichst individuelle, auf das Kind angepasste Interventionsangebote zu erarbeiten und die Eltern dabei miteinzubeziehen.

Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis:

- a) Bei einer Frühintervention ist es unumgänglich, die Eltern und Kinder als ein Gesamtsystem zu betrachten. Ein Beispiel hierzu bildet das Trampolin-Programm, welches Kinder

und Eltern gleichermaßen miteinbezieht. Unter Empfehlung 5 wird genauer darauf eingegangen.

Als sinnvoll ist zudem ein Case Management, welches sowohl die Kinder als auch die Eltern miteinbezieht und auf das Kind angepasste individuelle Hilfeleistungen ermöglicht. Das Case Management verfolgt das Ziel, betroffenen Personen und deren sozialem Umfeld bei der Bewältigung der vorhandenen Probleme Unterstützung zu bieten (vgl. Hofstetter 2008: 5). Dabei sollten alle Beteiligten gleichermaßen abgeholt und miteinbezogen werden, wodurch wiederum eine Basis von Gerechtigkeit, Sicherheit und Nachhaltigkeit geschaffen werden soll (vgl. ebd.). Damit ein Case Management umgesetzt werden kann, ist es notwendig, über ein institutionalisiertes Kooperationsmodell sowie methodisches Wissen in Bezug auf die zielorientierte Bearbeitung von multidimensionalen Lebensumständen zu verfügen (vgl. ebd.). Case Management ist ein Konzept, welches sich, speziell im Bereich Sozialwesen, Gesundheitswesen und im Versicherungsbereich, anhand einer koordinierten Vorgehensweise mit komplexen Problemsituationen beschäftigt (vgl. ebd.: 6). Die Dienstleistungen charakterisieren einen Prozess, welcher systematisch, kooperativ, zeitlich bestimmt und auf die individuelle Erwartung angepasst ist, um ein effektives und effizientes Resultat zu erhalten (vgl. ebd.).

Im Unterstützungsprozess wird zu Beginn ein *Assessment* durchgeführt, das heisst die Lage und der Bedarf des Betroffenen eingeschätzt (vgl. ebd.: 12). Im nächsten Schritt, der *Handlungsplanung*, werden Ziele und Handlungen für die Intervention mit den betroffenen Personen vereinbart (vgl. ebd.). In der *Umsetzungsphase* erfolgt dann ein Austausch mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, welche Interventionsmöglichkeiten anbieten (vgl. ebd.: 12f.). Ebenso muss die Entwicklung der betroffenen Personen immer wieder kontrolliert werden, um gegebenenfalls Korrekturen vornehmen zu können (vgl. ebd.). In der letzten Phase der *Evaluation* wird bewertet, ob die Ziele erreicht wurden oder ob weitere Massnahmen notwendig sind (vgl. ebd.: 13). Die Ergebnisse der individuellen Interventionen werden ins *Reporting* aufgenommen, welches zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems nützlich sein kann (vgl. ebd.).

In Bezug auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien kann so überprüft werden, ob aufgrund der Massnahme bei den betroffenen Kindern und/oder deren Eltern eine Veränderung festzustellen ist oder ob allenfalls weitere Massnahmen notwendig sind. Ausserdem übernimmt die Person der Case Managerin oder des Case Managers die Verantwortung für die Unterstützung eines Kindes (vgl. ebd.: 5). Im besten Fall kann es eine vertraute Beziehung zu dieser Case-Person aufbauen.

Auch diese Massnahme kann mit den Faktoren «Schutz» und «Zuwendung» resp. «Beziehungsfähigkeit» und «Unabhängigkeit» verknüpft werden. Das Kind erhält durch das Case Management individuelle Hilfeleistungen und kann über seine komplexen Probleme

offen reden. Zudem erhält es mit dem Case Manager oder der Case Managerin eine familienexterne Bezugsperson, der sie sich anvertrauen kann.

Empfehlung 4: Bedürfnisentfaltung

Rekapitulierte Ausgangslage:

Wie bereits im Unterkapitel 5.5 erwähnt, können betroffene Kinder ihre kindlichen Bedürfnisse teilweise nicht ausleben, weil diese von den Eltern nicht ernst genommen werden und daher in den Hintergrund geraten.

Empfehlungen:

Sozialarbeitende können Räume schaffen, in welchen die Kinder die Möglichkeit bekommen, wieder Kind zu sein und ihre Bedürfnisse wiederzufinden und auszuleben. Die Räume sollen niederschwellig und für alle Kinder zugänglich sein.

Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis:

- a) Gasser (2015: 8) beschreibt, dass es Kindern guttut, reguläre Aktivitäten ausserhalb der Familie zu besuchen (z. B. Pfadi), um gesunde Beziehungen zu Gleichaltrigen zu entwickeln und Isolation zu vermeiden. Die Autorin (vgl. ebd.) verweist auch darauf, dass gesunde Bezugspersonen aus dem Umfeld ein betroffenes Kind unterstützen können. Obwohl die betroffenen Kinder daran oft nur wenig Interesse zeigen, ist es zudem empfehlenswert, im Rahmen der Schule Freiräume zu schaffen und betroffenen Kindern den Zugang dazu zu vereinfachen und es ist umso wichtiger, die betroffenen Kinder dazu zu motivieren und Interesse zu reizen. Diese Massnahme verbessert die «*Beziehungsfähigkeit*» zu Gleichaltrigen. Zudem können die «*kindlichen Bedürfnisse*» ausgelebt werden, was der «*Kreativität*» und auch der Faktor «*Humor*» Raum gibt.
- b) Bretscher (2015: 6) unterstützt diese Aussage von Gasser und meint, dass unsichere Bindungsmuster verbessert werden können, indem betroffene Kinder stabile Beziehungen zu verlässlichen Bezugspersonen entwickeln. Durch die Nähe zu Bezugspersonen, wie pädagogischen Fachleuten oder Schulsozialarbeitenden, können betroffene Kinder erfahren, dass sie ihre Probleme nicht alleine bewältigen müssen und fachliche Hilfe beziehen können (vgl. Bretscher 2017: 7). Fridolin Herr (2015: 2) meint dazu, dass dies betroffenen Kindern auch dabei hilft, nicht selbst eine Suchtproblematik oder andere psychische Störungen zu entwickeln. Mit den fachlichen Bezugspersonen können die betroffenen Kinder offen über ihre Probleme reden, womit sie «*Zuwendung*» und «*Schutz*» erhalten, ihre «*Beziehungsfähigkeit*» und «*Unabhängigkeit*» entwickeln sowie ihre «*Gefühle ausdrücken*» können.

Empfehlung 5: Resilienzförderung nach Challenge-Modell

Rekapitulierte Ausgangslage:

Wie im Kapitel 6.4 dargestellt, ist es besonders wichtig, dass betroffene Kinder bezüglich der sieben Resilienzfaktoren des Challenge-Modells gestärkt werden, damit sie schwierige Situationen besser bewältigen können sprich widerstandsfähiger werden.

Empfehlung:

Sozialarbeitende können im Rahmen der Schule oder eines Freizeitangebots Gruppen(-unterricht) anbieten, welcher für alle oder nur für betroffene Kinder zugänglich ist und diese bezüglich der verschiedenen Resilienzfaktoren gemäss Challenge-Modell stärkt (*Einsicht, Moral, Humor, Initiative, Kreativität, Beziehungsfähigkeit, Unabhängigkeit*).

Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis:

Während der Recherche stiess die Verfasserin auf zwei Gruppenangebote, welche sich insbesondere für betroffene Kinder eignen:

- a) Laut Sucht Schweiz (2011: o. S.) kann die Selbsthilfegruppen (Alateen-Gruppen) eine angemessene Hilfeleistung für Kinder aus alkoholbelasteten Familien sein. Ein weltweit verbreitetes Selbsthilfeprogramm ist die Alateen-Gruppe, in der die Grundregeln der Anonymität und Vertraulichkeit gelten (vgl. Al-Anon: 2018: 6). In diesen Gruppen treffen sich Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Ziel dieser Gesprächsgruppe ist, den Kindern aufzuzeigen, dass der Alkohol in ihrem Leben nicht das Zentrale ist sowie zu versuchen, ihre Lebensqualität und Lebensfreude zu steigern (vgl. ebd.). Dieses Selbsthilfeprogramm kann den Kindern helfen, sich sinnvolle Strategien zur Bewältigung der durch Alkohol verursachten Schwierigkeiten anzueignen (vgl. ebd.).
- b) Das Trampolin-Programm: Zu den evidenzbasierten Präventionsprogrammen gehört zudem das Trampolin-Programm (vgl. Klein et al. 2013: 24). Diese Präventionsmassnahme baut auf aktuellen Erkenntnissen aus der Präventions- und Interventionsforschung sowie den Praxiserfahrungen auf, welche durchgeführt und evaluiert wurden (vgl. ebd.: 9). Dieses Programm wurde speziell für suchtblastete Kinder entwickelt und eignet sich für die Altersgruppe von 8 bis 12-jährigen Kindern (vgl. ebd.: 25). Ziel dieses Programms ist, dass sich die betroffenen Kinder Wissen zur Suchthematik aneignen, womit ihre psychische Belastung reduziert werden soll (vgl. ebd.: 10). Das Programm stützt sich vor allem auf die Grundlagen der Resilienz (vgl. ebd.: 16): Die Kinder lernen effektive Stressbewältigungsstrategien, zudem werden ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwirksamkeit gestärkt (vgl. ebd.: 10). Das Trampolin-Programm ist zeitlich begrenzt und besteht aus neun wöchentlichen Kinder-Gruppenstunden.

Parallel dazu gibt es zwei Eltern-Module, welche zu Beginn und am Ende des Programms stattfinden (vgl. Klein et al. 2013: 27). Jedes Modul nimmt einen inhaltlichen Schwerpunkt auf (vgl. ebd.: 11) – sie sind in der Tabelle 2 im Anhang dargestellt. Durch die Eltern-Module werden die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz gefördert, was wiederum ihren Selbstwert aufbaut (vgl. ebd.: 10). Klein et al. (2013: 10) meint in Anlehnung an Sack und Thomasius (2004), dass die Eltern so lernen, welche Auswirkungen die Alkoholproblematik auf ihre Kinder haben kann, da dies oftmals nicht wahrgenommen oder geleugnet wird. Eine Wirksamkeitsstudie kam zum Schluss, dass Kinder, die an diesem Programm teilgenommen hatten, psychisch weniger belastet waren und über ein besseres Verständnis der elterlichen Abhängigkeit verfügten (vgl. Klein et al. 2013: 39). Ebenso zeigte sich ein positiver Effekt auf die Eltern (vgl. ebd.: 40).

Beide Modelle können mit allen Resilienzfaktoren verknüpft werden, sprechen jedoch im Spezifischen den Resilienzfaktor «*Initiative*» an: Wie bereits Zobel (2017: 58) erwähnte, lernen die Kinder Handlungsstrategien zu entwickeln, um die herausfordernden Situation bewältigen zu können und ihr Leben positiv zu gestalten. Es wäre vorstellbar, ähnlich gestaltete Gruppen im Rahmen der Schule oder der Jugendarbeit als freiwilliges Freizeitangebot anzubieten. Allerdings wären die Grundregeln der Anonymität und Vertraulichkeit wohl schwierig umzusetzen, sodass sich die Frage stellt, ob bezüglich solcher Angebote nicht eine externe Stelle beigezogen werden sollte. Im Hinblick auf die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit könnte die Schaffung von unterstützenden externen Beratungs- und Gruppenangeboten eine Kernaufgabe sein. Grundsätzlich stellt sich die Frage, welche Chancen und Grenzen die Soziale Arbeit in der Arbeit mit alkoholbelasteten Familien sieht.

8. Chancen und Grenzen der Sozialen Arbeit

Bei der folgenden Darstellung der Chancen und Grenzen der Sozialen Arbeit bezüglich dieser Zielgruppe wird primär auf die im Kapitel 7 formulierten Handlungsempfehlungen Bezug genommen, wobei persönliche gedankliche Anstöße der Verfasserin miteinfließen.

Chancen der Sozialen Arbeit

Aus den obigen Handlungsempfehlungen kristallisiert sich heraus, dass die Unterstützung von betroffenen Kindern durch die Soziale Arbeit vor allem im Setting der Schule, also im Rahmen der Schulsozialarbeit, stattfindet. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzungsarbeit können Fachkenntnisse und Erfahrungen weitergegeben sowie Angebote (weiter)entwickelt werden. Zudem ist es von zentraler Bedeutung, dass Interventionen individuell angepasst werden. Dafür steht mit dem Case Management eine geeignete Arbeitsmethode zur Verfügung.

Die Verfasserin findet auch wie Rickenbacher, dass es als zentral ist vor einer Intervention in der Institution (Schule) die Arbeitsprinzipien, sprich eine klare Vorgehensweise, schriftlich festzuhalten und zu schulen, sodass alle beteiligten Fachpersonen angemessene Hilfeleistung geben können und am gleichen Strick ziehen (vgl. Rickenbacher 2017: 9f.). Jedoch sieht die Verfasserin, dass für die Früherkennung die Schule eine geeignete Ort ist, weil die Lehrpersonen täglich mit Kinder in Kontakt treten (vgl. Bretscher 2017: 7), andererseits muss bei der Frühintervention im Rahmen der Schule kritisch und Vorsichtig eingesetzt werden aufgrund der drohende Stigmatisierung für betroffene Kinder. Am Besten wäre, wenn es Gruppenangebote gäbe wo alle Kinder teilnehmen könnten ohne zu wissen, wer wirklich betroffen ist. Die Thematik der Früherkennung und -intervention bei Kindern von belasteten Familien kann allgemein im Schulkonzept integriert und durch Vernetzungsarbeit weiterentwickelt werden. Insbesondere ist dabei die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Fachpersonen, wie der außerschulischen Betreuung oder der Offenen Jugendarbeit relevant, um belastete Kinder frühzeitig zu eruieren und unterstützen zu können. Wie Gasser (2015: 8) bereits erwähnte, tut es diesen Kindern gut, an Aktivitäten teilzunehmen und vermehrt Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen. Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit kann diskutiert werden, wie der Zugang für diese Kinder erleichtert werden kann.

Die Soziale Arbeit hat diesbezüglich auch die Möglichkeit und Aufgabe, die Öffentlichkeit resp. Gesellschaft auf die Thematik der Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu sensibilisieren, sodass die Problematik auch im privaten Umfeld solcher Kinder und Jugendlichen stärker wahrgenommen wird (vgl. Jenny 2017: 13).

Grenzen der Sozialen Arbeit

Bezüglich der Früherkennung und den Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit sieht die Verfasserin jedoch auch Grenzen der Sozialen Arbeit. Wie in der Einleitung betont wurde, ist von einer hohen Dunkelziffer an Kindern von alkoholbelasteten Familien auszugehen (vgl. Prävention 2015: 2), da viele ihr Familiengeheimnis für sich behalten und nach aussen kommunizieren, dass alles in Ordnung sei (vgl. Greiving 2007: 26). Eine grosse Herausforderung besteht also schon darin, einen Draht zu betroffenen Kindern zu finden und mit ihnen über die bestehende Notlage sprechen zu können.

Eine weitere Grenze liegt auf der institutionellen Ebene: Im Rahmen der Schule fühlen sich nicht alle Fachpersonen für diese Thematik zuständig. Zum Beispiel können gewisse Lehrpersonen der Meinung sein, dass es nicht ihre Aufgaben sei, sich um das «private» Wohl der Kinder zu kümmern. Wenn Fachpersonen nicht hinschauen wollen, ist auch ein institutionell erstellter Leitfaden nicht behilflich. Es braucht also eine Offenheit und Sensibilität der Fachpersonen gegenüber den Symptomen und Merkmalen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien. Dies ist auch eine Voraussetzung dafür, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzungsarbeit funktioniert und die beteiligten Fachpersonen, die vorhandenen Angebote auf die individuelle Situation dieser Kinder angepasst werden können.

Zuletzt sieht die Verfasserin auch Grenzen auf der politischen Ebene. Wenn die Politik trotz der Bemühung der Sozialen Arbeit die Gefährdung dieser betroffenen Kinder nicht als relevant einstuft und für Öffentlichkeits- oder Projektarbeit keine finanziellen Mittel freigibt, kann die Soziale Arbeit sich dieser Thematik auch nicht vertieft annehmen. Daher ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit auf das erhöhte Erkrankungsrisiko von Kindern aus alkoholbelasteten Familien und die Lücken in den vorhandenen Angeboten öffentlich aufmerksam machen. Dabei muss klargemacht werden, dass es sich bei der Früherkennung und -intervention um präventive Handlungsmöglichkeiten handelt, mit denen die öffentliche Hand auf lange Sicht Gelder eingespart werden können.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Schule

Da die bisherigen Empfehlungen vor allem für den schulischen Rahmen formuliert wurden und mehrfach die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit erwähnt wurde, kann es hilfreich sein, eine Übersicht über die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu erstellen, anhand dessen die institutionellen Zuständigkeiten und Aufgaben geklärt werden können. In der Tabelle 1 sind mögliche Zuständigkeiten und Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit übersichtlich dargestellt.

Schulleitende	<ul style="list-style-type: none"> • sorgen für die finanziellen und personellen Ressourcen. • helfen bei der strategischen Entwicklung des Konzepts «Früherkennung und Frühintervention im Rahmen der Schule» mit.
Lehrpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • erkennen die Auffälligkeiten der Kinder. • bilden sich durch die Fortbildungskurse von Suchtpräventionsstellen weiter. • arbeiten eng mit Schulsozialarbeitenden zusammen (Einzelfallhilfe, Projektarbeit, Infoveranstaltung für die Eltern).
Schulsozialarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • arbeiten mit Lehrpersonen, Kindern und Eltern zusammen. • wirken bei der Konzepterstellung mit. • arbeiten mit Jugendarbeitenden zusammen (Früherkennung/-intervention, allg. Erschliessung von Freiräumen). • tauschen sich mit anderen Schulsozialarbeitenden aus und erweitern ihr Wissen. • machen externe Vernetzungsarbeit.
Suchtpräventionsstelle	<ul style="list-style-type: none"> • bietet Fortbildungskurse für Fachpersonen (Schulsozialarbeitende, Lehrpersonen) an. • berät die Lehrpersonen durch Weitergabe von praxisnahen Handlungsmethoden.

Tab. 1: Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Schule (eigene Darstellung)

Die beteiligten Akteure sowie sinnvolle Vernetzungen könnten nach Meinung der Verfasserin in jeder Schule schriftlich verankert sein, sodass in konkreten Fällen von betroffenen Kindern und Familien schnell gehandelt werden kann.

9. Schlussfolgerungen

In diesem abschliessenden Kapitel werden die Fragestellungen beantwortet und diskutiert sowie in einem Fazit kritische und weiterführende Gedanken der Verfasserin dargelegt.

9.1 Beantwortung der Fragestellung

Nachfolgend wird entlang der Unterfragen auf die Beantwortung der Hauptfrage hingeführt.

a) *Was wird unter einer Alkoholproblematik verstanden?*

Personen, welche in den letzten zwölf Monaten mindestens eines der Diagnosekriterien des DSM-IV der Weltgesundheitsorganisation (vgl. Kap. 2.2) erfüllen, wird ein *Alkoholmissbrauch* diagnostiziert. Eine *Alkoholabhängigkeit* wird hingegen Menschen zugeschrieben, die mindestens drei Kriterien nach dem Diagnosesystem ICD-10 (vgl. Kap. 2.3) erfüllen. Zusammenfas-

send sind alle Personen, welche auf Alkoholkonsum nicht verzichten können, ohne dabei Entzugserscheinungen körperlicher oder psychischer Art zu entwickeln und die sich selbst und Dritte immer wieder gefährden, von einer Alkoholproblematik betroffen. Einige nahestehende Personen entwickeln zudem eine Co-Abhängigkeit.

b) Welche Auswirkung kann die Alkoholproblematik der Eltern auf die Kinder haben?

Eine Alkoholproblematik innerhalb einer Familie hat eine Vielfalt von Auswirkungen auf die Kinder (vgl. Kap. 4.2). Schon vor der Geburt bestehen Risiken für das Kind: Konsumiert eine Mutter bereits im pränatalen Stadium des Kindes Alkohol, kann dies beim Neugeborenen zum fetalen Alkoholsyndrom führen. Später ist die Atmosphäre in solchen Familien auf der sozio-ökonomischen Ebene von Anspannung, Angst, Unruhe und Isolation geprägt. Dies zeigt sich bei diesen Kindern in spezifischen Auffälligkeiten:

- Aufgrund der mangelnden Förderung von elterlicher Seite verfügen sie oft über einen tieferen Intelligenzquotienten, eine Einschränkung der kognitiven Leistungen, einen Mangel an sprachlichen Fähigkeiten sowie eine Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ADHS).
- Sie zeigen auch soziale Auffälligkeiten: Unter Gleichaltrigen sind sie oft nicht beliebt und isoliert. Speziell die Jungen zeigen oft externalisierendes Verhalten.
- Einige Kinder leiden unter Angststörungen, zeigen Depressionen, ambivalente Stimmungen und Desinteresse einer Aktivität nachzugehen.
- Ausserdem sind sie überdurchschnittlich oft von psychischer und körperlicher Gewalt und Vernachlässigung betroffen. Vor allem Mädchen und Frauen holen ärztliche Unterstützung aufgrund somatischer und psychosomatischer Problematiken.

c) Was sind die zentralen Aspekte der Bindungstheorie und des Resilienzkonzeptes?

Die beiden theoretischen Ansätze wurden in den Kapiteln 5 und 6 näher erläutert.

Die zentralen Aussagen der Bindungstheorie von Bowlby sind:

- Die fürsorgliche Bindung zu einer Vertrauensperson ist grundlegend und beeinflusst die spätere Entwicklung sowie das Verhalten des Kindes. Ob und wie die Vertrauensperson die Signale des Kindes (wie z. B. Angst) wahrnimmt und darauf reagiert, ist zentral dafür, ob das Kind Vertrauen zur Bindungsperson aufbaut und ob es eine sichere oder unsichere Bindung entwickelt.
- Sicher gebundene Kinder haben ein gutes Selbstwertgefühl. Aufgrund ihrer Explorations-erfahrungen sind sie in der Lage, Probleme zu bewältigen und soziale Beziehungen aufzubauen. Diese Kinder können auch Gefühle offen zeigen und wissen, wie sie mit unangenehmen Gefühlen umgehen können.

- Unsicher gebundene Kinder haben als inneres Arbeitsmodell gespeichert, dass die Umwelt «gefährlich» ist. Sie sind daher kaum in der Lage, stabile soziale Beziehungen zu knüpfen und fühlen sich nicht selbstwirksam. Aufgrund der unsicheren Bindung zu ihrer Vertrauensperson zeigen die sie oft vermeidende Verhaltensweisen.

Die zentralen Aspekte des Resilienzkonzeptes sind:

- Trotz belastenden Lebenslagen kann ein Teil der Kinder eine Widerstandsfähigkeit zu entwickeln und somit ihre herausfordernden Situationen erfolgreich bewältigen.
- Um diese Widerstandsfähigkeiten aufzubauen, müssen sich diese Kinder bestimmte Kompetenzen aneignen. Es gibt insgesamt sechs Kompetenzbereiche, welche für die Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen notwendig sind: Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeit und adaptive Bewältigungskompetenz.
- Im Challenge-Modell, welches Wolin und Wolin speziell für Kinder aus alkoholbelasteten Familien entwickelt haben, wurden sieben zentrale Resilienzfaktoren benannt, wobei die obengenannten sechs Kompetenzen miteinfließen: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor und Moral.

d) Was ist bei der Früherkennung und Frühintervention dieser Zielgruppe zu beachten bzw. welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus der dargelegten Bindungstheorie und dem Resilienzkonzept ableiten?

Aus der Bindungstheorie und dem Resilienzkonzept konnten in den Bereichen Früherkennung und Frühintervention folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden (vgl. Kap. 5 und 6):

Bindungstheorie

Bei der Früherkennung und Frühintervention sollte darauf geachtet werden, dass den Kindern die Möglichkeit geboten wird, eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Person aufzubauen, um so Schutz und Zuwendung zu erhalten. Ausserdem sollte ein Umfeld geschaffen werden, in dem sie ihre kindlichen Bedürfnisse ausleben sowie sich wie ihre Altersgenossinnen und -genossen verhalten können. Den Kindern sollte vermittelt werden, dass sie ihre Gefühle nicht zu unterdrücken brauchen, sondern diese ausdrücken dürfen und können.

Resilienzkonzept

Gemäss dem Challenge-Modell von Wolin und Wolin sollten die Kinder auf verschiedene Art und Weise bezüglich der sieben Resilienzfaktoren gestärkt werden. Sie können erstens die *Einsicht* entwickeln, dass sie nicht an der Alkoholproblematik ihrer Eltern oder des Elternteils

schuld sind. Zweitens können sie sich etwas von zuhause distanzieren und *Unabhängigkeit* lernen; durch neue Kontakte können sie erleben, welche Atmosphäre in anderen Familien herrscht. Drittens können die Kinder lernen, *Beziehungen* zu knüpfen, um mit der Aussenwelt in Kontakt zu bleiben und etwas zu unternehmen. Als vierten Punkt sollten sie darin unterstützt werden, vermehrt die *Initiative* für sich selber zu ergreifen, damit sie in der Lage sind, selbstständig Explorationserfahrungen zu sammeln. Bezüglich des fünften Resilienzfaktors geht es darum, ihre *Kreativität* und Gefühle auszuleben. Sie können zudem *Humor* entwickeln und Dinge als lustvoll erleben. Als Letzter Punkt ist es notwendig, dass sie die gängigen gesellschaftlichen *Moral-* und Normvorstellungen kennen und erlernen.

Entlang dieser Unterfragen lässt sich auch die Hauptfrage beantworten:

Welche Auswirkungen kann die Alkoholproblematik von Eltern auf ihre Kinder haben und welche Handlungsempfehlungen können im Bereich der Früherkennung und Frühintervention, basierend auf dem Resilienzkonzept und der Bindungstheorie, aus Sicht der Sozialen Arbeit abgeleitet werden?

Was genau unter Alkoholproblematik verstanden wird, wurde in der Unterfrage a) beantwortet, die Auswirkungen einer Alkoholproblematik auf die Kinder waren detailliert Thema in der Unterfrage b). Die wichtigen theoretischen Aspekte beider Theorien sind in Unterfrage c) zu finden. Die wichtigen Erkenntnisse für die Früherkennung und Frühintervention basierend auf dem Resilienzkonzept und der Bindungstheorie wurden in der Unterfrage d) geklärt. Bei der Beantwortung der Hauptfrage werden ergänzend noch die Empfehlungen für Massnahmen im Bereich Früherkennung und -intervention erläutert.

Im Bereich der *Früherkennung* ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit (vgl. Kap. 7.3.1):

- 1) Sozialarbeitende können im Rahmen der Schule die Thematik bereits ab dem Kindergarten die Alkoholthematik in das Schulkonzept aufnehmen und alle Kinder mit altersadäquaten Worten darüber aufklären. Ausserdem empfiehlt es sich, auch auf der gesellschaftlichen Ebene die Öffentlichkeit für die Problematik der betroffenen Kinder zu sensibilisieren.
- 2) Schulsozialarbeitende können im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit betroffene Kinder besser und schneller eruieren sowie bei erkannten Auffälligkeiten das interdisziplinäre Netz auf der Handlungsebene nutzen.

Im Bereich *Frühintervention* gibt es einige Empfehlungen für Massnahmen bei betroffenen Kindern (vgl. Kap. 7.3.2):

- 1) Sozialarbeitende können die Problematik als Ganzes erfassen, indem sie im Rahmen von Frühinterventionen die Eltern miteinbeziehen und auf das Kind angepasste Interventionsangebote erarbeiten.
- 2) Sozialarbeitende können Räume schaffen, in welchen die Kinder die Möglichkeit bekommen, wieder Kind zu sein und ihre Bedürfnisse wiederzufinden und auszuleben. Die Räume sollten niederschwellig und für alle Kinder zugänglich sein.
- 3) Sozialarbeitende können im Rahmen der Schule oder eines Freizeitangebotes Gruppenangebote aufbauen, welche für alle oder nur betroffene Kinder zugänglich sind und diese bezüglich der verschiedenen Resilienzfaktoren gemäss dem Challenge-Modell stärken.

Zusammenfassend kann also ausgesagt werden, dass die Auswirkungen von alkoholbelasteten Familien auf die Kinder gravierend und vielfältig sind. Die Soziale Arbeit kann betroffene Kinder und Jugendliche am besten im Rahmen der Schulsozialarbeit erreichen und mittels einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Rolle eines Case Managers individuell angepasste Förderungs- und Unterstützungsmassnahmen leisten.

9.2 Fazit

Zum Abschluss der Arbeit werden die Bindungstheorie und das Resilienzkonzept in Bezug auf deren Verwendung innerhalb dieser Arbeit reflektiert sowie weitergehende Fragen für die Forschung und Praxis formuliert.

Die Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie hat gezeigt, wie zentral die Bindung zu einer primären Bindungsperson ist. Da die Verfasserin dieser Arbeit selbst einen Migrationshintergrund hat, weiss sie aus eigener Erfahrung, dass das Bindungsverhalten zwischen Eltern und Kindern kulturell unterschiedlich ausgeprägt ist. Leider wird dies im Rahmen der Bindungstheorie nicht thematisiert. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass die Grundaussage der Bindungstheorie betreffend der Prägung von Kindern durch die ersten Beziehungserfahrungen als universell angesehen werden kann, wäre eine Reflexion über kulturelle Einflüsse interessant, da in der sozialarbeiterischen Praxis mit verschiedensten ethnischen Gruppen gearbeitet wird.

Die Bindungstheorie postuliert zudem, dass Kinder mit einem unsicheren Bindungsverhalten Verhaltensauffälligkeiten zeigen und ein niedriges Selbstwertgefühl haben. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zur Resilienzforschung, die zeigt, dass auch ein Teil der unsicher gebundenen Kinder sich gesund entwickeln kann. Zum Beispiel zeigt ein Drittel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien eine gesunde Entwicklung. Eine unsichere Bindung innerhalb einer

alkoholbelasteten Familie hat also nicht unbedingt eine problematische Entwicklung der Kinder zur Folge. Wie das Challenge-Modell zudem verdeutlicht hat, können Kinder aus alkoholbelasteten Familien aufgrund ihrer bereits vorhandenen Ressourcen und der Förderung ihrer Kompetenzen resp. Resilienz durchaus eine gesunde Entwicklung durchlaufen.

Auch wenn die Bindungstheorie und das Resilienzkonzept für die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen unterstützend waren, wurde deutlich, dass die Empfehlungen vor allem auf der gesellschaftlichen (öffentlichen) und institutionellen Ebene (im Rahmen der Schule) liegen und dort umgesetzt werden können. Eine Herausforderung sieht die Verfasserin in den begrenzten finanziellen Mitteln, über die politische Instanzen entscheiden. Der finanzielle Druck ist im Sozialwesen hoch. Wenn die politischen Gremien – trotz Interventionen der Sozialen Arbeit – die Situation dieser Kinder nicht als «gefährdend» einstufen und den Handlungsbedarf nicht sehen, sind auch die Handlungsmöglichkeiten der Professionellen der Sozialen Arbeit begrenzt. Zudem kann es sein, dass die Betroffenheit von gewissen Kindern trotz intensiver Bemühungen nicht erkannt wird. Was bedeutet es zudem, wenn die Eltern nicht bereit sind, Hilfe anzunehmen und die Kinder nicht wollen, dass der Fall an die Kinderschutzhilfe weitergeleitet wird? Können die Kinder von der Unterstützung, die sie in der Schule erfahren, nachhaltig profitieren? Auch wenn einige adäquate Empfehlungen im Bereich Intervention dargestellt wurden, bleibt aufgrund solcher offenen Fragen unklar, wie wirkungsvoll diese Angebote für die betroffenen Kinder sind. Diesbezüglich wäre eine vertiefende Forschung daher durchaus angebracht.

Abschliessend kann erwähnt werden, dass die Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie und dem Resilienzkonzept für eine definitive Formulierung von Massnahmen im Bereich Früherkennung und Frühintervention nicht ausreicht. Es wäre daher eine in der Praxis empirisch überprüfte Forschung notwendig, die einerseits die theoretischen Annahmen prüft und andererseits die Wirkung der erarbeiteten Angebote evaluiert. Im Laufe der thematischen Auseinandersetzung wurde der Verfasserin auch klar, dass noch einige Forschungslücken vorhanden sind.

Weitergehende Fragen und Ausblick

Grundsätzlich kommt die Verfasserin aufgrund ihrer Arbeit zum Schluss, dass in der Praxis noch zu wenig klar dokumentiert ist, inwiefern und auf welchen Ebenen die Soziale Arbeit in dieser Thematik mitwirken kann und soll. Es besteht also weiterhin ein Bedarf, die Zuständigkeiten in Bezug auf die Früherkennung und -intervention von belasteten Kindern zu klären und aufzuzeigen. Aufgrund der Feststellung, dass der schulische Rahmen sich gut für frühe Erkennung eignet, wäre zudem eine interkantonale Studie im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Evaluation mit folgender Fragestellung sinnvoll: «Welche Angebote und Materialien sind

im Rahmen der Schule bereits zu dieser Thematik vorhanden und welche Lücken sind identifizierbar?». Auf dieser Grundlage könnten in einer interdisziplinären Zusammenarbeit spezifisch auf diese Kinder angepasste Angebote entwickelt werden und die festgestellten Lücken gefüllt werden. Insgesamt muss es in jedem Fall darum gehen, die Kinder aus alkoholbelasteten Familien nicht (mehr) zu vergessen, sondern ihnen möglichst früh und angemessen Unterstützung anzubieten. Die Kernkompetenzen von Sozialarbeitenden sind für diese Aufgabe jedenfalls gut geeignet.

Rückblickend zieht die Verfasserin gesamthaft ein positives Fazit. Bezüglich des anfangs beschriebenen Ereignisses im Vorpraktikum ist sie froh, ihre Bachelorthesis Kindern aus alkoholbelasteten Familien gewidmet zu haben. Durch die theoretische und praxisbezogene Auseinandersetzung wurde ihr noch stärker bewusst, welche massiven Auswirkungen familiäre Alkoholprobleme auf die betroffenen Kinder haben. Es haben sich aber auch Vorurteile gegenüber alkoholbelasteten Eltern, zum Beispiel dass sie ihre Kinder nicht lieben und selbst die Schuld am Alkoholproblem tragen, relativiert. Der Verfasserin wurde klar, dass alkoholbelastete Eltern zwei Gesichter haben, da sich deren Persönlichkeit durch den Alkoholkonsum verändert. Trotzdem wollen sie in der Regel auch nur das Beste für ihr Kind. Die Verfasserin konnte so einerseits ihre eigenen Vorurteile revidieren, andererseits wurde ihr bewusst, wie notwendig die öffentliche Thematisierung und die Sensibilisierungsarbeit auf der gesellschaftlichen Ebene ist, um diese Thematik zu enttabuisieren.

10. Quellenverzeichnis

10.1 Literaturverzeichnis

- Aichinger, Alfons (2011). Resilienzförderung mit Kindern. Kinderpsychodrama. Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Al-Anon (2018). Alkoholismus zerreisst Beziehungen. Al-Anon Familiengruppen. Hilfe für Familien und Freunde von Alkoholikern. URL: <https://www.al-anon.at/pdf/oeffentlichkeit/info-oeffentlichkeit-erfahrungsberichte.pdf> (Zugriffsdatum 11.11.2019).
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: o. V.
- Barnow, Sven/Fischer, Wolfgang/Linden, Michael/Freyberger, Harald (2008). Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bethke, Christian/Braukhane, Kathja/Knobeloch, Janina (2009). Bindung und Eigewöhnung von Kleinkindern. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Bowlby, John (2014). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bowlby, John (2016). Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 7. Auflage. München: Ernst Reinhardt.
- Bretscher, Priska (2015). Die Sucht lenkt die Familie ab. In: Prävention. Nr. 44. S. 4-7. Uster: Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland.
- Bretscher Priska (2017). Das Schweigen brechen. In: laut&leise. Kinder aus suchtblasteten Familien unterstützen. Nr. 3. S. 7. Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich.
- Brunner, Isabelle (2011). Angebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der Schweiz. Bestandesaufnahme 2011. Sucht Schweiz: o. V.
- Charta (2016). Charta Früherkennung und Frühintervention. URL: https://www.radix.ch/files/D7Q8MPV/charta_frueherkennung_und_fruehintervention_2016.pdf [Zugriffsdatum 1. Juni 2019].
- Dietze, Klaus/Spicker, Manfred (2000). Alkohol - kein Problem? Suchtgefahren erkennen - richtig handeln. Weinheim, Basel: Beltz.
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (2017). Alkohol in Zahlen 2017. Statistiken der Eidgenössischen Alkoholverwaltung. Bern: Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV).

- Flassbeck, Jens (2010). Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2015). Resilienz. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt.
- Gasser, Renate (2015). Kinder müssen erfahren, dass sie nicht schuld sind. In: Prävention. Nr. 44. S. 8-10. Uster: Suchtpräventionsstelle Züricher Oberland.
- Greiving-Arenz, Ingrid (2007). Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken. 6. Auflage. Wuppertal: Blaukreuz.
- Grossmann, Klaus/Grossmann, Karin (2003). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heer, Fridolin (2015). Die Verantwortung der Kinder in suchtblasteten Familien. In: Prävention. Nr. 44. A. 1-3. Uster: Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland.
- Herbst, Theresia (2012). Bindung und Bildung. Psychologie in Österreich. Nr. 5.
- Hofstetter, Yvonne (2008). Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung. Case Management in der Suchtarbeit. Beiträge zur Tagung des Fachverbandes Sucht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA).
- Holmes, Jeremy (2006). John Bowlby und die Bindungstheorie. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt.
- Holmes Jeremy (2014). Vorwort. In: Bowlby, John (2014). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Jenny Sabine (2017). Ein schwieriges Thema verdient Beachtung. In: Laut&leise. Kinder aus suchtblasteten Familien unterstützen. Nr. 3. S.12-13. Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich.
- Kiefer, Falk/Schuckit, Marc, A./Rietschel, Marcella (2011). Genetik der Alkoholabhängigkeit. In: Batra, Anil/Mann, Karl/Singer, Manfred (Hg.). Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kinderrechtskonvention (2016). Übereinkommen über die Rechte des Kindes. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19983207/201610250000/0.107.pdf> [Zugriffdatum: 7.8.2019].
- Klein, Michael (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Stuttgart: Georg Thieme.
- Klein, Michael/Moesgen, Diana/Bröning, Sonja/Thomasius, Rainer (2013). Kinder aus suchtblasteten Familien stärken. Das Trampolin-Programm. Hogrefe: Göttingen.

- Lang, Christine (2009). *Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe*. München: Urban & Fischer/Elsevier.
- Lindenmeyer, Johannes (2005). *Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Maisch, Bernhard (2016). *Alkohol und Herz - eine unendliche Geschichte der Wechselbeziehung zur ältesten Droge der Welt*. Marburg: Springer Medizin Verlag.
- Prävention (2015). *Eine Nummer zu gross. Die Verantwortung der Kinder in suchtblasteten Familien*. Nr. 44. Uster: Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland.
- Rickenbacher Regula (2017). *Das Wohl des Kindes steht im Zentrum*. In: *Laut&leise. Kinder aus suchtblasteten Familien unterstützen*. Nr. 3. S. 8-10. Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich.
- Sarimski, Klaus (2013). *Soziale Risiken im frühen Kindesalter. Grundlagen und frühe Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaller, Katrin/Kahnert, Sarah/Mons, Ute (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2008). *Alkohol in unserer Gesellschaft - früher und heute*. 2. Auflage: Lausanne: o. V.
- Schweizerische Zivilgesetzbuch (2019). *Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft*. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201901010000/210.pdf> (Zugriffsdatum: 6. Juli 2019).
- Soyka, Michael (2001). *Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus*. München: Deutsches Ärzteblatt.
- Sucht Schweiz (Hg.) (2011). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit, welche die ganze Familie betrifft. Je enger die Beziehung zum suchtkranken, desto grösser ist die Belastung*. Lausanne: o.V.
- Sucht Schweiz (Hg.) (2016a). *Boby*. (2. Aufl.). Lausanne: o. V.
- Sucht Schweiz (Hg.) (2016b). *Schweizer Suchtpanorama 2016*. Lausanne: o. V.
- Sucht Schweiz (Hg.) (2018). *Alkohol: Konsumgut und psychoaktive Droge*. Lausanne: o. V.
- Sucht Schweiz (Hg.) (2019). *Schweizer Suchtpanorama 2019*. Lausanne: o. V.
- Wustmann, Corina (2015). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. 5. Auflage. Berlin: Cornelsen Schulverlag.
- Zobel, Martin (2017). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und Chancen*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Zulauf-Logoz Marina (2014). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen.
In Lieselotte Ahnert (Hrsg.), Frühe Bindung, Entstehung und Entwicklung. 3. Auflage.
München: Ernst Reinhard GmbH & Co KG.

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Faktoren der Bindungstheorie und Resilienz nach Challenge-Modell (eigene Darstellung)40

10.3 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der Schule (eigene Darstellung)51
Tab. 2: Ziele und Inhalte der Trampolin-Module (Klein et al. 2013: 11f.).64

11. Anhang

Trampolin- Module

Ziele der Module	Inhalte
Modul 1 Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Sich kennenlernen • Unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen • Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären • Gruppenregeln erarbeiten
Modul 2 Selbstwert fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen eigener Stärken und Ressourcen • Positive Selbstwahrnehmung • Aufbau eines positiven Selbstkonzepts
Modul 3 Über Sucht in der Familie reden	<ul style="list-style-type: none"> • Hinführung zum Thema «Sucht in der Familie» • Möglichkeit schaffen, über Erlebnisse in der Familie zu sprechen • Abbau von Schuld und Scham • Erleben, dass auch andere Kinder betroffen sind
Modul 4 Psychoedukation zum Thema Sucht	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Wissen und Verständnis zu: • Alkohol und anderen Drogen und deren Effekte • Auswirkungen des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder • Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust) • Erhöhtes Risiko für eine eigene Suchterkrankung
Modul 5 Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle • Umgang mit negativen Emotionen wie Wut, Trauer, Schuld, Ohnmacht und Angst • Erleben emotionaler Unterstützung durch die Gruppe
Modul 6 Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> • Erwerb von Problemlösestrategien: Probleme identifizieren, Handlungsmöglichkeiten sammeln und bewerten, Entscheidungen treffen • Förderung der Einstellung «Ich kann etwas bewirken»

	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben
Modul 7 Verhaltensstrategien in der suchtbelaste- ten Familie erlernen	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit dem intoxinierten Elternteil • Verhalten in beschämenden Situationen • Verhalten in Konflikt- und Streitsituationen • Emotionale Distanzierung • Erholungsaktivitäten
Modul 8 Hilfe und Unterstüt- zung einholen	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von kommunikativen Fähigkeiten • Mobilisierung und Nutzung von Hilfen • Identifizierung des sozialen Unterstützungsnetzwerkes • Erfolgreiches Hilfesuchverhalten
Modul 9 Positives Abschied- nehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaltlicher Rückblick • Besprechung der Gefühle und Erfahrung in der Gruppe • Betonung von Ressourcen • Schaffung einer dauerhaften Akzeptanzbereitschaft für Hilfe • Anbindung der Kinder an stabilisierende Freizeitbeschäftigungen • Positiver Abschluss der Gruppe
Modul 10 Eltern stärken	Teil 1: <ul style="list-style-type: none"> • Sich kennenlernen • Eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen • Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären • Gruppenregeln erarbeiten • Wünsche für das Zusammenleben mit dem Kind bewusstmachen • Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren beim Aufwachsen in suchtbelasteten Familien • Stärkung des Selbstbewusstseins, der elterlichen Rolle und Verantwortung Teil 2: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder sowie für die kindlichen Gefühle und Bedürfnisse

	<ul style="list-style-type: none">• Auflösung des Tabuthemas Sucht «Mein Kind hat nichts mitgekriegt! »• Stärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien• Motivierung für weitere Inanspruchnahme von Hilfen in der Erziehung• Positiver Abschluss der Gruppe
Modulübergreifende Elemente	<ul style="list-style-type: none">• Ruhe und Entspannungsphase (Entspannung als geeignete Copingstrategie)• Fröhliche Auflockerungseinheiten und Bewegungsspiele (Freude, Lust und Spass am Spiel miteinander als unentbehrliches Gegengewicht zum Problem)

Tab. 2 Ziele und Inhalte der Trampolin-Module (Klein et al. 2013: 11f.).

Ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Sinniyah Clisa

Titel/ Untertitel Bachelorthesis: Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Auswirkung, Früherkennung und Frühintervention aus Perspektive der Bindungstheorie und des Resilienzkonzeptes

Begleitung Bachelor Thesis: Patricia Flammer

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 06.01.2020

Unterschrift:

