**Hochschule Esslingen**
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
**Stuttgart, den 18.05.2009**

Bachelorarbeit zum Thema:

# Familie und Sucht

Verfasserin:
**Hanna Golze**
[Matrikelnummer 24699]

Betreuerin:
**Prof. Dr. Marion Laging**
Zweitprüferin:
**Prof. Dr. Christine Köckeritz**

# Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS / ABBILDUNGSVERZEICHNIS

EINLEITUNG ..... 1

1.ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE..... 3

**1.1 Familie aus systemtheoretischer Sicht ..... 6**
1.1.1 Struktur des Familiensystems ..... 6
1.1.2 Systemprozesse und Interaktionsabläufe ..... 8

**1.2 Kindliche Versorgungsbedarfe ..... 10**

**1.3 Bindungsaufbau ..... 16**

**1.4 Eltern-Kind-Beziehung ..... 21**

2. FAMILIEN MIT SUCHTBELASTUNG UND MÖGLICHE FOLGEN FÜR BETROFFENE KINDER ..... 26

**2.1 Alkoholabhängigkeit ..... 26**

**2.2 Co-Abhängigkeit ..... 30**
2.2.1 Was ist Co-Abhängigkeit? ..... 30
2.2.2 Wie entsteht Co-Abhängigkeit? ..... 33
2.2.3 Wie wirkt sich die Co-Abhängigkeit eines Elternteils auf Kinder aus? ..... 36

**2.3 Familienalltag und Versorgungslage der Kinder ..... 37**
2.3.1 Familienregeln ..... 39
2.3.2 Parentifizierung ..... 44
2.3.3 Rollenbilder in suchtbelasteten Familien ..... 47

**2.4 Resümee bezüglich der Auswirkungen ..... 53**
2.4.1 Akute Folgen ..... 53
2.4.2 Langzeitfolgen ..... 54

3. RESILIENZFORSCHUNG ..... 57

**3.1 Risikofaktoren ..... 57**

**3.2 Resilienz- beziehungsweise Schutzfaktoren ..... 60**

4. ANSÄTZE FÜR PRÄVENTION UND HILFEANGEBOTE ..... 63

**4.1 Inhaltliche Aspekte sinnvoller Maßnahmen ..... 63**

**4.2 Schwierigkeiten und aktuelle Situation in Deutschland ..... 65**

SCHLUSSBEMERKUNG ..... 68

LITERATURVERZEICHNIS ..... 70

ANHANG ..... 75

**Kindliche Entwicklung und Handlungsmöglichkeiten von Eltern ..... 75**

**Orientierungskatalog mit Ankerbeispielen für den Kinderschutzbogen ..... 78**

ERKLÄRUNG ..... 94

## Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| & | und |
| Abb. | Abbildung |
| Aufl. | Auflage |
| bzw. | beziehungsweise |
| ca. | circa |
| DKSB | Deutscher Kinderschutzbund |
| entsp. | entspricht |
| Hrsg. | Herausgeber |
| NRW | Nord Rhein Westfalen |
| et al. | und andere |
| überarb. | überarbeitet |
| unveränd. | unverändert |
| usw. | und so weiter |
| vgl. | vergleiche |
| vollst. | vollständig |
| z.B. | zum Beispiel |

## Abbildungsverzeichnis

**Abb.1:** Ressource bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben 3

**Abb.2:** Grundversorgungsbereiche von Kindern 10

**Abb.3:** Ernährung 0-3 Jährige 11

**Abb.4:** Kategorisierung von Entwicklungsbedürfnissen nach Maslow 15

**Abb.5:** Definition von Alkoholismus als Krankheit 26

**Abb.6:** Die Rollenmodelle im Überblick 47

**Abb.7:** Selbstwahrnehmung bei erwachsenen Kindern aus suchtbelasteten Familien 54

**Abb.8:** Resilienz- beziehungsweise Schutzfaktoren 59

# Einleitung

Der durchschnittliche Jahreskonsum eines deutschen Bundesbürgers von reinem Alkohol liegt bei 10,1 Litern. Damit nimmt Deutschland nach Luxemburg mit 12,6, Ungarn mit 11,4, Tschechien mit 11,0 und Irland mit 10,8 Litern durchschnittlichem Pro-Kopf-Konsum bereits seit Jahren den fünften. Rang im weltweiten Vergleich ein. In den Jahren seit 1979 ist in Deutschland zwar insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums zu beobachten, jedoch findet zeitgleich eine zunehmende Polarisierung zwischen einer Hochrisikogruppe, die immer mehr Alkohol konsumiert, und einer Bevölkerungsmehrheit, die deutlich weniger Alkohol trinkt, statt. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies für das Jahr 2008 ca. 1,6 Millionen Bundesbürger, die offiziell als alkoholkrank gelten. Von diesem Personenkreis lassen sich wiederum lediglich 10% bezüglich ihrer Suchterkrankung therapeutisch behandeln. Ein weiterer Personenkreis von 1,7 Millionen weist einen riskanten Alkoholkonsum auf. Jährlich sterben in Deutschland ca. 43.000 Menschen an den Folgen des Alkohols im Vergleich zu ca. 2.000 jährlichen Drogentoten (sinkende Tendenz!). In diesem Zusammenhang werden in einer gesundheitsökonomischen Analyse für 2002 die gesamten direkten alkoholbedingten Kosten auf 8,4 Mrd. Euro geschätzt (Konnopka, Konig 2007). Wenn man zusätzlich auch die indirekten Kosten durch Arbeitsausfall, vorzeitigem Versterben, Frühberentung sowie Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit betrachtet, kommt man auf weitere 16 Mrd. Euro jährlicher Ausgaben. Diese Zahlen[1] verdeutlichen das außerordentliche Ausmaß dieser spezifischen Suchtproblematik. Entsprechend ist davon auszugehen, dass in Deutschland ca. 8-10% aller Bundesbürger direkt oder indirekt vom Thema Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen sind. Dieser Personenkreis beinhaltet über 2,5 Millionen Kinder vor Vollendung des 18. Lebensjahres, die mit zumindest einem alkoholsuchtkranken Elternteil aufwachsen. Nachdem 1968 Alkoholismus offiziell gesetzlich als Krankheit anerkannt wurde und mittlerweile hinreichend erforscht und belegt ist in welchem Ausmaß sich Suchtkranke durch den Alkoholkonsum verändern wurde auch deutlich, dass das gesamte familiäre Umfeld massiv in diese Problematik involviert ist. Nun stellt sich für mich die Frage, welche Prozesse in suchtbelasteten Familien im Detail ablaufen und in wie fern sich diese Abläufe auf den Entwicklungsverlauf der betroffenen Kinder auswirken können. Nachdem man auf die Beteiligung der Familienangehörigen am Suchtgeschehen vorerst hauptsächlich im Rahmen von Selbsthilfegruppen wie beispielsweise den Anonymen Alkoholikern aufmerksam wurde, haben viele Menschen bis heute einschlägige, teilweise fast klischeeartige Vorstellungen von so genannten „Alkoholiker-Familien“. Beispiele hierfür sind die automatische Weitergabe des Alkoholismus an die betroffenen Kinder oder auch

das schicksalhafte Heiraten der Mädchen eines ebenfalls süchtigen Partners. Ich möchte den größten Teil dieser Arbeit dieser Thematik widmen um wissenschaftlich fundiert und detailliert herauszuarbeiten, welche Mechanismen in suchtbelasteten Familien tatsächlich ablaufen und wie sich diese konkret auf Entwicklungsbereiche betroffener Kindern auswirken. Dazu werde ich im ersten Themenblock nicht-suchtbelastete Familien beleuchten, um vorerst ein Basisverständnis über wichtige Entwicklungsvorrausetzungen und Prozessabläufe im Familiensystem zu schaffen. Darauf aufbauend werde ich anschließend die Dynamik in suchtbelasteten Familien analysieren und in diesem Zusammenhang vor allem die Folgen derselben auf den Entwicklungsverlauf betroffener Kinder herausarbeiten. Ferner leitet sich daraus das Interesse nach protektiven Faktoren ab, die eventuell richtungweisend für sinnvolle Hilfeangebote von Seiten der Sozialen Arbeit sein könnten. Gibt es berechtigte Hoffnung auf eine zufrieden stellende Selbstwahrnehmung und Lebensführung für Kinder aus suchtbelasteten Haushalten? Mit dieser Fragestellung setzten sich die abschließenden Kapitel dieser Arbeit auseinander, um einen gerechtfertigten Ausblick bezüglich der Problemstellung zu ermöglichen.

Ich möchte den Leser vorab noch darauf hinweisen, dass ich auf weibliche und männliche Sprachform aus Übersichtsgründen verzichtet habe. Angeführte Personen können selbstverständlich immer beider Geschlechter sein. Außerdem verweise ich auch auf die Begriffe *Eltern, Mutter, Bezugsperson, Pflegeperson/en, Betreuungsperson/en* usw. Diese tauchen im jeweiligen Kontext auf, sind aber als Synonyme zu verstehen. Wenn von *Mutter* die Rede ist, kann diese Rolle für ein Kind ebenso durch eine andere feste und dauerhaft vorhandene *Bezugs-, Pflege* oder *Betreuungsperson* erfüllt werden. Dies gilt gleichermaßen für den Begriff *Eltern*. Im jeweiligen Kontext habe ich bewusst verschiedene Bezeichnungen gebraucht, um insgesamt deutlich zu machen, dass eigentlich vom Aufgaben- und Wirkungsbereich der Eltern die Rede ist, diese jedoch im Einzelfall ebenso wirksam durch alternative Personen wie beispielsweise Adoptiv- oder Pflegeeltern ersetzt werden können.

# 1. Entwicklungspsychologische Aspekte

**Ressourcen bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben**

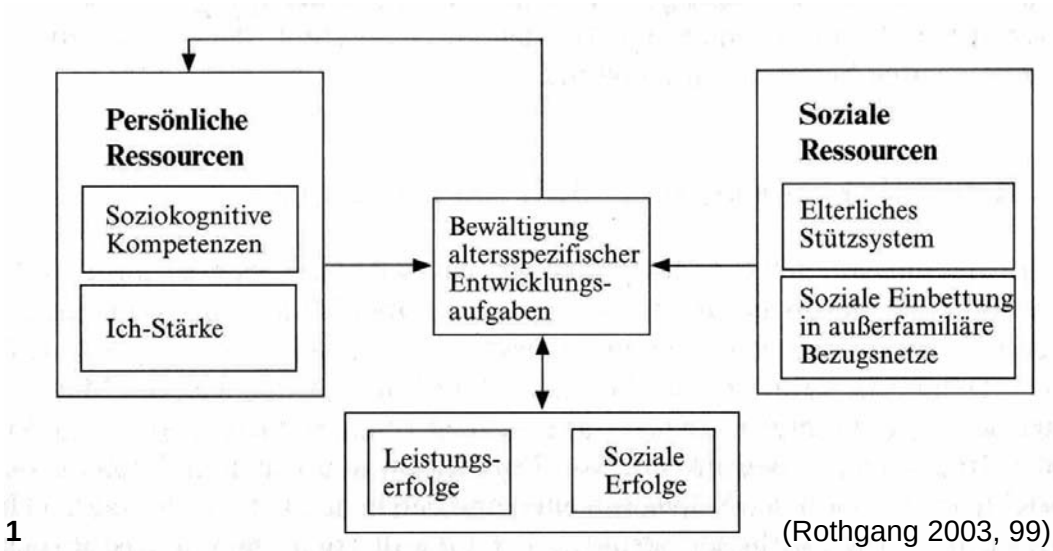



**Abb. 1** (Rothgang 2003, 99)

Menschliche Entwicklung ist ein komplexer Vorgang, der die lebenslang fortlaufende Veränderung sowohl des körperlichen Zustandes als auch der psychischen Verfassung eines Individuums beschreibt. Wie Abbildung 1 veranschaulicht ist menschliche Entwicklung von vielen verschiedenen Faktoren, wie zum Beispiel der genetischen Veranlagung einer Person, deren individuellem Temperament, ihrem Intelligenzvermögen ihren Umweltbedingungen, ihren individuellen Erfolgserlebnissen und Erfahrungsmodellen oder auch dem jeweiligen Lebensalter abhängig. Entsprechend dieser Vielfalt an Komponenten und Abläufen gibt es auch verschiedene wissenschaftliche Disziplinen und vielzählige theoretische Ansätze, die sich mit menschlichen Entwicklungsprozessen und den entsprechenden Wirkungszusammenhängen auseinandersetzen. Generell schließen sich diese verschiedenen Herangehensweisen an die Thematik keinesfalls gegenseitig aus sondern sollten eher als sich ergänzend angesehen werden (vgl. hierzu Köckeritz 2004, 13ff & Rothgang 2003, 101ff).

Wie bereits gesagt findet menschliche Entwicklung in verschiedenen Bereichen statt: Zum einen die **körperliche Entwicklung**, die besonders in den ersten Lebensjahren in Form von Wachstum und dem Erlernen motorischer Fähigkeiten eine überlebenswichtige Grundvoraussetzung darstellt. Zum anderen ist die **psychische Entwicklung** eines Menschen gemeint, die sich wiederum in verschiedene Teilbereiche untergliedert (vgl. Köckeritz 2004, 13):

- Kognitive Prozesse, beschreiben die Wahrnehmung, das Denken, Lernprozesse, das Erinnerungsvermögen bzw. die Gedächtnisleistung sowie Motivationen und das Konzentrationsvermögen eines Menschen.
- Auch die Ausbildung und der Umgang mit Affekten ist ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Psyche. Hierbei sind sämtliche Gefühle, wie Interesse, Freude, Überraschung, Trauer, Wut, Ekel, Verachtung, Angst, Scham und Schuld gemeint.
- Ferner meint psychische Entwicklung auch die Ausbildung und fortlaufende Veränderung des individuellen „Seelenlebens“. Hiermit ist grob skizziert die subjektive Wahrnehmung der eigenen Person sowie deren Bezug zur Umwelt und die persönliche Sicht und das Erleben von Beziehung zu und unterhalb von anderen Menschen gemeint. Innere Überzeugungen, individuelle Arbeitsmuster oder auch die subjektive Weltanschauung spielen hierbei beispielsweise eine Rolle..

Auch die **soziale Entwicklung** eines Menschen sei hier abschließend noch erwähnt. Sie ermöglicht ihm, sofern befriedigend verlaufen, sich im Laufe seines Lebens eine Existenz im Rahmen der Gesellschaft aufzubauen, indem er gelernt hat, sich in ihr zurecht zu finden, sich selbst in seinem individuellen Bezug dazu zu verorten und an den gesellschaftlichen Beziehungen teilzuhaben. Sozialisation bezeichnet also den Prozess, in welchem sich Kinder zu vollwertigen und handlungsfähigen Gesellschaftsmitgliedern entwickeln. Obwohl die entscheidenden Grundlagen hierfür im Kindes- und Jugendalter in der Familie und über deren vermittelte Werte, Grundhaltungen und Weltanschauungen gelegt werden, setzt sich der Prozess der sozialen Entwicklung lebenslang fort und wird später durch vielfältige Instanzen, wie Kindergarten, Freundeskreis, Schule oder auch Medien beeinflusst (vgl. Textor 1993, 110).

Wie aus dem Vorangegangenen bereits hervor geht, stellt die Familie den entscheidenden ersten Ort dar, in dessen Rahmen menschliche Entwicklung stattfindet. Familien haben kurz umrissen drei Grundfunktionen für den Entwicklungsprozess eines Menschen (vgl. Siegler et al. 2005, 644-655):

1. Sie sichern das Überleben der Kinder und stellen die Rahmenbedingungen für deren Reifeprozesse (vgl. oben aufgeführte Entwicklungsbereiche).
2. Sie übernehmen eine ökonomische Funktion für deren Mitglieder, indem sie Mittel zur Verfügung stellen, die den Kindern das Erlangen von Fähigkeiten und Ressourcen ermöglichen, durch die sie sich später selbständig einen Platz im ökonomischen Gesellschaftssystem und somit eine eigenständige und unabhängige Lebensführung sichern können.

3. Außerdem vermitteln Familienmitglieder ihrem Nachwuchs kulturelle Werte und Normen (vgl. oben aufgeführte Stichwörter „Sozialisation“ und „Seelenleben“).

Die in diesem Zusammenhang geleistete Erziehungsarbeit ist ebenso vielschichtig und komplex wie der menschliche Entwicklungsprozess selbst. Sie lässt sich daher auch nicht als „Terminus mit präziser Bedeutung“ (Sears et al. 1977, 13) definieren. Vielmehr spielt sich Erziehung wie auch Entwicklung auf vielen verschiedenen Ebenen des menschlichen Seins ab und geschieht durch Pflegehandlungen, Zuwendung, Gefühlsäußerungen und der Vermittlung von Ansichten und Erwartungen. Sie beschreibt somit alle Interaktionen, die zwischen Eltern und ihren Kindern stattfinden. Durch ihren Erfahrungswert beeinflussen diese Erlebnisse beim Kind dessen zukünftige Erwartungshaltung gegenüber Menschen, Lebensumständen und Wirkungszusammenhängen. Es muss in diesem Zusammenhang betont werden, dass die sich im Rahmen der Erziehung entwickelnde Persönlichkeit eines Kindes, so bald dieses aus dem Säuglingsalter heraus ist, immer ein Produkt multipler sozialer Erfahrungen ist. Somit wird Erziehung nicht ausschließlich von den Kindeseltern bzw. Pflegepersonen ausgeführt (vgl. Sears et al. 1977, 13-15). Außerdem muss dem Leser auch bewusst sein, dass Kinder von Geburt an selbsttätige Wesen sind, die „Einflüsse von Außen selektiv wahrnehmen und auf die ihnen eigene Weiße *[aktiv]* verarbeiten.“ (Textor 1993, 112)
In so fern geht auch schon aus dieser Einführung in die Thematik hervor, dass Familien als **komplexe soziale Einheiten** zu begreifen sind, in denen die einzelnen Mitglieder sowohl von einander abhängig sind als auch sich gegenseitig beeinflussen. Diese **Familiendynamik** ist maßgeblich entscheidend dafür, in welcher Qualität die so eben aufgeführten Familien- beziehungsweise Erziehungsfunktionen im Einzelfall ausgeführt werden können. Somit entscheidet sie auch über die Entwicklungschancen, die sich einem Menschen in seinen ersten Lebensjahren bieten (vgl. Siegler et al. 2005, 645).

In Anbetracht der nun verdeutlichten Komplexität und Vielschichtigkeit menschlicher Entwicklungsprozesse und diesbezüglicher Einflussfaktoren wird verständlich, warum es nicht möglich ist eine einfache und allumfassende Erklärung zum Verständnis derselben zu geben. Im Folgenden habe ich einige Beiträge aus verschiedenen Ansätzen herausgegriffen, die meiner Meinung nach besonders hilfreich sind, um Kinder im Kontext ihrer normalen Entwicklung zu begreifen. In diesem Zusammenhang können dann die Risiken und Belastungselemente der anschließend in dieser Arbeit untersuchten Kinder aus alkoholbelasteten Familien realistisch eingeschätzt und abschließend auch Schlussfolgerungen hinsichtlich Resilienz und sinnvollen Hilfe- bzw. Präventionsmaßnahmen verstanden werden.

## 1.1 Familie aus systemtheoretischer Sicht

Die systemische Perspektive eignet sich meiner Meinung nach hervorragend, um einen Überblick über die Beziehungsdynamik innerhalb einer Familie zu erhalten. Ausgehend von dieser Sichtweise kann dann auch ein Verständnis über mögliche Wirkungszusammenhänge bezüglich des Verhaltens einzelner Mitglieder und den Entwicklungsverläufen von Kindern erarbeitet werden.

### 1.1.1 Struktur des Familiensystems

Ein **Familiensystem** beschreibt eine Einheit von mindestens drei Personen. Dieses wird als interpersonales Beziehungsgefüge betrachtet (vgl. Schneewind 2008, 122) oder anders formuliert auch als die „Summe der Verhaltensweisen und der Umgangsformen miteinander, die die Familienmitglieder für notwendig halten, um zu überleben und ihre Aufgaben zu erfüllen“ (Gehrke-Luthman et al. 1977, 30).

Das Familiensystem muss wiederum als Komplex mehrerer kleiner **Subsysteme** begriffen werden. Subsysteme bestehen zum einen aus jeweils zwei der einzelnen Familienmitglieder, zum anderen auch aus dem Partner-, dem Geschwister- und dem Eltern-Kind-Subsystem.

Entscheidendes Merkmal bezüglich der familiären Subsysteme ist die Tatsache, dass sie sich gegenseitig voneinander abgrenzen. Diese **Grenzen** zeichnen sich dadurch aus, dass ein Mitglied nie vollständig darüber im Bilde ist, was ein anderes denkt, fühlt oder vorhat (vgl. Textor 1993, 75). Geschwister unterhalten sich über andere Dinge als ihre Eltern und umgekehrt. Insofern gibt es in einem Familiensystem sinnvolle Geheimnisse gegenüber anderen Familienmitgliedern bzw. Subsystemen, die den jeweiligen Beteiligten eine Intimsphäre ermöglichen. Als besonders eindrückliches Beispiel möchte ich hier zur Verdeutlichung die sexuelle Intimität des Partnersubsystems anführen. Natürlich hat diese nichts im Eltern-Kind-Subsystem verloren. Es wäre eine Grenzverletzung, wenn Eltern vor ihren Kindern sexuelle Details aus ihrem Intimleben ausbreiten oder gar ausleben würden und hätte für den Entwicklungsverlauf der Kinder mit Sicherheit negative Folgen. Außerdem ergeben sich Grenzen aus den verschiedenen Verantwortlichkeiten und Rollen sowie aus dem Status bzw. aus der Machtpositionen einzelner Personen im Haushalt (vgl. Graf et al. 2001,315). Hiermit ist beispielsweise die ökonomische Versorgung der Kinder gemeint, die ganz klar in den Aufgabenbereich der Eltern gehört. Damit ein System befriedigend für alle Mitglieder funktionieren kann, ist es notwendig, dass diese Grenzen klar definiert und die daraus resultierende Distanz auch von allen Beteiligten respektiert und eingehalten wird. Ferner ist zu beachten, dass sich die Angemessenheit dieser

Distanz unter verschiedenen Bedingungen verändert und somit, wie auch das gesamte Familiensystem, in einem konstanten Prozess der Anpassung und Entwicklung verstanden werden muss. Unter verschiedenen Vorraussetzungen, wie beispielsweise im jungen Erwachsenenalter, kann durch eine erweiterte Grenzziehung, in diesem Fall zwischen Eltern und Kind, ein wichtiger zusätzlicher Entwicklungsspielraum für das jüngere Familienmitglied erwirkt werden (vgl. Flammer 2004, 225). Grenzziehungen innerhalb der Familie markieren also wichtige Schwellen, die gegenseitig nicht überschritten werden sollten. Sie geben zeitgleich Auskunft über die innerfamiliären Zugänglichkeiten und die vorhandene Privatsphäre im System (vgl. Minuchin et al. 2000, 37).

Neben der gegenseitigen Abgrenzung kommt es innerhalb von Familien auch immer wieder zu **Koalitionen** unterhalb einzelner Mitglieder oder Subsystemen. In der Regel beziehen sich diese jedoch nur auf aktuelle Interessenlagen bezüglich bestimmter Situationen und sind daher meist nicht von langer Dauer.

Die kleinste Einheit bildet das **Individuum**. Als Teil des Ganzen wird es einerseits in seiner Persönlichkeitsentwicklung und seinen Verhaltens- und Sichtweisen von den Erwartungen und Regeln der Familie geprägt, trägt jedoch andererseits durch seine individuellen Eigenschaften auch zur Entstehung von Familienmustern bei (vgl. Minuchin et al. 2000, 38). Demnach bilden sich bei jedem Mitglied individuelle familienspezifische interne Erfahrungsmodelle aus. Das heißt, dass bei jedem Subjekt eine individuelle Wahrnehmung von sich selbst und den anderen Mitgliedern im familiären Kontext vorhanden ist. Dementsprechend erlebt jede Person die innerfamiliären Beziehungen auf eine ihm eigene, einmalige Art und Weise (vgl. Schneewind 2008, 123).

Familienmitglieder grenzen sich nicht nur untereinander ab. Es findet vor allem auch eine **Abgrenzung des gesamten Systems gegenüber seiner Außenwelt**, wie beispielsweise der Arbeitswelt, dem Freundeskreis oder auch den weitläufigeren Verwandten, statt. Durch diese Abschirmung nach Außen sichert sich eine Familie eine relative Autonomie und Privatsphäre innerhalb ihrer Lebenswelt. Diese Grenzziehung gestaltet sich in der Regel auf den folgenden vier Ebenen (vgl. Textor 1993, 76):

- Der räumlichen Dimension in Form des privaten Wohnraums.
- Der kognitiven Dimension in Form von Familienidentität. Dies schließt unter anderem familienspezifische Überzeugungen, Weltanschauung und moralische Werte mit ein.

- Die emotionale Ebene beschreibt die in der Familie vorhandenen gegenseitigen Gefühle wie z.B. Verbundenheit, Liebe, Loyalität, und Zuneigung, die sich von den Empfindungen gegenüber der Außenwelt meist stark unterscheiden. Natürlich müssen hier auch Konflikte, Verantwortungsgefühle, Rivalitäten etc. verortet werden.
- Unter der handlungsbezogenen Dimension versteht man das spezifische Verhalten der Mitglieder gegenüber Außenstehenden.

Entsprechend ihrer Außengrenzen bezeichnet man Familiensysteme als „geschlossen“ oder „offen“. **Offene Systeme** zeichnen sich durch durchlässige Grenzen aus, die Austauschprozesse mit der Außenwelt in Form von neuen Ideen und Betrachtungsweisen zulassen. In solchen Familien wird die ständige Veränderung und das persönliche Wachstum von einzelnen Mitgliedern und dem gesamten System respektiert und gemeinschaftlich unterstützt. Im Gegensatz hierzu stehen **geschlossene Familiensysteme**, deren Mitglieder ihr Zusammenleben anhand von starren Regeln und Vorstellungen organisiert haben. In diesem Zusammenhang werden Veränderungen und systemfremde Denkweisen eher als Bedrohung empfunden, sowie die Andersartigkeit einzelner familienzugehöriger Individuen als Mangel an Liebe und Respekt gegenüber den anderen Mitgliedern gedeutet (vgl. Gehrke-Luthman et al. 1977, 30-31).

### 1.1.2 Systemprozesse und Interaktionsabläufe

Das Zusammenleben in Familien ist von **Familienregeln** bestimmt. Diese sind im Normalfall nicht bewusst festgelegt oder ausgesprochen worden, sondern leiten sich aus den bestehenden Beziehungsmustern und gegenseitigen Erwartungen und Rollendefinitionen ab. Sie bestimmen unter anderem den Umgang mit Konflikten, das Ausmaß der untereinander gelebten Nähe und Distanz oder auch die hierarchische Ordnung innerhalb der Familie. Die Einhaltung dieser Regeln und Verhaltenskodexe wird durch die eigenen Familienmitglieder und Subsysteme beaufsichtigt, indem die einzelnen Parteien eher unbewusst darauf achten, dass sich alle Beteiligten nach bestimmten Verhaltensweisen richten und sich nur im kollektiv definierten Rahmen akzeptabler Abweichungen bewegen (vgl. Textor 1993, 75 & vgl. Gehrke-Luthman et al. 1977, 31 & vgl. Schneewind 2008, 123).

Die Interaktionen in einer Familie zeichnen sich auch durch ihre **Zirkularität** aus. Das heißt, dass jeder Prozess, der sich zwischen zwei oder mehreren Mitgliedern abspielt, zu einer wechselseitigen Beeinflussung führt. Zeitgleich zieht letztendlich jedes Ereignis auch eine Zustandsänderung aller nach sich, da alle Beteiligten und Subsysteme voneinander

abhängig sind, dadurch dass sie miteinander interagieren und füreinander spezifische Funktionen erfüllen (vgl. Schneewind 2008, 123 ; vgl. Textor 1993, 75).

Ein solches von einem Subsystem ausgehendes Ereignis zieht in den anderen Subsystemen der Familie meist mehrere verschiedene Reaktionen nach sich, die sich dann wiederum gegenseitig verstärken oder auch abschwächen können. Die daraus resultierenden systemischen Veränderungen können dann letztendlich wieder auf den Systemteil rückwirken, von dem der auslösende Impuls ursprünglich auch ausging. Diesen Vorgang bezeichnet die systemische Psychologie als **Rückkopplung**.
Es ist unschwer zu erkennen, dass in diesem endlosen Kreislauf der zirkulären und rückkoppelnden Interaktionsketten letztendlich eine Festlegung von genauem Anfang und Ende eines Prozessablaufs willkürlich gesetzt werden müsste, da eine Unterscheidung von Ursache und Wirkung innerhalb dieser komplexen Wirkungszusammenhänge nicht mehr eindeutig gemacht werden kann (vgl. Textor 1993, 75-76).

Die Familie verfolgt mit ihren Regeln und Verhaltensmustern die Herstellung *(Homöostase)* und den Erhalt *(Heterostase)* eines System-**Gleichgewichts** (vgl. Schneewind 2008, 123). Dieses sichert ihr eine überlebensnotwendige Stabilität. Veränderungen des Gleichgewichts können sowohl durch innerfamiliäre Ereignisse (z.B. ein Regelverstoß durch ein Mitglied, eine Konfliktsituation, Krankheitsfälle oder auch Familienzuwachs) als auch durch äußere Einwirkungen (Arbeitsplatzverlust, notwendiger Wohnortwechsel usw.) ausgelöst werden. Ähnlich der Durchlässigkeit ihrer Außengrenzen und der daraus folgenden familieninternen Beweglichkeit und Veränderungsbereitschaft zeichnen sich Familiensysteme also auch durch ihre <u>Strukturflexibilität</u> und <u>Wandlungsfähigkeit</u> in Bezug auf ihr Gleichgewicht aus. Hierbei können sich beide Extreme negativ auf die Entwicklungsbedingungen einzelner Mitglieder auswirken. Ein fortlaufender Umstrukturierungsprozess, der keine Kontinuität im Familienleben zustande kommen lässt, verhindert in der Regel, dass dessen Mitgliedern zur Ruhe zu kommen können und sich eine Alltagsnormalität und ein Sicherheitsgefühl einstellt. Ebenso stellt auch ein starres systemisches Gleichgewicht auf Dauer eine Belastung für dessen Mitglieder dar, da hierbei alles Bestreben darauf ausgerichtet ist jede Form von Strukturveränderung zu verhindern. Den Mitgliedern wird in diesem Fall kaum Raum für Wachstum und Individualität zugestanden (vgl. Textor 1993, 76).
Die Organisation eines Familiensystems erfolgt immer **zielorientiert**, und zwar darin, die Bedürfnisbefriedigung ihrer Mitglieder zu erreichen und zu sichern (vgl. Schneewind 2008, 122).

Alle diese bislang beschriebenen Prozesse laufen eigenständig und **selbstregulierend** ab, da sich jedes System automatisch im Kontext seiner fortlaufenden Entwicklung durch selbstinitiiertes Handeln an Veränderungs- und Wachstumsprozesse anpasst, um seinen Fortbestand zu sichern (vgl. Schneewind 2008, 123).

Das Gesamtziel eines Familiensystems besteht zusammenfassend formuliert darin, seinen Mitgliedern ein möglichst entwicklungsförderliches Umfeld zur Verfügung zu stellen, indem jedem Individuum genügend Raum für Veränderung individueller Persönlichkeitsmerkmale und Interessengebiete geboten wird, so dass sowohl die Beziehungen innerhalb der Familie als auch vielseitige Beziehungen nach außen hin wachsen und sich stabilisieren können (Gehrke-Luthman et al. 1977, 28).

## 1.2 Kindliche Versorgungsbedarfe

Im folgenden Kapitel möchte ich die Entwicklungsbedingungen von Kindern unter sozialpädagogischem Fokus beleuchten, indem ich ihre altersspezifischen Versorgungsbedarfe darstelle.

**ORIENTIERUNGSKATALOG**
**BEI EINER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG**

**Grundversorgung und Schutz des Kindes / 0 bis 3 Jährige**
**Ankerbeispiele liegen für die grau hinterlegten Kategorien vor.**

| Sicherung der Grundversorgung (vgl. Seite 2 des SKB) | Beschreibung | Durch wen beschrieben |
|---|---|---|
| Ernährung | | |
| Schlafplatz | | |
| Kleidung | | |
| Körperpflege | | |
| Schutz für Gefahren und Aufsicht des Kindes | | |
| Sicherung der medizinischen Versorgung | | |
| Betreuung des Kindes | | |
| Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson | | |
| Gewalt gegen das Kind | | |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003

**Abb. 2: Grundversorgungsbereiche von Kindern**

*aus Kinderschutzbogen, Seite 3 (siehe Anhang)*

Zur Veranschaulichung derselben habe ich mich für einen Ausschnitt aus dem Stuttgarter Kinderschutzbogen entschieden. Dieser wurde vom örtlichen Jugendamt zur Einschätzung der Gefährdungssituation von Kindern entwickelt. Die Grundlage für die Kriterien des Schutzbogens bilden also die kindlichen Grundversorgungsbedarfe („basic needs“) in den verschiedenen Altersstufen.

Abbildung 2 stellt eine Übersicht der zu berücksichtigenden Versorgungsbereiche des Kindes dar, wobei die Altersangabe in der Überschrift dieser Darstellung für unsere Zwecke an dieser Stelle irrelevant ist, da die Rubriken auch in den anderen Altersabschnitten (3 bis 6 Jährige und 6 bis 14 Jährige) des Kinderschutzbogens gleich sind. Unterschiede bestehen lediglich in den einzelnen Inhalten gemäß den verschiedenen Zeiträumen und hinsichtlich ihrer jeweiligen Relevanz für die Entwicklung des Kindes. Im folgenden Abschnitt werden diese Versorgungsinhalte beispielhaft beschrieben, um beim Leser eine Vorstellung für die Bedarfslage von Kindern im familiären Kontext zu schaffen.

**Grundversorgung und Schutz des Kindes 0-3 Jährige**

**Ernährung 0-1 Jährige (im U-Heft Gewichtskurve anschauen)**

| **Woran zu erkennen?** | **-2 (sehr schlecht)** | **-1 (schlecht)** | **+1 (ausreichend)** | **+2 (gut)** |
|---|---|---|---|---|
| **Nahrungsgabe: Essen** | Flaschenmahlzeiten: Kuhvollmilch, H-Milch oder Magermilch vor dem 5. Lebensmonat<br>Beikost vor dem 5. Monat | Flaschenmahlzeiten: Kuhvollmilch, H-Milch oder Magermilch vor dem 10. Lebensmonat | Flaschenmahlzeiten: Die Folgemilch (Milch 2) wird vor dem 4. Monat eingesetzt.<br>*Ist sättigender, jedoch nicht gut verträglich für das Darmsystem des Babys.* | Baby wird voll gestillt oder erhält voll adaptierte Pulvermilch (Milch 1) bis zum 6. Monat. |
| **Beikost (ab 4. 5. – spätestens 7. Monat)** | Beikost enthält Stückchen, ist zu wenig breiig.<br>Joghurt, Fruchtzwerge, Milchschnitten vor dem ersten Jahr.<br>*„alternative" Nahrungsmittel wie Mandelmilch, vegane Kost. - Bei veganer Ernährung der Mutter erhält das Kind über das Stillen kein Vitamin B Komplex, dieser wird jedoch für den Nervenaufbau gebraucht.* | Als Beikost wird Fisch, Ei, Gebratenes, Frittiertes vor dem 10. Monat gegeben. | Altersgemäße Beikost wird zu schnell eingeführt | Maximal alle 1-2 Wochen wird eine neue altersgemäße Beikost eingeführt. |
| **Menge** | Bis 5. Lebensmonat:<br>Weniger als 4 Flaschenmahlzeiten.<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* | Bis 5. Lebensmonat:<br>Ab 4 Flaschenmahlzeiten.<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* | Bis 5. Lebensmonat:<br>5 Flaschenmahlzeiten<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* | Bis 5. Lebensmonat:<br>5-6 Flaschenmahlzeiten.<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* |

**Kursiv: = kinderärztlicher Hinweis**

**Abb. 3: Ernährung 0-3 Jährige**, *aus Kinderschutzbogen, Seite 4 (siehe Anhang)*

Die richtige Ernährung des Kindes ist besonders in den ersten 12 Lebensmonaten eine zwingende Vorraussetzung, um sein Überleben und Gedeihen zu sichern. Diese Relevanz wird auch im Kinderschutzbogen (Abb. 3) ersichtlich, da für die Altersgruppe der 0-1 Jährigen ein eigener, ausdifferenzierter Kriterienkatalog zur Einschätzung der Ernährungsversorgung aufgeführt wird. Ältere Kinder sind vor allem auf regelmäßige

Mahlzeiten sowie auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr angewiesen. Die Gewichtskurve der Heranwachsenden sollte auch regelmäßig im Untersuchungsheft geführt und vom Arzt überprüft werden (vgl. Kinderschutzbogen im Anhang; 3-6 Jährige, S. 15; 6-14 Jährige, S. 26 ). Mögliche Folgen von Unterversorgung dieser Grundversorgungsbedarfe *(Basic Needs)* sind Hunger, Fehlernährung und Gedeihstörungen, sowie langfristig psychosozialer Minderwuchs (vgl. DKSB 2006, 23).

Auch die Rubriken „Schlafplatz“, „Kleidung“, „Körperpflege“, „Schutz vor Gefahren und Aufsicht des Kindes“ und „Sicherung der medizinischen Grundversorgung“ fallen in den Bereich der körperlichen Versorgungsbedarfe von Kindern. Säuglinge und Kleinkinder sind auf gut belüftete Räume sowie **Licht** und **Wärme** in der Wohnung angewiesen. Im Gegensatz hierzu würde beispielsweise ein starker Raucherhaushalt stehen, in dem nicht oder kaum gelüftet und womöglich sogar im Schlafzimmer geraucht wird. Bezüglich des Schlafplatzes ist es für Kinder auch sehr wichtig, dass ihnen eine eigene, konstante Schlafstätte zur Verfügung gestellt wird, die neben den bereits beschriebenen räumlichen Vorraussetzungen auch **Ruhe** und damit die Möglichkeit zum **Rückzug** bietet. Im Gegensatz hierzu steht beispielsweise eine Schlafecke im familiären Wohnzimmer oder auch ein Lagerplatz auf dem Familiensofa an Stelle eines eigenen Bettes. Wichtig ist im Bezug auf Schlaf natürlich auch die Menge und Regelmäßigkeit desselben. (vgl. hierzu Kinderschutzbogen im Anhang; 0-3 Jährige, S.7; 3-6 Jährige, S. 16; 6-14 Jährige, S. 26 ) Mögliche Folgen von Unterversorgung dieser Grundversorgungsbedarfe sind Schlafstörungen und Apathie am Tage so wie langfristige Entwicklungsstörungen und Deprivation (vgl. DKSB 2006, 23).

Auch die Körperpflege ist besonders im Säuglings- und Kleinkindalter von höchster Priorität, da die Kinder, so lange sie noch Windeln tragen müssen, sehr anfällig für **Ausschläge** oder sonstige **Hauterkrankungen** bis hin zu **Ungezieferbefall** sind (vgl. Kinderschutzbogen im Anhang; 0-3 Jährige, S.9; 3-6 Jährige, S. 18 ).

Ebenso sind Kinder auf eine medizinische Grundversorgung angewiesen. Dies beinhaltet neben den vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen auch **Impfschutz**, falls notwendig **medikamentöse Behandlung** und **Zahnpflege** (vgl. Kinderschutzbogen im Anhang; 0-3 Jährige S.11; 3-6 Jährige, S. 21 ). Bleibt diese ärztliche Betreuung aus, kommt es in der Regel zu vermeidbaren Krankheiten, die in schweren langfristigen Verläufen enden können (vgl. DKSB 2006, 23).

Ebenso sind Kinder auf wettergerechte Kleidung angewiesen. Nur entsprechend wasserfeste bzw. warme Kleidung kann ausreichend Schutz vor Krankheiten bieten. Außerdem spielt auch die Sauberkeit der Kleidung eine Rolle. Ein weiteres Beispiel für den Versorgungsbedarf hinsichtlich der körperlichen Entwicklung stellt gutes Schuhwerk in angemessener Größe dar. Wenn Kinder über Jahre qualitativ schlechte, unter Umständen auch zu kleine Schuhe tragen, kann es zu irreparablen Fehlbildungen der Füße kommen (vgl. hierzu Kinderschutzbogen im Anhang; 0-3 Jährige, S.8; 3-6 Jährige, S. 17; 6-14 Jährige, S. 27 ).

Auch der Schutz vor Gefahren betrifft die körperliche Versorgung eines Kindes. Wenn ein Kleinkind einen Zigarettenstummel vom Boden aufliest und isst, stellt das eine akute Lebensbedrohung dar. Ebenso wenig dürfen in der Wohnung Scherben, offene Steckdosen, Müll oder sonstige scharfe oder giftige Gegenstände dem Kind zugänglich sein. Sicherheit bezieht sich natürlich auch auf alle weiteren Lebensbereiche der Familie. Ein weiteres Beispiel aus dem Kinderschutzbogen wäre hierfür ein kindgerechter Autositz sowie auch die **Beaufsichtigung** von Kindern außerhalb der Wohnung (vgl. hierzu Kinderschutzbogen im Anhang, 0-3 Jährige, S.710 3-6 Jährige, S. 19-20). Im Alter von 6-14 spielt dann eher eine kindgerechte **Verkehrserziehung** sowie ein kindgerechter Konsum von **Medien** innerhalb der Familie und die generelle Betreuung durch eine Aufsichtsperson eine Rolle. Ein negatives Beispiel hierfür wäre z.B. die Situation, dass Kinder wiederholt über Nacht alleine in der Wohnung sind oder auch tagsüber vornehmlich sich selbst überlassen werden oder sich unbeaufsichtigt an verkehrsreichen Straßen aufhalten. Zu den **Gefahrenquellen** im Haushalt gehören bereits in diesem Alter auch der freie Zugang zu Alkohol, Medikamenten oder Drogen. Der kindliche Versorgungsbedarf diesbezüglich stellt sich demnach durch umsichtige und verantwortungsbewusste Eltern dar, die ihren minderjährigen Schutzbefohlenen den Konsum solcher Substanzen nicht gestatten und ihn gegebenenfalls auch zu verhindern wissen (vgl. hierzu Kinderschutzbogen im Anhang; 6-14 Jährige, S. 29-30 ). Wird diesem Schutzbedürfnis der Kinder nicht entsprochen, kommt es wahrscheinlich zu Angstzuständen und / oder auch konkreten körperlichen Verletzungen die langfristig gesehen Bindungs- und Persönlichkeitsstörungen bewirken und teilweise auch zu posttraumatischen Reaktionen führen können (vgl. DKSB 2006, 23).
Neben diesen bislang beschriebenen körperlichen Grundbedürfnissen sind Kinder auch darauf angewiesen, motorische Fertigkeiten wie z.B. Greifen und Laufen zu lernen. Ohne die Beaufsichtigung und Unterstützung durch die Eltern in Form von **Animation** und **Hilfeleistungen** ist dies nur eingeschränkt möglich und führt im Hinblick auf den weiteren Entwicklungsverlauf zu Verzögerungen und langfristigen Beeinträchtigungen. Im Alter von

2-3 Jahren entwickelt sich die kindliche Grobmotorik weiter und die Kinder sind auf **gemeinsame Aktivitäten** wie z.B. Backen, Kochen oder Basteln mit einem Elternteil angewiesen. Im Grundschulalter spielen dann auch sportliche und **Freizeitaktivitäten** eine zunehmende Rolle für den weiteren körperlichen Entwicklungsverlauf. Ein Beispiel hierfür wäre das elterliche Bemühen, ihrem Zögling das Schwimmen beizubringen. Generell ist es für Kinder aller Altersstufen sehr wichtig, dass ihnen **Aufmerksamkeit**, aktive Unterstützung und Teilhabe der Eltern an ihrer Lebenswelt entgegengebracht wird. Beispiel hierfür wäre das gemeinsame Vorbereiten der Einschulung, und der Familienbesuch der ersten Schultagsveranstaltung (vgl. Tabelle Althaus im Anhang). Alle diese Tätigkeiten fallen dem Kinderschutzbogen nach im Rahmen der Grundversorgung (vgl. Abb.2) in den Bereich der „Betreuung des Kindes“, sind aber lediglich einzelne Beispiele um dem Leser das Aufgabenspektrum der Betreuungspersonen in diesem Bereich zu verdeutlichen. Außerdem finden auch viele Verknüpfungen mit der Ebene der „Emotionalen Zuwendung durch die Bezugsperson“ (vgl. Abb.2) statt. Am vorangegangenen Beispiel des Schuleintritts verdeutlicht wird dem Kind hier neben der Betreuung (Schulsachen einkaufen, Ranzen packen, erklären des zukünftigen Lebensabschnitts usw.) natürlich auch emotionale Zuwendung in Form von **Mut machen, Aufklären, Rückhalt und Sicherheit geben** usw. zuteil. Wenn ein Kind im Hinblick auf seine Betreuung und / oder emotionale Zuwendung große Entbehrungen in Kauf nehmen muss, können daraus akute Entwicklungsdefizite und Deprivation bis hin zu langfristigen Entwicklungsstörungen, teilweise auch in Form von psychiatrischen Störungen, resultieren (vgl. DKSB 2006, 23).

Wie aus den letzten Abschnitten bereits hervorgeht haben Kinder hinsichtlich ihrer kognitiven, emotionalen, moralischen und sozialen Entwicklung neben den vorab hauptsächlich beschriebenen körperlichen Versorgungsbedarfen noch vielseitige weitere gewichtige Bedürfnisse (vgl. Tabelle Althaus im Anhang). Hierbei geht es im Besonderen auch um die Gestalt des Beziehungs- bzw. Bindungsaufbaus zwischen Eltern und ihren Kindern und der späteren Eltern-Kind-Beziehung mit ihrem spezifischen Erziehungsverhalten. Da ich diese beiden Punkte in den folgenden Kapiteln behandle und in diesem Zusammenhang auch die einzelnen Bedürfnisse der Kinder verdeutliche beschränke ich mich diesbezüglich an dieser Stelle darauf, den Leser auf diese Abschnitte zu verweisen.

Abschließend möchte ich noch die folgende Grafik aus der Publikation „Kindesvernachlässigung - Erkennen, Beurteilen, Handeln“ des Deutschen Kinderschutzbundes Nord Rhein Westfahlen anführen:

**Abb. 4: Entwicklungspsychologische Kategorisierung**

*aus DKSB 2006, Seite 20*

Sie lehnt an die Bedürfnispyramide von Maslow an und verdeutlicht noch einmal die verschiedenen menschlichen Ebenen, auf denen ein Individuum als Grundvoraussetzung für eine gelingende Entwicklung auf Befriedigung als angewiesen ist.

In diesem Schaubild kommt erneut zum Ausdruck, wie wichtig in aller erster Linie die körperliche Versorgung ist. Sie bildet die Basis, auf der ein Mensch überleben, wachsen und gedeihen kann. Erst wenn diese Tatsache gesichert ist, können sich alle weiteren Entwicklungsprozesse abspielen. Dementsprechend aggravieren sich auch die Folgen einer Unterversorgung für ein Neugeborenes bzw. Kind, je eher sich der Mangel im Bereich der Basisbedürfnisse dieser Pyramide befindet. Allerdings muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass neben einer guten materiellen und körperlichen Versorgung die Bedürfnisbefriedigung hinsichtlich dem „Verständnis und der sozialen Bindung“, der „seelischen und körperlichen Wertschätzung“ und der „Selbstverwirklichung“ für Kinder zwingend notwendig ist, um später ein befriedigendes und selbstbejahendes Leben aufbauen und führen zu können. Auch wenn lediglich auf einer oder allen dieser drei oberen Ebenen der Pyramide eine Unterversorgung vorhanden ist, tragen betroffene Personen oftmals langfristige psychische Beeinträchtigungen davon, die zwar nicht lebensbedrohlich, aber für denjenigen ausgesprochen belastend sein können.

## 1.3 Bindungsaufbau

In den ersten Lebensmonaten ist die Beziehung zwischen einem Kind und seinen Eltern durch die Erfüllung dessen grundlegender physiologischer (vgl. hierzu vorangegangenes Kapitel) und psychologischer Bedürfnisse bestimmt (vgl. Trommsdorff 2001, 41). In diesem Abschnitt meiner Arbeit möchte ich explizit auf den Bereich der psychologischen Bedürfnisse eingehen. Der englische Arzt, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907 - 1990) beschäftigte sich erstmals intensiv mit dem Phänomen der Bindung zwischen Kindern und ihrer ersten direkten Bezugsperson (in der Regel die Mutter) sowie mit dessen psychologischer Bedeutung für die weitere Persönlichkeitsentwicklung des Menschen. Ich werde in meinen Ausführungen nicht auf die Forschungsmethoden eingehen, mit denen Erkenntnisse im Rahmen der Bindungstheorie gewonnen wurden, da für die Zwecke dieser Arbeit vor allem die daraus gewonnenen Einsichten von Bedeutung sind. Bei weiterführendem Interesse verweise ich den Leser bereits vorab auf die jeweils angegebenen literarischen Quellen.

Jeder Mensch kommt mit einem angeborenen **Bindungsbedürfnis**, das heißt dem Verlangen nach Nähe und Responsivität, zur Welt. In der Interaktion mit dessen Hauptpflegeperson erhält dieses Bedürfnis seine Befriedigung (vgl. Köckeritz 2004, 28).
Babys haben von den ersten Lebenstagen an vielseitige Emotionen (vgl. Köckeritz 2004, 26) und bringen diese auch durch verschiedene Reaktionen zum Ausdruck. Dem entsprechend sind bereits Säuglinge in der Lage, anhand der folgenden Verhaltensweisen mit ihrer Umwelt zu kommunizieren (vgl. Bowlby 1977, 322-325):

1. Schreien
2. Lächeln
3. Anklammern / Greifen
4. Blickkontakt suchen und halten

Diesem kindlichen, angeborenen Verhaltenstrieb der Kontaktaufnahme und des daraus resultierenden Bindungsaufbaus zur Mutter liegt ein Überlebenswert zu Grunde, da ein menschliches Neugeborenes ohne mütterliche Pflege und ohne das Verbleiben in deren Nähe sterben würde (vgl. Bowlby 1977, 326). Daraus geht bereits die wesentliche Bedeutung einer Bindung hervor. Sie bietet dem Kind während der ersten Lebensmonate und Jahre ein Gefühl von verlässlichem Schutz und Rückhalt, also eine **sichere Basis**. Von ihr aus kann es seinem Explorationsbedürfnis, das heißt dem natürlichen Drang seine Umgebung zu erkunden und zu erforschen, nachgehen ohne dabei in Gefahr zu geraten. Hierbei klingt auch an, dass eine befriedigende Bindung im Einzelfall maßgeblich

daran beteiligt ist, inwieweit sich Kinder Wissen und Kompetenzen aneignen können (vgl. Siegler et al. 2005, 587).

Mit der Zeit entsteht zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson ein spezifisches **Bindungsverhalten**. Bereits im Alter von sechs Monaten beginnen Babys in besonderer Weise auf bereits vertraute Personen zu reagieren. Bis ungefähr zur Vollendung des achten Lebensmonats entwickeln sie Erwartungen daran, auf welche Weise ihre Bezugsperson auf die von ihnen geäußerten Bedürfnisse reagiert. Sie lassen sich von ihr besser und schneller beruhigen als von Fremden und lächeln, plappern oder lachen häufiger in ihrer Gegenwart. Ab ungefähr dem achten Monat bis ins Alter von anderthalb bis zwei Jahren entwickelt sich dann eine ausgeprägte Bindung. Das bedeutet, dass das Kleinkind mittlerweile aktiv den Kontakt zu seiner Bezugsperson sucht und diese z.B. freudig begrüßt sowie bei dessen Weggang Unbehagen in Form von Protestgeschrei äußert. Ungefähr ab diesem Zeitpunkt wird die Mutter vom Kind als die weiter oben bereits erklärte „sichere Basis“ wahrgenommen. Ab einem Alter von ca. zwei Jahren kann man von einer reziproken Beziehung sprechen, da Kinder im Hinblick auf ihre rapide ansteigenden kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten mittlerweile dazu in der Lage sind Gefühle, Motive und Ziele der Eltern zu erfassen. Insofern nimmt das Kind aktiv am Aufbau der Beziehung teil und es entwickeln sich zunehmend wechselseitige und organisierte Interaktionsmuster.

Faktoren, die zur gelingenden Gestaltung eines solchen Bindungsaufbaus beitragen, sind zum einen folgende **Eigenschaften der Eltern** (vgl. Schneewind 2008, 134 & Siegler et al. 2005, 597-598; vgl. hierzu auch Kapitel 1.2 „Kindliche Versorgungsbedarfe“ / Bedürfnispyramide nach Maslow):

1. Wachsamkeit und gutes Einfühlungsvermögen hinsichtlich der kindlichen Signale
2. Eine bejahende Grundeinstellung gegenüber dem Kind
3. Eine Regelmäßigkeit im Verhalten, also den Reaktionsweisen, gegenüber dem Kind
4. Stimulation durch häufige Interaktionsaufnahme mit dem Kind

Zum anderen hat aber auch das **Temperament des Kindes** Auswirkungen darauf, in welcher Form sich die Eltern ihm gegenüber verhalten. Bei einem schwierigeren Kind, das beispielsweise viel weint, sich schwerer trösten lässt oder besonders lebhaft ist, können Eltern eher überfordert sein und deshalb mit der Zeit frustriert auf ihr Kind reagieren. Es wäre in diesem Zusammenhang denkbar, dass die Eltern ihr Kind nicht mehr regelmäßig und umgehend trösten, wenn es weint, sondern es vorerst einfach unbeachtet in seinem

Bett schreien lassen. Aber auch allein die Tatsache, dass Eltern in einem solchen Fall vielleicht wiederholt extrem genervt und mit dem entsprechenden Gesichtsausdruck an das Kind herantreten, kann bei diesem das Gefühl von Ablehnung auslösen. Solche Reaktionen bewirken negative Bindungserfahrungen, da das Kind in diesem Moment hinsichtlich seiner Bedürfnisse von den Eltern nicht mehr wertgeschätzt wird. Auch Bowlby schreibt über das kindliche Lächeln: „...als sozialer Auslöser für das mütterliche Verhalten ist es wirkungsvoll. Können wir daran zweifeln, daß ein Kind um so mehr geliebt und umso besser versorgt wird, je mehr es lächelt? Es ist für sein Überleben von Vorteil, daß der Säugling von der Natur so geschaffen wurde, daß er die Mutter bezaubert und fesselt“ (Bowlby 1977, 322).

Im Laufe der vorab angeführten Phasen verinnerlicht das Kind diese spezifischen, mit der Bezugsperson entwickelten Bindungsverhaltensstrategien. Es erwirbt ein konkretes Bewusstsein darüber, welche Verhaltensmöglichkeiten sich ihm bieten und mit welchen Reaktionen es in diesem Zusammenhang rechnen kann. Das Bindungssystem, das sich auf der Verhaltensebene organisiert hat, besteht dann also aus einem **internen, affektiven Arbeitsmodell** (vgl. Spangler 2001,161).

Wie bereits anhand der „sicheren Basis“ erläutert wurde, bewirkt eine befriedigende Bindung ein Sicherheitsgefühl. Kommt das Kind in eine Stresssituation, in der negative Emotionen wie Angst, Furcht oder Kummer ausgelöst werden, findet eine **Aktivierung des Bindungsverhaltens** statt. Das heißt, dass das Kind dann die Nähe seiner Mutter sucht bzw., falls diese nicht verfügbar ist, seinem Unmut durch Weinen etc. Ausdruck verleiht, um dessen Aufmerksamkeit und Nähe wieder zu gewinnen. Auf biologischer Ebene lässt sich diese Reaktion durch die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol nachweisen. Dieses mobilisiert Energiereserven, beeinflusst aber auch andere stress-sensitive Systeme wie z.B. das Immun- und Nebennierenmarksystem. Wie wichtig eine Bedürfnisbefriedigung des Kindes durch Trost und Zuwendung in solchen Momenten ist wird auch durch die Tatsache deutlich, dass ein erhöhter Cortisolspiegel Auswirkungen auf Lern- und Gedächtnisprozesse hat. Ich möchte in diesem Zusammenhang den Leser an meine frühere Aussage erinnern, dass eine sichere Basis für den kindlichen Wissens- und Kompetenzaneignungsprozess hohe Bedeutung besitzt (vgl. Spangler 2001,164-165 & Köckeritz 2004, 30).
Die **Bindungsqualität** dieser inneren Arbeitsmodelle wurde erstmals von Mary Ainsworth (1913-1999), einer ehemaligen Studentin John Bowlbys und späteren Entwicklungspsychologin, näher erforscht. Sie stellte drei verschiede **Bindungstypen** fest (vgl. Siegler et al. 2005, 588-592 & Köckeritz 2004, 29):

1. Die sicher gebundenen Kinder sind in fremden Situationen durch die Gegenwart ihrer Bezugsperson gelassen und fröhlich und erkunden anschließend mit großem Interesse ihre neue Umgebung. Auch durch den kurzzeitigen Weggang ihrer Eltern sind sie nicht auffallend beunruhigt und setzen ihr Spiel fort. Bei deren Rückkehr freuen sie sich und bleiben nach einem Begrüßungssignal auch weiterhin bei ihren Aktivitäten.
2. Die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder hingegen klammern sich von Anfang an an ihre Eltern, fühlen sich offenkundig unwohl und zeigen kaum Interesse an ihrer Umgebung. Verlassen die Eltern den Raum, werden diese Kinder sehr aufgeregt und lassen sich nicht beruhigen. Kommt die Bezugsperson zurück, suchen die Kinder sofort ihre Nähe, können diese dann aber wiederum kaum ertragen und beginnen sich in den Armen der Mutter zu winden. Sie bleiben unzufrieden und unruhig. Dies zeigt sich z.B. durch aggressives Verhalten wie Schlagen oder Treten. Zwar wenden sie sich immer wieder von den Eltern ab, jedoch bringen sie dabei kaum Interesse oder Freude an den angebotenen Spielmöglichkeiten auf.
3. Die unsicher-vermeidenden Kinder sind im Gegensatz zu den unsicher-ambivalent gebundenen sehr unauffällig. Sie meiden ihre Eltern in der fremden Umgebung von Anfang an vollständig und zeigen keine Reaktionen bei deren Weggang oder Rückkehr. Anhand von biochemischen Untersuchungen konnte jedoch wie auch bei unsicher-ambivalent gebundenen Kindern nachgewiesen werden, dass trotz ihres scheinbar ruhigen Verhaltens ein erhöhter Cortisolspiegel in beschriebener Situation vorliegt. Insofern muss man davon ausgehen, dass auch diesen Kindern eine Bindungssicherheit fehlt und sie dadurch erhöhtem Stress ausgesetzt sind.

Aus diesen Ausführungen geht deutlich die spezifische Bedeutung des Bindungsverhaltenssystems hervor. Es dient einem Menschen letztendlich zur Verhaltensregulation in emotional anfordernden Situationen. Insofern können sicher gebundene Kinder in Belastungssituationen durch ihr Bindungsverhalten auf soziale Unterstützung zurückgreifen und auf diesem Weg externes Regulationspotential nutzen (vgl. Spangler 2001,166).

Interessant und wichtig zugleich ist auch die Tatsache, dass Kinder mit fortschreitendem Alter verschiedene Bindungsmuster entwickeln können. Das heißt, dass zeitgleich zwischen Kind und Vater ein anderer Bindungstyp bestehen kann als zwischen Kind und Mutter (vgl. Köckeritz 2004, 30). Daraus wiederum lässt sich schließen, dass frühe Beziehungserfahrungen trotz ihres starken Einflusses auf die Persönlichkeitsentwicklung

eines Menschen nicht als schicksalhafte Prägung des aktuellen Beziehungserlebens- und Verhaltens verstanden werden sollte (vgl. Schneewind 2008, 139). Auch Menschen mit ursprünglich eher belastenden Bindungsmustern können im Laufe ihres Lebens neue Beziehungserfahrungen machen und sind somit in der Lage, andersartige innere Arbeitsmodelle zu entwickeln. Diese sollten dementsprechend auch nicht als einmalig programmierter und daraufhin nie wieder veränderbarer innerer Speicher von spezifischen Emotionen und Verhaltensmodellen eingeschätzt werden (vgl. hierzu auch Trommsdorff 2001, 42).

Wie in dieser vorangegangenen Beschreibung bereits anklingt haben die inneren Arbeitsmodelle neben den bereits mehrfach erläuterten Auswirkungen auf das Explorationsverhalten und die Wissensaneignung von Kindern noch eine weitere wichtige Funktion. Sie dienen auch über die Kindheit hinaus in Form von „Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsbereitschaften“ (Köckeritz 2004, 31) zur **Selbstregulation**. Durch das Erlernen von Bindungsmustern erwerben Menschen die Fähigkeit, Emotionen bei sich und ihrem Gegenüber wahrzunehmen und angemessen auszudrücken. Somit dienen sie langfristig zur Verhaltensregulation. Beziehungserinnerungen werden mit Emotionen in Verbindung gebracht. Dadurch wird, zumindest im Falle eines sicheren Bindungsmusters, letztendlich ein guter Zugang zu sowohl positiven als auch negativen Gefühlen ermöglicht. Dies wiederum spielt langfristig eine wichtige Rolle in der wechselseitigen Beziehungsregulation zwischen Menschen (vgl. Spangler 2001,167). Durch die Bindungsentwicklung vollzieht sich also beim Menschen ein wichtiger Teil seines Anpassungsprozesses an seine Umweltbedingungen. Sicher gebundene Kinder sind insgesamt psychisch stabiler und ausgeglichener. Sie wachsen in der Regel sozial kompetenter auf, da sie ein positives und konstruktives inneres Arbeitsmodell entwickeln konnten. Im Gegensatz zu unsicher-vermeidenden Kindern, die lernen mussten, keinen Trost und Rückhalt bei anderen Personen zu suchen, sind diese Kinder in der Lage, vergleichsweise harmonische und enge Beziehungen zu Gleichaltrigen auszubilden (vgl. Siegler et al. 2005, 600-601).

## 1.4 Eltern-Kind-Beziehung

Kongruent zu den Versorgungsbedarfen von Kindern während ihrer verschiedenen Entwicklungsstufen (vgl. hierzu Kapitel 1.2) nimmt auch im Rahmen der Eltern-Kind-Beziehung die Bedeutung derselben für die Entwicklung des Kindes mit fortschreitendem Alter ab. Von der anfänglichen totalen Abhängigkeit, die bereits im Hinblick auf die Versorgung und auch den Bindungsaufbau verdeutlicht wurde, findet ein fortlaufender Abnabelungsprozess statt, in dessen Verlauf Kinder nach Autonomie streben, ihre Individualität suchen und ihr Selbstbild entwickeln. Meistens zum Zeitpunkt des Pubertätseintritts verringert sich bei Kindern das Gefühl von Vertrautheit und Unterstützung durch die Eltern deutlich. Aber obwohl die „Kinder“ während ihrer Adoleszenz zunehmend unabhängig werden, entfremden sie sich im Normalfall auch im Erwachsenenalter nicht völlig von ihren Eltern. In der Regel setzt sich die Eltern-Kind-Beziehung lebenslang in Form von emotionaler Verbundenheit bis hin zur möglichen Rollenumkehr im Alter der Eltern, wenn diese selbst pflegebedürftig und auf die Unterstützung ihrer Kinder angewiesen sind, fort (vgl. Siegler et al. 2005, 647 & Schneewind 2008, 133 & Trommsdorff 2001,143).

Die Bedeutung der emotionalen Qualität von Eltern-Kind-Beziehungen ist neben dem Bindungsaufbau mittlerweile auch im Bereich der Erziehungsforschung deutlich geworden. Nachdem die im letzten Kapitel analysierte, während der ersten Lebensmonate entstandene Bindung ein erster Indikator für die Beziehungsqualität zwischen Eltern und ihren Kindern ist, spielt im fortlaufenden Alter besonders der von ihnen ausgeübte Erziehungsstil eine Rolle. Er wird immer von spezifischen Zielen, Leitbildern, Idealen und Normen der Eltern geprägt. Ein weiterer bedeutsamer Faktor hinsichtlich der Erziehung ist das natürlich gegebene Machtgefälle in der Eltern-Kind-Beziehung. Eltern sind ihren Kindern fast ausnahmslos überlegen und beanspruchen bis ins junge erwachsenen Alter der Kinder hinein auch die Ausübung dieser Autorität (vgl. Textor 1993, 112) Mit Erziehung sind alle „Soziale [n] Handlungen [gemeint], durch die Eltern versuchen, das Verhalten, das Erleben und die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Kinder zu beeinflussen...“ (Textor 1993, 112)

Maccoby und Martin haben 1983 auf die im Folgenden beschriebene Weise vier verschiedene Erziehungsstile klassifiziert (vgl. Siegler et al. 2005, 649-651 & Schneewind 2008, 136). Diese unterscheiden sich zunächst vor allem auf folgenden zwei Ebenen (vgl. Siegler et al. 2005, 649):

1. Der **Ansprechbarkeit** der Eltern. Damit sind das Ausmaß an elterlicher Wärme, Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Unterstützung gemeint. Also dieselben Eigenschaften, die die Grundlage für die Entstehung der Bindungsqualität bilden. Im Gegensatz hierzu stehen Zurückweisung und Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind.[2]
2. Die **Anforderungen** durch die Eltern. Diese beschreiben das Ausmaß der ausgeübten Kontrolle und Erwartungen bzw. Forderungen an das Kind. Eltern sind neben ihrer Eigenschaft als Interaktions- und Beziehungspartner vor allem auch Arrangeure für Entwicklungsgelegenheiten. Das heißt, dass Kinder darauf angewiesen sind ihrem Alter entsprechende Anreize für Lernprozesse zu erhalten. Beispiele hierfür sind gemeinsame Aktionen, Spielmöglichkeiten oder Aufgaben im Familienalltag.[3]

Beim autoritären Erziehungsstil üben Eltern vornehmlich starke Kontrolle auf ihre Kinder aus und stellen generell hohe Anforderungen an sie. Sie gehen eher zurückweisend mit ihren Kindern um und reagieren wenig auf deren individuelle Bedürfnisse. Sie erwarten von ihren Kindern Gehorsam und lehnen Widerspruch ab. Dementsprechend setzen sie sich auch wenig mit den Gedankengängen, Fragen oder Wünschen ihrer Kinder auseinander. In Konfliktsituationen setzen sie ihre Vorstellungen mit Drohungen und (harten) Strafen durch. In diesem Fall ist für das Kind also eine außerordentlich geringe Ansprechbarkeit der Eltern bei zeitgleich sehr hohen Anforderungen gegeben.

Zurückweisend -vernachlässigend erziehende Eltern hingegen setzen dem Verhalten ihrer Kinder fast gar keine Grenzen und üben dementsprechend auch keine Kontrolle auf sie aus. An diese Kinder werden von Seiten der Eltern kaum Anforderungen gestellt. Sie bekommen außerdem auch keine Unterstützung von ihren Eltern, da diese generell sehr mit sich selber beschäftigt und daher eher desinteressiert an den Bedürfnissen und Gedankengängen ihrer Kinder sind. Bei diesem Erziehungsstil sind also so geringe Anforderungen vorhanden, dass man bereits von einer Unterforderung auf den Ebenen „Anregung, Spiel und Leistung“ und „seelische und körperliche Wertschätzung“ der Bedürfnispyramide kindlicher Versorgungsbedarfe nach Maslow aus Kapitel 1.2 sprechen muss. Außerdem steht den Kindern auch kaum oder keine Ansprechbarkeit der Eltern zur Verfügung, was wiederum hinsichtlich des „Verständnisses und sozialer Bindung“ und teilweise sicherlich auch im Bereich des „Schutzes vor Gefahren“ Mangel nach sich zieht.

---

[2] Für konkrete Beispiele elterlicher Verhaltensweisen, die ich aus Platzgründen nicht einzeln anführen kann, empfehle ich dem Leser hierzu auch die Tabelle von Frau Prof. Dipl-Päd. Christel Althaus, die sich im Anhang an diese Arbeit befindet.

[3] Auch hierfür finden sich bei weiterführendem Interesse detaillierte Beispiele in der bereits erwähnten Tabelle

Permissive Eltern sind ebenfalls sehr nachsichtig mit ihren Kindern. Trotzdem reagieren sie aber auf deren Bedürfnisse und Wünsche und schenken ihnen viel Aufmerksamkeit. In ihren Ansichten, Werten und Anforderungen sind diese Eltern eher unkonventionell. Sie zeichnen sich meist durch (zu) große Geduld und Gelassenheit gegenüber dem Verhalten ihrer Kinder aus, setzen diesen wenig Grenzen und verlangen daher auch meist nicht von ihnen, sich selbst zu regulieren und sich in angemessener Weise zu verhalten. Obwohl in diesem Fall eine hohe Ansprechbarkeit der Eltern gegeben ist und diese Kinder tendenziell sogar eher verwöhnt werden, findet auf der Ebene der Anforderungen ebenfalls eine Unterforderung statt. Allerdings gestaltet sich diese anders als beim zurückweisend-permissiven Erziehungsstil, in dessen Fall den Kindern generell keinerlei Beachtung und damit auch kaum Spiel- oder Lernmöglichkeiten geboten werden. Es handelt sich hier um zu niedrige Anforderungen auf emotionaler Ebene, die negative Auswirkungen auf kindliche Persönlichkeitsentwicklungsbereiche wie z.B. Leistungsfähigkeit, Durchhaltevermögen, Problemlösen aber auch soziale Verhaltensmuster haben können.

Zu guter Letzt bleibt noch der autoritative Erziehungsstil. Dieser wurde von wissenschaftlicher Seite für die kindliche Persönlichkeitsentwicklung mittlerweile als am förderlichsten eingeschätzt. Autoritative Eltern stellen einerseits Anforderungen an ihre Kinder. Das heißt, dass sie ihnen ausreichend Lern- und Entwicklungschancen bieten und sie auch auf emotionaler Ebene zum Erlernen von Zielsetzungen oder zur Kultivierung individueller Stärken anhalten. Gleichzeit gehen sie aber auch intensiv auf das Kind mit seinen individuellen Wünschen, Eigenschaften und Bedürfnissen ein. Sie setzen klare Grenzen und stellen Regeln auf, deren Einhaltung sie in wichtigen Fällen auch streng bewachen, sind aber trotzdem ihren Kindern gegenüber warmherzig und verständnisvoll. In diesem Fall werden dem Kind also auf entwicklungsförderliche Weise Anforderungen geboten, während die Eltern zeitgleich auch in hohem Maße ansprechbar sind. Auch an dieser Stelle möchte ich auf die Bedürfnispyramide von Maslow zurückgreifen (vgl. Kapitel 1.2). Durch die hohe und klar geregelte Ansprechbarkeit der Eltern erfährt das Kind „Verständnis und soziale Bindung“, sowie „seelische und körperliche Wertschätzung“. Zeitgleich wird ihm aber durch die bereits beschriebenen Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung einerseits und durch das Respektieren seiner individuellen Eigenschaften andererseits auch die „Möglichkeit zur Selbstverwirklichung“ geboten.

Nach dem nun die Mittel und Wege der verschiedenen Erziehungsstile beschrieben wurden, anhand derer Eltern auf die Entwicklung ihrer Kinder Einfluss nehmen, möchte ich im folgenden Abschnitt auf die verschiedenen Bereiche eingehen, in denen Kinder

sich entwickeln (vgl. Schneewind 2008, 135; außerdem finden sich konkrete Beispiele hierzu auch in Tabelle Althaus im Anhang).

Persönliche Fertigkeiten:

Hierunter versteht man die Entstehung von **Selbstvertrauen** und **Selbstbewusstsein** beim Kind. Selbstvertrauen zeichnet sich durch ein positives Selbstwertgefühl aus. Hierbei spielt vor allem die Hilfe der Eltern zur Entwicklung stabiler und zuversichtlicher Selbstüberzeugungen sowie einer Erfolgszuversicht im Sinne von „Ich kann's schaffen!" eine Rolle. Im Hinblick auf das Entstehen von Selbstbewusstsein ist besonders die Kultivierung eigener Stärken ein Erfolgskriterium. Eltern können hierbei besonders in Form von Sensibilisierung des Kindes für dessen persönliche Stärken und Talente Unterstützungsarbeit leisten. Beim Kind kann sich dadurch ein gesunder Stolz auf seine Individualität und sein persönliches Potential entwickeln.

Emotionale Fertigkeiten:

Beim Kind sollte sich die generelle Fähigkeit zu „**verstehen**" entwickeln. Dies findet durch Kommunikation statt, wobei die Eltern unterstützen können, indem sie aufmerksames Zuhören praktizieren und das Kind ermutigen, für sich selbst zu sprechen und mitzuteilen, was es sagen möchte. Hierbei kann es die Fähigkeit erwerben, sein Wissen zu vergrößern und Missverständnisse zu reduzieren. Außerdem sollte das Kind **Selbstverantwortlichkeit** erlernen. Dies zeichnet sich vor allem auch durch die Fähigkeit aus, Probleme lösen zu können. Eltern sollten ihrem Kind beibringen, wie es durch überlegtes Handeln zu eigenständigen Lösungen und in diesem Zusammenhang zu verantwortlichen Entscheidungen gelangen kann.

Soziale Fertigkeit:

Entscheidendes Entwicklungsziel stellt in diesem Bereich die **Kooperationsfähigkeit** dar. Kinder müssen lernen, mit anderen auszukommen. Hierbei finden sie durch die Eltern Unterstützung, indem diese sie ermutigen ihre eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, Freundschaften zu schließen und auch mit schwierigen Beziehungen zurecht zu kommen.

Motivationale Fertigkeiten:

Kinder sollten lernen, sich selbst Ziele zu setzen, also langfristig gesehen zur **Selbstmotivation** in der Lage zu sein. Hierbei müssen die Eltern ihm helfen zu lernen, wie es diese Ziele bestimmen und erreichen möchte. Auch bei der Entwicklung konkreter Schritte zur Umsetzung sollten sie ihm zur Seite stehen. Folglich müssen Kinder neben der Fähigkeit zur Selbstmotivation auch **Beharrlichkeit** entwickeln. Eltern sollten ihrem

Kind zeigen, wie es eine begonnene Aufgabe auch zu Ende bringen kann, gegebenenfalls auch bei auftretenden Schwierigkeiten. Erst durch solche Erfolgserlebnisse kann ein Kind die Fähigkeit entwickeln, im Hinblick auf seine Zielverfolgung nicht aufzugeben.

Moralische Fertigkeit:

Entwicklungsziel stellt hierbei die Fähigkeit zur **Empathie**, das heißt dem „sich Kümmern können“, dar. Eltern leisten Unterstützung, indem sie das kindliche Mitgefühl und dessen Sensibilität für die Bedürfnisse anderer stärken.

Kinder sind entsprechend des emotionalen Klimas innerhalb ihrer Eltern-Kind-Beziehung offener bzw. ablehnender gegenüber den Erwartungen und Erziehungszielen von Seiten der Eltern. Wenn diese vom Kind als unterstützend und verständnisvoll wahrgenommen werden - wie im Falle des autoritativen Erziehungsstils -, entwickeln Kinder eine höhere Bereitschaft, sich nach den Prioritäten und Wünschen ihrer Eltern zu richten. Wenn Eltern von ihren Kindern nicht generell als züchtigend oder feindlich gesinnt wahrgenommen werden, entwickeln diese in der Regel auch eine wesentlich höhere Akzeptanz gegenüber Strafen oder der Einhaltung von Grenzen und Regeln. Auch wenn die Einhaltung derselben einen zeitweiligen Belohnungsaufschub und den Verzicht auf unmittelbare Bedürfnisbefriedigung bedeuten, bewerten diese Kinder die Motivation ihrer Eltern generell als positiv und sehen solche an sie gestellten Anforderungen auch eher als gerechtfertigt und konstruktiv (vgl. Trommsdorff 2001, 42 & Siegler et al. 2005, 652). In diesem Gesamtzusammenhang versteht man dann auch die Tragweite der verschiedenen Erziehungsstile auf den persönlichen Entwicklungsverlauf von Kindern. Wie die Ausführungen der Entwicklungsziele verdeutlicht haben, müssen Kinder im Rahmen ihrer Erziehung wichtige persönliche Fertigkeiten entwickeln und sind daher auch dringend auf eine ihren Bedürfnissen entsprechende Eltern-Kind-Beziehung angewiesen.

# 2. Familien mit Suchtbelastung und mögliche Folgen für betroffene Kinder

## 2.1 Alkoholabhängigkeit

### Definition von Alkoholismus als Krankheit

... nach der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und ihnen verwandter Gesundheitsprobleme **ICD-10** *(erstellt von der Weltgesundheitsorganisation)*

**F 10.1** Schädlicher Gebrauch

➔ Negative soziale Folgen wie z.B. Verlust des ehemaligen Freundeskreises oder auch z.B. Arbeitsplatzverlust bzw. eine Inhaftierung reichen laut ICD-10 nicht aus um einen schädlichen Gebrauch zu diagnostizieren.

1. nachweisbare psychische oder physische, alkoholbedingte Schäden

**+**

2. keine ausreichenden vorliegende Hinweise für eine bestehende Abhängigkeit

**F10.2** Abhängigkeitssyndrom

➔ Zumindest 3 der folgenden Kriterien müssen während der vergangenen 12 Monate zeitgleich vorhanden gewesen sein.

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren (entsp. craving bzw. Suchtdruck)
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. nachweisliche Toleranzentwicklung
5. Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
6. Anhaltender Konsum trotz nachgewiesener schädlicher Folgen (Bsp. Leberschäden, Einschränkung kognitive Funktionen)

**Abb.5** *(vgl. Lindenmeyer 2006, 639-642)*

Der Verlauf einer Suchtkarriere findet nicht immer in einheitlichen und voneinander klar abzugrenzenden Stadien ab. So verschieden wie Menschen mit ihren individuellen Wahrnehmungen und Temperamentseigenschaften sind, so verschieden äußern sich auch Alkoholkonsumverhalten und die dadurch ausgelösten Wirkungen. Nichtsdestotrotz gibt es bestimmte allgemeingültige Merkmale und Folgeerscheinungen eines schädlichen Alkoholgebrauchs und - falls dieser letztendlich dazu führt - einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Abb. 5), die in der Regel früher oder später bei dem Betroffenen eintreten. Insofern

versteht sich die folgende Beschreibung einer Suchtkarriere als Veranschaulichung der gehäuft auftretenden Symptome und Begleiterscheinungen eines entsprechenden Lebensstils, jedoch keineswegs als akribisch anzuwendende Kategorisierung für den Einzelfall. Manche Menschen betreiben zeitlebens einen ausgesprochen schädlichen Alkoholgebrauch, der für sie und ihre Familienmitglieder massive negative Folgen nach sich zieht. Trotzdem kann sich dieses Verhalten auch über Jahrzehnte hinziehen, ohne dass es sich zu den im Folgenden noch genauer erläuterten Stadien einer Abhängigkeit steigert. Mir ist diese einführende Erläuterung deshalb besonders wichtig, weil zum einen verhindert werden muss, betroffene Menschen leichtfertig zu beurteilen und sie damit bezüglich des Verlaufs ihres weiteren Lebenswegs im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“ (selbsterfüllende Prophezeiung) zu stigmatisieren. Zum anderen ist es aber auch zwingend notwendig eine Verharmlosung der in einem solchen Fall bestehenden familiären Auswirkungen zu verhindern. Es wäre ebenso leichtfertig wie unangemessen, so wohl bei der alkoholmissbrauchenden Person als auch bei deren Familienmitgliedern, im Hinblick auf die Folgeschäden, Entwarnung zu geben, nur weil sich deren Umstände (noch) nicht zwangsweise einer akuten Abhängigleiterkrankung zuordnen lassen. Viele der im Verlauf der nächsten Kapitel aufgeführten gerade für die Kinder sehr belastenden und verunsichernden Faktoren des Familienlebens können ebenso bei einem schädlichen Gebrauch von Alkohol durch einen oder beide Elternteile eintreten.

Aus Abbildung 5 geht hervor, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit man von einer vorliegenden Alkoholabhängigkeit sprechen kann. Diese begegnen uns wieder, wenn wir uns den Verlauf einer klassischen Abhängigkeitskarriere näher betrachten. Er lässt sich grob in vier aufeinander folgende Stadien unterteilen, die nicht immer klar voneinander abgrenzbar sind, oftmals ineinander übergreifen und, wie bereits in der Einleitung angeklungen ist, in der Regel individuelle Unterschiede aufweisen. Diese Darstellung hat im Hinblick auf diese Arbeit vor allem den Zweck, dem Leser die Hintergrundinformationen zu vermitteln, die notwendig sind, um die in den Folgenden Kapiteln beschriebenen Alltagssituationen und Reaktionsweisen der betroffenen Familienmitglieder zu verstehen.

**Entlastung**

Zu Anfang hat der Alkohol auf den Konsumenten immer eine entlastende Wirkung. Dies mag in Form der Reduktion negativer Gefühlen wie z.B Angst, Wut oder genereller Anspannung geschehen, kann sich aber beispielsweise auch durch gesteigerte Kontaktfreudigkeit, gesteigertes Selbstwertgefühl und/oder Harmoniegefühle und Euphorie im Rauschzustand äußern. In diesem

Zusammenhang lässt sich das ursprüngliche Trinkverhalten also auch als eine Art der Selbstmedikation verstehen. Leider etablieren diese durch den Alkoholkonsum bewirkten erleichternden Erfahrungen bei der entsprechenden Person sowohl im beruflichen als auch im sozialen Umfeld, relativ zügig einen eher passiven und konfliktvermeidenden Lebensstil. Passiv weil immer weniger aktiv auf Situationen oder Belastung reagiert wird (z.B. durch Sport oder Kommunikation), sondern im Gegensatz dazu das Rauschmittel konsumiert und dadurch Erleichterung bewirkt wird. Mit der Zeit häuft sich dieser gelegentliche Alkoholkonsum zunehmend und geht mehr und mehr in einen regelmäßigen Gebrauch über (vgl. Kolitzus 2004, 39).

**Toleranz**

Allmählich wird aus dem regelmäßigen Gebrauch dann eine kritische Gewöhnung. Das bedeutet, dass das Suchtmittel mit dessen entsprechender Wirkung für den Betroffenen zunehmend unverzichtbar wird. Nach und nach wird Alkohol nicht mehr nur als Reaktion auf bestimmte Situationen konsumiert sondern bereits vorab eingenommen, so zu sagen prophylaktisch, damit unangenehme Gefühle erst gar nicht zustande kommen können. Da mittlerweile auch eine Toleranzentwicklung des Körpers statt gefunden hat (vgl. Abb. 5 / Abhängigkeitssyndrom, Nr. 4), muss vom Konsument nach und nach eine Dosissteigerung vorgenommen werden um die gewünschte Wirkung weiterhin zu erreichen. In diesem Stadium der Krankheit tritt auch bereits eine Persönlichkeitsveränderung beim Konsumenten ein. Durch die konstanten Rauschzustände hat der Betroffene eine zunehmend verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung. Außerdem sinkt seine Frustrationsgrenze konstant gegenüber negativen Gefühlen und Belastungssituationen. Es findet insgesamt ein beständiger Leistungsabfall statt. Seine damit zunehmenden persönlichen Probleme, wie z.B. alkoholbedingte Krankheitstage am Arbeitsplatz („blauer Montag“) projiziert er in Form von Schuldzuweisungen auf seine Außenwelt. In diesem Gesamtkontext beginnt auch zugleich eine Kontakteinengung auf Kreise Gleichgesinnter, unter denen er Bestätigung für seine eigenen passiven Verhaltensweisen findet. Somit kann er einer Auseinandersetzung mit deren schädlichen Folgen aus dem Weg gehen (vgl. Abb. 5 / Abhängigkeitssyndrom, Nr. 5).

**Abhängigkeit**

Im dritten Stadium ist die Entwicklung dann tatsächlich so weit fortgeschritten, dass man auch nach den strengen Kriterien des ICD-10 tatsächlich von einer Abhängigkeit sprechen muss. Der Konsument hat nämlich mittlerweile die

Kontrolle über das Ausmaß seines Konsums gänzlich verloren (vgl. Abb. 5 / Abhängigkeitssyndrom, Nr. 1-2 + 5). Dieser zeigt mittlerweile beim Betroffenen auch schwere körperliche und psychische Folgen, was ihn allerdings nicht davon abhält das Suchtmittel weiterhin zu konsumieren, da er bei Dosisverringerung oder Absetzen desselben Entzugssymptome erlebt (vgl. Abb. 5 / Abhängigkeitssyndrom, Nr. 3+6). Körperliche Folgeschäden von zu hohem Alkoholkonsum sind unter anderem: Ein erhöhtes Krebsrisiko, verstärkte Infektanfälligkeit, sexuelle Funktionsstörungen, Gelenkschmerzen, Bluthochdruck, Fettleber, Leberentzündung, Mangelernährung oder auch Knochenbrüche durch Unfälle oder Stürze auf Grund des im Rauschzustand beeinträchtigten Gleichgewichtsinns (vgl. Lindenmeyer 2006,639). Neben diesen organischen Begleiterkrankungen der Alkoholsucht zeigen sich aber auch zunehmende psychische Folgen wie aggressive Entgleisungen, verringertes Selbstwertgefühl, Distanzlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisstörungen, Depression, soziale Ängste, chronische Eifersucht, Suizidalität oder Panikanfälle (vgl. Lindenmeyer 2006, 640). Dem Alkoholiker, von dem wir ab diesem Stadium offiziell sprechen können, fällt es zunehmend schwerer, nach Außen den Schein der Normalität zu wahren. Es drohen ihm mittlerweile auch soziale Folgeschäden. Hierzu gehören Partnerschaftskonflikte, Schulden, Konflikte am Arbeitsplatz, Verlust der Fahrerlaubnis oder auch der generelle Rückzug von Freunden (vgl. Lindenmeyer 2006, 640). Die ursprünglich entlastende Wirkung des Alkoholeinflusses hat sich also inzwischen ins Gegenteil verkehrt. Der Betroffene sieht sich mittlerweile durch die negativen Begleiterscheinungen einem solchen Ausmaß zusätzlicher Belastung ausgesetzt, dass er diese Realität nüchtern unter keinen Umständen mehr ertragen kann. In der Regel sind Menschen in solchen Situationen besonders reizbar, voller Selbsthass, Selbstmitleid und Minderwertigkeitsgefühlen, zeitgleich jedoch auch in der durch die Rauschzustände verzerrten Wahrnehmung gleichsam unrealistisch bis hin zu größenwahnsinnig. Die Sucht und deren negative Auswirkungen werden vom Betroffenen in der Regel abgestritten und durch erneuten Konsum verdrängt.

---

**Zusammenbruch**

Diese letzte Phase einer Suchtkarriere stellt den endgültigen Zusammenbruch in Form eines endgültigen körperlichen, psychischen und sozialen Abstiegs und somit letztendlich auch dem Eintreten der zu erwartenden Todesgefahr dar. In diesem Zustand ist für den Betroffenen keinerlei Wahrung einer Fassade mehr machbar. Es kommt zu einem massiven Persönlichkeitsabbau und letztendlich zum körperlichen und geistigen Verfall. Folgeerkrankungen wie Leberzirrhose und ein Rückgang der Toleranzentwicklung, da der Körper auf Grund seiner Schäden den Alkohol nicht mehr abbauen kann, treten auf. Viele Alkoholkranke verwahrlosen in diesem

Stadium völlig. Verarmung und sogar Wohnungsverlust sind häufige Folgen des jahrelangen Abhängigkeitsverhaltens. Letzten Endes sterben daher auch viele Süchtige einsam.

Wie aus dieser Beschreibung hervorgeht, wird ein Alkoholabhängiger bereits in den frühen Stadien seiner Suchtentwicklung mit einer Reihe von negativen und körperlich sowie sozial bedrohlichen Folgen seines Verhaltens konfrontiert. Eigentlich müssten ihn diese regelrecht überwältigen und somit zum Nachdenken über seinen Alkoholkonsum veranlassen. Leider geschieht dies aber nur ausgesprochen selten, da gerade seine nächste Umgebung, also die Menschen die ihn lieben, versuchen, ihn zu schützen und vor den Folgen seines destruktiven Verhaltens zu bewahren. Je zerstörerischer sich sein Verhalten entwickelt, desto aufwendiger versuchen sie diesen Schicksalsschlag für alle Beteiligten aufzufangen, was beim Alkoholkranken jedoch lediglich sein generelles Bestreben begünstigt, der Realität zu entfliehen und die negativen Auswirkungen seines Trinkens zu verdrängen (vgl. Wegscheider 1988, 96). In diesem Zusammenhang spricht man von den beteiligten Personen als „Enablers“ (wörtlich übersetzt: *„Ermöglichern“*), da sie durch ihre unbewussten und verschieden motivierten Verhaltensweisen die Entwicklung der Sucht mit ermöglichen. Trotzdem sollten die restlichen Familienmitglieder deswegen aber auf keinen Fall als Verantwortliche oder gar Schuldige für die Entstehung der Sucht verstanden werden!

## 2.2 Co-Abhängigkeit

### 2.2.1 Was ist Co-Abhängigkeit?

In den meisten Fällen gibt es ein Familienmitglied, das auf besondere Weise von der Krankheitsentwicklung des Alkoholikers betroffen ist und deshalb auch speziell auf dessen Abhängigkeitsverhalten reagiert. Für gewöhnlich ist dies der Partner. In diesem Fall spricht die amerikanische Fachliteratur vom „primary bzw. chief enabler“ (wörtlich übersetzt: *„Haupt- bzw. leitender Ermöglicher“*) (vgl. Rennert 1990, 53). Wie bereits erwähnt wurde, fördert dieser durch sein unterstützendes und die Situation stabilisierendes Verhalten das Voranschreiten der Suchtentwicklung des Partners, ohne sich dessen jedoch bewusst zu sein (vgl. Rennert 1990, 57). Man kann diese Person auch als Manager der Familie begreifen, da sie versucht, den Leistungs- und Verantwortungsausfall durch den trinkenden Elternteil auszugleichen und die Situation für alle Beteiligten wieder unter Kontrolle zu bringen (vgl. Lambrou 2008, 78). Am Anfang stellt meistens Liebe und Loyalität die Motivation dazu dar. Mit der Zeit geht dies dann in der Regel eher in eine generelle Angst vor den unangenehmen Konsequenzen der Sucht

über (vgl. Rennert 1990, 57). Zum weiterführenden Verständnis dieser Dynamik erinnere ich den Leser an die Zielorientierung und das Gleichgewichtsbestreben eines Familiensystems (vgl. Kap. 1.1.2). Die Reaktion des nicht trinkenden Partners kann als Wechselwirkung auf dessen Verhalten im Gesamtkontext des Familiensystems begriffen werden, wobei der stabilisierende Effekt auf dessen Trinkverhalten wiederum als Rückkoppelung zu verstehen ist (vgl. hierzu Kapitel 1.1.2 „Systemprozesse und Interaktionsabläufe“. Im Hinblick auf die Zirkularität innerhalb der Familie muss man auch davon ausgehen, dass die Kinder als Subsystem und Individuen ebenfalls von diesen Abläufen betroffen werden und ihrerseits wiederum durch ihr Verhalten Rückwirkungen auf das Elternsubsystem erzielen. In den folgenden Kapiteln wird sich das bestätigen. Nun ist ein solch fürsorgliches und hilfsbereites Verhalten in den Augen unserer Gesellschaft, besonders bei Frauen, durchaus eine erstrebenswerte Eigenschaft und im Normalfall deutet es auch nicht auf das Vorhandensein einer Co-Abhängigkeit hin. Dafür müssten diese Verhaltensweisen bei einer Person in hohem Maße überwiegen und langfristig auftreten (vgl. Lambrou 2008, 118). Co-Abhängigkeit ist eine tief greifende und für die betroffene Person sehr belastende Angelegenheit! Man beschreibt diesen Zustand auch als eine „...dysfunktionale (zerstörende) Art zu leben...die sich darin auswirkt, daß wir auf Dinge außerhalb von uns überreagieren und Dinge in uns kaum wahrnehmen“ (Friel 1988 in Lambrou 2008, 118).

Monika Rennert, die als Erste und bislang leider nach wie vor fast als Einzige im deutschsprachigen Raum auf wissenschaftlicher Basis über Co-Abhängigkeit publizierte, unterscheidet verschiedene Stile suchtfördernden Verhaltens. In anderen Büchern, z.B. bei Helmut Kolitzus (2004), werden diese, etwas weniger detailliert aufgeführt, als Phasen der Co-Abhängigkeit beschrieben, die aber nicht chronologisch verlaufen müssen, sondern zeitgleich und wechselhaft auftreten können (vgl. Rennert 1990, 53-58 & Kolitzus 2004, 47-49):

1. <u>Beschützen und Erklären</u>
   Der Co-Abhängige beginnt damit, für das Verhalten des Alkoholikers Entschuldigungen und Erklärungen gegenüber der Außenwelt (Arbeit, Freunde, Verwandte usw.) abzugeben. Dabei ist er bereit, seine persönlichen Grenzen zu überschreiten, indem er gegen seine Ethik verstößt und für den Betroffenen lügt.
2. <u>Kontrolle</u>
   Da das Beschützen bzw. Erklären keine Verbesserung im Verhalten des Trinkenden bewirkt, beginnt der Co-Abhängige irgendwann automatisch mit dem Versuch, über Kontrollverhalten dessen Alkoholkonsum zu reduzieren. Beispiele hierfür wären das

Aufspüren und Vernichten von Alkoholvorräten im Haushalt oder das Überprüfen der Menge dessen Konsums. Hier beginnt eine Art „Katz-und-Maus-Spiel“ zwischen den Beteiligten. Jeder versucht den anderen auszutricksen und damit zu manipulieren. Der Alkoholiker füllt beispielsweise konsumierte Alkoholmengen mit Wasser auf damit der Partner den Verbrauch nicht bemerkt. Dieser wiederum versucht, neben dem Vernichten von Alkoholvorräten, den Konsum durch das Verdünnen von Flascheninhalten mit nichtalkoholischen Getränken zu reduzieren.

3. Übernehmen von Verantwortlichkeit

   Wenn der Co-Abhängige damit beginnt, Alltagsverantwortlichkeiten für den Alkoholiker zu übernehmen, wie das Bezahlen von Rechnungen, die Kontoführung der Familie, die Übernahme von Hausarbeiten des Partners oder das Wecken desselben zum Arbeitsbeginn, ist in der Regel ein entscheidender Schritt zur Übernahme seiner Rolle in der Suchtentwicklung geschehen. Sein co-abhängiges Verhalten nimmt zunehmend zwanghafte Züge an und er kommt nicht mehr dazu, eigene Bedürfnisse zu befriedigen oder persönlichen Interessen nachzugehen. Der ganze Lebensinhalt dreht sich mittlerweile um die Sucht des Partners. Der weitere Verlauf der Co-Abhängigkeit geschieht in der Regel nach vorhersagbaren Mustern. Hierzu muss man auch verstehen, dass der Co-Abhängige trotz der starken Belastung durch die zusätzlichen Aufgaben auch Bestätigung und Selbstwertgefühl durch das Erweitern seiner Kompetenzen und durch die Erweiterung seiner Machtposition durch das alleinige Meistern und vermeintliche Kontrollieren dieser schwierigen Situation gewinnt.

4. Rationalisieren und Erklären des Verhaltens

   Diese Verhaltensweise beschreibt die Eigenschaft eines Co-Abhängigen, ähnlich wie die des Alkoholikers selbst, die Realität zunehmend zu verleugnen. Diese Verdrängungsmechanismen laufen jenseits der bewussten Wahrnehmung ab und sind daher auch für den Betroffenen zumindest vorerst nicht kontrollier- bzw. beeinflussbar (vgl. Rennert 1990, 141). Die Auswirkungen des Trinkens werden beschönigt und teilweise sogar mit angeblich sinnvollen und nützlichen Auswirkungen besetzt. Außerdem werden Zusammenhänge zwischen auftretenden Problemen und dem Alkoholkonsum geleugnet.

5. Kooperation und Kollaboration

   Nicht selten tritt ab einem gewissen Grad der Ohnmacht und Hilflosigkeit auch das Phänomen auf, dass der Co-Abhängige den Süchtigen bei der Beschaffung von Alkohol unterstützt, ihm Geld dafür gibt und, zumindest phasenweise, sogar gemeinsam mit dem Abhängigen Alkohol konsumiert.

6. Anklage

> Man muss sich bewusst machen, wie belastend es für einen Menschen ist, trotz jahrelanger Selbstaufopferung keinerlei Besserung zu bewirken. Die daraus resultierende Selbstwahrnehmung sind Gefühle von Versagen, Schuld, Minderwertigkeit und Hass. Da diese unter den beschriebenen Umständen nicht verarbeitet werden können beginnt der Co-Abhängige zu guter Letzt sie auf sein Gegenüber zu projizieren. Ebenso wie beim Süchtigen selbst, wird die Schuld an der auswegslosen Situation auf andere übertragen. Der Co-Abhängige beginnt damit dem Partner heftige Vorwürfe zu machen und ihn massiv zu kritisieren und für das Zustandekommen der belastenden Umstände anzuklagen. Der eigene Anteil an dieser Entstehungsgeschichte wird nicht wahrgenommen. Wenn überhaupt, sucht ein Co-Abhängiger erst in diesem Stadium seiner Abhängigkeitsentwicklung professionelle Hilfe auf. Co-Abhängige enden oftmals zermürbt, ausgelaugt und verbittert. Häufig entwickeln sie daher letztendlich selbst z.B. psychosomatische Erkrankungen (vgl. Rennert 2005,64).

Im Regelfall wurde das Verhalten dieser „chief enabler“ nie durch eine bewusste Entscheidung dazu ausgelöst. Meistens haben sie von Anfang an das Gefühl, „keine Wahl zu haben“. „Es muss sich ja irgendjemand kümmern!“. Sie fühlen sich von Beginn an verantwortlich für den süchtigen Partner. Dies wirft die Frage nach der Entstehung von Co-Abhängigkeit auf. Bildet sich diese tatsächlich erst im Zusammenleben mit einem Alkoholiker aus oder bringt die Person eventuell bereits entsprechende Persönlichkeitsmerkmale in die Partnerschaft mit?

### 2.2.2 Wie entsteht Co-Abhängigkeit?

Nachdem man in den 50er Jahren das Konzept der Co-Abhängigkeit für Angehörige von Suchtkranken entwickelte, wurde es in den 70er Jahren erweitert. Man hatte erkannt, dass Co-Abhängigkeit nicht nur in Beziehungskonstellationen mit Suchtmittel-konsumenten vorkommt und auch nicht immer erst in einer entsprechenden Partnerschaft, sondern häufig bereits während der Kindheit entsteht. Prädestiniert hierfür sind dysfunktionale Familiensysteme, die sich durch starre Regeln auszeichnen(vgl. hierzu Kapitel 1.1.2 „Systemprozesse und Interaktionsabläufe“), wie z.B. nicht offen über Gefühle zu sprechen, unrealistische Erwartungen an Kinder zu stellen und generell geringe Ansprechbarkeit der Eltern sowie Grenzverletzungen (vgl. hierzu auch Kapitel 1.4 „Eltern-Kind-Beziehung“ / autoritärer Erziehungsstil &. Rennert 1990, 161 & Zobel 2006, 79). Wie jedoch bereits im ersten Themenblock zur Entwicklungspsychologie ausgiebig veranschaulicht wurde, bilden flexible, wohlwollende und klar definierte Familienverhältnisse die Grundlage eines zufrieden stellenden Entwicklungsverlaufs.

Co-abhängige Persönlichkeitsstrukturen äußern sich in der Annahme des Betroffenen, sein wahres „Selbst“ unterdrücken zu müssen und Liebe, Akzeptanz, Sicherheit, Erfolg, Nähe und Seelenheil nur zu verdienen, wenn er/sie „alles richtig macht“ (vgl. Rennert 1990, 163). Solche Menschen haben während ihrer Kindheit in der Regel wiederholte, massive Enttäuschungen und Vertrauensbrüche erlebt. Als Erwachsene ist es ihnen aufgrund ihrer negativen Erfahrungen dann oftmals nicht mehr möglich, Vertrauen zuzulassen (vgl. hierzu Kapitel 1.1.1 „Struktur des Familiensystems“/ individuelle Erfahrungsmodelle & Kapitel 1.3 „Bindungsaufbau“/ internes affektives Arbeitsmodell). Ebenso haben diese Kinder häufig massive Ich-Grenzverletzungen durchlebt (vgl. hierzu Kapitel 1.1.1 „Struktur des Familiensystems“/ Grenzen), was wiederum dazu führt, dass sie im Erwachsenenalter Schwierigkeiten damit haben, sich unabhängig von anderen als eigenständige Person mit berechtigten Gefühlen, Meinungen und Wünschen zu sehen. Häufig sind sie sehr konzentriert darauf, was andere über sie sagen oder wie andere auf sie reagieren. Co-Abhängige entschuldigen sich auch häufig für ihr Verhalten oder Meinungs- bzw. Wunschäußerungen (vgl. Lambrou 2008, 119). Sie versuchen, es jedem recht zu machen und sind ständig auf der Suche nach Anerkennung, um ihr mangelndes Selbstwertgefühl auszugleichen. Sie fühlen sich nur in ihrem Dasein berechtigt, wenn sie von anderen gebraucht werden (vgl. Smith 1994, 46 & Rennert 1990, 61). Da sie aus dieser Verantwortungsübernahme für andere ihre Identität ableiten, sind sie unfähig, sich selbst realistische Grenzen zu setzen und neigen dazu, sich in abhängige Beziehungsstrukturen zu begeben, in denen sie ihre eigene Identität vom Gegenüber ableiten (vgl. Smith 1994, 45-46 & Zobel 2006, 79). Sie vermeiden Konflikte und Auseinandersetzungen, da sie immer von der Angst begleitet werden, verlassen zu werden, falls das Gegenüber die eigene, ganze Person inklusive Schwächen und Bedürfnissen wahrnimmt (vgl. Smith 1994, 46 & Lambrou 2008, 120). Dieses Sammelsurium an Unsicherheiten und negativen Gefühlen muss vom Betroffenen konstant betäubt werden. Dies geschieht wiederum durch die bereits beschriebenen Ablenkungsmanöver, die eigene Konzentration absolut auf das Gegenüber auszurichten. Dadurch wird das eigene zu schmerzliche Erleben nicht mehr wahrgenommen. Allerdings entsteht durch diese ständige Aufopferung und das damit verbundene permanente Ignorieren eigener Bedürfnisse eine innere Leere, die wiederum erneut nur durch Konzentration auf andere und erhöhtes Hilfeleisten betäubt werden kann (vgl. Lambrou 2008, 118-120). Die Folge dieses zwanghaften Verhaltens ist, dass Co-Abhängige häufig ohnmächtig in solchen destruktiven Beziehungen oder Situationen stecken bleiben und über die Jahre immer ausgelaugter und frustrierter werden (vgl. Rennert 1990, 137). Sie müssen immer größere Opfer erbringen, um ihre zunehmend destruktive Gefühlswelt

unter vermeintliche Kontrolle zu bringen. Wie nun aufgezeigt wurde, besteht Co-Abhängigkeit aus vielen Ineinandergreifenden pathologischen Mechanismen (vgl. Kolitzus 2004, 60) und verläuft im Hinblick auf den Lebenslauf einer Person chronisch (vgl. Rennert 1990, 161). Daher ist es für eine betroffene Person auch zwingend notwendig sich an professionelle Hilfe zu wenden, um diesen Teufelskreislauf zu durchbrechen.

### 2.2.3 Wie wirkt sich die Co-Abhängigkeit eines Elternteils auf Kinder aus?

Wie aus dem vorangegangenen Abschnitt hervorgeht, entsteht Co-Abhängigkeit häufig bereits in der Kindheit. Daraus leitet sich ab, dass Kinder aus Haushalten mit Betroffenen ebenfalls einem hohen Risiko ausgesetzt sind, selbst wiederum durch die in diesen Familien gelebten dysfunktionalen und hilfebezogenen Beziehungsmustern und durch die daraus folgende mangelhafte Versorgung auf den verschiedenen Bedürfnisebenen ihrer Persönlichkeitsentwicklung (vgl. hierzu Kapitel 1.2 „Kindliche Versorgungsbedarfe“/ Bedürfnispyramide nach Maslow) eine co-abhängige Persönlichkeitsstruktur zu entwickeln (vgl. Rennert 1990, 161 & Zobel 2006, 79).

Außerdem ist es co-abhängigen Elternteilen durch ihre verzerrte Realitätswahrnehmung oft nicht möglich zu erkennen, dass ihre Kinder eventuell Schwierigkeiten mit der familiären Situation haben. In der Regel sind sie durch ihre Konzentration auf die Probleme des Partners nicht in der Lage, ihre Kinder mit deren Alters entsprechenden Wünschen und Gedankengängen zu respektieren. In der Regel sind Co-Abhängige zu ihnen genau so hart und unbarmherzig wie zu sich selbst. Sie erwarten von den Kindern widerspruchslose Unterstützung in ihrer Bemühung, die Familie zu kontrollieren und zu managen (vgl. Lambrou 2008, 78).

Ein Mensch kann generell nur etwas weitergeben, das er selbst besitzt. In diesem Zusammenhang versteht sich, dass sich in solchen Eltern-Kind-Konstellationen der emotional ausgebrannte Elternteil unbewusst bei seinen Kindern um Bestätigung und Aufwertung bemüht (vgl. Smith 1994, 30-32). Er tut dies durch die oben bereits beschriebenen vielseitigen Hilfe- und Umsorgens-Mechanismen, die beim Kind leider oft eine ungesunde und unangemessene Abhängigkeit vom co-abhängigen Elternteil bewirken, diesen aber in seinem Selbstwertempfinden aufwertet. Für die Kinder hat dieser Mechanismus fatale Folgen. Wie in Kapitel 1.2 und 1.3 vielfältig herausgearbeitet wurde, sind Kinder zwingend darauf angewiesen, durch ihre Eltern hinreichend Aufmerksamkeit, Bestätigung, Anregung und Ermutigung zum schrittweisen Entwickeln von Selbstkompetenz, Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu erhalten. In einer co-abhängigen Eltern-Kind-Beziehung jedoch ist der Elternteil in seinem Sicherheits- und Selbstwertsgefühl auf die Abhängigkeit des Kindes zu ihm angewiesen, so dass er während dessen Entwicklungsverlaufs unbewusst darauf hinwirkt, dass Stärken und individuelle Kompetenzen des Kindes nicht angemessen entfaltet werden können und folglich auch kein angemessen ausgeprägtes Selbstwertgefühl entsteht. Mit

fortgeschrittenem Alter ist es diesem dann nur sehr schwer möglich, sich emotional hinreichend vom Familiensystem und der empfundenen Sicherheit durch die enge Verbindung zu den Eltern abzunabeln (vgl. Aßfalg 1993, 28-30).

Dies sind nur mögliche Auswirkungen im gesamtsystemischen Kontext. Natürlich gibt es im Einzelfall gravierende Unterschiede darin, wie sich Co-Abhängigkeit gestaltet und auf welche Familienmitglieder sie sich in besonderem Maße konzentriert. Durch diese Analyse dürfte dem Leser allerdings hinreichend bewusst geworden sein, dass nicht nur die Umstände des Alkoholikers selbst, sondern ebenso die des (falls vorhanden) Co-Abhängigen Vernachlässigung bis hin zum emotionalen Missbrauch beim Kind bewirken, da beide emotional nicht ansprechbar (vgl. hierzu Kapitel 1.4 „Eltern-Kind-Beziehung“/ Ebene der Erziehungsstile) und in vielfältige hartnäckige Verhaltensmechanismen und Motivationen verstrickt sind. Dadurch bleiben keine Kapazitäten für die notwendige Versorgung der Kinder übrig.

## 2.3 Familienalltag und Versorgungslage der Kinder

Der Alltag in verschiedenen alkoholbelasteten Haushalten weist einige Faktoren auf, die in leicht abgewandelter Form allen gemeinsam sind. Generell kann man davon ausgehen, dass in solchen Familien **permanent Spannungen und Ängste** im Raum stehen (vgl. Woititz 1990, 19-20). Häufig gehen Eltern in der Annahme, dass ihre Kinder nichts vom „Trinken“ mitbekommen haben und deshalb auch nicht durch das Alkoholproblem in der Familie belastet wurden. Dies entspricht jedoch nicht der Realität da außer den direkten Auswirkungen des Alkoholrausches, der von den Betroffenen häufig bedrohlich und ekelerregend erlebt wird, gerade die indirekten, unterschwelligen Systemabläufe belastend sind (vgl. Lambrou 2008, 92). Kinder können sich im Gegensatz zu ihren erwachsenen Eltern nicht dafür entscheiden, die Familie zu verlassen. Sie müssen bleiben, sind in Ihrer Entwicklung von dem was ihnen entgegengebracht wird abhängig (vgl. hierzu Kapitel 1.2 „Kindliche Versorgungsbedarfe“ & Kapitel 1.4 „Eltern-Kind-Beziehung“) und müssen die Situation aushalten (vgl. Lambrou 2008, 18).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Alkoholikerhaushalten und anderen, oftmals ebenso problematischen Familienverhältnissen ist die **Unberechenbarkeit** (Beispiele hierzu finden sich im gesamten Kapitel 1 „Entwicklungspsychologische Aspekte“). In suchtbelasteten Haushalten ist die Stimmungslage vom Alkohol abhängig. Je nach aktueller Alkoholeinwirkung schwankt die Stimmung des Konsumenten zwischen Selbstmitleid und Verzweiflung, über Aggression, bis hin zu Freude und Euphorie (vgl. hierzu Kapitel 2.1 „Alkoholabhängigkeit“) (vgl. Lambrou 2008, 15). Außerdem äußert sich

die Unberechenbarkeit auch durch im alkoholisierten Zustand getroffene Entscheidungen, Zusagen und Versprechungen, die wiederholt nicht eingehalten werden, da sie zu einem späteren Zeitpunkt beim jeweiligen Elternteil in Vergessenheit geraten sind. Kinder entwickeln unter solchen Umständen ein inneres Arbeitsmodell (vgl. hierzu Kapitel 1.3 „Bindungsaufbau“), das besagt: „Traue Niemandem!“ (vgl. Black 1988, 52-53). Der Leser sei in diesem Zusammenhang an die wiederholten massiven Vertrauensbrüche erinnert, die bei Kindern mit Ursache für die Entstehung einer co-abhängigen Persönlichkeitsstruktur sein können (Kapitel 2.2.2 „Wie entsteht Co-Abhängigkeit?“).

Kinder aus alkoholbelasteten Familien kennen also **keine Normalität**. Szenarien wie beispielsweise ein tagsüber betrunkener, auf der Couch schlafender Elternteil gehört für sie häufig zum alltäglichen Bild. Sie können nie vorhersagen, wann eine Situation eskaliert oder was sie beim Nachhausekommen erwartet. Nicht selten helfen Kinder ihren betrunkenen Eltern vom Boden auf, um sie ins Bett zu geleiten und anschließend ihr Erbrochenes aufzuwischen. Oder sie werden vom nicht trinkenden Elternteil dazu beauftragt, den Alkoholkonsumenten aus der Kneipe abzuholen, um damit sicherzustellen, dass dieser seinen Konsum rechtzeitig beendet und den Nachhauseweg findet (vgl. Lambrou 2008, 19-20). Das generell eher ängstigende und nicht responsive Verhalten der Alkohol konsumierenden Eltern bewirkt bei deren Kindern häufig die Entstehung desorganisierter Bindungsmuster. Welche langfristigen und belastenden Auswirkungen dies im Hinblick auf deren innere Arbeitsmodelle und spätere Beziehungserwartungen haben kann, wurde in Kapitel 1.3 „Bindungsaufbau“ bereits ausführlich erläutert (vgl. Jacobvitz et al. 2001, 147).

Außerdem haben mittlerweile viele Studien belegt, dass Kinder in suchtbelasteten Familien **signifikant häufiger Misshandlung und Vernachlässigung** erfahren (vgl. Zobel 2006, 43). Misshandlung findet entweder auf körperlicher oder emotionaler Ebene statt. Häufig geschehen im Rauschzustand gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. Jedoch richtet sich die Gewalt auch teilweise direkt gegen die Kinder. Ebenso treten die verschiedenen Formen sexuellen Missbrauchs durch die alkoholbedingte verzerrte und enthemme Wahrnehmung beim Erwachsenen häufiger als in nicht suchtbelasteten Familien auf (vgl. Smith 1994, 37-38). Unter emotionale Misshandlung fällt vor allem der verbale Missbrauch. Dieser findet in Form von Herabsetzungen, Angeschrieen werden, massiver Kritik und Beschimpfungen statt (vgl. Smith 1994, 39). Eine ebenfalls sehr signifikante emotionale Misshandlung im Zusammenhang mit Alkoholkonsum im Elternhaus ist der soziale Missbrauch der betroffenen Kinder. Diese fühlen sich durch die befremdlichen Erlebnisse zu Hause generell eher als Außenseiter

unter Gleichaltrigen, da sich ihre Erfahrungen von denen der anderen sehr unterscheiden. Selbst wenn die betroffenen Kinder trotz allem Freundschaften schließen können, getrauen sie sich meistens nicht, ihre Kameraden mit nach Hause zu nehmen. Die dort herrschenden, unberechenbaren Umstände müssen geheim gehalten werden, damit die Kinder nicht in Gefahr geraten, deswegen von ihren Freunden abgelehnt zu werden (konkrete Beispiele zu diesem kindlichen Versorgungsbedarf finden sich in Tabelle Althaus im Anhang in den Spalten „Was Eltern mit ihren Kindern tun können“ Grundschulalter - Jugendalter) (vgl. Woititz 1990, 31 & Smith 1994, 39).

### 2.3.1 Familienregeln

Wie in Kapitel 1.1. erläutert wurde, handeln Familienmitglieder nach unbewusst vereinbarten Regeln, die letztendlich das Zusammenleben organisieren und den Systemerhalt sichern. Alkoholbelastete Familien zeichnen sich meistens durch ein geschlossenes Familiensystem mit dementsprechend starren Regeln aus. Im Gegensatz zu gesunden Regeln, die menschlich, flexibel und zur Offenheit ermutigend sind, richten solche **ungesunden Regeln** unmenschliche Erwartungen, Werte und Ziele an die betroffenen Mitglieder. Der Gebrauch von Autorität (vgl. hierzu Kapitel 1.4 „Eltern-Kind-Beziehung“ / Emotionales Klima & insbesondere Autoritärer Erziehungsstil) wird oftmals unmenschlich gehandhabt und auf Veränderungen, die, wie im Themenblock 1. „Entwicklungspsychologische Aspekte“ herausgearbeitet wurde, für einen gesunden Entwicklungsverlauf von Kindern zwingend notwendig sind, wird unbeweglich und ablehnend reagiert. Die Regeln, nach denen Kommunikationsmuster in solchen Familien verlaufen, fördern den Verschluss des Systems zur Außenwelt hin (vgl. Wegscheider 1988, 55). Generell sind in einer Familie Hierarchien und Machtgefälle vorhanden (vgl. hierzu Kapitel 1.1.1 „Struktur des Familiensystems“ & 1.4 „Eltern-Kind-Beziehung“). Man kann davon ausgehen, dass das mächtigste Familienmitglied maßgeblich die Beschaffenheit der Familienregeln bestimmt. In einer suchtbelasteten Familie ist das der Alkoholiker, indem er, wie nun bereits ausführlich veranschaulicht, den ganzen Familienalltag durch sein Verhalten bestimmt. Als zweit einflussreichste Person kann, sofern vorhanden, der Chief-Enabler begriffen werden. Ich erinnere den Leser daran, dass er als Manager der Familie selbstverständlich seine hohen und strengen Erwartungen bezüglich des Familienalltags an dessen Kinder stellt (vgl. hierzu Kapitel 2.2.3). Im Folgenden erläutere ich die gängigen Regeln in alkoholbelasteten Familien:

<u>Man spricht nicht über Probleme – Familiengeheimnisse</u>

In betroffenen Familien gibt es im Wesentlichen drei Varianten der Geheimhaltung. Wie bereits mehrfach erwähnt wurde, schottet sich das System zur Außenwelt hin ab. Da man

sich für die auftretenden Umstände schämt, wird von allen Mitgliedern erwartet, die Suchtproblematik nach außen hin geheim zu halten.

Eine weitere Form der Geheimhaltung findet unterhalb der Beteiligten statt. Elternteile versuchen ihr Verhalten voreinander (vgl. „Katz-und-Maus-Spiel“ aus Kapitel 2.2.1) oder auch vor den Kindern zu verheimlichen.[4] Die Ambivalenz zwischen dem, was Kinder unter solchen Umständen wahrnehmen, und dem, was von den Betroffenen ausgesprochen wird, führt langfristig zwangsläufig zu einem Konflikt mit den eigenen Empfindungen. Solche Kinder sind häufig bis ins Erwachsenenalter hinein gegenüber ihrer eigenen Wahrnehmung sehr verunsichert. Sie haben oftmals Schwierigkeiten, ihren eigenen Erkenntnissen zu vertrauen und plagen sich z.B. mit der Frage, ob sie sich nicht vielleicht doch alles nur eingebildet haben (vgl. Krestan et al. 1995, 137; Lambrou 2008, 92 & Black 1988, 48).

An dritter Stelle ist die bereits erwähnte Verleugnung des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und auftretenden Problemen zu nennen. Auch dieses Verhaltensmuster beschreibt eine Geheimhaltung in Form von Verdrängung der eigentlichen Problematik. Da die Betroffenen in diesem Zusammenhang die belastenden Umstände auch vor sich selbst verleugnen, stellt dies vor allem bezüglich des eigentlich notwendigen Verarbeitungsprozesses dieser Belastungssituationen für viele eine auch langfristig schwer zu überwindende innere Blockade dar (vgl. Krestan u.a. 1995, 132).

Der Motor für diese vielfältige Verdrängung und Geheimhaltung ist das bereits in einigen Zusammenhängen angeführte Bestreben der Beteiligten, ihr Familiensystem vor dem Zerbruch zu schützen. Für das Familienleben bedeutet diese Verhaltensregel, dass alle Gesprächsthemen ausgegrenzt werden, die mit dem Geheimnis der Alkoholsucht in Berührung kommen könnten. Dadurch werden Unterhaltungen zunehmend oberflächlicher und viele Probleme oder Bedürfnisse können nicht angesprochen werden. In solchen starren Systemen wird der **Zusammenhalt immer über die Bedürfnisse des Einzelnen gestellt**. Die Loyalität gegenüber der Familie muss unbedingt gewährtleistet werden, auch wenn das auf Kosten der Integrität des Einzelnen geschieht. Die von diesen Familienerwartungen ausgehende Gefahr, bei Nichteinhalten der Schweige- und Verdrängungsgesetze ausgegrenzt zu werden sowie die massiven Loyalitätskonflikte, die bis ins Erwachsenenalter durch eine entsprechende offene Auseinandersetzung ausgelöst würden, halten viele Betroffene manchmal lebenslang davon ab externe

[4] Hierbei gibt es Unterschiede unter den einzelnen Geschwistern, falls ältere Kinder zu Vertrauten eines Elternteils gemacht werden. Dieser Aspekt wird jedoch in Kapitel 2.2.2 noch näher behandelt.

professionelle Hilfe zur Bewältigung ihrer Erfahrungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Imber-Black 1999, 67-68).

Negative Gefühle werden nicht offen ausgedrückt

Ausgelöst durch die bereits erwähnte Unberechenbarkeit in alkoholbelasteten Familien, die konstante Enttäuschungen und Vertrauensbrüche auf Seiten der Kinder nach sich zieht, als auch durch die soeben erläuterte Missachtung eigener Wahrnehmung und Bedürfnisse, die aus den Familiengeheimnissen resultiert, ist es nicht verwunderlich, dass Kinder die Überzeugung entwickeln, ihre Gefühle und Bedürfnisse hätten keinerlei Bedeutung. Da alle bereits sehr überlastet sind, befindet sich auch niemand im familiären Umfeld der noch Ressourcen dazu besitzt, auf etwaige Bedürfnisäußerungen hin seinem Gegenüber etwas entgegen bringen zu können. Da es unter den gegebenen Umständen also keine Aussicht auf positive Resonanz gibt, lernen Kinder, Gefühle für sich zu behalten und niemandem zu zeigen. In suchtbelasteten Familien entsteht somit ein umfassendes Verleugnungssystem von Empfindungen und Gedanken (vgl. Black 1988, 53+60). Durch die aus dieser Verhaltensregel resultierende Isolation des Einzelnen wird den betroffenen Kindern jegliche Hilfe entzogen, ihre verwirrenden Erfahrungen und die daraus resultierenden Gefühle wahrzunehmen, zu ordnen und letztendlich zu verarbeiten (vgl. Lambrou 2008, 19).

Kommunikation geschieht häufig indirekt

Die in den vergangenen Kapiteln und Abschnitten vielfach angeklungene Unfähigkeit der Beteiligten, sich mit ihren Gefühlen auseinander zu setzen, führt häufig dazu, Botschaften nicht dem Adressaten gegenüber zu äußern, sondern über eine dritte Person zu vermitteln. Damit wird eine direkte Auseinandersetzung vermieden. Kinder geraten durch solche Vermittlungsaufträge in einen massiven inneren Konflikt. Sie fühlen sich einerseits dem Auftraggeber gegenüber verpflichtet, laufen andererseits jedoch Gefahr, vom Botschaftsempfänger abgelehnt oder kritisiert zu werden. Hierbei wird bereits deutlich, dass über diesen Weg der Konflikt, der eigentlich zwischen z.B. den Eltern besteht, über den Vermittler ausgetragen wird. Dieser wird zum Ventil und damit Opfer aller negativen Empfindungen und Spannungen, die sich die Betroffenen im Rahmen der verfahrenen Situation nicht direkt zeigen wollen bzw. können. Für Kinder entsteht daraus häufig ein Verantwortungsgefühl für das Lösen der Probleme anderer und ein Schmerz, der langfristig nicht nur belastend, sondern auch krank machend sein kann (vgl. Rennert 1990, 171).

Insgesamt stellen die Regeln aus den vergangenen drei Rubriken einen Schutzmechanismus für die Familienmitglieder dar. Durch Geheimhaltungen, verborgene Gefühlswelten und indirekte Kommunikationsstrukturen sollen die Beteiligten davor bewahrt werden, sich eventuell zu nahe zu kommen und durch die in einem solchen Fall ausgelösten Interaktionsprozesse und Konflikte das labile und starre Gleichgewicht der Familie zu gefährden (vgl. Rennert 1990, 163). Auch im Erwachsenenalter haben sie daher vielfältig Schwierigkeiten, ihre Gefühle und Bedürfnisse angemessen wahrzunehmen und auch nach außen hin zu artikulieren. Häufig gestalten sich ihre Beziehungen entsprechend ihrem unter diesen Umständen entwickelten inneren Arbeitsmodell eher distanziert (vgl. hierzu Kapitel 1.3 „Bindungsaufbau“). Es fällt ihnen unter Umständen zeitlebens schwer, emotionale Nähe zuzulassen und vom Gegenüber Interesse und positive Rückmeldungen auf ihre Bedürfnisäußerungen zu erwarten.

Unrealistische Erwartungen

Wie im Kapitel zur Co-Abhängigkeit dargelegt wurde, werden alkoholbelastete Haushalte von den sich selbst gegenüber ausgesprochen anspruchsvollen und unbarmherzigen Chief-Enablern häufig sehr rigide geführt. Wie ebenfalls bereits aufkam, müssen Kinder häufig dazu herhalten, das mangelnde Selbstwertgefühl ihrer Eltern auszugleichen. In suchtbelasteten Haushalten ist dies durch die vorhandene Scham und die Schuldgefühle äußerst gering. Oftmals wird versucht, die eigenen Defizite durch sehr hohe Leistungsanforderungen an die Kinder auszugleichen, die in der Regel nicht erfüllt werden können (vgl. hierzu Kapitel 1.4 „Eltern-Kind-Beziehung“/ Erziehungsstile). Besonders signifikant ist hierbei der Widerspruch zwischen den Erwartungen, die an die Kinder herangetragen werden und dem gegensätzlichen Verhalten, das diese bei ihren Eltern beobachten. Natürlich setzt sich dadurch das mangelnde Selbstwertgefühl auch in die nächste Generation fort, da die betroffenen Heranwachsenden sich ebenso als unzulänglich, wertlos und überlastet erleben. Sie machen wiederholt die Erfahrung, dass sie in ihrem Sein, mit ihren Gefühlen und Empfindungen nicht ausreichen, um Liebe und Zuneigung zu verdienen. Deshalb lernen sie, sich ihr Existenzrecht durch konstante Leistung und daraus resultierender Anerkennung zu erarbeiten (vgl. Rennert 1990, 175). In diesem Zusammenhang erinnere ich den Leser an Kapitel 2.2.2. Außerdem wird Ihnen dieser Wirkungszusammenhang auch in der Rolle des Helden (vgl. Kapitel 2.3.3) wieder begegnen.

„Sei nicht egoistisch!“

Wie bereits erläutert wurde, stehen diese Familienregeln über den Bedürfnissen des Einzelnen, da der Erhalt des Familiensystems oberste Priorität besitzt. Insofern wird den

Beteiligten der Wert vermittelt, dass es egoistisch ist, eigene Bedürfnisse vor die der anderen zu setzen. Die Familienregel spricht ihnen die Verantwortung zu, sich permanent um andere zu kümmern, deren Verantwortung zu übernehmen und eigene Gefühle und Bedürfnisse zu verdrängen bzw. zum Wohle der Allgemeinheit zu ignorieren. Die tief greifende aus diesem Gesetz entstehende Problematik besteht darin, dass eine betroffene Person sich massiven inneren Gewissenskonflikten gegenübersieht, falls sie sich jemals dazu entschließt, ihre innere Einstellung sich selbst gegenüber zu verändern. Im ersten Schritt bedeutet dies nämlich für sie, egoistisch zu werden, und ist damit mit der subjektiven Gefahr verbunden Akzeptanz und Liebe von anderen zu verlieren. Allerdings kann man sich leicht vor Augen führen, wie überlebenswichtig ein solcher Sinneswandel im Lebenslauf eines Betroffenen ist. Wenn die entsprechende Person nicht lernt, sich um ihre eigenen Bedürfnisse zu kümmern und sich als wert zu erachten, für sich zu sorgen, ist anzunehmen, dass sie zunehmend innerlich ausbrennt und in einen gravierenden Erschöpfungszustand bis hin zu möglichen Folgeerkrankungen gerät (vgl. Rennert 1990, 173-174).

Spielen verboten!

Auch diese Regel wird dem Leser in Kapitel 2.3.2 „Parentifizierung“ wieder begegnen. Da die beschriebenen Umstände für Kinder in alkoholbelasteten Haushalten eher bedrohlich sind, entwickeln sie sehr schnell die Einstellung, dass das Leben eine ernste, schmerzliche Angelegenheit ist. Spielen, sich gehen lassen und übermütig oder etwas unvernünftig werden wäre für diese Kinder mit unberechenbaren Risiken verbunden. Deshalb werden sie häufig sehr früh vernünftig. Allerdings hat das langfristig gesehen folgenden Nachteil: Auch im Erwachsenenalter haben sie häufig innere Blockaden sich spielerisch zu betätigen, zu entspannen oder sich einfach spontan treiben zu lassen (vgl. Rennert 1990, 177).

Veränderungen verboten!

Im Prinzip ist dieser Punkt bereits im Verlauf der vergangenen Kapitel und Abschnitte hinreichen aufgekommen. Entwicklungsbedingte, normale Grenzverschiebungen und Auseinandersetzungen, die eigentlich stattfinden müssten (vgl. hierzu Kapitel 1.4 und konkrete Beispiele in Tabelle Althaus im Anhang), werden von starren Familiensystemen verhindert, um Veränderung zu vermeiden und um das eigentlich ins Ungleichgewicht geratene System zu erhalten. Das breite Spektrum der negativen Auswirkungen solcher Umstände wurde in den verschiedenen Ausführungen zur Entwicklungspsychologie bereits mehrfach deutlich.

## 2.3.2 Parentifizierung

Parentifizierung beschreibt ein gerade in suchtbelasteten Familien häufig auftretendes Phänomen der Überschreitung bzw. Verletzung von Generationsgrenzen innerhalb der Familie (vgl. hierzu Kapitel 1.1/„Grenzen“). Sie kann sich auf verschiedene Arten äußern (vgl. Graf et al. 2001, 314-315):

1.) Kinder werden zu **Vertrauten und/oder Ratgebern** ihrer Eltern. In diesem Fall verkehrt sich die traditionelle Eltern-Kind-Rolle ins Gegenteil und sie werden zur Quelle für Trost und Unterstützung für deren Bezugspersonen. Wenn Kinder in diesem Zusammenhang von ihren Eltern ins Vertrauen gezogen werden, spricht sich der nicht trinkende Elternteil unter anderem bei ihnen über seine Sorgen und Ängste bezüglich des Trinkverhaltens des Partners aus. Hierbei wird das Kind zum Mitwisser von Familiengeheimnissen aus dem Partnersubsystems gemacht (vgl. hierzu Kapitel 2.3.1/ „Familiengeheimnisse“). Indem einzelnen Kindern Wissen um innerfamiliäre Vorgänge zuteil wird, das den restlichen Geschwistern vorbehalten bleibt, bilden sich Dreiecksbeziehungen die eine unüberwindbare Distanz zwischen den Beteiligten schaffen indem sie Loyalitätskonflikte für den Mitwissenden aufwerfen und offene, ehrliche Gespräche zusätzlich zu den bereits bestehenden destruktiven Familienregeln unmöglich machen (vgl. hierzu Kapitel 2.3.1) (vgl. Imber-Black 1999, 60-61). Den betroffenen Kindern wird also die Verantwortung für das emotionale Wohlbefinden der Eltern übertragen. Häufig geht die Parentifizierung hierbei auch so weit, dass Kinder generell als **Partnerersatz** für einen Elterteil missbraucht werden da, wie in unserem Fall, der trinkende Partner für den anderen auf allen Ebenen kaum oder gar nicht verfügbar ist.

2.) Im zweiten Fall fungieren Kinder als **Friedensstifter und/oder Schiedsrichter** innerhalb einer konflikthaften Partnerschaft. In Erinnerung an meine Ausführungen bezüglich der Familienregeln in Kapitel 2.3.1 kann man sich diese Abläufe mit den daraus resultierenden Folgen und Loyalitätskonflikten für betroffene Kinder leicht veranschaulichen. Da in alkoholbelasteten Familien Konflikte häufig indirekt über Dritte ausgetragen werden (vgl. hierzu Kap. 2.3.1/ „Kommunikation geschieht häufig indirekt“ & „Negative Gefühle werden nicht offen ausgedrückt“), ist eine emotionale Parentifizierung einzelner oder aller Kinder aus der Familie in diesem Kontext fast unausweichlich. Sie fühlen sich verantwortlich, die einzelnen Elternteile zu trösten, zu ermutigen, zu besänftigen und zwischen ihnen zu vermitteln, wobei sie zeitgleich

keinen Ansprechpartner für ihren eigenen aus dieser Belastungssituation resultierenden Schmerz sowie Ängste, Fragen und Unsicherheiten haben.

3.) Eine weitere nicht minder belastende Form der Parentifizierung findet weniger auf emotionaler als auf Handlungsebene statt. Oftmals wird Kindern auch die Verantwortung für die **Haushaltsführung, inklusive der Betreuung und Versorgung der jüngeren Geschwister** übertragen. Je nach aktuellem Status des Trinkverhaltens der Eltern bleiben keine oder kaum noch Kapazitäten auf Seiten der Erzieher übrig, sich um die Versorgung der Kinder zu kümmern. Ich erinnere den Leser an dieser Stelle auch daran, dass der nicht trinkende Partner im Laufe der Suchtentwicklung häufig selbst beginnt, phasenweise zu trinken. Beide Elternteile sind in solchem Maße durch die Problematik beansprucht, dass häufig einzelne Kinder aus der Familie die Verantwortung für die alltäglichen Versorgungshandlungen bis hin zu Erziehungsaufgaben für die jüngeren Geschwister übernehmen müssen. Beispiel hierfür ist das Bereiten des Frühstücks, den jüngeren Kindern beim Anziehen helfen und diese dann auch in Kindergarten oder Schule bringen, Hausaufgabenbetreuung, Einkaufen, Aufräumen und/oder Putzen, abends zu Bett bringen der jüngeren Geschwister usw.. Die in diesem Sinne parentifizierten Kinder müssen dann hinsichtlich ihrer eigenen Verpflichtungen, Interessen und Versorgungsbedarfe wie z.B. dem Schulbesuch, Hausaufgaben, Freundschaften und sportlichen Aktivitäten oder sonstigen Hobbys massive Abstriche machen. Sie leiden damit unter Vernachlässigung auf allen Bedürfnisebenen (vgl. hierzu Kapitel 1.2/ Bedürfnispyramide nach Maslow). Aber auch die anderen Kinder, die durch ihre älteren Geschwister „beeltert“ werden, sind bezüglich ihrer Bedürfnisbefriedigung unterversorgt. Selbstverständlich ist es einem parentifizierten Kind, so sehr es sich auch darum bemüht, unmöglich, in gleichem Umfang wie ein erwachsener Elterteil Versorgung zu gewährleisten.

Wie aus den vorangegangenen Erläuterungen deutlich hervorgeht, ist auch Parentifizierung eine Form von emotionaler Misshandlung (vgl. hierzu Kapitel 2.3/ „...signifikant häufiger Misshandlung und Vernachlässigung...“). Kinder opfern ihre eigenen Bedürfnisse denen ihrer Eltern und bekommen dafür wenig oder nichts zurück. Durch dieses Ungleichgewicht in der Beziehungsführung findet eine Ausbeutung auf Kosten der kindlichen Sicherheits- und Abhängigkeitsbedürfnisse statt. In diesem Sinne lässt sich Parentifizierung auch als Bindungsstörung begreifen, da die primäre Bindungsperson unter den geschilderten Umständen keine sichere Basis für das Kind darstellt, die Trost und Aufmerksamkeit spendet. Im Gegenteil steht in diesem Fall

vielmehr das Kind für dessen Bezugsperson als Bindungsfigur zur Verfügung. Es lernt im Laufe seiner Entwicklung entsprechend dem inneren Arbeitsmodell aus Kapitel 1.3, dass es nur Nähe zu seiner Bezugsperson erzeugen kann, indem es selber die Fürsorge-Rolle für diese übernimmt (vgl. Graf et al. 2001, 316-317).

Wie weiter oben dargestellt, bilden sich im Rahmen der Parentifizierung komplizierte Dreiecksbeziehungen innerhalb der Familie. Diese sind als Koalition zwischen den beiden betroffenen Personen zu begreifen. Wie in Kapitel 1.1.2 erläutert, sind solche Zusammenschlüsse meist aufgrund von gemeinsamen Hobbys oder Interessenlagen in jeder Familie wechselhaft vorhanden. Im Sinne einer emotionalen Parentifizierung jedoch stellt diese Koalition eine unbewegliche und langfristige Allianz zwischen den beiden Individuen dar, die die natürlichen Generationsgrenzen verletzt, die Fronten zwischen den anderen Parteien verstärkt und somit langfristig auch die Konfliktsituation im Partnersubsystem verschlimmert anstatt zu entschärfen. Man kann sich vorstellen, dass dies für das betroffene Kind eine zusätzliche Belastung in Form von Schuld- und Versagensgefühlen sowie gravierenden Loyalitätskonflikten auslöst.

Obwohl die Verantwortungsübertragung bzw. die besondere Aufmerksamkeit, die einem Kind zuteil wird, indem es von einem Elternteil zum Vertrauten gemacht wird, vorerst eine Aufwertung des Selbstwertgefühls für Kinder bedeutet, stellt eine Parentifizierung, egal in welcher Form, langfristig eine Überforderung dar. Parentifizierte Kinder wirken in der Regel besonders ernst, frühreif und überfürsorglich (vgl. hierzu auch Kapitel 2.3.1/ „Spielen verboten!“). Ihr Leiden während ihres Heranwachsens wird daher im Alltag häufig übersehen. Sie leben in einer konstanten Überlastungssituation und reagieren mit Anpassung um jeden Preis. Daraus resultiert eine verzerrte Wahrnehmung hinsichtlich der eigenen Bedürfnisse und Gefühle (vgl. hierzu Kap.2.3.1). Sie verlernen dieselben wahrzunehmen und schwanken zwischen einem übersteigerten Gefühl der Einzigartigkeit (auf Grund ihrer besonderen Stellung) und wiederholten Versagensgefühlen (da sie den pervertierten Anforderungen letzten Endes nicht gerecht werden können). Letztendlich laufen sie Gefahr, vielfältige emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Hierzu gehören Folgende: Massive schulische Konzentrations- und Leistungsschwierigkeiten aufgrund der konstanten Überlastung, Isolation gegenüber Gleichaltrigen und außerfamiliären Kontakten und zwanghaftes Perfektions- und Leistungsstreben (vgl. Graf et al. 2001, 323-324+335).

Langfristig kann ein Ablösungs- und Identitätsproblem aufgrund der beschriebenen übersteigerten Verantwortungs- und Loyalitätsgefühle gegenüber der Familie bzw.

einzelner Familienmitglieder entstehen. Außerdem leiden Betroffene meistens unter einem fragilen Selbstwertgefühl, das wiederum häufig durch Unbarmherzigkeit sich selbst gegenüber und den, bereits aufgeführten hohen Perfektionismus auszugleichen versucht wird. Wenn man sich vor Augen führt, dass diese Menschen während ihrer Kindheit nie die Chance hatten, ihre eigenen Bedürfnisse angemessen wahrzunehmen und diesbezüglich hinreichend versorgt zu werden, ist es verständlich, dass sie auch im Erwachsenenalter ihren Gefühlen relativ hilflos gegenüberstehen. Oftmals werden ihre Beziehungen von gravierenden Ängsten vor Liebesverlust und Verlassenwerden bestimmt. Dieser Wahrnehmung wird wiederum mit permanenter Aufopferung für den anderen begegnet, die dann eine subjektive Existenzberechtigung herstellt (vgl. hierzu auch Kapitel 2.2.2 „Wie entsteht). Nicht selten enden derartige Lebensläufe letztendlich in Depressivität bis hin zur Suizidalität (vgl. Graf et al. 2001, 324-325).

Eine weitere, häufige Langzeitfolge ist auch die Weitergabe der Parentifizierung an die nächste Generation. Ebenso wie bei der Co-Abhängigkeit haben die betroffenen Kinder während ihrer Entwicklung massive Defizite erlitten, die häufig auch in den folgenden Jahren nicht ausgeglichen bzw. nachgeholt werden konnten. Daher sind sie, wenn sie später selbst zu Eltern werden, aufgrund der eigenen inneren Leere oft ebenfalls nicht in der Lage angemessen auf ihre Kinder einzugehen. Sie wiederholen ungewollt den zerstörerischen Kreislauf, indem sie ihre nicht erfüllten emotionalen Bedürfnisse über ihre Kinder befriedigen, anstatt diese aus den eigenen, in diesem Fall nicht oder nur mangelhaft vorhandenen Ressourcen zu versorgen (vgl. Graf et al. 2001, 316).

### 2.3.3 Rollenbilder in suchtbelasteten Familien

Wie bislang bereits vielfach deutlich wurde, sind Kinder gezwungen, auf die Verhaltensweisen ihrer Eltern zu reagieren und sich damit aktiv am Gleichgewichts- und Zusammenhaltsbestreben des Familiensystems zu beteiligen. Sie müssen sich im Laufe ihrer Entwicklung **Überlebenstechniken** aneignen, um in einem destruktiven System funktionieren zu können (vgl. Lambrou 2008, 19).
Abbildung 6 veranschaulicht, dass von verschiedenen Wissenschaftlern Rollenbilder definiert wurden, die in Familien von einzelnen Mitgliedern übernommen werden. Je nach persönlichen Stärken und Schwächen eignen sich Individuen in spezifischen Situationen bestimmte Rollen an. Diese Übernahme geschieht langsam und unmerklich. Ihr liegt also keine bewusst kalkulierte Entscheidung zugrunde, sondern sie geschieht aus den Umständen heraus, im Kontext der spezifischen Persönlichkeitsstruktur. Man kann eine Familienrolle also generell als Reaktion auf Bedingungen verstehen. Auch in gesunden Familiensystemen finden situationsbedingt solche Rollenübernahmen statt. Allerdings

zeichnen sich die Rollenbilder in einem wie bei Alkoholismus vorliegenden dysfunktionalen Familiensystem durch eine besonders unflexible und unveränderbare Zuschreibung auf den Rollenträger aus. Dies ist im Gesamtzusammenhang des vorliegenden starren Familiensystems zu verstehen, das sein Zusammenleben durch ungesunde Familienregeln organisiert, die darauf abzielen möglichst jedwede Form von Veränderung und außerfamiliärer Beeinflussung zu verhindern (vgl. hierzu Kapitel 1.1.1 / „geschlossene Systeme“ & 2.3.1/ „unmenschliche Regeln“) Insofern hilft eine Rollenübernahme dem Rollenträger einerseits, im Chaos einer suchtbelasteten Familie zu überleben, erwachsen zu werden und zumindest nach außen hin gesund und unauffällig zu erscheinen. Andererseits ergeben sich aus der Rolle auch wichtige Funktionen für das Familienleben selbst (vgl. Rennert 1990, 69 & Kolitzus 2004, 65).

Die Rollenmodelle im Überblick

| Wegscheider (1988) | Black (1988) | Ackerman (1987) | Lambrou (1990) | Jakob (1991) |
|---|---|---|---|---|
| Held | Verantwortungs-bewusstes Kind | Macher | Macher | Elternkind<br>Partnerersatz<br>Vorzeigekind |
| Sündenbock | Ausagierendes Kind | Sündenbock | Sündenbock | Schwarzes Schaf |
| Verlorenes Kind | Fügsames Kind | Schweiger | Unsichtbares Kind | |
| Clown | Friedensstifter | Maskottchen | Maskottchen | Nesthäkchen |
| | | Chamäleon<br>Der Übererwachsene<br>Der Distanzierte<br>Der Unverletzte | Chamäleon | |

In dieser Arbeit erläuterte Auswahl

**Abb.6** *(vgl. Zobel 2006, 29)*

Eine Rollenbildbeschreibung ist nicht als kausale Analyse individuellen Verhaltens zu verstehen! Sie vermittelt lediglich Fragmente von Selbstwahrnehmungen und Verhaltensweisen, die in der Praxis wiederholt bei beteiligten Personen beobachtet wurden. Natürlich bringt im Einzelfall jedes Individuum seine persönlichen Charakteristika, Empfindungen und Verarbeitungstechniken in die Gestaltung und den Verlauf von Rollenübernahmen mit ein (vgl. Rennert 1990, 70). Außerdem ist auch nicht zwangsweise eine Rolle pro Person festgeschrieben. Im Gegenteil können einzelne Mitglieder zeitgleich auch mehrere innehaben oder bei Bedarf von einer Rolle in eine andere überwechseln.

Wie bereits zu Anfang dieses Kapitels erklärt wurde, werden die Rollenübernahmen von der familiensystemischen Dynamik beeinflusst. Es gibt also kein bestimmtes Schema, nach dem diese Veränderungen hinsichtlich der Übernahmeprozesse stattfinden. Sie müssen im Kontext des gesamtsystemischen Entwicklungsprozesses verstanden werden (vgl. hierzu Kapitel 1.1.2) (vgl. Rennert 1990, 70 & Black 1988, 80 & Kolitzus 2004, 65). Ein letztes wesentliches Phänomen bezüglich der Rollenübernahme im Kindes- und Jugendalter bildet die Tatsache, dass sich die Rollenmerkmale im Laufe der Jahre zu eigenständigen persönlichen Charakteristika des jeweiligen Trägers entwickeln. Sie kann also nicht einfach nach Verlassen des familiären Umfelds wieder abgelegt werden. Aus den langjährigen Rollenerfahrungen haben sich letzten Endes innere Arbeitsmodelle entwickelt, die auch zukünftig großen Einfluss auf das Verhalten, Beziehungsmuster, innere Überzeugungen und Erwartungshaltungen der Person haben (vgl. Rennert 1990, 69 & Kolitzus 2004, 68).

Im Folgenden werde ich die verschiedenen Rollenbilder mit deren direkten Vorteilen für den Akteur und auch das gesamte Familiensystem sowie die daraus resultierenden Langzeitfolgen für den Träger veranschaulichen. Die Ausführungen der verschiedenen Autoren zu den jeweiligen Rollenbildern aus Abbildung 6 sind größtenteils identisch, womit deren jeweilige Bezeichnungen auch als Synonyme verstanden werden können. Bei Ackerman und Lambrou werden sie lediglich etwas weiter ausdifferenziert. Im folgenden Text orientiere ich mich im Wesentlichen an der Beschreibung von Claudia Black, habe ihre Aufteilung jedoch um die Rolle des Maskottchens erweitert. Da zwischen dem von ihr geschilderten Friedensstifter und dem Maskottchen wesentliche Unterschiede bestehen und beide Rollen in der Praxis häufig in Erscheinung treten, halte ich es für sinnvoll, differenziert auf sie einzugehen, um dem Leser ein möglichst vollständiges Bild zu vermitteln.

**Verantwortungs-bewusstes Kind**

**(Held/Heldin)**

Das verantwortungsbewusste Kind fungiert im Hinblick auf die Haushaltsführung und Verantwortungsübernahme für die kleineren Geschwister häufig als Ersatzpartner für den nicht süchtigen Elternteil (vgl. hierzu Kapitel 2.3.2).Es ist in der Regel sehr leistungsorientiert und überverantwortlich, und sucht verstärkt die Anerkennung von Außen. In diesem Zusammenhang besteht wiederum die Möglichkeit zur Entstehung einer Co-Abhängigkeit (vgl. hierzu Kapitel 2.2). In Anbetracht der großen Verantwortung und damit verbundenen Last, diese alleine zu (er-)tragen, sind Gefühle von Angst, Trauer und Wut in der Regel Begleiterscheinungen. Außerdem bilden sich über die Jahre massive

Schuldgefühle, weil es dem Held letztendlich nicht gelingt, diese utopische Aufgabe, die Familie zu retten, zu erfüllen. Während der Kindheit besitzt die Rolle neben der Belastung auch aufwertenden Charakter für ihren Träger. Er bekommt von allen Seiten Aufmerksamkeit und befindet sich durch seine gesonderte Verantwortungsposition in einer, dem Alter unangemessenen, Macht- bzw. Autoritätsposition innerhalb der Familie, was ihm wiederum auch ein Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit verleiht. Die generell in ihrem Selbstwert beeinträchtigte Familie (vgl. hierzu Kapitel 2.3.1/ „Geheimnisse aus Scham“) erfährt durch die Leistung des verantwortungsbewussten Kindes Aufwertung und Grund zum Stolz. Langfristig entwickeln sich solche Kinder häufig zu Workaholics, können sich kaum entspannen, haben ein starkes Bedürfnis nach Kontrolle bis hin zur Manipulation, fühlen sich in spaßigen Situationen hilflos und unwohl, sind zwanghaft, haben große Schwierigkeiten mit Fehlern und Misserfolgen und suchen oftmals Beziehungen zu problembehafteten Partnern. Findet bei diesen Personen im Erwachsenenalter Alkoholkonsum statt, so bildet dieser für sie eine Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen und das innere Anspannungsgefühl zu lösen. Nach Aufarbeitung ihrer Vergangenheit können die betroffenen Personen aus den entwickelten Fähigkeiten auch großen Gewinn ziehen. Sie eignen sich häufig hervorragend für Leitungspositionen, sind generell sehr zielbewusst, zuverlässig, häufig erfolgreich und kompetent (vgl. Kolitzus 2004, 66-69 & Black 1988, 27-31+67-72).

**Ausagierendes Kind**

**(Sündenbock bzw. Schwarzes Schaf)**

Das ausagierende Kind, umgangssprachlich besser bekannt als Sündenbock oder schwarzes Schaf, sucht Aufmerksamkeit durch negatives Verhalten. Meistens ist die Rolle des Helden auch bereits an ein älteres Geschwisterteil vergeben. Diese Kinder zeigen häufig sozial auffälliges Verhalten, indem sie beispielsweise Ärger in der Schule bekommen, delinquent werden oder früh einen riskanten Suchtmittelkonsum entwickeln. Dieser Prozess lässt sich in vielen Fällen auch durch einen so genannten „spill-over“ (überfließenden) Effekt hinsichtlich der elterlichen Konflikte begreifen. Das heißt, dass es zu einer Umlenkung des eigentlichen Partnerkonflikts auf das „Problemkind“ kommt. Indem das schwarze Schaf für das Versagen aller verantwortlich gemacht wird, bleibt es den restlichen Beteiligten erspart, sich mit ihrer eigenen Problematik beziehungsweise ihren bestehenden Konflikten auseinander zu setzen (vgl. Flammer 2004, 227 & Rennert 1990, 44 & Schneewind 2008, 139-140). Kinder, die diese Rolle eigen haben, erleben sich in besonderem Maße abgelehnt und verlassen. Sie empfinden intensive Trauer und Wut über diese Zurückweisung. Im Älterwerden tragen sie häufig massive Benachteiligungen aufgrund fehlender Ausbildung, früher Schwangerschaft, entwickelter

Abhängigkeitserkrankung und ähnlichem davon. Außerdem ist es ihnen ohne professionell unterstützte, systematische Aufarbeitung der Vergangenheit meistens unmöglich, eine positive Selbstwahrnehmung zu entwickeln. Sofern sie allerdings ihre Rollenerfahrungen verarbeiten können, besitzen sie in der Regel eine hohe Bereitschaft im Hinblick auf das Verfolgen bestimmter Ziele, notwendige Risiken einzugehen und zu ertragen und sind besonders mutig darin, sich der Realität zu stellen (vgl. Black 1988, 37-39+79-80).

**Fügsames Kind**

Das fügsame Kind entwickelt die Strategie, das alltägliche Chaos des Familienlebens zu überstehen, indem es sich einfach allem fügt und sich flexibel an die aktuellen Situationen anpasst. Diese Kinder folgen den jeweiligen Erwartungen und vermeiden es, jedwede Form von Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Auf diese Weise erlangen sie Ruhe und Abstand vom Geschehen. Anders als beim Helfer oder Friedensstifter, konzentriert sich die Wahrnehmung fügsamer Kinder auf sich selbst und nicht primär auf die Bedürfnisse der Personen um sie herum. In diesem Unterschied besteht auch ein besonderes Konfliktpotential innerhalb des Geschwistersubsystems, da diese Denk- und Verhaltensweise von den restlichen Geschwistern häufig als egoistisch und verantwortungslos empfunden wird. Häufig sind fügsame Kinder einsame Einzelgänger, die leicht übersehen werden und sich in ihre eigene Welt flüchten. Ihre schulischen Leistungen sind in der Regel durchschnittlich und in sozialen Gruppen befinden sie sich eher in einer unauffälligen Randposition. Die belastete Familie ist häufig sehr erleichtert, dass man sich um dieses Kind nicht zu kümmern braucht und beachtet es daher oftmals kaum. Hierdurch entsteht bei ihm ein Gefühl des Verlassenseins, worüber es oft auch wütend und vor allem traurig ist. Da fügsamen Kindern während ihrer Entwicklung durch die permanent wechselnden Umstände, an die sie sich im Rahmen ihrer Überlebensstrategie jeweils flexibel angepasst haben, keine Möglichkeit gegeben wurde, ein auf dauerhafter Basis begründetes Vertrauen und Selbstwirksamkeit zu entwickeln, fällt es ihnen auch im Erwachsenenalter häufig schwer, Entscheidungen zu fällen. Durch die wiederholt erlebte Ohnmacht gegenüber den willkürlich eintretenden äußeren Bedingungen entsteht bei ihnen die Wahrnehmung, dass sie ihr Leben nicht selbst beeinflussen können, weshalb sie sich schnell geschlagen geben und resignieren. Sie versuchen, Situationen zu umgehen, in denen sie Kontrolle übernehmen müssten und gehen über Geschehnisse schnell hinweg. Allerdings entsteht aus dieser Isolation und selbstverneinenden Anpassung über die Jahre hinweg häufig eine massive Lebensunzufriedenheit bis hin zu Depression. Diese innere Leere wird von Betroffenen

häufig in Form von übermäßigem Essen oder auch Alkohol- bzw. sonstigem Suchtmittelkonsum aufgefüllt. Finden sie jedoch den Mut, unter Inanspruchnahme professioneller Hilfe, ihre Erfahrungen zu verarbeiten, besitzen sie in der Regel die Stärke, sich selbst, unabhängig von der Meinung anderer, behaupten zu können. Außerdem sind erwachsen gewordene fügsame Kinder häufig besonders flexibel, kreativ, phantasievoll und erfinderisch (vgl. Kolitzus 2004, 70-71& Black 1988, 31-34+72-75).

**Friedensstifter**

Der Friedensstifter ist in der Regel ein besonders einfühlsames und von seinem äußeren Erscheinungsbild her ausgeglichenes Kind. Neben dem Held ist er besonders gefährdet, im Sinne des Friedensstifters und/oder Schiedsrichters bzw. des Vertrauten und/oder Ratgebers von einem Elternteil parentifiziert zu werden (vgl. hierzu Kapitel 2.3.2). Er zeichnet sich durch hohes Einfühlungsvermögen und gutes Zuhörvermögen aus. Ein Friedensstifter ist permanent um das Wohlbefinden und den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Harmonie innerhalb der Familie bemüht. Deshalb würde er niemals jemandem widersprechen und äußert auch sonst keine eigenen Gefühle, Bedürfnisse oder Meinungen. Die Eltern sind im Normalfall stolz auf die besonders selbstlosen und verantwortungsvollen Eigenschaften dieses Kindes. Außerdem wird ihm auch von allen besondere Sympathie und Aufmerksamkeit entgegengebracht, da es sich mit jedem gut versteht und immer umgänglich, aufmerksam und nett ist. Als Erwachsene sind diese Personen prädestiniert dafür, helfende Berufe zu ergreifen und auch weiterhin Sorge für andere Menschen zu tragen. Wie bei der Entstehung von Co-Abhängigkeit, die im Kontext dieser Rollenübernahme häufig auch zustande kommt, haben diese Menschen nie gelernt, sich um die Wahrnehmung und Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse zu kümmern. Sie haben meist große Schwierigkeiten ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen. Häufig gehen sie deshalb auch Beziehungen mit problembehafteten und daher eher fordernden Partnern ein. Solange man auf Kosten des eigenen Wohlbefindens und aus mangelndem Selbstwertgefühl heraus gibt, ist dieser Prozess für alle Beteiligten letztendlich destruktiv. Sofern fügsame Kinder jedoch ihre Erfahrungen verarbeiten und lernen für sich zu sorgen, indem sie das Wagnis eingehen, in gesundem Maße „egoistisch“ zu werden (vgl. hierzu Kapitel 2.3.1/ „Sei nicht egoistisch!“) und ihre Grenzen zu ziehen, besitzen sie große Fähigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und sind für helfende Berufe tatsächlich hoch qualifiziert (vgl. Black 1988, 34-37 & 75-78).

**Maskottchen**

**(Clown)**

Das Maskottchen ist meistens das jüngste Kind der Familie. Es wird als das schutzbedürftige „Baby“ behandelt und gibt sich auch

in höherem Alter oft süß, nett, unreif und niedlich. Außerdem amüsiert es den Rest der Familie häufig durch Späße und/oder hyperaktives Agieren. Dadurch findet im Familienleben eine Spannungsabfuhr statt. Durch die Komik, beispielsweise am Esstisch, wird die eigentliche Stimmungslage entschärft und ebenfalls von der Problematik abgelenkt(vgl. auch schwarzes Schaaf). Beim Maskottchen selbst stellt sich allerdings oft das Gefühl der eigenen Bedeutungslosigkeit ein, da es von niemandem ernst genommen und als vollwertiges, reifes Familienmitglied respektiert wird. Außerdem wird es in der Regel in besonderem Maße von den Gesprächen und Besprechungen der Älteren und Erwachsenen ausgeschlossen, weshalb es vor allem auf Grund der Unwissenheit und Einsamkeit zusätzlich starken Angstgefühlen ausgesetzt ist. Als Erwachsener fällt es ihm dann oft schwer, den Ernst des Lebens auszuhalten, weshalb es - ähnlich wie das fügsame Kind - versucht, diesem auszuweichen und häufig weiterhin zwanghaft scherzt und „das Leben auf die leichte Schulter nimmt“. Außerdem werden ehemalige Maskottchen auch oft zu geschickten Manipulatoren, da sie gelernt haben, ihre scheinbare Hilflosigkeit oder auch ihr belustigendes Verhalten zielgerichtet beim Gegenüber einzusetzen. Leider fällt es ihnen oft schwer, wirkliche Freundschaften zu entwickeln, da sie lernen mussten, in ihrer ausgegrenzten Situation zurecht zu kommen. Sie sind im späteren Lebenslauf besonders anfällig, seelische Störungen zu entwickeln. Nach erfolgreicher Vergangenheits-verarbeitung jedoch besitzen diese Menschen häufig hohen Charme, eignen sich hervorragend als Gesellschafter oder Schauspieler und sind witzig, geistreich, humorvoll sowie einfühlsam und hilfsbereit (vgl. Kolitzus 2004, 72-73).

## 2.4 Resümee bezüglich der Auswirkungen

### 2.4.1 Akute Folgen

Wie aus den vergangenen Kapiteln hervorgeht, gibt es in alkoholbelasteten Familien viele Gemeinsamkeiten. Trotzdem sind auch Unterschiede in den verschiedenen Haushalten vorhanden die wesentlich mitverantwortlich dafür sind, wie schwerwiegend und in welcher Form sich eine Alkoholproblematik im Elternsystem letztendlich tatsächlich auf die Kinder auswirkt (vgl. für folgende Ausführungen Lambrou 2008, 23-24 & Klein 2005, 53-54). Je nach Persönlichkeitsstruktur des Kindes agiert dieses in der familiären Belastungssituation und verarbeitet diese somit individuell. Auch in der jeweiligen Familiendynamik gibt es entscheidende Unterschiede, die die Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung verschlimmern oder entschärfen. Das Alter der Kinder bei Beginn des Alkoholkonsums ist beispielsweise von Bedeutung. Tritt dieser erst in fortgeschrittenem Alter ein, konnten sie eventuell schon gesunde Bindungsmuster

aufbauen und sind generell in ihren Versorgungsbedarfen nicht mehr ganz so lebensbedrohlich abhängig von der Elternsituation wie in ihren ersten Lebensjahren bzw. -monaten. Außerdem verschlimmern oder verringern sich die Folgen je nach individuellem Trinkverhalten des Alkoholikers. Wird dieser in alkoholisiertem Zustand beispielsweise häufig aggressiv, gewalttätig oder besonders anklagend und beleidigend, erhöht sich natürlich das Risiko für psychische und auch körperliche Folgeschäden beim Kind. Außerdem besteht bei Alkoholismus auch eine hohe Komorbidität zu anderen psychischen Störungen. Sind diese zusätzlich im Elternsystem vorhanden, steigert sich dadurch auch die Belastungssituation für die betroffenen Kinder. Außerdem konnte auch nachgewiesen werden, dass sich die Folgen für Kinder verringern, sofern der trinkende Elternteil seine Sucht während deren Entwicklungsverlaufs erfolgreich bewältigen kann. Auch die finanzielle Lage der Eltern wirkt sich auf die Folgen der Kinder aus. In Kapitel 2.1 wurde erläutert, dass die Krankheitsentwicklung häufig mit starken sozialen und finanziellen Folgeschäden einhergeht. In Verknüpfung mit den kindlichen Versorgungsbedarfen aus Kapitel 1.2 kommt es in schwerwiegenden Fällen durchaus vor, dass Kinder unter schlechten Wohn-, Ernährungs- und Kleidungsbedingungen aufwachsen müssen. Eine weiterer entscheidender Faktor ist die generelle Kapazität die im Elternsystem für die Kinder übrig bleibt. Entscheidend dafür ist, ob der zweite Elternteil ebenfalls trinkt bzw. inwiefern dieser in eine Co-Abhängigkeit verstrickt ist. In diesem Zusammenhang ist dann tatsächlich manchmal auch kein ausreichender Schutz vor Gefahren geboten (vgl. hierzu Kapitel 1.2). Offene Flaschen mit Alkohol, freiliegende Zigarettenstummel, mangelnder Schlafplatz und Lärmbelästigung im Haushalt, aber auch Vernachlässigungen im Betreuungsbereich des Kindes wie nächtliche Abwesenheit der Eltern oder auch tagsüber unbeaufsichtigtes Aufhalten in Gefahrenbereichen sind mögliche Alltagssituationen. Es gibt aber auch Familien, in denen durch den nicht trinkenden Elternteil ein offener Umgang mit der bestehenden Problematik stattfindet. Dies stellt eine entscheidende Entlastung für die Kinder dar. Je nach individuell vorhandener Faktorenkombination treten also die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen vielseitigen Symptome und die daraus entstehenden akuten Belastungsfolgen und Entwicklungsbeeinträchtigungen für die betroffenen Kinder auf.

### 2.4.2 Langzeitfolgen

Wie ebenfalls in den vorangegangenen Kapiteln mehrfach erläutert, lassen sich die Kindheitserfahrungen mit zunehmendem Alter nicht einfach abschütteln. Besonders belastend wird von Betroffenen vor allem die dysfunktional erlebte Familienatmosphäre

sowie die körperliche und vor allem auch seelische Gewalt im Elternhaus und das daraus folgende mangelhafte Unterstützungssystem empfunden (vgl. Zobel 2006, 107).

Erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien, insbesondere die Söhne, sind sechs mal häufiger von Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit betroffen als Kinder aus nicht suchtbelasteten Familien. Das bedeutet, dass bei ca. 1/3 aller betroffenen Kinder später ebenfalls eine Abhängigkeitserkrankung entsteht. Ein etwas geringerer Prozentsatz entwickelt als Folge der belastenden Kindheitserfahrungen psychische Störungen. Hierunter fallen vor allem Angststörungen, Depression, Hyperaktivität, Störung des Sozialverhaltens, Intelligenzminderung, somatische Probleme und Misshandlungsfolgen. Außerdem suchen sich vor allem Töchter 2,5 mal so häufig wie Vergleichspersonen ohne familiäre Suchtbelastung später wieder einen suchtbelasteten Partner, womit sie die destruktiven Beziehungsstrukturen aus dem Elternhaus fortsetzen (vgl. Klein 2005, 53-57).

**Selbstwahrnehmung bei erwachsenen Kindern aus suchtbelasteten Familien**

Aufgrund klinischer Beobachtungen stellt Woititz (2003) 13 charakteristische Merkmale bei Erwachsenen mit abhängigen Eltern vor, die mittlerweile fester Bestandteil der klinischen Literatur und der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien geworden sind:

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

| **Abb.7** | *( Zobel 2006, 82)* |
|---|---|

Generell besteht bei Betroffenen häufig die Schwierigkeit, dass sie durch die langjährigen umfassenden Verdrängungsmechanismen nur ausgesprochen schwierig Zugang zu ihren Gefühlen, inneren Abläufen und psychischen Mechanismen bekommen. Meistens kann eine Verknüpfung zwischen im späteren Lebenslauf auftretenden Langzeitfolgen und traumatischen Kindheitserfahrungen nur schwer oder gar nicht hergestellt werden. Dies veranschaulicht die besondere Problematik im Hinblick auf eine rückwirkende Verarbeitung der Kindheitserlebnisse. Diese ist jedoch zwingend notwendig um neue Erfahrungen und Arbeitsmodelle entwickeln zu können, die dann wiederum für die betroffene Person ein gesundes, befriedigendes Leben und gelingende Beziehungsstrukturen ermöglichen (vgl. Woititz 1990, 59 & Black 1988, 45).

Abschließend muss wiederholt darauf hingewiesen werden, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien nicht alle eine eigene Abhängigkeit oder auffällige psychische Störungen entwickeln! Wie Abbildung 7 verdeutlicht, sind sie in ihrer Selbstwahrnehmung jedoch fast immer langfristig beeinträchtigt, auch dann, wenn sie in ihren späteren Lebensjahren ein sozial unauffälliges Leben führen. Obwohl diese in Abbildung 7 aufgeführten Selbstüberzeugungen nicht als generell anzuwendende Zuschreibung auf einzelne Individuen zu verstehen ist (!), besitzen Erwachsene aus suchtbelasteten Familien in jedem Falle eine erhöhte Vulnerabilität (Verwundbarkeit / Anfälligkeit) gegenüber Verhaltens- und Erlebensstörungen. Sie stellen also eine ernst zu nehmende Hochrisikogruppe in unserer Gesellschaft dar (vgl. Klein 2005, 54).

# 3. Resilienzforschung

Wie zuvor erwähnt, entwickeln einige Kinder auch unter riskanten Bedingungen die Fähigkeit, erfolgreich mit diesen belastenden Lebensumständen und dem daraus resultierenden Stress umzugehen. Das bedeutet, dass es diesen Kindern gelingt, die vorhandenen „Entwicklungsrisiken weitestgehend zu vermindern oder zu kompensieren, negative Einflüsse auszugleichen und sich gleichzeitig gesundheitsförderliche Kompetenzen anzueignen“ (Wustmann 2004, 18). Diese Widerstandsfähigkeit gegenüber den gegebenen Entwicklungsrisiken wird als Resilienz bezeichnet. In der Fachdiskussion finden sich bezeichnender Weise folgende synonym verwendete Begriffe: „Stressresistenz“, „psychische Robustheit“ oder auch „psychische Elastizität“ (vgl. Wustmann 2004, 18). Die Frage nach den Faktoren, welche für einen solchen positiven Entwicklungsverlauf trotz risikoreicher Umstände verantwortlich sind, beschäftigt die seit den 50er Jahren bestehende Resilienzforschung. Da Resilienz allerdings kein spezifisches, angeborenes Persönlichkeitsmerkmal eines Kindes bezeichnet, sondern sich auf in einem dynamischen, transaktionalen[5] Prozess erworbene Kapazitäten und Kompetenzen bezieht, handelt es sich hierbei um ein hochkomplexes Konstrukt. In diesem Zusammenhang ist es auch nicht erstaunlich, dass sich diese relativ junge wissenschaftliche Disziplin trotz mittlerweile zahlreicher empirischer Studien nach wie vor einer Reihe offener Fragen im Hinblick auf differentielle Entwicklungsprozesse und Anpassungs- bzw. Wechselwirkungsmechanismen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren gegenüberstehen sieht (vgl. Wustmann 2004, 9+28). Nichtsdestotrotz liefern uns die bisherigen Ergebnisse der Resilienzforschung aber bereits wichtige Anhaltspunkte im Hinblick auf sinnvolle Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Kinder- und Jugendbereich. Das Kernstück bisheriger Resilienzforschung bildet das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren, die wahlweise auch als Ressourcen bezeichnet werden können.

## 3.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren ziehen nicht zwangsweise negative Entwicklungsfolgen bei betroffenen Kindern nach sich. Sie steigern jedoch entsprechend ihrer Intensität und des gehäuften Auftretens die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen. Die epidemiologische Risikoforschung konzentriert sich darauf, Lebensbedingungen zu identifizieren, die Kinder in ihrem Entwicklungsverlauf beeinträchtigen und/oder gefährden können. Hierbei wird zwischen zwei Gefährdungsbereichen unterschieden. Zu den Vulnerabilitätsfaktoren

[5] Transaktional gilt als gegenseitige Beeinflussung aller an einer Interaktion beteiligten Faktoren.

gehören alle Bedingungen, die sich auf biologische oder psychologische Merkmale des Kindes beziehen. Hierunter fallen (vgl. Wustmann 2004, 36+38):

- Prä-, peri- und postnatale Faktoren, wie z.B. eine Frühgeburt, Geburtenkomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, im Falle von Alkoholismus der Mutter auch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft oder Ernährungsdefizite bzw. Erkrankungen des Säuglings
- Neuropsychologische Defizite und psychophysiologische Faktoren. Beispiele hierfür sind ein sehr niedriges Aktivitätsniveau oder aber auch ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
- Genetische Faktoren, wie z.B. Chromosomenanomalien
- Chronische Erkrankungen wie Asthma, Neurodermitis, Krebs, schwere Herzfehler oder auch hirnorganische Schädigungen
- Schwierige Temperamentseigenschaften wie impulsives Verhalten, starke Unruhe, schweres Trösten Lassen oder auch eine generelle hohe Ablenkbarkeit
- Eine unsichere Bindungsorganisation
- Geringe kognitive Fertigkeiten im Sinne von niedrigem Inteligenzvermögen, Wahrnehmungsdefizite bzw. Defizite in der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung
- Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung

Einige dieser Faktoren wie das Risiko von Erkrankungen im Säuglingsalter durch mangelhafte Pflege sowie die Entwicklung von unsicheren Bindungsmustern traten als mögliche Folgen im Zusammenhang mit Alkoholismus in der Familie in den Kapiteln 2.1-2.4 bereits in Erscheinung.

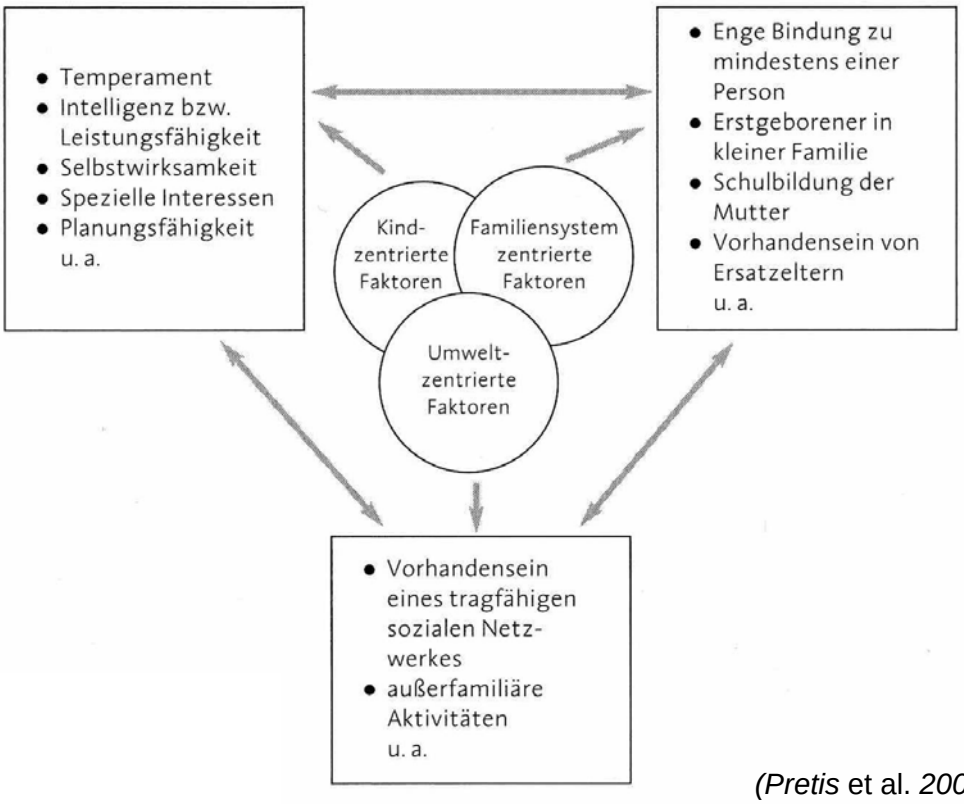
Bedingungen, die psychosoziale Merkmale der kindlichen Umwelt betreffen, werden als Risikofaktoren beziehungsweise Stressoren bezeichnet (vgl. Wustmann 2004, 36). Im Falle einer Suchtproblematik innerhalb der Herkunftsfamilie sind dies vor allem Folgende (vgl. Sack et al. 2005, 252):

- **Psychische Störungen oder Erkrankungen** eines bzw. beider Elternteile. Hierunter fällt die Suchterkrankung selbst, jedoch erinnere ich den Leser auch an die häufige Korrelation mit anderen psychischen Störungen wie beispielsweise Depressivität in diesem Zusammenhang (vgl. hierzu Kap. 2.4.1). Außerdem wirkt sich auch eine Co-Abhängigkeit, wie unter Kapitel 2.2 ausführlich erläutert wurde, vergleichbar einer psychischen Erkrankung des Elternteils auf die betroffenen Kinder aus.

- Wie in Kapitel 2.3 erläutert, finden in suchtbelasteten Familien signifikant häufiger als in nicht betroffenen Vergleichsgruppen **Gewalt- und Missbrauchserfahrungen** statt.
- Auch mehrgenerational-trahiert **gestörte Familienverhältnisse**, Probleme der Eltern untereinander, dissoziales Verhalten der Eltern (vgl. hierzu Kapitel 2.1-2.3) sind in suchtbelasteten Familien häufig vorhanden.
- Eltern und/oder Geschwister als **negative soziale Rollenmodelle** im Hinblick auf den Umgang mit Rauschmitteln bilden einen weiteren Risikofaktor.
- **Fehlende elterliche Wärme, niedrige Eltern-Kind-Bindung** so wie **fehlende Offenheit** in der familiären Kommunikation sind, wie das gesamte Kapitel 2.3, insbesondere jedoch der Abschnitt 2.3.1 veranschaulicht, im alkoholbelasteten Umfeld häufige Begleiterscheinungen.
- Einen weiteren Faktor stellt gleichgültiges oder überforderndes und abweisendes Kontrollverhalten der Eltern dar (vgl. hierzu Kap. 1.4/ „zurückweisend-vernachlässigender Erziehungsstil“ & „autoritärer Erziehungsstil“). Dass diese **ungünstigen Erziehungspraktiken und Erziehungsdefizite** im Zusammenhang mit der Konflikt- und Überlastungssituation im Elternsystem auftreten können wurde im Verlauf von Kapitel 2.1-2.3 deutlich.
- Ein weiterer Risikofaktor ist ein **geschlossenes Familiensystem** (vgl. hierzu Kap. 1.1.1), das sich sozial zur Außenwelt hin isoliert und in der Regel im Zusammenhang mit einer vorhandenen Suchtproblematik vorliegt (vgl. hierzu Kap. 2.3.1/ „ungesunde Familienregeln“).
- Außerdem stellen **Armut** oder auch ein **sozialer Abstieg** der Familie, die oftmals als Folgen im Verlauf einer Alkoholerkrankung eintreten (vgl. hierzu Kap. 2.1), ein Risiko für den kindlichen Entwicklungsverlauf dar.
- **Überforderung, Krankheit oder Stress** eines Familienmitglieds sind zusätzliche Faktoren. Auch hierunter könnte man das Symptom einer Co-Abhängigkeit zuordnen, jedoch auch die familiäre Zusatzbelastung beispielsweise im Falle einer ausgeprägten Delinquenz oder Jugendschwangerschaft des Kindes, das die Rolle des Sündenbocks in der Familie übernommen hat (vgl. hierzu Kap. 2.2.3 & 2.3.3).
- Ebenso belastet eine **Scheidung** die betroffenen Kinder. Sie tritt in alkoholbelasteten Familie häufig durch die massiven Partnerkonflikte ein. Außerdem sind Kinder aus solchen Familien natürlich auch signifikant häufiger einem alkoholbedingten, früh eintretenden Tod des suchtkranken Elternteils ausgesetzt.
- Auch ein Zugehörigkeitsgefühl zur **Peergruppe**, das stärker ist als das Empfinden familiären Zusammen- und Rückhalts ist, wirkt sich häufig nachteilig auf die kindliche Entwicklung aus, sofern die Peergruppe riskante Verhaltensweisen aufweist.

## 3.2 Resilienz- beziehungsweise Schutzfaktoren

**Abb. 8** **Resilienz- beziehungsweise Schutzfaktoren**




*(Pretis* et al. *2004, 63)*

Das Konstrukt der Schutzfaktoren bildet ein Gegengewicht zu den bereits beschriebenen Stressoren. Schutzfaktoren erhöhen das Auftreten positiver, gesunder Entwicklungsergebnisse in Form von Resilienz und reduzieren das Risiko negativer Folgeerscheinungen aufgrund der gleichermaßen vorhandenen Risikofaktoren. Generell sind beide Bereiche in Abhängigkeit zueinander zu betrachten. Je mehr Stressoren auf eine Person einwirken, desto mehr Ressourcen werden benötigt, um entsprechende Kompetenzen zur dauerhaft befriedigenden Bewältigung der Belastungssituation entwickeln zu können (vgl. Wustmann 2004, 44). Wie Abbildung 8 zeigt, sind Schutzfaktoren in verschiedenen Bereichen angesiedelt, die ich im Folgenden mit konkreten Beispielen näher erläutern werde.

1. <u>Kindzentrierte Faktoren</u>

   Hiezu gehören vor allem ein mindestens durchschnittliches Intelligenzniveau; ein aktives, ausgeglichenes, liebevolles und kontaktfreudiges Temperament; ein guter gesundheitlicher Status sowie ein hoher Selbstwert, Selbstwirksamkeit und interne Kontrollüberzeugungen. Die letzten drei Punkte werden vor allem auch in der

Interaktion mit der Umwelt und durch erfolgreiche Bewältigungserfahrungen von Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise schulische Leistung oder auch Aufbau eines Freundeskreises und Anerkennung durch Gleichaltrige, erreicht. Hierbei wiederum kommen dem Kind Eigenschaften wie Durchhaltevermögen, Optimismus, Hilfsbereitschaft, Zielsetzungs- und Planungsvermögen, aber auch die Fähigkeit sich Hilfen zugänglich zu machen und aktiv einzufordern zu Gute. Diese Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen stellen folglich ebenfalls Schutzfaktoren dar (vgl. Pretis et al. 2004, 66-68 & Ludwig-Körner et al. 2001, 23).

2. Faktoren des Familiensystems

   Schutzfaktoren in diesem Zusammenhang bilden vor allem das Vorhandensein mindestens einer engen Bindung zu einem kompetenten und stabilen erwachsenen Familienmitglied, das in der Lage ist auf die Bedürfnisse des Kindes angemessen einzugehen; die Einbindung des zweiten Elternteils in die Pflege des Kindes; eine positive Partnerschaftsbeziehung zwischen den Eltern; vorhandene klare Strukturen innerhalb des Familiensystems (vgl. hierzu Kap. 1.1.1); eine kleinere Familiengröße von bis zu fünf im Haushalt lebenden Personen; eine gehobene Ausbildung und/oder Berufstätigkeit und eine positive Selbstwahrnehmung der Mutter. Sofern im weiter gefassten System der Großfamilie ein Unterstützungsnetzwerk vorhanden ist, stellt dieses eine Entlastungsfunktion der Eltern und somit einen zusätzlichen Schutzfaktor für die Kinder dar. Zu guter Letzt wirkt sich auch ein offener Umgang mit der Alkoholproblematik in der Familie besonders entlastend und damit schützend auf die betroffenen Kinder aus (vgl. hierzu Kap. 2.4.1) (vgl. Pretis et al. 2004, 70-73 & Ludwig-Körner et al. 2001,23).

3. Umweltfaktoren

   Besonders protektiven Charakter besitzt eine gute und dauerhafte Beziehung zu mindestens einer primären erwachsenen Bezugsperson außerhalb der Familie. Dies könnte beispielsweise ein weitläufiges Verwandtschaftsmitglied aber auch ein Jugendgruppenleiter oder Lehrer sein. Außerdem stellt auch die Trennung vom kranken Familienhintergrund durch das Aufsuchen anderer Lebensräume wie Jugendgruppen, Sportvereine, Kirche oder ähnliche Einrichtungen ein soziales Unterstützungsnetzwerk und somit einen Schutzfaktor für Kinder dar. Im Zusammenhang solcher Aktivitäten können Kinder Verantwortung übernehmen, an Aktivitäten partizipieren und letztendlich eine Einbindung in die gemeindenahen Angebote erfahren. Rückwirkend bilden diese Ressourcen eine wichtige Grundlage für

das Erlangen einiger der unter Punkt 1 aufgeführten kindlichen Schutzfaktoren (vgl. Pretis et al. 2004, 72-75 & Ludwig-Körner et al. 2001,23).

Im **Erwachsenenalter** fallen besonders verlässliche und unterstützende Bezugspersonen, ein lebenszeitlich spätes Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“ (z.B. Heirat, eigene Kinder), internale Kontrollüberzeugungen sowie ein hoher sozioökonomischer Status und geringe Gesamtrisikobelastung (z.B. Armut, Arbeitsplatzverlust, Scheidung usw.) in den Bereich der Schutzfaktoren. Dabei klingt bereits eine weitere Eigenschaft von Resilienz an. Diese ist nämlich keineswegs ein zeitlebens gewährleisteter Zustand, sondern drückt ein hochkomplexes Konstrukt dynamischer und transaktionaler Prozesse aus. Auch im weiteren Lebensverlauf sehen sich Individuen konstanten Veränderungs- und damit Entwicklungsprozessen gegenübergestellt (vgl. hierzu Kap. 1). Sollten im Rahmen der diesbezüglich notwendigen Bewältigungsarbeit vorhandene Ressourcen und Lösungsstrategien nicht mehr ausreichen und somit die notwendige Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren zu Gunsten der Stressoren ausfallen, kann es auch in einem späteren Lebensabschnitt zu auftretenden Problemen bis hin zu psychischen Störungen kommen (konkrete Beispiele zu solchen Prozessen und Folgeerscheinungen finden sich in Kap. 2.4.2). (vgl. Werner 2006, 40).

Obwohl gerade im Hinblick auf die vielschichtigen Wirkungszusammenhänge der Resilienz zugrunde liegenden Prozesse und Mechanismen noch Klärungs- und Ausdifferenzierungsbedarf besteht, verhelfen die bereits erforschten Entwicklungsfaktoren zu einer Entstigmatisierung der Risikogruppen. Dies geschieht vor allem, indem sie auch unter widrigen Umständen den Blick auf vorhandene Ressourcen lenken und generell in schwierigen sozialen Arbeitsfeldern zur Förderung von Stärken entsprechend des Empowermentansatzes ermutigen. Außerdem ermöglicht die Resilienzforschung durch ihren derzeitigen Erkenntnisstand verbesserte Entwicklungsprognosen für betroffene Kinder (vgl. Wustmann 2004, 48).

# 4. Ansätze für Prävention und Hilfeangebote

## 4.1 Inhaltliche Aspekte sinnvoller Maßnahmen

Die in der Resilienzforschung erzielten Erkenntnisse über Risiko- und Schutzfaktoren führen zu einer empirisch fundierten Forderung nach frühzeitigen und vielseitigen Hilfeangeboten, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, wichtige Basiskompetenzen für die Bewältigung schwieriger Lebensumständen zu erwerben (vgl. Wustmann 2004, 124). Wie im gesamten Kapitel 2 deutlich wurde, befinden sich Familien mit Alkoholbelastung trotz gemeinsamer Symptome in jeweils familienspezifisch ausgeprägten Problemlagen. Insofern ist es im Einzelfall erforderlich, eine individuelle Fallanalyse zu erstellen die vorhandene Ressourcen (vgl. hierzu Kap. 3.2) und Risiken (vgl. hierzu Kap. 3.1) erfasst. Davon ausgehend können fallspezifische und somit effektive Hilfemaßnahmen für betroffene Familien ausgearbeitet und angeboten werden. Durch die in dieser Arbeit deutlich gewordene Komplexität einer Suchtbelastung im Familiensystem ist es gerade in diesem Bereich besonders wichtig, dass Angebote des professionellen Hilfesystems adressatengerecht, familienbasiert und entwicklungsorientiert gestaltet werden. Insofern macht es keinen Sinn, lediglich einzelnen Systemteilen unabhängig voneinander Angebote bereit zu stellen. Es ist zwingend notwendig, ein Hilfenetz mit sowohl kind- und elterngerechten als auch mit familienbezogenen Angeboten aufzubauen (vgl. Schone et al. 2002, 225 & Sack et al. 2005, 256 & Wustmann 2004, 57).

Für die Kinder sollten entsprechend den in Kapitel 3.2 dargestellten Schutzfaktoren direkte Gruppen- und Einzelangebote verfügbar sein. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, dass den Betroffenen vor allem die Möglichkeit zum Gespräch geboten wird. Wie in Kapitel 2.3.1 besonders deutlich wurde, müssen vor allem die Last der Unwissenheit und die daraus resultierenden Schuldgefühle, die durch Schweige- und Verdrängungsgebote innerhalb der Familie bei den betroffenen Kindern produziert werden, durch kindgerechte Aufklärungsarbeit und die Möglichkeit zur offenen und ehrlichen Kommunikation über Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse relativiert werden (vgl. Mattejat 2001, 77 & Lindemann 2006, 41 & Schone et al. 2002, 225).

Außerdem muss man Kindern einen zusätzlichen Erfahrungsraum außerhalb des belasteten Familiensystems eröffnen, in dem sie auch altersgemäß begleitet werden. Dies kann durch freizeitpädagogische Angebote geschehen, durch die sie eine Möglichkeit erhalten, in Form von Kontakten zu Gleichaltrigen und Erfolgserlebnissen (z.B. sportliche Leistung, Selbsterfahrungen, Entdecken von Interessen) Kompetenzen zur

Selbstorganisation sowie Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zu entwickeln (vgl. hierzu Kap. 3.2/ „Kindzentrierte Faktoren“). Außerdem eröffnet sich in diesen zusätzlichen Lebensbereichen auch die Möglichkeit, eine stabile, vertrauensvolle Bindung zu einer außenstehenden erwachsenen Bezugsperson aufzubauen (vgl. hierzu Kap. 3.2/ „Umweltfaktoren“) (vgl. Mattejat 2001, 77 & Pretis et al. 2004, 70 & Schone et al. 2002, 227 & Klein 2005, 58).

Wie in der Einführung zu dieser Thematik bereits aufgeführt wurde, erzielen Hilfeangebote nur eine nachhaltige positive Wirkung, wenn das gesamte Familiensystem einbezogen wird. Insofern sollten die beschriebenen Angebote für Kinder immer im Zusammenhang mit begleitender Elternarbeit stattfinden. Dies kann zum einen verschiedene Gesprächs- und Beratungsangebote bedeuten. Auch hier stellt der familienspezifische Bedarf so wie die Bereitschaft zur Annahme solcher Angebote im Einzelfall die Vorraussetzung für angemessene Hilfeleistungen. Generell sind sämtliche Maßnahmen zur Förderung des Familiensystems sinnvoll und notwendig. Hierzu gehören Interventionsformen wie Paarberatung, Einzeltherapie (z.B. Sucht- oder auch Co-Abhängigkeitsproblematik), Konflikt- und Kommunikationstraining, Erziehungsberatung, Aufklärungsangebote (z.B. im Zusammenhang mit der Fehlannahme „Mein Kind hat vom Alkohol nichts gemerkt!“) oder auch Hilfen bei der Erschließung lebensräumlicher Ressourcen (z.B. Kindertagesstätten, Vereinsleben, Mutter-Kind-Gruppen, Hausaufgabenbetreuung, Beratungsstellen usw.) (vgl. Schone et al. 2002,71 & Sack et al. 2005, 255). Durch Kumpfer und Alvarado wurde 2003 empirisch nachgewiesen, dass Präventionsprogramme unter anderem dann besonders wirksam sind, wenn sie auf eine Änderung der Familiendynamik und auch der Familienumwelt abzielen (vgl. Sack et al. 2005, 255). Insofern ist eine Unterstützung zur positiven Entwicklung dysfunktionaler Familiensystemprozesse im Sinne einer Strukturförderung zwingend erforderlich (vgl. Pretis et al. 2004, 71).

Familien sollten neben den so eben genannten psychologischen und pädagogischen Betreuungsangeboten auch dringend alltagsentlastende Angebote unterbreitet werden. Wie in Kapitel 3.2 unter „Schutzfaktoren des Familiensystems“ erläutert wurde, stellt eine externe Unterstützung in Bezug auf Alltagsorganisation und -bewältigung ein wesentlich schützendes Moment dar. In diesem Zusammenhang kann es in einigen der betroffenen Systeme auch angezeigt sein, Entwicklungshilfe hinsichtlich einer Rück-/Gewinnung von Alltagsstrukturen zu bieten (z.B. regelmäßige Essenszeiten, Hausaufgabenbetreuung, Schlafrhythmus der Kinder, angemessener Schutz vor Gefahren, Medienkonsumverhalten usw. / vgl. hierzu Kap. 1.2) (vgl. Schone et al. 2002, 84+226).

Neben der dargestellten notwendigen Vielschichtigkeit und Intensität ist es auch wichtig, dass Angebote die betroffenen Familien möglichst früh erreichen. Durch entsprechende präventive Maßnahmen der Frühförderung kann einer Verfestigung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten sowie einer Entwicklung von psychischen Störungen oder Krankheiten in vielen Fällen wirksam vorgebeugt und die Wahrscheinlichkeit einer kindlichen Ausbildung von Resilienzen erhöht werden (vgl. Mattejat 2001,87 & Klein 2005, 57). Außerdem müssen Hilfemaßnahmen über einen längeren Zeitraum hinweg angeboten werden. Es wurde nachgewiesen, dass sich durch kurzzeitige Interventionen erreichte, positive Effekte bei fehlender Nachsorge im Alltagsgeschehen zügig wieder relativieren (vgl. Sack et al. 2005, 255). Insofern ist es angezeigt, Unterstützungsformen langfristig und mit entsprechend begleiteten Abnabelungsprozessen für die Betreuten zu konzipieren.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, das nachweislich wirkungsvolle Präventions- und Förderungsprogramme in Form eines **umfassenden, frühzeitig greifenden, langfristigen** und **gut koordinierten Hilfe- und Interventionsmodell** angeboten werden müssen (vgl. Klein 2005, 58).

## 4.2 Schwierigkeiten und aktuelle Situation in Deutschland

Bislang wurden psychoedukativ ausgerichtete, Selbstkompetenz fördernde, familial-kommunikative sowie Problemlösungskompetenz fördernde Präventionsansätze vor allem in Nordamerika verstärkt entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Eine zentrale Theoretikerin im Bereich familienbasierter Prävention ist die US-Amerikanerin Karol L. Kumpfer. Sie entwickelte um 1999 in Utah das „ Strengthening Families Program“ (SPF), eine Arbeit mit substanzmissbrauchenden Eltern, die auf einem sozialökologischen Theorieansatz basiert. In Iowa wurde dieser Ansatz (Spoth et al. 2001) zu einem universellen Programm weiterentwickelt (SFP 10-14), das sich nicht lediglich auf Familien mit Substanzkonsum beschränkt und derzeit als eines der effektivsten Präventionsprogramme gilt (vgl. Sack et al. 2005, 253). Gesundheitsökonomisch betrachtet ergibt sich für das Präventionsprogramm SPF ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von einem aufgewendeten Dollar im Vergleich zu 9,6 US$. Das heißt, dass sich jeder investierte Dollar bezogen auf die zu erwartenden lebenslangen Gesundheitskosten betroffener Kinder bei fehlender Frühforderung ca. 10-fach rentiert (vgl. Sack et al. 2005, 256). Zwar wurden diese Daten in Amerika erhoben, jedoch haben sie auch Nationen übergreifende Aussagekraft bezüglich der auch volkswirtschaftlich betrachteten Erfolge solch multiprofessioneller und aufwendiger Frühinterventionskonzepte.

Obwohl also mittlerweile auch in Deutschland das Wissen über die Problemlage von Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie die eigentlich notwendigen Hilfeleistungen vorhanden ist, fehlt es noch an der konsequenten Umsetzung dieser Erkenntnisse (vgl. Sack et al. 2005, 255). Von Seiten der verschiedenen Institutionen wird den Betroffenen dieser in Deutschland lebenden Hochrisikogruppe viel zu wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht. Bislang kommt der Kontakt mit Fachleuten in der Regel erst bei extremen Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen bzw. Krankheiten von betroffenen Kindern zustande (vgl. Schone et al. 2002, 17). In Anbetracht der gewonnenen Erkenntnisse über die Folgen einer elterlichen Alkoholproblematik und der Größe der betroffenen Bevölkerungsgruppe (vgl. hierzu die „Einleitung“ dieser Arbeit), darf der momentane Zustand einer in Deutschland fehlenden Regelversorgung für diese Kinder nicht länger hingenommen werden. Ein Ausbau der Präventivangebote und Möglichkeiten der individuell angepassten, multiprofessionellen Begleitung dieser Familien ist dringend erforderlich (vgl. Mattejat 2001, 90)!

Bislang fehlt es in Deutschland im Hinblick auf die Komplexität dieser Problematik allerdings an entsprechender Kompetenz einzelner Fachleute. Sowohl die bereits vorhandenen, verschiedenen Hilfemöglichkeiten als auch die jeweiligen Finanzierungswege sind momentan noch zersplittert. Dementsprechend beziehen sich die bestehenden sozialen Betreuungs- und Unterstützungsangebote bei uns derzeit in der Regel lediglich auf einzelne Systemteile. Innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems findet zu wenig Kooperation statt, weshalb die Forderung nach der Schaffung eines lokalen Hilfenetzwerks besonders dringlich ist (vgl. Mattejat 2001, 89-90+95). Sucht- und Jugendhilfe müssten auf solche Interventionsmodelle verbindlich verpflichtet werden. Um eine Optimierung der Zusammenarbeit zu erreichen, müsste sich die innere Haltung professioneller Helfer in Richtung einer bewussten fachübergreifenden Zusammenarbeit verändern. Um dies zu erreichen, ist es wiederum nötig, konsequent Weiterbildungen zur spezifischen Problematik alkoholbelasteter Familien in den pädagogischen, medizinischen und psychologischen Berufsgruppen durchzuführen. (vgl. Klein 2005, 58 & Lindemann 2006, 41-42)

In diesem Zusammenhang muss auch ein gesondertes Augenmerk auf Einrichtungen wie Kindergärten, -tagesstätten und Schulen gelegt werden. Sie sind neben der Familie die zentralen Lebensräume von Kindern und Jugendlichen und stellen somit ein wesentliches Moment für eine Früherkennungschance bei bestehender Suchtproblematik im Elternhaus dar. Kinder haben ein Recht auf Hilfe, unabhängig davon ob ihre Eltern bereit sind sich ihre Probleme einzugestehen und diesbezüglich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen! Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales verabschiedete bereits im Dezember 2003 zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus

suchtbelasteten Familien. Unter anderem wird darin eine frühzeitige Aufmerksamkeit durch Erzieher und Lehrer mit anschließenden Hilfeangeboten für die betroffenen Familien gefordert. Das Fachwissen über die bestehende Problematik müsste somit verpflichtend in die Ausbildung solcher Berufe integriert werden. Ferner wird auch bekräftigt, dass Kindern, deren Familien sich gegen Angebote sperren, im Einzelfall auch Hilfe gegen den Willen der Eltern zuteil kommen sollte. Bislang geschieht dies lediglich im Rahmen von Hilfen zur Erziehung durch das Jugendamt wenn eine konkret drohende Kindeswohlgefährdung vorliegt (vgl. Klein 2005, 58 & Lindemann 2006, 42).

Abschließend muss noch die natürlich vorhandene Hemmschwelle der Angehörigen, externe Angebote wahrzunehmen erwähnt werden. Wie in Kapitel 2.3.1 unter dem Punkt „Man spricht nicht über Probleme“ deutlich wurde, stellt die innerfamiliäre Scham über eine vorhandene Suchtproblematik und die daraus resultierenden Verdrängungs- und Schweigemechanismen einen massiven Hinderungsgrund für die in Anspruchnahme externer Hilfe dar. Deshalb ist es einerseits besonders wichtig, dieser Angst vor Kritik und „in Frage gestellt zu werden“ durch professionelle Helfer respektvoll zu begegnen, und wie in Kapitel 4.1 vorgeschlagen, wertschätzend und ressourcenorientiert an Betroffene heranzutreten sowie in Präventionsangeboten vor allem auf Selbstbefähigung zu setzen (vgl. Mattejat 2001, 80+90). Auch Suchtkranke Eltern wollen gute Eltern sein und brauchen daher Ermutigung und Unterstützung (vgl. Lindemann 2006, 42)! Andererseits ist es aber auch notwendig, die bislang bestehende Öffentlichkeitsarbeit auszubauen und dadurch Zugangswege zum Hilfesystem zu erleichtern (vgl. Mattejat 2001, 90 & Klein 2005, 58). Auch hierin stehen uns bereits nachweislich erfolgreiche Konzepte aus dem Ausland zur Verfügung. In Australien wurde beispielsweise die Bevölkerung durch kurze Fernsehspots im „Infotainment-Stil“ über konkrete Erziehungsprobleme informiert und damit für die Problematik sensibilisiert. Durch solche Maßnahmen kann der Tabuisierung einer Thematik in breiten Kreisen der Bevölkerung nachhaltig entgegengewirkt werden. Natürlich ist in diesem Zusammenhang auch das Internet ein hilfreiches Medium. Hierfür bestehen bereits erste Ansätze, die jedoch noch erweitert und ausgebaut werden müssten, um hinreichend breite Bevölkerungsteile zu erreichen. Generell ist in Deutschland ein Ausbau niedrigschwelliger Angebotsformen im Sinne universeller Prävention sowie die Vernetzung mit Formen von Erziehungs- und Familienberatung notwendig, damit einer erweiterten Gruppe von Betroffenen sowohl durch vereinfachte Zugangswege als auch durch das generelle Vorhandensein der benötigten Angebotsformen entsprechende Hilfe zuteil werden kann (vgl. Schneewind 2008, 143-144).

## Schlussbemerkung

Zum einen haben sich, wie zu erwarten war, die bereits hinreichend bekannten Folgen einer Suchtproblematik im Elternhaus im Laufe dieser Arbeit bestätigt. Bei einer betroffenen Bevölkerungsgruppe von ca. 2,5 Millionen betroffenen Kindern stellt 1/3, die davon im späteren Lebenslauf eine eigene Suchtproblematik entwickeln, eine beachtliche und ernst zu nehmende Zahl dar. Gleiches gilt auch für diejenigen, die in Folge ihrer belastenden Kindheitserfahrungen psychische Störungen oder destruktive Beziehungsmuster entwickeln. Das Besondere an einer Alkoholproblematik im Vergleich zur Drogenabhängigkeit oder zu einer massiven psychischen Erkrankung eines Elternteils (z.B. schwere Depression oder Schizophrenie) ist die Tatsache, dass es diesen Familien sowohl durch die gesellschaftliche Akzeptanz von Alkoholkonsum als auch durch die Unterstützungsleistung des nicht trinkenden Elternteils häufig über Jahrzehnte gelingt, den Familienalltag weitestgehend aufrechtzuerhalten und mit ihrem Problem unbemerkt zu bleiben. In diesem Zusammenhang sind die im Rahmen jedweder Suchtproblematik vorhandenen Verdrängungsmechanismen gerade im Bezug auf Alkoholabhängigkeit besonders erfolgreich. Für die Kinder dieser Familien hat dies zur Folge, dass ihre Belastungssituation weitestgehend unbeachtet bleibt. In Deutschland haben sie bislang, sofern sich während ihrer Kindheit und Jugend keine augenscheinlichen akuten Folgeschäden wie massive Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen ergeben, erst im Erwachsenenalter die Chance, sich professionelle Hilfe für die Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen zugänglich zu machen. Wie sich jedoch im Verlauf dieser Arbeit meiner Meinung nach besonders eindrücklich herausgestellt hat, sind es auch gerade die vielseitigen unauffälligen, verdeckten Mechanismen in der Familie, die in Form von Problemprojektionen, Erwartungshaltungen, ungesunden Verhaltensregeln und subtilem emotionalen Missbrauch bei den betroffenen Personen häufig negative innere Selbstüberzeugungen bis hin zu Arbeits- oder Helferzwängen auslösen. Viele dieser Kinder leben später ein von außen betrachtet unauffälliges, oftmals sogar erfolgreiches Leben. Jedoch wurde im Verlauf der genaueren Betrachtungen dieser Arbeit hinreichend deutlich, dass den meisten dieser Kinder zu späterem Lebenszeitpunkt gerade die Fähigkeiten fehlen, die das Leben angenehm, erfreulich und lebenswert machen. In unserer leistungsorientierten Gesellschaft fällt es erst auf, dass Menschen sich z.B. nicht entspannen können, weil sie fataler Weise gelernt haben, dass dies nicht erlaubt oder zu gefährlich ist, wenn sie in Folge dessen psychosomatische Erkrankungen oder ein Burnout-Syndrom entwickeln bzw. an körperlichen Folgeschäden wie z.B. einem Herzinfarkt oder einem Magengeschwür erkranken. In diesem Zusammenhang ist dann, wie in den letzten Abschnitten bereits erörtert, das Argument unnötiger Aufwendungen für

Frühinterventionsmaßnahmen nicht mehr haltbar. Worum es mir hierbei abschließend geht, ist die Feststellung, dass es zum derzeitigen Stand der Forschung nicht mehr haltbar ist, die Belastungssituation und Entwicklungsgefahr von Kindern dieser Hochrisikogruppe, so unauffällig sie in ihrem Verhalten auch scheinen mögen, zu ignorieren. Wir wissen mittlerweile um deren gravierende Gefährdung und es darf nicht länger einfach hingenommen werden, dass ihnen kaum Hilfemöglichkeiten während des belastenden frühen Lebensabschnitts zugänglich sind. Damit lädt unsere Gesellschaft die Verantwortung auf sich, durch ihr bequemes Ignorieren die ungerechtfertigten Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle dieser Menschen zu bestärken! Diese Menschen haben ein Recht auf ein erfülltes und befriedigendes Leben, das ihnen durch die entsprechende Unterstützung und Bestärkung im Kindes- und Jugendalter mit mittlerweile nachweislich hoher Wahrscheinlichkeit ermöglicht oder zumindest erleichtert werden kann. Insofern ist es künftig nicht nur wünschenswert, sondern meiner Meinung nach unabdingbar, dass sich das Interesse der Öffentlichkeit und Politik sowie die verschiedenen Bereiche des professionellen Hilfesystems dieser Thematik öffnen und die konkrete Umsetzung der notwendigen Angebote flächendeckend in Deutschland ermöglicht wird!

# Literaturverzeichnis

**Aßfalg**, Reinhold: Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit; Geesthacht: Neuland, 1993

**Black**, Claudia: Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene; Wildberg: Bögner-Kaufmann, 1988

**Bowlby**, John: „Das Wesen der Bindung des Kindes an seine Mutter (1958)“, in: Bonn, Helmut & Rohsmanith, Kurt (Hrsg.); Eltern-Kind-Beziehung; Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1977, Seite 277-336

**Deutscher Kinderschutzbund** (DKSB), Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V., Wuppertal, Institut für soziale Arbeit e.V., Münster (Hrsg.): Kindesvernachlässigung: Erkennen - Beurteilen - Handeln; Münster/Wuppertal: Fuldaer Verlagsanstalt, 2. Aufl., 2006
*(16.03.2009: http://www.mgffi.nrw.de/pdf/kinder-jugend/Kindesvernachlaessigung_2.pdf)*

**DHS**, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008; Geesthacht: Neuland, 2008

**Flammer**, August: Entwicklungstheorien - Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung; Bern: Hans Huber, 3. korr. Aufl., 2004

**Gehrke-Luthman**, Shirley & Kirschenbaum, Martin: Familiensysteme: Wachstum und Störungen, Einführung in die Familientherapie; München: Pfeiffer, 1977

**Graf**, Johanna & Frank, Reiner: „Parentifizierung: „Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern“ in: Walper, Sabine & Weber, Norbert H. (Hrsg.): Familie und Entwicklung: aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie; Göttingen, Bern (et al.): Hogrefe Verlag für Psychologie, 2001, Seite 314-341

**Imber-Black**, Evan: Die Macht des Schweigens: Geheimnisse in der Familie; aus dem Amerikanischen von Rita Seuß; Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Aufl., 1999

**Jacobvitz**, Deborah; Hazen, Nancy & Thalhuber, Kimberly: „Die Anfänge von Bindungs-Desorganisation in der Kleinkindzeit: Verbindungen zu traumatischen Erfahrungen der Mutter und gegenwärtiger seelisch-geistiger Gesundheit“ in: Suess, Gerhard J.; Scheuerer-Englisch, Hermann & Pfeifer, Walter Karl P. (Hrsg.); Bindungstheorie und Familiendynamik: Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie; eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.; Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001, Seite 125-156

**Klein**, Michael: „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ in: Thomasius, Rainer (Hrsg.); Familie und Sucht : Grundlagen - Therapiepraxis - Prävention; Stuttgart: Schattauer, 2005, Seite 52-59

**Köckeritz**, Christine: Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe: eine Einführung in Entwicklungsprozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern; Weinheim & München: Juventa, 2004

**Kolitzus**, Helmut: Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie; München: Kösel, 7. Aufl., 2004

**Krestan**, Jo-Ann & Bepko, Claudia: „Über Lügen, Geheimnisse und Schweigen: Die vielfachen Ebenen der Verleugnung in suchtkranken Familien“ in: Imber-Black, Evan (Hrsg.); Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie; aus dem Amerikanischen übersetzt von Ulrich Enderwitz, gekürzte Ausg.; Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1995, Seite 129-153

**Lambrou**, Ursula: Familienkrankheit Alkoholismus: im Sog der Abhängigkeit; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 14. Aufl., 2008

**Lindemann**, Frank (Hrsg.): Den Suchtkreislauf durchbreche: Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften; 2. erweiterte Aufl.; Geesthacht: Neuland, 2006

**Lindenmeyer**, J.: „Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit“ in: Wittchen, Hans-Ulrich & Hoyer, Jürgen (Hrsg.); Klinische Psychologie & Psychotherapie; Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006, Seite 637-660

**Ludwig-Körner**, Christiane; Derksen, Bärbel; Koch, Gabriele; Wedler Diana; Fröhlich, Monique & Schneider, Lena: Primäre Prävention und Intervention im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung; Potsdam: Fachhochschule, Fachbereich Sozialwesen, 2001 (Schriftenreihe des Fachbereichs Sozialwesen; Nr.15)

**Mattejat**, Fritz: „Kinder mit psychisch kranken Eltern - Was wir wissen, und was zu tun ist“ in: Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate (Hrsg.); Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker; 5. Aufl.; Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001, Seite 66-78

**Minuchin**, Patricia; Colapinto, Jorge & Minuchin, Salvador: Verstrickt im sozialen Netz: Lösungswege für Multiproblem-Familien; aus dem Amerikanischen übersetzt von Astrid Hildenbrand; Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 2000

**Pretis**, Manfred & Dimova Aleksandra: Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern; München, Basel: Reinhardt, 2004

**Rennert**, Monika: „Co-Abhängigkeit“ in: Thomasius, Rainer (Hrsg.); Familie und Sucht : Grundlagen - Therapiepraxis - Prävention; Stuttgart: Schattauer, 2005, Seite 45-51

**Rennert**, Monika: Co-Abhängigkeit: was Sucht für die Familie bedeutet; Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2. unveränd. Aufl., 1990

**Rothgang**, Georg-Wilhelm: Entwicklungspsychologie; Stuttgart: Kohlhammer, 2003

**Sack**, Peter Michael & Zeichner, Dirk: „Entwicklungsorientierte und familienbezogene Prävention“ in: Thomasius, Rainer (Hrsg.); Familie und Sucht : Grundlagen - Therapiepraxis - Prävention; Stuttgart: Schattauer, 2005, Seite 249-258

**Schneewind**, Klaus A.: „Sozialisation und Erziehung im Kontext der Familie“ in: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.); Entwicklungspsychologie (Lehrbuch); Weinheim, Basel: Beltz, 6. vollst. überarb. Aufl., 2008, Seite 117-145

**Schone**, Robert & Wagenblass, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster; Münster: Votum, 2002

**Sears**, Robert R.; Maccoby, Eleanor & Levin, Harry: „ Der Prozeß der Kindererziehung (Child Rearing / 1957)“ in: Bonn, Helmut & Rohsmanith, Kurt (Hrsg.); Eltern-Kind-Beziehung; Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1977, Seite 13-24

**Siegler**, Robert; DeLoache, Judy & Eisenberg, Nancy: Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter; München: Spektrum Akademischer Verlag, 2005

**Smith**, Shirley: Wege in die Freiheit: durchbrechen Sie den Teufelskreis von Co-Abhängigkeit und Sucht; aus dem amerikanischen übersetzt von Gudrun Markowsky & Mona Bögner-Kaufmann; Berlin: Bögner-Kaufmann, 1994

**Spangler**, Gottfried: „Die Psychologie der Bindung: Ebenen der Bindungsorganisation“ in: Suess, Gerhard J.; Scheuerer-Englisch, Hermann & Pfeifer, Walter Karl P. (Hrsg.); Bindungstheorie und Familiendynamik: Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie; eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.; Gießen: Psychosozial-Verlag, 2001, Seite 157-180

**Textor**, Martin: Familien: Soziologie, Psychologie - eine Einführung für soziale Berufe; Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2. aktualisierte Aufl., 1993

**Tossmann**, H. Peter & Weber, Nobert H.: „Alkoholkonsum in Deutschland - eine gesellschaftliche Herausforderung“ in: Tossmann, H. Peter & Weber, Nobert H. (Hrsg.); Alkoholprävention in Erziehung und Unterricht; 2. völlig neue Aufl.; Herbolzheim: Centaurus-Verlag, 2008

**Trommsdorff**, Gisela: „Eltern-Kind-Beziehungen aus kulturvergleichender Sicht“ in: Walper, Sabine & Weber, Norbert H. (Hrsg.): Familie und Entwicklung: aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie; Göttingen, Bern (et al.): Hogrefe Verlag für Psychologie, 2001, Seite 36-62

**Wegscheider**, Sharon: Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie; Wildberg: Bögner-Kaufmann, 1988

**Werner**, Emmy E.: „Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen - und was man daraus lernen kann“ in: Welter-Enderlin, Rosmarie (Hrsg.); Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände; 1. Aufl; Heidelberg: Auer, 2006

**Wild**, Elke & Hofer, Manfred: „ Innerfamiliale Beziehungserfahrungen und Entwicklung in Zeiten sozialen Wandels“ in: Walper, Sabine & Weber, Norbert H. (Hrsg.): Familie und Entwicklung: aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie; Göttingen, Bern (et al.): Hogrefe Verlag für Psychologie, 2001, Seite 131-151

**Woititz**, Janet G.: Um die Kindheit betrogen: Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken; aus dem Amerikanischen von Karin Petersen; Originalausgabe 1983; München: Kösel, 1990

**Wustmann**, Corina: Resilienz - Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern; Weinheim und Basel: Beltz, 2004

**Zobel**, Martin: Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und Chancen; Göttingen, Bern (et al.): Hogrefe, Verlag für Psychologie, 2. überarb. Aufl., 2006

# Anhang

## Kindliche Entwicklung und Handlungsmöglichkeiten von Eltern

Quelle:

David Cox 09/07/87 in : B.A. Pine, R. Krieger, A.N. Maluccio: Reconnections: Program, Practice and Training in Family Reunification-Conference Proceedings West Hartford, C.T. Center for the Study of child Welfare, University of Connecticut, School of Social Work 1990

→→ Übersetzung und Bearbeitung: Prof. Dipl.-Päd. Christel Althaus;
Hochschule Esslingen ; Vorlesungsunterlagen Wintersemester 2006/2007

| **Tabelle / Teil 1** | **Säuglingsalter 0-2** | **Kleinkind 2-3** | **Vorschulkind 4-6** |
|---|---|---|---|
| **Körperliche Entwicklung** | Frühe Sprachentwicklung<br>Koordination Augen/Hände<br>begrenzte Kontrolle über Ausscheidungen<br>Krabbeln, Laufen, Sitzen<br>von der Flasche zur festen Nahrung<br>Erste Zähne | Körperliches Wachstum bis zu 1m Länge<br>begrenztes Vokabular<br>einfache Kommunikation<br>Sauberkeitserziehung<br>Lernt selber zu essen<br>wird noch oft müde<br>Kann nicht lange still sitzen<br>Entwicklung der Grobmotorik (Klettern, Rennen)<br>krankheitsanfällig | Spielkind (die ganze Welt ist ein Spielplatz)<br>begrenzte Energie<br>lernt Fahrrad fahren, Seil springen<br>zieht sich selber an<br>erweiterter Wortschatz<br>Große Muskeln sind sehr aktiv und wachsen schnell |
| **Soziale und emotionale Entwicklung** | begrenzt auf die unmittelbare Umgebung<br>Angst vor Fremden und nicht-familiärer Umwelt empfänglich für die Umgebung<br>Vertrauen vs. Misstrauen<br>Bindung<br>Angst, von den Eltern getrennt zu sein<br>einfaches Spiel | Besitzdenken („meins“)<br>Wahrnehmung anderer<br>Fähig mit anderen zu spielen<br>fähig Geschlechter zu unterscheiden<br>egozentrisch („Ich“)<br>abhängig von anderen<br>individualistisch<br>Furcht vor Fremden<br>emotional labil<br>Vorstellungskraft kommt in Gang<br>empfänglich für die Umgebung | fähig zur Rollenübernahme<br>fähig mit Freunden zu spielen<br>Bedürfnis nach Zugehörigkeit<br>fähig Regeln zu befolgen<br>lernt, die Umwelt zu beherrschen<br>Gefühle von Bescheidenheit<br>viele Ängste<br>gelegentliche Eifersucht<br>braucht elterliche Erlaubnis<br>Fragen<br>Jammer<br>Gespür für ethnische Unterschiede |
| **Kognitive Entwicklung** | begrenzter Wortschatz<br>Worte erden Gegenständen zugeordnet<br>Entdeckung der eigenen Welt, Entdeckung der eigenen Person<br>Begreifen von Wirkungszusammenhängen<br>Mund als Quelle der Erfahrung<br>Unterscheidung der Bezugspersonen | begrenztes Erinnerungsvermögen<br>begrenzte Sprachfähigkeit<br>Weitere Entdeckungen<br>erstes Verstehen<br>Lernen durch Spiel<br>einfache Anwendungen werden verstanden<br>Lernen mit allen Wahrnehmungskanälen | beginnende Geschlechtsidentität<br>zunehmender Wortschatz<br>Imitationslernen<br>Fragen<br>Selbstverwirklichung<br>konkretes Denken<br>Begriff von Zeit, Raum und Zahlen<br>Vermischung von Realität und Vorstellung<br>Lernen durch Spiel |
| **Moralische Entwicklung** | Vorrangiges Verhalten: Vermeidung von Schmerz und Unannehmlichkeiten | Erste Unterscheidungen von „richtig“ und „falsch“<br>Vermeidung von Bestrafung und Missbilligung durch die Erwachsenen<br>Erste Resistenzen gegen Missbilligung | Fähigkeit falsch und richtig zu unterscheiden, aber: denken alle haben die selbe Vorstellung davon<br>Verschiebung von Schuld auf andere<br>Drohungen, die nicht verwirklicht werden wollen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Was Eltern mit ihren Kindern tun können** | • Befriedigung der Grund-bedürfnisse: Füttern, Baden, Schützen, Schmusen<br>• einfache Spiele: Singen, Kitzeln, Fingerspiele, Bildergeschichten, Bildergeschichten, Spiel mit bunten Gegenständen<br>• Gegenstände benennen, Vorlesen, Wortspiele, Wiederholungen<br>• Hilfen geben beim Stehen, Laufen... „Komm'-in-meine-Arme-Spiele, Spaziergänge<br>• Unterstützung des kindlichen Forscherdranges<br>• kindersicheres Haus: Steckdosen- Kantenschutz, Entfernung gefährlicher Gegenstände | • Regeln aufstellen und sich klar daran halten<br>• Miteinander sprechen, einfache Geschichten vorlesen, Wortspiele<br>• Unterstützen von Nachahmungsspielen (kochen, putzen, einkaufen)<br>• Spielplatzbesuche, Dreiradfahren üben, miteinander zur Musik tanzen<br>• zusammen malen, Perlen auffädeln<br>• Zeitbegriff üben: vor dem Essen, nach dem Schlafen...<br>• Wahlmöglichkeiten erlauben beim Essen, Spielen, Kleidung | • Offen sein, über körperliche Unterschiede zwischen Mann und Frau zu sprechen<br>• Offen sein zu Gesprächen über das Geschlechterrollenverständnis des Kindes; Bücher mit männlichen und weiblichen Hauptfiguren aussuchen<br>• Regeln setzen und einhalten; Folgen des Verhaltens besprechen; Ursache-Wirkungszusammenhänge zeigen<br>• Probleme miteinander besprechen; Ermutigen zu eigenen Meinungen<br>• Aktivitäten planen mit Anfang, Mitte und Ende, z.B.: Vorbereitungen zum Backen, Kuchen backen, aufräumen und abwaschen<br>• Gesellschaftsspiele spielen |
| **Tabelle / Teil 2** | **Grundschulalter 6-11** | **Vorpubertät 11-13** | **Jugendalter 14-18** |
| **Körperliche Entwicklung** | ruhelos<br>6-8 begrenzte Kraft<br>9-11 Kräftezuwachs<br>Zahnwechsel<br>Füll- und Streckphasen<br>lernt Rollschuhlaufen, Schwimmen,<br>schläft normalerweise gut<br>manche sind noch plump<br>Neigung zu Unfällen | schnelles, ungleichmäßiges Wachstum<br>Menarche / Menstruation<br>Brustentwicklung<br>Körperbehaarung<br>Stimmbruch<br>Augen verändern sich<br>Körpergeruch<br>Probleme mit dem Aussehen<br>unkoordinierte Bewegungen<br>Appetit | weibliche Formen<br>Probleme mit dem Aussehen<br>männliche Figur zunehmend<br>Schulterbreite bei Jungen<br>Kopf, Hände, Schultern bekommen Erwachsenengröße und -form<br>Festigung des Nervensystems |
| **Soziale und emotionale Entwicklung** | Gleichgeschlechtliche Freunde, Gruppenbewusstsein<br>Erkundung der Umwelt außerhalb der Familie<br>ungeduldig<br>unbeständig<br>langsames Wachstum<br>Bewusstsein über Fähigkeiten<br>emotional unsicher<br>sucht Anerkennung der Erwachsenen<br>häfiges Lesen<br>Gerechtigkeitsdenken | Bedürfnis nach Anerkennung durch die Gruppe<br>Anziehung durch das andere Geschlecht<br>wechselnde Meinungen<br>sucht Herausforderungen<br>sexualitätsorientiertes Denken<br>Streben nach Unabhängigkeit<br>Geltungsbedürfnis<br>emotional wechselhaft<br>launisch<br>unsicher | Identitätsentscheidun: wer bin ich?<br>Streben nach Unabhängigkeit<br>Zurückweisung der Eltern und anderer Autoritätspersonen<br>Mangel an Vertrauen<br>Bindung an Zuhause wird schwächer<br>Verabredungen, geschlechtliche Ausrichtung, Entwicklung sexueller Identität<br>Statusfragen werden wichtig<br>Gruppenbezug wichtig |
| **Kognitive Entwicklung** | Wachsende Aufmerksamkeitsspannen<br>Beobachtung<br>wörtliches, konkretes Denken<br>erstes Abstraktionsvermögen<br>gutes Gedächtnis<br>Unterscheidung von Tatsachen und Einbildung<br>Beherrschen von Lesen Schreiben und Rechnen | kritische Suche nach Antworten<br>Abstraktes Denken wächst<br>Fähigkeit auch zu symbolischem Denken<br>Hinterfragen der Logik von Erwachsenen | Wachsende Fähigkeiten zu abstraktem Denken<br>Zukunftsplanung, wenn auch noch idealistisch<br>Suche nach Antworten<br>Diskussionen und Argumentationen |
| **Moralische Entwicklung** | Klare Unterscheidung von Gut und Böse<br>Gut und Böse ist, was von der Familie, von Freunden gebilligt wird<br>Erste Schuldübernahme | Übernahme von Werten der Gleichaltrigen<br>moralische Unterscheidung auf der Grundlage eigener Werte<br>Überprüfen von Entscheidungen<br>Verinnerlichen von | Werte werden in Frage gestellt<br>Einfluss der Gleichaltrigen wächst<br>anfällig für Beeinflussung |

| | Beginn von Fairness | angenommenen Standarts | |
|---|---|---|---|
| **Was Eltern mit ihren Kindern tun können** | • Einschulung mit vorbereiten: Schulsachen und Kleider gemeinsam einkaufen; mit zur Schuluntersuchung gehen; zur Einschulungsfeier gemeinsam gehen<br>• Mit dem Kind über erste Schuerfahrungen sprechen; mit dem Lehrer, der Lehrerin sprechen<br>• Hilfe geben bei den Hausaufgaben<br>• Gemeinsame Unternehmungen machen: Waldlauf, Rad fahren...<br>• Hobbys des Kindes unterstützen, z.B. beim Briefmarken sortieren helfen<br>• Das Kind in Arbeiten im Haushalt einbeziehen, Aufgaben geben<br>• Freunde des Kindes in die Besuchskontakte mit einbeziehen<br>• Mit dem Kind über eigene Gefühle und über seine Gefühle sprechen<br>• Fragen nach körperlichen Veränderungen offen beantworten | • Informationen über körperliche Veränderungen geben, da sein für Antworten, wenn der Wunsch beim Kind besteht<br>• Zukunftspläne machen im Sinne von „was wird sein, wenn...“, dabei an die Vereinbarungen mit den Pflegeeltern und dem Jugendamt halten<br>• Offen sein, über Verwandtschaftsbeziehungen, Problemen mir Freunden zu sprechen<br>• Hilfestellungen im Umgang mit Geld geben<br>• Freunde in die Besuchskontakte einbeziehen | • Schulabschluss vorbereiten helfen<br>• Unterstützung der Unabhängigkeit des Kindes: Zulassen von gemischten Gefühlen<br>• Zukunftspläne schmieden helfen, durchdenken; über eigene Erfahrungen als junger Mensch sprechen, über Erfolge und über Misserfolge<br>• Offen sein über Gefühle, Probleme und Pläne zu sprechen, wenn der/die Jugendliche das möchte |

**Orientierungskatalog mit Ankerbeispielen für den Kinderschutzbogen**

**Von der AG Berliner Kinderschutzbogen redaktionell überarbeitet**

Quelle: (16.03.2009)

http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/5488/11-Orientierungskatalog-Ankerbeispiele%200-14%20Jahre.pdf



## ORIENTIERUNGSKATALOG BEI EINER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

### Grundversorgung und Schutz des Kindes / 0 bis 3 Jährige

**Ankerbeispiele liegen für die grau hinterlegten Kategorien vor.**

| Sicherung der Grundversorgung (vgl. Seite 2 des SKB) | Beschreibung | Durch wen beschrieben |
|---|---|---|
| Ernährung | | |
| Schlafplatz | | |
| Kleidung | | |
| Körperpflege | | |
| Schutz für Gefahren und Aufsicht des Kindes | | |
| Sicherung der medizinischen Versorgung | | |
| Betreuung des Kindes | | |
| Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson | | |
| Gewalt gegen das Kind | | |





### Grundversorgung und Schutz des Kindes 0-3 Jährige

**Ernährung 0-1 Jährige (im U-Heft Gewichtskurve anschauen)**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Nahrungsgabe: Essen** | Flaschenmahlzeiten: Kuhvollmilch, H-Milch oder Magermilch vor dem 5. Lebensmonat<br>Beikost vor dem 5. Monat | Flaschenmahlzeiten: Kuhvollmilch, H-Milch oder Magermilch vor dem 10. Lebensmonat | Flaschenmahlzeiten: Die Folgemilch (Milch 2) wird vor dem 4. Monat eingesetzt.<br>*Ist sättigender, jedoch nicht gut verträglich für das Darmsystem des Babys.* | Baby wird voll gestillt oder erhält voll adaptierte Pulvermilch (Milch 1) bis zum 6. Monat. |
| **Beikost (ab 4. 5. – spätestens 7. Monat)** | Beikost enthält Stückchen, ist zu wenig breiig.<br>Joghurt, Fruchtzwerge, Milchschnitten vor dem ersten Jahr.<br>*„alternative" Nahrungsmittel wie Mandelmilch, vegane Kost. - Bei veganer Ernährung der Mutter erhält das Kind über das Stillen kein Vitamin B Komplex, dieser wird jedoch für den Nervenaufbau gebraucht.* | Als Beikost wird Fisch, Ei, Gebratenes, Frittiertes vor dem 10. Monat gegeben. | Altersgemäße Beikost wird zu schnell eingeführt | Maximal alle 1-2 Wochen wird eine neue altersgemäße Beikost eingeführt. |
| **Menge** | Bis 5. Lebensmonat:<br>Weniger als 4 Flaschenmahlzeiten.<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* | Bis 5. Lebensmonat:<br>Ab 4 Flaschenmahlzeiten.<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* | Bis 5. Lebensmonat:<br>5 Flaschenmahlzeiten<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* | Bis 5. Lebensmonat:<br>5-6 Flaschenmahlzeiten.<br>*Jede Beikost ersetzt 1 Flaschenmahlzeit!* |

**Kursiv: = kinderärztlicher Hinweis**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Trinken** | Saft oder gesüßter Tee aus der Nuckelflasche.<br><br>Unbeaufsichtigtes Einflössen (Fläschchen wird durch ein Kissen fixiert) | Saft oder gesüßter Tee | nicht abgekochtes Wasser oder ungesüßter Tee vor dem 6. Lebensmonat. | nicht abgekochtes Wasser ab dem 6. Lebensmonat. |
| **Nahrungsqualität** | 4.-9 Monat: Beikost mit Stückchen, zu wenig breiig | Pulvermilch wird nicht im richtigen Mengenverhältnis von Pulver und abgekochtem Wasser hergestellt. | | Pulvermilch wird im richtigen Mengenverhältnis von Pulver und abgekochtem Wasser hergestellt. |
| **Hygiene** | Stinkende, dreckige nicht ausgekochte Nuckel<br><br>zu große und selbst vergrößerte Sauger | Fläschchen und Nuckel werden ohne Ausspülen mehrmals benutzt. | Fläschchen und Nuckel werden in den ersten 4 Monaten nach jeder Benutzung zumindest heiß ausgewaschen. | Fläschchen und Nuckel werden in den ersten 4 Monaten nach jeder Benutzung ausgekocht |





**Ernährung 1-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Nahrungsgabe** | Kein regelmäßiges Angebot an Nahrung,<br>Kein regelmäßiges Angebot an Flüssigkeit<br><br>*Auch bei 0-1Jährigen* | Phasenweise wenig oder kein Angebot an Nahrung z.B. am Ende des Monats<br><br>*Auch bei 0-1Jährigen* | Einzelne Mahlzeiten fallen ab und zu aus<br><br>*Auch bei 0-1Jährigen* | Regelmäßiges Angebot an Nahrung(vgl. Gewichtskurve in U-Heft)<br>Regelmäßiges Angebot an ungesüßter Flüssigkeit (Tee, Wasser)<br><br>*Auch bei 0-1Jährigen* |
| **Menge** | Nur 1-2 Mahlzeiten pro Tag, häufiger Wechsel zwischen Überfütterung und Mangelernährung,<br>Kein Frühstück | Keine festen Mahlzeiten oder ständiges essen und trinken (zum ruhigstellen)<br>Dauernuckelflasche zur Selbstbedienung | Regelmäßig 3 Mahlzeiten pro Tag. Frühstück<br><br>*Auch bei 0-1Jährigen* | Regelmäßig 5 Mahlzeiten pro Tag, davon eine warme: Frühstück, Mittagessen, Abendessen, 2 Zwischenmahlzeiten mit Obst, Joghurt, Quark.<br><br>*Nur bei 1-3 Jährigen* |
| **Nahrungsqualität** | Verdorbene Nahrung.<br>Keine Möglichkeit für Kochen und Kühlen | Chips, Cola oder Süßigkeiten als Hauptnahrungsmittel<br>Einseitige, nährstoffarme Nahrung | Chips, Cola oder Süßigkeiten ausschließlich als Zwischenmahlzeiten | Nährstoff-, vitamin-, ballaststoffreiche Nahrungsmittel: frisch zubereitete warme Mahlzeiten mehrmals pro Woche. |

**Schlafplatz 0-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Qualität des Schlafplatzes** | Keine Matratze oder Bett, kein Bettzeug, dreckig, Ungeziefer, feucht, Schimmel | Sofa wird als Schlafplatz genutzt, schmuddeliges Bettzeug Schlechtes Raumklima (Nikotin, überheiztes Zimmer, zu laut) | Schlafsofa mit Sicherung gegen rausfallen, Bettzeug einigermaßen sauber | Matratze oder Bett entsprechend der Körpergröße, Sicherung gegen rausfallen, Eigenes, sauberes Bettzeug, möglichst Schlafsack bei 0-1 Jährigen. Trockener und sauberer Schlafplatz, gutes Raumklima |
| **Ort** | Wechselnder Schlafplatz Verraucht, laut, Zugluft, Raum nicht beheizbar | Fester Schlafplatz, TV läuft ständig, verraucht, laut, Zugluft, Raum überheizt | Fester Schlafplatz, rauchfrei, ohne Zugluft, verkehrsreiche Strasse, mit Frischluft, Raum angemessen beheizbar | Fester Schlafplatz, rauchfrei, ohne Zugluft, ruhig, mit Frischluft, Raum beheizbar |
| **Schlafmenge** | Kind ist nicht nur morgens müde, sondern den ganzen Tag, Inaktivität, Unausgeglichenheit, fehlender Tag-Nacht-Rhythmus | | Kind macht keinen müden Eindruck | |





**Kleidung 0-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Bekleidung als Schutz** | Kleider bieten keinen witterungsgemäßen Schutz, sind hautreizend<br><br>Kind trägt immer die gleichen verdreckten, verpinkelten oder stinkenden Kleider | Phasenweise hat das Kind verdreckte, verpinkelte, stinkende Kleider an | Nur zeitweise witterungsgemäße Kleidung<br><br>Ab und zu verdreckte Kleider | Kleider bieten witterungsgemäßen Schutz, sind trocken, nicht hautreizend<br><br>Kind trägt saubere und hygienische Kleidung |
| **Kleidergröße** | Zu kleine Bekleidung | | Der Körpergröße entsprechende Kleidung | |
| **Schuhe** | Keine Schuhe oder keine passenden Schuhe, nicht witterungsgemäß | Schuhe mit Löchern, extrem ausgetreten, nicht witterungsgemäß zB. Sandalen im Winter | Schuhe nur bedingt witterungsgemäß, z.B. Gummistiefel oder dicke Turnschuhe im Sommer, abgelatscht | Passende witterungsgemäße Schuhe, z.B. Sandalen im Sommer |

**Körperpflege 0-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Wickelkind…** | Ständig extrem wund und keine medizinische Behandlung | Volle Windel, die nicht gleich gewechselt wird, ständig unangenehmer Geruch, Hautreizungen<br><br>In den Hautfalten (Hals, hinter den Ohren, Leisten), zwischen den Zehen gerötet, schorfige Ablagerungen | Volle Windel, die nicht immer gleich gewechselt wird, aber noch keine Hautreizungen | Volle Windel wird gleich gewechselt, keine Hautreizungen durch Pflegefehler |
| **Körpergeruch** | Kind hat ständig üblen Körpergeruch | Kind riecht oft schlecht | Kind riecht ab und zu schlecht | Kind riecht frisch |
| **Ungeziefer** | Dauerhafter, unbehandelter Ungezieferbefall | Immer wiederkehrender Ungezieferbefall, Behandlung wird nicht vollständig durchgeführt | Immer wiederkehrender Ungezieferbefall, der sofort behandelt wird | Wenn Ungezieferbefall auftritt, wird er sofort und konsequent behandelt |
| **Zahnpflege** | Keine Zahnpflege durch die Eltern, kein Zahnarztbesuch bei Zahnproblemen, keine Zahnbürste im Haushalt, braune Stummel statt Zähne, Zähne gezogen wegen Karies | nur sporadische Zahnpflege durch die Eltern, kein Zahnarzt besuch bei Zahnproblemen, keine eigene Zahnbürste, Kariöse Zähne, viel Belag, Nuckelflaschenkaries | nur sporadische Zahnpflege durch die Eltern, Zahnarztbesuch nur bei Zahnproblemen, eigene Zahnbürste, Belag auf den Zähnen | regelmäßige Zahnpflege durch die Eltern, eigene immer wieder ausgewechselte Zahnbürste, normaler Zahnwuchs, ohne Belag, Gabe von Fluor |
| **Zahnpflege und Ernährung** | Ständige Süßigkeitszufuhr (einschließlich süßer Getränke) | häufige Süßigkeitszufuhr | Immer wieder Süßigkeitszufuhr | Selten Süßigkeitszufuhr Wasser, ungesüßter Tee als Flüssigkeit |





**Schutz vor Gefahren und Aufsicht des Kindes 0-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Gefahrenquellen**<br>im Innen- und Außenbereich z.B. Scherben, Müll, Kippen am Boden, offene Steckdosen, offen/kaputte Fenster, angeschalteter Herd, ungesicherte Treppe, Giftstoffe, Reinigungsmittel, Medikamente… | Eltern erkennen Gefahrenquellen nicht als solche und sichern diese nicht dauerhaft ab | Eltern erkennen Gefahren-quellen, verharmlosen sie jedoch und sichern diese nur unzureichend ab | Eltern erkennen Gefahren-quellen und sichern diese überwiegend oder provisorisch ab | Eltern erkennen Gefahren-quellen und sichern diese dauerhaft ab |
| **Gefährdende Umgebung** | Kind wird gefährdender Umgebung ausgesetzt, z.B. Bierzelt, verrauchte Kneipe, | Garten oder Spielplatz ohne Zaun und Begrenzung Kind wird ab und zu gefährdender Umgebung ausgesetzt wie Bierzelt, verrauchte Kneipe, Raucherhaushalt..... | Garten oder Spielplatz ist begrenzt, Kind wird ganz selten gefährdender Umgebung ausgesetzt wie Bierzelt, verrauchte Kneipe, ... | Kind wird nie gefährdender Umgebung ausgesetzt. |
| **Sicherheit im Auto** | Kein altersgerechter Kindersitz, keine Kindersicherung | zu kleiner/ großer Kindersitz, keine Kindersicherung | Altersgerechter Kindersitz, keine Kindersicherung | altersgerechter Kindersitz und Kindersicherung |
| **Alleine lassen** | Kind wird immer wieder 1-2 Stunden alleine gelassen | Kind wird kurze Zeit alleine gelassen, solang es schläft | Wenn das Kind schläft und allein gelassen wird, wird Babyphon benutzt. Eltern oder Aufsichtsperson ist innerhalb von 5 Minuten vor Ort | Kind wird nicht alleine gelassen, Eltern gewährleisten oder organisieren Aufsicht oder benutzen Babyphon, auf das sofort reagiert wird |
| **Aufsichtsperson** | Gefährdende Aufsichtsperson, z.B. Geschwister unter 12 Jahren, Betrunkene, Fremde | Aufsichtsperson ist überfordert und kann kindliche Bedürfnisse nicht erkennen | Aufsichtsperson erkennt kindliche Bedürfnisse, aber kann nicht immer angemessen damit umgehen | Aufsichtsperson geht angemessen mit den kindlichen Bedürfnissen um |
| **Aufsicht** | Keine Aufsicht<br>Kind wird alleine Gefahren ausgesetzt, die es nicht kennt und nicht bewältigen kann | Mangelnde Aufsicht<br>Kind wird zwar ermahnt, aber nicht nachhaltig vor Gefahren geschützt | Ausreichende Aufsicht<br>Kind wird über Gefahren angemessen aufgeklärt, aber nicht immer davor geschützt | Gute Aufsicht<br>Kind wird angemessen über Gefahren aufgeklärt und davor geschützt |

**Sicherung der medizinischen Versorgung 0-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Vorsorgeunter-suchung** | Es wurden keinerlei Vorsorgeuntersuchungen gemacht, Keine U nach der U3. Es ist kein U- Heft vorhanden obwohl das Kind in der BRD geboren wurde | Unregelmäßige Vorsorgeuntersuchungen,. | Regelmäßige Vorsorge-untersuchungen mit 1 bis höchstens 2 nachvollziehbaren Ausnahmen, zB längere Erkrankung des Säuglings | Es wurden alle Vorsorgeuntersuchungen gemacht. |
| **Impfschutz** | Keinerlei Impfungen | Impfungen unvollständig | Kind ist grundimmunisiert | Alle Impfungen altersentsprechend |
| **Arztbesuche** | Bei Erkrankung und in Notsituationen des Kindes erfolgen keine Arztbesuche | Bei Erkrankung des Kindes und in Notsituationen erfolgen Arztbesuche erst auf dringliches Anraten.<br><br>Kind kommt immer als Notfall zum Kinderarzt oder Hausarzt | Bei Erkrankung des Kindes und in Notsituationen erfolgen Arztbesuche | Bei Erkrankung und in Notsituationen erfolgen unverzügliche Arztbesuche |
| **Medikamentengabe** | Verschriebene Medikamente werden entweder nicht besorgt oder nicht verabreicht | Verschriebene Medikamente werden sehr spät besorgt oder nicht regelmäßig verabreicht | | Verschriebene Medikamente werden sofort besorgt und regelmäßig verabreicht |
| **Zähne** | Überwiegend kaputte schwarze Zähne, eventuell Schmerzzustände, Mundgeruch. | Vereinzelt kaputte Zähne, ungepflegt, Mundgeruch. | Überwiegend gesunde Zähne trotz unregelmäßiger Pflege und Vorsorge | Gesunde Zähne mit regelmäßiger Pflege und Vorsorge |
| **Kranken-versicherungsschutz** | Für das Kind besteht keine Krankenversicherung. Die Eltern bemühen sich nicht darum. | Für das Kind besteht keine Krankenversicherung und die Eltern bemühen sich nur auf Drängen. | | Für das Kind besteht eine Krankenversicherung |
| **Gesundheits-bewusstsein** | Gleichgültigkeit der Eltern und keinerlei Interesse an Gesundheitsfragen um das Kind | Gesundheitsfragen gehen die Eltern nur bei akuter Erkrankung nach. Kein elterliches Einschätzungs vermögens des Gesundheitszustandes des Kindes | Eltern haben Grundkenntnisse der Kinderkrankheiten. | Eltern kümmern sich um die Gesundheitsförderung des Kindes: um gesunde Ernährung, Bewegung, frische Luft, Körper- und Zahnpflege. |





**Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson 0-3 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Körperkontakt** | 0-3<br>nur der zwingend notwendige Körperkontakt ist zu beobachten<br><br><u>andere Bezugsperson/en</u><br>... nimmt keinen Körperkontakt zum Kind auf, ruppiger Pflegeumgang | 0-3<br>... nimmt das Kind ab und zu auf den Arm<br><br><u>andere Bezugsperson/en</u><br>altersentsprechend gibt es ab und zu zufällige (?) Körperkontakte | 0-3<br>... immer wieder gezielte Körperkontakte (z.B. Kuss, Streicheln, drücken)<br><br><u>andere Bezugsperson/en</u><br>umarmen, knuffen | Das Kind bekommt regelmäßig altersgemäße und liebevolle Körperkontakte |
| **Blickkontakt** | Kein Blickkontakt zum Kind | Ab und zu wird das Kind angeschaut | Immer wieder wird das Kind angeschaut | Im Beisein des Kindes wird ein regelmäßiger Blickkontakt gepflegt |
| **Gefühle für das Kind** | Es werden keine oder keine positiven Gefühle zum Kind verbalisiert | Ab und zu werden positive Gefühle für das Kind angesprochen, Ambivalenz dem Kind gegenüber | Immer wieder werden positive Gefühle für das Kind benannt | insgesamt überwiegen die positiven Gefühle aber auch ambivalente oder kritische Gefühle für das Kind werden angesprochen, |
| **Wertschätzung des Kindes** | Es gibt keine Wertschätzung für das Kind<br>Es wird nur im negativen Kontext erwähnt | Die negative Haltung dem Kind gegenüber dominiert. Ab und zu werden aber auch positive Seiten des Kindes erwähnt | Trotz Konflikten werden Immer wieder auch die Stärken des Kindes angesprochen | Trotz Probleme gibt es eine grundlegende wertschätzende Haltung dem Kind gegenüber |
| **Beziehung mit dem Kind leben** | Das Leben des Kindes ist nicht mit dem eigenen verbunden. Die Aktivitäten drehen sich zunächst nicht ums Kind | Das Kind steht am Rand der Familie. Ab und zu ist es in Aktivitäten mit eingebunden | Das Kind gehört dazu, steht aber nicht im Mittelpunkt. Immer wieder ist es in Aktivitäten miteinbezogen | Das Kind gehört dazu. In alle Planungen ist das Kind miteinbezogen. Es werden spezielle Aktivitäten für das Kind entwickelt (Spielplatz, Schwimmen, … |

**Betreuung 0-3 Jährige** **BISLANG KEINE ANKERBEISPIELE**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Gewalt gegen das Kind 0-3 Jährige** **SIEHE AUCH ERSCHEINUNGSBILD S. 3a/8a des SKB.**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Gewalt** | Körperliche und seelische Misshandlung | Bestrafung durch Liebesentzug und Demütigung | Keine körperliche Gewalt | Gewaltfreie, wohlwollende, liebevolle Erziehung |





# ORIENTIERUNGSKATALOG BEI EINER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

## Grundversorgung und Schutz des Kindes / 3 bis 6 Jährige

**Ankerbeispiele liegen für die grau hinterlegten Kategorien vor.**

| Sicherung der Grundversorgung (vgl. Seite 2 des SKB) | Beschreibung | Durch wen beschrieben |
|---|---|---|
| Ernährung | | |
| Schlafplatz | | |
| Kleidung | | |
| Körperpflege | | |
| Schutz für Gefahren und Aufsicht des Kindes | | |
| Sicherung der medizinischen Versorgung | | |
| Betreuung des Kindes | | |
| Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson | | |
| Gewalt gegen das Kind | | |

## Grundversorgung und Schutz des Kindes 3-6 Jährige

### Ernährung 3-6 Jährige

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Nahrungsgabe** | Kein regelmäßiges Angebot an Nahrung,<br>Kein regelmäßiges Angebot an Flüssigkeit | Phasenweise wenig oder kein Angebot an Nahrung<br>z.B. am Ende des Monats kein ausreichendes Angebot an Flüssisgkeit | Einzelne Mahlzeiten fallen ab und zu aus.<br><br>Ausreichendes Angebot an Flüssigkeit | Regelmäßiges Angebot an Nahrung(vgl. Gewichtskurve in U-Heft)<br>Regelmäßiges Angebot an ungesüßter Flüssigkeit (Tee, Wasser, Säfte) |
| **Menge** | Nur 1-2 Mahlzeiten pro Tag, häufiger Wechsel zwischen Überfütterung und Mangelernährung. Kein Frühstück | Keine festen Mahlzeiten oder ständiges essen oder trinken (zum ruhigstellen) | Regelmäßig 3 Mahlzeiten pro Tag einschließlich Frühstück<br>Ausreichendes Angebot an Flüssigkeit | Regelmäßig 5 Mahlzeiten pro Tag, davon eine warme: Frühstück, Mittag-, Abendessen.<br>2 Zwischenmahlzeiten mit Obst, Joghurt, Quark. |
| **Nahrungsqualität** | Verdorbene Nahrung.<br>Keine Möglichkeit für Kochen und Kühlen | Chips, Cola oder Süßigkeiten als Hauptnahrungsmittel<br><br>Einseitige, nährstoffarme Nahrung | Regelmäßig Chips, Cola oder Süßigkeiten als Zwischenmahlzeiten | Nährstoff-, vitamin-, ballaststoffreiche Ernährung<br>Nahrungsmittel: frisch zubereitete warme Mahlzeiten mehrmals pro Woche. |





### Schlafplatz 3-6 Jährige

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Qualität des Schlafplatzes** | Keine Matratze oder Bett, kein Bettzeug, dreckig, Ungeziefer, feucht, Schimmel | Sofa wird als Schlafplatz genutzt | Schlafsofa | Matratze oder Bett entsprechend der Körpergröße<br>Eigenes, sauberes Bettzeug, trockener und sauberer Schlafplatz. |
| **Ort** | Wechselnder Schlafplatz, verraucht, laut, Zugluft, Raum nicht beheizbar | Fester Schlafplatz, TV läuft mit nicht kindergerechten Filmen, verraucht, Raum beheizbar | Fester Schlafplatz, rauchfrei, ohne Zugluft, verkehrsreiche Strasse, mit Frischluft, Raum beheizbar | Fester Schlafplatz, rauchfrei, ohne Zugluft, ruhig, mit Frischluft, Raum beheizbar |
| **Schlafmenge** | Kind hat dunkle Augenringe, ist nicht nur morgens müde, sondern den ganzen Tag | | Kind hat keine dunklen Augenringe, macht keinen müden Eindruck | |

**Kleidung 3-6 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Bekleidung als Schutz** | Kleider bieten keinen witterungsgemäßen Schutz, sind hautreizend (z.B zuviel Waschpulver, kratzig))<br><br>Kind trägt immer die gleichen verdreckten, verpinkelten oder stinkenden Kleider | Phasenweise hat das Kind verdreckte, verpinkelte, stinkende Kleider an | Nur zeitweise witterungsgemäße Kleidung<br><br>Ab und zu verdreckte Kleider | Kleider bieten witterungsgemäßen Schutz, sind trocken, nicht hautreizend<br><br>Kind trägt saubere und hygienische Kleidung |
| **Kleidergröße** | Zu kleine Bekleidung | | Der Körpergröße entsprechende Kleidung | |
| **Schuhe** | Keine Schuhe oder keine passenden Schuhe, nicht witterungsgemäß | Schuhe mit Löchern, extrem ausgetreten, nicht witterungsgemäß zB. Sandalen im Winter | Schuhe nur bedingt witterungsgemäß, z.B. Gummistiefel oder dicke Turnschuhe im Sommer, abgelatscht | Passende witterungsgemäße Schuhe, z.B. Sandalen im Sommer |





**Körperpflege 3-6 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Waschen** | Eltern überlassen es ihrem Kind allein, keine Anleitung oder Kontrolle, egal | Kind wird von Eltern aufgefordert, aber nicht angeleitet und nicht unterstützt | Kind wird von Eltern aufgefordert und teilweise angeleitet und unterstützt | Eltern halten Kind zum waschen an, unterstützen, überprüfen Kind dabei |
| **Körpergeruch** | Kind hat ständig üblen Körpergeruch | Kind riecht oft schlecht | Kind riecht ab und zu schlecht | Kind riecht frisch |
| **Ungeziefer** | Dauerhafter, unbehandelter Ungezieferbefall | Immer wiederkehrender Ungezieferbefall, Behandlung wird nicht vollständig durchgeführt | Immer wiederkehrender Ungezieferbefall, der sofort behandelt wird | Wenn Ungezieferbefall auftritt, wird er sofort und konsequent behandelt |
| **Zähne** | Kind putzt die Zähne nicht, den Eltern ist es egal. Zähne sind in schlechtem Zustand: kariös, gezogen, zerstört | Zahnpflege erfolgt überwiegend außerhalb der Familie.<br>Kind wird von Eltern aufgefordert, aber nicht angeleitet und nicht unterstützt. | Kind wird von Eltern aufgefordert und teilweise angeleitet und unterstützt | Regelmäßige Zahnpflege mit Unterstützung und Überprüfung durch die Eltern |
| **Zahnpflege und Ernährung** | ständige Süßigkeitszufuhr | häufige Süßigkeitszufuhr | Immer wieder Süßigkeitszufuhr | selten Süßigkeitszufuhr |
| **Sauberkeitserziehung** | Kind nässt und kotet ein, ist noch in Windeln, Ursachen sind nicht ärztlich abgeklärt.<br>Keine Anleitung durch die Eltern zur Sauberkeitserziehung | Kind nässt oder kotet überwiegend tags/ nachts ein. Ursachen sind nicht ärztlich abgeklärt | Kind ist überwiegend sauber, nässt gelegentlich nachts ein. Arztbesuch erfolgt. | Kind ist überwiegend „sauber“ , nässt gelegentlich nachts ein, Arztbesuch erfolgt |

**Schutz vor Gefahren und Aufsicht des Kindes 3-6 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Gefahrenquellen** im Innen- und Außenbereich z.B. Scherben, Müll, Kippen, offene Steckdosen, offen/kaputte Fenster, angeschalteter Herd, ungesicherte Treppe, Giftstoffe, Reinigungsmittel, Wasserbecken, ... | Eltern erkennen Gefahrenquellen nicht als solche und sichern diese nicht dauerhaft ab<br>Eltern haben kein Gefahrenbewusstsein | Eltern erkennen Gefahrenquellen, verharmlosen diese jedoch und sichern diese nur unzureichend ab | Eltern erkennen Gefahrenquellen und sichern diese überwiegend oder provisorisch ab | Eltern erkennen Gefahrenquellen und sichern diese dauerhaft ab |
| **Gefährdende Umgebung** | Kind wird gefährdender Umgebung ausgesetzt (Cannstatter Wasen, Bierzelt, verrauchte Kneipe) | Garten oder Spielplatz ohne Zaun und Begrenzung, Kind wird ab und zu gefährdender Umgebung ausgesetzt wie Bierzelt, verrauchte Kneipe, ... | Garten oder Spielplatz sind begrenzt, Kind wird ganz selten gefährdender Umgebung ausgesetzt, wie Bierzelt, verrauchte Kneipe, ... | Kind wird nie gefährdender Umgebung ausgesetzt. |
| **Aufsicht** | Keine Aufsicht<br>Kind wird alleine Gefahren ausgesetzt, die es nicht kennt und nicht bewältigen kann | Mangelnde Aufsicht<br>Kind wird zwar ermahnt, aber nicht nachhaltig vor Gefahren geschützt | Ausreichende Aufsicht<br>Kind wird über Gefahren angemessen aufgeklärt, aber nicht immer davor geschützt | Gute Aufsicht<br>Kind wird angemessen über Gefahren aufgeklärt und davor geschützt |
| **Alleine lassen** | Kind wird immer wieder 1-2 Stunden alleine gelassen | | Wenn das Kind schläft und allein gelassen wird, wird Babyphon benutzt und sofort gehört. innerhalb von 5 Minuten sind Eltern vor Ort | Kind wird nicht alleine gelassen, d.h. Eltern gewährleisten oder organisieren Aufsicht |
| **Aufsichtsperson** | Gefährdende Aufsichtsperson, z.B. Geschwister unter 12 Jahren, Betrunkene, Fremde | Aufsichtsperson ist überfordert und kann kindliche Bedürfnisse nicht erkennen | Aufsichtsperson kann kindliche Bedürfnisse nicht immer befriedigen | Aufsichtsperson geht angemessen mit den kindlichen Bedürfnissen um |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003





| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Strassenverkehr und spielen**<br><br>**(je nach Entwicklungsstand)** | Kind immer ohne Aufsicht auf „offener Strasse" oder Kind darf nie raus, ist „überbehütet" | Kind überwiegend ohne Aufsicht auf „offener Strasse" | Kind überwiegend ohne Aufsicht, aber auf vereinbartem Gebiet.<br>Eltern schauen teilweise nach | Kind spielt auf vereinbartem Gebiet.<br>Eltern schauen regelmäßig oder Kind meldet sich |
| **Verkehrserziehung** | Keine Verkehrserziehung.<br>Eltern keine Vorbilder im Strassenverkehr. | Verkehrserziehung ausschließlich in der Kita.<br>Eltern keine Vorbilder. | Eltern üben mit dem Kind punktuell Verkehrserziehung. | Kindgemäße Verkehrserziehung.<br>Eltern überwiegend Vorbild mit regelmäßigem Üben z.B. Strasse überqueren. |
| **Sicherheit im Auto** | Kein altersgerechter Kindersitz, keine Kindersicherung | Zu kleiner/ großer Kindersitz, keine Kindersicherung | Altersgerechter Kindersitz, keine Kindersicherung | altersgerechter Kindersitz und Kindersicherung |
| **Medien, TV, Video, PC-Spiele, Geräuschkulisse** | TV läuft ständig<br>Filme nicht kindgerecht | Kinder-TV läuft wahllos den ganzenTag, z.B. Super RTL | Kind darf mehrere ausgewählte Kindersendungen pro Tag schauen | Eltern wählen bewußt pro Tag nur 1-2 TV-Sendungen aus oder Kind sieht nicht TV oder Video |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003

**Sicherung der medizinischen Versorgung 3-6 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Vorsorgeunter-suchungen (U-Heft)** | Es wurden keinerlei Vorsorgeuntersuchungen gemacht, Keine U nach der U3. Es ist kein U- Heft vorhanden obwohl das Kind in der BRD geboren wurde | Unregelmäßige Vorsorgeuntersuchungen. | Regelmäßige Vorsorge-untersuchungen mit 1 bis höchstens 2 nachvollziehbaren Ausnahmen | Es wurden alle Vorsorgeuntersuchungen gemacht. |
| **Impfschutz** | Keinerlei Impfungen | Impfungen unvollständig | Grundimmunisierung vorhanden | Alle Impfungen altersgemäß |
| **Arztbesuche** | Bei Erkrankung und in Notsituationen des Kindes erfolgen keine Arztbesuche | Bei Erkrankung des Kindes und in Notsituationen erfolgen Arztbesuche erst auf dringliches Anraten. Kind kommt immer als Notfall zum Kinderarzt oder Hausarzt | Bei Erkrankung des Kindes und in Notsituationen erfolgen Arztbesuche | Bei Erkrankung und in Notsituationen erfolgen unverzügliche Arztbesuche |
| **Medikamentengabe** | Verschriebene Medikamente werden entweder nicht besorgt oder nicht verabreicht | Verschriebene Medikamente werden sehr spät besorgt oder nicht regelmäßig verabreicht | | Verschriebene Medikamente werden sofort besorgt und regelmäßig verabreicht |
| **Zahnpflege** | Überwiegend kaputte schwarze Zähne, eventuell Schmerzzustände, Mundgeruch. | Vereinzelt kaputte Zähne, ungepflegt, Mundgeruch. | Überwiegend gesunde Zähne trotz unregelmäßiger Pflege und Vorsorge | Gesunde Zähne mit regelmäßiger Pflege und Vorsorge |
| **Kranken-versicherungsschutz** | Für das Kind besteht keine Krankenversicherung. Die Eltern bemühen sich nicht darum. | Für das Kind besteht keine Krankenversicherung und die Eltern bemühen sich nur auf Drängen. | | Für das Kind besteht eine Krankenversicherung |
| **Gesundheits-bewusstsein** | Gleichgültigkeit der Eltern und keinerlei Interesse an Gesundheitsfragen um das Kind | Gesundheitsfragen gehen die Eltern nur bei akuter Erkrankung nach. Kein elterliches Einschätzungsvermögens des Gesundheitszustandes des Kindes | Eltern haben Grundkenntnisse der Kinderkrankheiten. | Eltern kümmern sich um die Gesundheitsförderung des Kindes: um gesunde Ernährung, Bewegung, frische Luft, Körper- und Zahnpflege. |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003





**Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson 3-6 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Körperkontakt** | nimmt keinen Körperkontakt zum Kind auf, ruppiger Pflegeumgang | nur der zwingend notwendige Körperkontakt ist zu beobachten andere: altersentsprechend gibt es ab und zu zufällige (?) Körperkontakte | immer wieder gezielte Körperkontakte (z.B. Kuss, Streicheln, drücken) andere: umarmen, auf die Schulter klopfen, knuffen | Das Kind bekommt regelmäßig altersgemäßen und liebevollen Körperkontakt |
| **Blickkontakt** | Kein Blickkontakt zum Kind | Ab und zu wird das Kind angeschaut | Immer wieder wird das Kind angeschaut | Im Beisein des Kindes wird ein regelmäßiger Blickkontakt gepflegt |
| **Gefühle für das Kind** | Es werden keine oder keine positiven Gefühle zum Kind verbalisiert | Ab und zu werden positive Gefühle für das Kind angesprochen | Immer wieder werden positive Gefühle für das Kind benannt | Auch ambivalente oder kritische Gefühle für das Kind werden angesprochen, insgesamt überwiegen die positiven Gefühle |
| **Wertschätzung des Kindes** | Es gibt keine Wertschätzung für das Kind Es wird nur im negativen Kontext erwähnt | Die negative Haltung dem Kind gegenüber dominiert. Ab und zu werden aber auch positive Seiten des Kindes erwähnt | Trotz Konflikten werden Immer wieder auch die Stärken des Kindes angesprochen | Trotz Probleme gibt es eine grundlegende wertschätzende Haltung dem Kind gegenüber<br><br>Stärken und Schwächen sind bekannt und werden benannt |
| **Beziehung mit dem Kind leben** | Das Leben des Kindes ist nicht mit dem eigenen verbunden. Die Aktivitäten drehen sich zunächst nicht ums Kind | Das Kind steht am Rand der Familie. Ab und zu ist es in Aktivitäten mit eingebunden | Das Kind gehört dazu, steht aber nicht im Mittelpunkt. Immer wieder ist es in Aktivitäten miteinbezogen | Das Kind gehört dazu. In alle Planungen ist das Kind miteinbezogen. Es werden spezielle Aktivitäten für das Kind entwickelt (Spielplatz, Schwimmen, …) |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003

**Gewalt gegen das Kind 3-6 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| | Körperliche und seelische Misshandlung<br><br>Ständiger und/oder häufiger Einsatz von körperlicher und/ oder psychischer Gewalt, Schütteln, Schläge, Erniedrigung, Prügel als Erziehungsmittel, Drohung, Einschüchterung, Angst machen | Bestrafung durch Liebesentzug und Demütigung<br><br>Immer wieder Einsatz von körperlicher und/ oder psychischer Gewalt, Drohen, Einschüchtern, Angst machen, Immer wieder Festhalten, Klaps, Anschreien, Schreien lassen, „ruhig stellen" | Keine körperliche Gewalt<br><br>Ausrutscher, die dem Kind nicht schaden, manchmal scherzhaft über das Kind lachen | Gewaltfreier, wohlwollender, liebevoller Umgang mit dem Kind |





# ORIENTIERUNGSKATALOG BEI EINER KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

## Grundversorgung und Schutz des Kindes / 6 bis 14 Jährige

**Ankerbeispiele liegen für die grau hinterlegten Kategorien vor.**

| Sicherung der Grundversorgung (vgl. Seite 2 des SKB) | Beschreibung | Durch wen beschrieben |
|---|---|---|
| Ernährung | | |
| Schlafplatz | | |
| Kleidung | | |
| Körperpflege | | |
| Schutz für Gefahren und Aufsicht des Kindes | | |
| Sicherung der medizinischen Versorgung | | |
| Betreuung des Kindes | | |
| Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson | | |
| Gewalt gegen das Kind | | |

## Grundversorgung und Schutz des Kindes 6-14 Jährige

### Ernährung 6-14 Jährige

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Nahrungsangebote** | Kein regelmäßiges Angebot an Nahrung,<br>Kein regelmäßiges Angebot an Flüssigkeit | Phasenweise kein Angebot an Nahrung z.B. am Ende des Monats | Einzelne Mahlzeiten fallen ab und zu aus. | Regelmäßiges Angebot an Nahrung<br>Regelmäßiges Angebot an ungesüßter Flüssigkeit (Tee, Wasser, Säfte) |
| **Menge** | 1-2 Mahlzeiten pro Tag, häufiger Wechsel zwischen Überernährung und Mangelernährung.<br>Kein Frühstück | Keine festen Mahlzeiten oder ständiges essen | Regelmäßig 3 Mahlzeiten pro Tag, incl. Frühstück | Regelmäßig 5 Mahlzeiten pro Tag, davon eine warme: Frühstück, Mittagessen, Abendessen.<br>2 Zwischenmahlzeiten mit Obst, Joghurt, Quark. |
| **Nahrungsqualität** | Verdorbene oder einseitige, nährstoffarme, vorgefertigte Nahrung.<br>Keine Möglichkeit für Kochen und Kühlen | Chips, Cola oder Süßigkeiten als Hauptnahrungsmittel<br><br>Kind isst überwiegend Fastfood | Regelmäßig Chips, Cola oder Süßigkeiten als Zwischenmahlzeiten<br><br>Ausschließlich Fertigprodukte | Cola absolute Ausnahme<br>Nährstoff-, vitamin-, ballaststoffreiche Nahrungsmittel: frisch zubereitete warme Mahlzeiten mehrmals pro Woche im Wechsel mit Fertigprodukten |





### Schlafplatz 6-14 Jährige

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Qualität des Schlafplatzes** | Keine Matratze oder Bett, kein Bettzeug, Ungeziefer, feucht, Schimmel, dreckig<br>Teilt das Bett mit einem Geschwisterkind oder Eltern | Sofa wird als Schlafplatz genutzt | Kind hat ein eigenes Bett oder Schlafsofa | Matratze oder Bett entsprechend der Körpergröße.<br>Eigenes, sauberes Bettzeug.<br>Trockener und sauberer Schlafplatz. |
| **Ort** | Wechselnder Schlafplatz<br>TV läuft mit nicht kindgerechten Filmen, verraucht, Zugluft, Raum nicht beheizbar | Fester Schlafplatz, laut, verraucht,<br>Raum beheizbar | Fester Schlafplatz, laut, rauchfrei, Raum wird gelüftet, Raum beheizbar | Fester Schlafplatz, ruhig, rauchfrei, Raum wird gelüftet, Raum beheizbar |

**Kleidung 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Bekleidung**<br><br>*Mit zunehmendem Alter nimmt der Einfluss der Peergroup auf die Bekleidung zu.* | Kleider bieten keinen witterungsgemäßen Schutz, sind hautreizend.<br>Kind trägt immer die gleichen verdreckten, verpinkelten oder stinkenden Kleider | Phasenweise hat Kind verdreckte, verpinkelte, stinkende Kleider an | Zeitweise keine witterungsgemäße Kleidung | Kleider bieten witterungsgemäßen Schutz, sind trocken und sauber |
| **Schuhe** | Keine Schuhe oder zu kleine Schuhe, nicht witterungsgemäß | Schuhe mit Löchern, extrem ausgetreten, nicht witterungsgemäß | Schuhe nur bedingt witterungsgemäß, z.B. Gummistiefel oder dicke Turnschuhe im Sommer, abgelatscht | Passende witterungsgemäße Schuhe, z.B. Sandalen im Sommer |





**Körperpflege 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Körperpflege** | 6-10 Jährige:<br>Eltern überlassen Körperpflege ihrem Kind allein, keine Anleitung oder Kontrolle<br><br>6-14:<br>Kind wäscht sich nicht, wirkt verwahrlost | 6-10 Jährige:<br>Kind wird von Eltern aufgefordert, aber nicht angeleitet und nicht unterstützt<br><br>6-14:<br>Kind wäscht sich häufig nicht | 6-10 Jährige:<br>Kind wird von Eltern aufgefordert und teilweise angeleitet und unterstützt<br><br>6-14:<br>Kind vergisst ab und zu sich zu waschen | 6-10 Jährige:<br>Eltern halten Kind zum waschen an, unterstützen, überprüfen Kind dabei<br><br>6-14: Kind wäscht sich regelmäßig |
| **Körpergeruch** | Kind hat ständig üblen Körpergeruch | Kind riecht oft schlecht | Kind riecht ab und zu schlecht | Kind riecht frisch |
| **Ungeziefer** | Dauerhafter, unbehandelter Ungezieferbefall | Immer wiederkehrender Ungezieferbefall, Behandlung wird nicht vollständig durchgeführt | Nach wiederholtem Ungezieferbefall wird dieser konsequent behandelt und tritt nicht mehr auf | EinmaligerUngezieferbefall, der konsequent behandelt wird und nicht wiederauftritt. |
| **Zähne** | Kind putzt die Zähne nicht, den Eltern ist es egal. Zähne sind in schlechtem Zustand: kariös, gezogen, zerstört | Zahnpflege erfolgt überwiegend außerhalb der Familie.<br>Kind wird von Eltern nur halbherzig aufgefordert, kein Zahnarztbesuch bei Zahnproblemen | Kind wird von Eltern zur Zahnpflege aufgefordert, Zahnarztbesuch nur bei Zahnproblemen, eigene Zahnbürste, Zahnbelag | Kind putzt regelmäßig die Zähne, Überprüfung durch die Eltern, immer wieder ausgewechselte Zahnbürste, halbjährige Kontrollbesuche beim Zahnarzt, kein Zahnbelag |
| **Zahnpflege und Ernährung** | ständige Süßigkeitszufuhr | häufige Süßigkeitszufuhr | Immer wieder Süßigkeitszufuhr | Selten Süßigkeitszufuhr |

Konzept für Fallteamtrainings Gefährdungsbereich

**Schutz vor Gefahren und Aufsicht des Kindes 6-14 Jährige (siehe Jugendschutzgesetz)**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Gefahrenquellen** **im Innen- und Außenbereich** **(z.B. Zugriff auf Alkohol, Medikamente, Zigaretten, Drogen, Giftstoffe, Reinigungsstoffe, Chemikalien, Feuer/ Zündeln, ...)** | Eltern erkennen Gefahrenquellen nicht als solche und sichern sie nicht dauerhaft ab<br><br>Kind wird nicht über Gefahrenquellen aufgeklärt | Eltern erkennen Gefahren-quellen, aber verharmlosen diese und sichern sie nur unzureichend ab<br><br>Kind wird sporadisch oder zufällig über Gefahrenquellen aufgeklärt.<br><br>Übertriebene Darstellung von Gefahrenquellen und dadurch Verängstigung des Kindes | Eltern erkennen Gefahren-quellen und sichern sie überwiegend oder provisorisch ab<br><br>Kind wird über viele Gefahrenquellen aufgeklärt. | Eltern erkennen Gefahren-quellen und sichern diese ab<br><br>Kind wird über die meisten Gefahrenquellen aufgeklärt. |
| **Gefährdende Umgebung** **(z.B. Orte für Drogen, Prostitution, Spielhallen, Kneipen, Bierzelte, ...)** | Kind wird häufig gefährdender Umgebung ausgesetzt oder ist ohne Eltern bzw. Erziehungs-berechtigte dort | Kind wird öfter gefährdender Umgebung ausgesetzt und Eltern bzw. Erziehungs-berechtigte sind anwesend | Kind wird ab und zu gefährdender Umgebung ausgesetzt und Eltern bzw. Erziehungs-berechtigte sind anwesend | Kind wird selten gefährdender Umgebung ausgesetzt und Eltern bzw. Erziehungs-berechtigte sind anwesend |
| **Aufsicht** | Kind wird Gefahren ausgesetzt, die es nicht kennt und nicht bewältigen kann | Kind wird zwar ermahnt, aber nicht nachhaltig vor Gefahren geschützt | Kind wird über Gefahren angemessen aufgeklärt, aber nicht immer davor geschützt | Kind wird angemessen über Gefahren aufgeklärt und davor geschützt |



Konzept für Fallteamtrainings Gefährdungsbereich

**Schutz vor Gefahren und Aufsicht des Kindes 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Alleine lassen** | Kind wird immer wieder über Nacht alleine und ist sich selbst überlassen | Kind ist immer wieder Nachts stundenweise allein, Eltern sind über eingespeicherte Telefonnummer sofort erreichbar. | Kind wird selten nachts stundenweise allein gelassen Eltern sind über eingespeicherte Telefonnummer sofort erreichbar, Nachbarin ist informiert | Kind wird nicht alleine gelassen d.h. Eltern gewährleisten oder organisieren Aufsicht in der Wohnung |
| **Aufsichtsperson** | Gefährdende Aufsichtsperson, z.B. Fremde, Betrunkene | Aufsichtsperson ist überfordert und kann kindliche Bedürfnisse nicht erkennen | Aufsichtsperson kann kindliche Bedürfnisse nicht immer befriedigen | Aufsichtsperson geht angemessen mit den kindlichen Bedürfnissen um |
| **Strassenverkehr und spielen** **(je nach Entwicklungsstand)** | Kind immer ohne Aufsicht auf „offener Strasse" oder Kind darf nie raus, ist „überbehütet" | Kind überwiegend ohne Aufsicht auf „offener Strasse" | Kind überwiegend ohne Aufsicht, aber auf vereinbartem Gebiet. Eltern schauen teilweise nach | Kind spielt auf vereinbartem Gebiet. Eltern schauen regelmäßig oder Kind meldet sich |
| **Verkehrserziehung** | Keine Verkehrserziehung. Eltern sind keine Vorbilder im Straßenverkehr. | Verkehrserziehung ausschließlich in der Schule. Eltern sind keine Vorbilder. | Eltern üben mit dem Kind punktuell Verkehrserziehung. Eltern sind Vorbilder. | Kindgemäße Verkehrs-erziehung. Eltern üben z.B. Straße überqueren. Eltern sind Vorbilder |
| **Sicherheit im Auto** | Kein altersgerechter Kindersitz | Zu kleiner/großer Kindersitz | Altersgerechter Kindersitz | Altersgerechter Kindersitz |
| **Medien, TV, Video, PC-Spiele, Geräuschkulisse** | TV läuft ständig Filme nicht kindgerecht | Kinder-TV läuft wahllos den ganzenTag, z.B. Super RTL | Kind darf mehrere ausgewählte Kindersendungen pro Tag schauen | Eltern wählen bewußt pro Tag nur 1-2 TV-Sendungen aus oder Kind sieht nicht TV oder Video |

**Sicherung der medizinischen Versorgung 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Vorsorgeunter-suchungen** **(vgl. auch Jugenduntersuchung J1 im Alter von ca. 13 Jahren)** | Es wurden keine Vorsorgeuntersuchungen gemacht | Unregelmäßige Vorsorgeuntersuchungen. Impfungen unvollständig | Regelmäßige Vorsorge-untersuchungen mit 1-2 nachvollziehbaren Ausnahmen Impfungen unvollständig. | Es wurden alle Vorsorge-untersuchungen gemacht. Impfungen sind vollständig. |
| **Arztbesuche** | Bei Erkrankung und in Notsituationen des Kindes erfolgen keine Arztbesuche, häufiger Arztwechsel. Arztbesuch auch bei ernsten Erkrankungen selten. -Notarzt. | Bei Erkrankung des Kindes und in Notsituationen erfolgen Arztbesuche erst auf dringliches Anraten. Kind kommt immer als Notfall zum Arzt. | Bei Erkrankung des Kindes und in Notsituationen erfolgen Arztbesuche | Bei Erkrankung und in Notsituationen erfolgen unverzügliche Arztbesuche |
| **Medikamentengabe** | Verschriebene Medikamente werden entweder nicht besorgt oder nicht verabreicht | Verschriebene Medikamente werden sehr spät besorgt oder nicht regelmäßig verabreicht | | Verschriebene Medikamente werden sofort besorgt und regelmäßig verabreicht |
| **Zahnpflege** | Überwiegend kaputte schwarze Zähne, eventuell Schmerzzustände, Mundgeruch. | Vereinzelt kaputte Zähne, ungepflegt, Mundgeruch. | Überwiegend gepflegte gesunde Zähne | Gesunde Zähne mit regelmäßiger Pflege und Vorsorge |
| **Kranken-versicherungsschutz** | Für das Kind besteht keine Krankenversicherung. Die Eltern bemühen sich nicht darum. | Für das Kind besteht keine Krankenversicherung und die Eltern bemühen sich nur auf Drängen. | | Für das Kind besteht eine Krankenversicherung |
| **Gesundheits-bewusstsein** | Gleichgültigkeit und keinerlei Interesse an Gesundheitsfragen um das Kind | Gesundheitsfragen gehen die Eltern nur bei akuter Erkrankung nach. Kein elterliches Einschätzungsvermögen des Gesundheitszustandes des Kindes | Eltern haben Grundkenntnisse der Kinderkrankheiten. | Eltern kümmern sich um die Gesundheitsförderung des Kindes: um gesunde Ernährung, Bewegung, frische Luft, Körper- und Zahnpflege. |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003





**Betreuung des Kindes 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Schulbesuch** | Kind fehlt häufig unentschuldigt in der Schule<br>Kind schläft in der Schule ein.<br><br>Schulsachen unvollständig, Hausaufgaben fehlen häufig | Kind kommt häufig zu spät in die Schule, wirkt oft unausgeschlafen<br><br>Schulsachen unvollständig, Hausaufgaben fehlen immer wieder | Kind kommt in die Schule, wirkt selten unausgeschlafen<br><br>Schulsachen fast immer vollständig, Hausaufgaben meistens vorhanden | Kind kommt in die Schule, Kind wirkt ausgeschlafen<br><br>Schulsachen vollständig und Hausaufgaben vorhanden |
| **Betreuung bei Berufstätigkeit** | Kind ist sich nachmittags immer selbst überlassen, ohne erwachsene Bezugsperson | Kind ist nachmittags häufig sich selbst überlassen | Kind kann sich z.B. bei der Nachbarin melden wenn es Hilfe benötigt | Konstante Bezugspersonen (Oma), die das Kind betreuen, bzw. Ansprechpartner sind, Hortplatz vorhanden |

**Gewalt gegen das Kind 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Körperliche und seelische Misshandlung** (Schütteln, Schläge, Erniedrigung, Lächerlichmachen, Missachten, Festhalten, Klaps, Anschreien, Drohen, Einschüchtern, Einsperren) | Ständiger Einsatz von körperlicher und/ oder seelischer Gewalt.<br>Haltung: Prügel, Abwertungen und Drohungen als Erziehungs-mittel | Immer wieder Einsatz von körperlicher und seelischer Gewalt, wenn scheinbar Reden nicht mehr hilft.<br>Haltung: Prügel, Abwertungen und Drohungen als Erziehungsmittel | Eltern bemühen sich um gewaltfreie wohlwollende liebevolle Erziehung, selten affektive Ausrutscher (Klaps) | Gewaltfreie, wohlwollende, liebevolle Erziehung. Eltern reden mit dem Kind über die Dinge, die schief gelaufen sind. |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003

**Emotionale Zuwendung durch die Bezugsperson 6-14 Jährige**

| Woran zu erkennen? | -2 (sehr schlecht) | -1 (schlecht) | +1 (ausreichend) | +2 (gut) |
|---|---|---|---|---|
| **Körperkontakt** | … nimmt keinen Körperkontakt zum Kind auf | altersentsprechend gibt es ab und zu zufällige (?) Körperkontakte | umarmen, auf die Schulter klopfen, knuffen | … nimmt kindliche Bedürfnisse nach Körperkontakt wahr und reagiert entsprechend |
| **Blickkontakt** | Kein Blickkontakt zum Kind | Ab und zu wird das Kind angeschaut | Immer wieder wird das Kind angeschaut | Im Kontakt mit dem Kind wird ein regelmäßiger Blickkontakt gepflegt |
| **Gefühle für das Kind verbalisieren** | Es werden keine oder keine positiven Gefühle zum Kind verbalisiert, es überwiegen die negativen Gefühlsäußerungen | Ab und zu werden positive Gefühle für das Kind angesprochen, es überwiegen jedoch negative Gefühlsäußerungen | Immer wieder werden positive Gefühle für das Kind benannt… | Auch ambivalente oder kritische Gefühle werden reflektiert angesprochen, insgesamt überwiegen die positiven Gefühle für das Kind |
| **Wertschätzung des Kindes** | Es gibt keine Wertschätzung für das Kind<br>Es wird nur im negativen Kontext erwähnt | Die negative Haltung dem Kind gegenüber dominiert. Ab und zu werden auch positive Seiten des Kindes erwähnt | Überwiegend wertschätzende Haltung. Trotz Konflikten werden auch die Stärken des Kindes angesprochen | Trotz Konflikten gibt es eine grundlegende wertschätzende Haltung dem Kind gegenüber |
| **Beziehung mit dem Kind leben** | Das Leben des Kindes ist nicht mit dem eigenen verbunden. In der Alltagsplanung wird das Kind nicht beachtet.<br>Elternteil lebt eine nichtkindgerechte Beziehung mit dem Kind (z.B. als Partnerersatz, Kind in Elternrolle) | Das Kind steht am Rand der Familie. Selten gibt es kindgerechte Aktivitäten | Das Kind gehört dazu, steht aber nicht im Mittelpunkt. Ab und zu gibt es kindgerechte Aktivitäten | Das Kind gehört dazu.<br>Das Kind ist in die Planungen miteinbezogen.<br>Kindgerechte Aktivitäten |

Copyright Jugendamt Stuttgart
Stand: September 2003

# Erklärung

„Hiermit versichere ich gemäß § 28 der Studien- und Prüfungsordnung der Hochschule Esslingen - Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.“

**Esslingen, den** 18.05.09

*(Datum)* *(Unterschrift)*