

# Graduierungsarbeiten

zur "Integrativen Therapie"  
und ihren Methoden

aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit  
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

05 / 2005

## Zur Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien aus Sicht der Integrativen Therapie

Zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern  
mit suchtkranken Eltern

erstellt zum Abschluss der Ausbildung Gestalttherapie / Integrative Therapie  
am Fritz Perls Institut

**Klaus Michaelis**

Dezember 2004

### **Gliederung**

1. Einführung
2. Situation und Bedingungen unter denen Kinder in Familien mit Suchtproblemen aufwachsen
3. Rollenmodelle
  - 3.1 Die Entwicklung von Narrativen als strukturgebende Elemente bei der Entwicklung spezifischer Rollen in suchtbelasteten Familien
  - 3.2 Zwei Fallbeispiele
  - 3.3 Kritische Anmerkungen zum Risiko der Entwicklung von störendem Rollenverhalten in suchtbelasteten Familien
4. Eine „Klinische Entwicklungspsychologie“ ermöglicht ein angemessenes Bild des Risikos, in einer suchtbelasteten Familie aufzuwachsen
  - 4.1 Ein Transmissionsmodell auf Basis einer Klinischen Entwicklungspsychologie
  - 4.2 Risikofaktoren
  - 4.3 Protektive Faktoren
  - 4.4 Ausblick

## 1. Einführung

Vorangestellt möchte ich anmerken, dass in der Folge oft von Alkoholproblemen die Rede ist, weil sich der größte Teil der Literatur mit dem Alkoholproblem beschäftigt. Ich gehe aber davon aus, dass die im Folgenden beleuchtete Situation auch für Kinder aus Familien mit anderem stoff- und nicht stoffgebundenem Suchtverhalten zutreffend ist, z.B. beim Gebrauch von illegalen Drogen oder bei spielsüchtigem Verhalten eines oder beider Elternteile.

Ein suchtkrankes Elternteil bedeutet für das oder die Kind/er von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Defizite betroffen zu sein, z.B. durch Vernachlässigung im betrunkenen Zustand. Es kann zu Störungen kommen, weil die Unterschiedlichkeit der elterlichen Reaktionen je nach Nüchternheit oder Grad der Betäubung extrem schwankend sein können. Zusätzliche Entwicklungsrisiken liegen in der erhöhten Wahrscheinlichkeit, anderen Konflikten ausgesetzt zu sein, z. B. Loyalitätskonflikte zwischen den Eltern, die in suchtblasteten Familien wesentlich häufiger sind und die vermehrte Gefahr von Traumata, durch ein erhöhtes Gewalt- und Missbrauchspotential. Das Modell der pathogenen Stimulierungskonstellation (Petzold 1993) bietet hier bereits, wie weitere Konzepte der Integrativen Therapie, die unten noch erörtert werden, einen guten Hintergrund zum Verständnis und zur sinnvollen Einschätzung des Risikos, dem Kinder aus suchtblasteten Familien ausgesetzt sind. Dass das Risiko als Kind aus suchtblasteter Familie höher ist, eine eigene psychiatrische Auffälligkeit und hier in erster Linie wieder eine Suchtproblematik zu entwickeln ist mittlerweile durch umfassende quantitative Studien belegt (Cotton 1979 nach Zobel 2000, S. 16; Drake & Vailant 1988). Demnach liegt das Risiko einer eigenen Suchterkrankung nach Aufwachsen in suchtblasteter Familie bei ca. 30%, was ein sechsfach erhöhtes Risiko darstellt gegenüber einer ca. 5%igen Auftretenshäufigkeit von Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung.

Bekannt ist die Thematik seit es Alkohol gibt. Im alten Griechenland hat sich bereits Plutarch mit der Frage nach den Auswirkungen für die Kinder bei trinkenden Eltern beschäftigt. Von ihm ist die Aussage überliefert „Trinker zeugen Trinker“ (nach Goodwin 1985). Auch im 18. und 19. Jahrhundert finden sich Veröffentlichungen, die sich dieses Themas angenommen haben (Oort 1909). Danach geriet es aber wieder sehr in Vergessenheit und erlebte erst 1969 eine Wiederbelebung durch eine Veröffentlichung unter dem Titel „The forgotten children“ (Cork 1969). Beginnend mit dieser lange überfälligen Wiederbelebung beschäftigten sich vor allem im englischsprachigen Raum klinische Fachleute vermehrt mit dem Problem. Engagierte Frauen, wie Sharon Wegscheider (1988), Claudia Black (1988), Janet G. Woititz (1990) und im deutschen Sprachraum Ursula Lambrou (1990) aus der klinischen Praxis beschrieben zum ersten Mal differenzierter die Bedingungen, unter denen Kinder in suchtblasteten Familien aufwachsen. Sie machten aufmerksam auf die Tatsache, dass ein Suchtproblem nie nur den Betroffenen alleine verändert sondern immer auch ein Familienproblem ist, mit Auswirkungen auf die Stimmung, das Denken und das Verhalten aller Familienangehörigen. Hier entstand auch der Begriff der Co-Abhängigkeit, auf den ich hier nicht weiter eingehen werde (vgl. dazu z.B. Rennert 1989, Kolitzus 2000).

## 2. Situation und Bedingungen unter denen Kinder in Familien mit Suchtproblemen aufwachsen

Das Suchtproblem ist ein Thema, dem sich kein Familienmitglied entziehen kann. Der ständige Wechsel der Stimmung des trinkenden Elternteils je nach Ausmaß des Betrunkenseins bedeutet für die Kinder eine Konfrontation mit mindestens zwei Rollen in einem Elternteil und der Wechsel ist nicht vorhersehbar.

Die Beziehung des konsumierenden Elternteils zu seinen Kindern beschreibt Zobel (2000, S.24) z.B. folgendermaßen: „ Sie interessieren ihn im Grunde kaum. Eher stören sie ihn, machen Arbeit und Ärger. Er befasst sich nicht mit ihren Gefühlen oder Problemen, sondern kritisiert im Gegenteil willkürlich nahezu jedes Verhalten. Schlechte Schulleistungen werden je nach Alkoholspiegel entweder bestraft oder nachsichtig behandelt, gute Leistungen werden meistens nicht anerkannt, sondern abgewertet. Abhängig davon, ob und wie viel er getrunken hat, straft oder lobt er seine Kinder für gleiches Verhalten. Wenn er sich ihnen doch zuwendet, dann in erster Linie, um für sich etwas zu bekommen und nicht, um ihnen etwas zu geben. Er bietet kaum ein Modell für angemessenes

Verhalten: Er setzt keine klar definierten Grenzen, leitet seine Kinder nicht an und fördert nicht ihre Kompetenzen. Ihn interessiert im Grunde nur eines: der Alkohol. Die Kommunikation des abhängigen Elternteils ist oft widersprüchlich im Sinne von 'Ich liebe Dich' einerseits und 'Jetzt lass' mich in Ruhe' andererseits."

Die Unberechenbarkeit und die Verunsicherung bei gleichzeitiger Tabuisierung der eigentlichen Suchtproblematik führen bei Kindern zur Unterdrückung oder Fehlleitung ihrer Gefühle und Wahrnehmungen. Dazu kommt, dass der nichttrinkende Elternteil sich oft typisch co-abhängig verhält: zuerst bagatellisiert er trotz der offensichtlich ernsthaften Verhaltensauffälligkeit des Partners, übernimmt dann zunehmend die vermeintliche Kontrolle und wertet schließlich den trinkenden Partner ab, bis nur noch häufige Streitigkeiten oder Verachtung und Ignoranz die Beziehung zum trinkenden Partner charakterisieren.

Hier etablieren sich nach Wegscheider (1988) oft folgende unausgesprochenen Familienregeln:

1. Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol.
2. Der Alkohol ist nicht die Ursache von Problemen
3. Der abhängige Elternteil ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich, schuld sind andere oder die Umstände.
4. Der status quo muss unbedingt erhalten bleiben, koste es, was es wolle.
5. Jeder in der Familie ist ein „enabler“ (Zuhelfer).
6. Niemand darf darüber reden, was „wirklich“ los ist.
7. Niemand darf sagen, wie er sich wirklich fühlt.

Der Konflikt zwischen der ersten und der zweiten Regel ist vorprogrammiert und wenn gleichzeitig die 6. Regel wirksam ist, wird deutlich in welchem Dilemma Kinder in einer solchen Situation stecken können.

Gleichzeitig fehlt den Kindern oft eine enge positive Beziehung zu ihren Eltern. Ihnen fehlt auch eine klare, zuverlässige und eindeutige Haltung der Eltern. Nach Rutter & Quinton (1977) steigt bei Kindern das Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen (und hier sind spätere Suchterkrankungen eingeschlossen), wenn zusätzlich mindestens zwei der folgenden Belastungsfaktoren gegeben sind:

- häufigere Androhung von Trennung und Scheidung und vermehrte Streitigkeiten der Eltern.
- tatsächlich häufigere Trennungen der Eltern.
- Vater ist ungelernt oder angelernter Arbeiter
- Beengte Wohnverhältnisse
- Depression oder andere Störung der Mutter
- Kriminelles Verhalten des Vaters.

Als zusätzlich erschwerend kann aus meiner Sicht noch hinzu kommen:

- Erleben von psychischer und körperlicher Gewalt oder Missbrauch
- Zusammenschluss mit anderen auffälligen Kindern (peers).

Hierbei fällt auf, dass diese Bedingungen auch ohne Suchtprobleme zu großen Schwierigkeiten bei betroffenen Kindern führen können. Das Suchtproblem des Elternteils beider/Elternteile kommt hier erschwerend dazu, ist aber für sich alleine gesehen möglicherweise gar nicht mehr so entscheidend für die spätere Entwicklung des betroffenen Kindes.

Kritische Anmerkung:

Als hoffnungsvoll ist hier der Hinweis von Moos & Billings (1982) zu sehen, die darauf hinweisen, dass sich eine Reihe von Symptomen in der Familie zurückbilden können, wenn sich der trinkende Elternteil zur abstinente Lebensführung entschließt. Dies dürfte allerdings nur dann der Fall sein, wenn auch die oben genannten zusätzlichen Belastungsfaktoren verschwinden.

### 3. Rollenmodelle

Kinder entwickeln in dieser Situation ein oft einseitiges und extremes Rollenverhalten, das aus meiner Sicht nichts anderes ist als eine psychische und körperliche Überlebensstrategie. Zobel (2000) nennt sie „die kreative Anpassung der Kinder“, die gleichzeitig auch eine Schutzfunktion hat. In Abbildung 1 sind die gängigsten Rollenbeschreibungen aus der Literatur dazu aufgelistet und nebeneinander gestellt. Viele Rollenzuschreibungen überschneiden sich naturgemäß.

Deutlich wird bei diesen Rollenbeschreibungen, dass Kinder damit entsprechend der extremen Bedingungen auch extreme Rollenausprägungen wählen. Sie sind gekennzeichnet durch die Polarisierung Überverantwortung versus Unterverantwortung und Aufmerksamkeitsgewinnung vs. Aufmerksamkeitsvermeidung. Damit schaffen sie ein Verhalten, mit dem eine Identitätsfindung trotz der widrigen Umstände möglich ist. Dieses anfangs hilfreiche Verhalten, führt aber in der späteren Entwicklung zum Erwachsenen oft zu Problemen durch fehlende Rollenflexibilität oder –veränderung.

In späteren Untersuchungen haben sich die Rollenausprägungen von Wegscheider und Black als plausibel erwiesen. Bestätigt wurden die fünf Rollen: verantwortungsbewusstes Kind, ausagierendes Kind, verlorenes Kind, Friedensstifter und Maskottchen. Spätere Anpassungsprobleme zeigen dabei vor allem die Kinder, die sich auf die Rollen ausagierendes Kind und verlorenes Kind „spezialisiert“ hatten.

<b>Wegscheider (1988)</b>	<b>Black (1988)</b>	<b>Ackermann (1987)</b>	<b>Lambrou (1990)</b>
Held	Verantwortungsbewusstes Kind	Macher	Macher
Sündenbock	Ausagierendes Kind Sündenbock des Kind	Sündenbock Schwarzes	
Verlorenes Kind	Fügsames Unsichtbares Kind	Schweiger	Kind
Clown	Friedensstifter Maskottchen  Chamäleon	Maskottchen Nesthäkchen  Chamäleon  Der Übererwachsene  Der Distanzierte  Der Unverletzte	

Abbildung 1: Die Rollenmodelle im Überblick aus Zobel (2000)

### 3.1 Die Entwicklung von Narrativen als strukturgebende Elemente bei der Entwicklung spezifischer Rollen in suchtselasteten Familien

Kinder aus suchtselasteten Familien neigen offenbar häufiger als andere Kinder dazu, ein bestimmtes Rollenverhalten relativ rigide beizubehalten, auch über verschiedene Situationen und über einen langen Zeitraum ihrer Lebensentwicklung hinweg. Aus Sicht der Integrativen Therapie hat dieses möglicherweise problematische Verhalten aber durchaus einen Sinn und ist auch gut erklärbar.

Nach Petzold (1993) entwickelt jeder Mensch auf der Basis der in seinem (Leib-) Gedächtnis gespeicherten Erfahrungen vergangener Szenen, Stimmungen eine Serie von Narrationen, deren Kondensat Petzold als Struktur bezeichnet. Diese Struktur hat eine überdauernde Qualität und ist in zukünftigen Situationen handlungsleitend und als homolog erkennbar. Im Alltag ist oft weniger die gesamte Struktur erkennbar als vielmehr die einzelnen Strukturelemente, die für die entsprechenden Situationen relevante „Textvorlagen“, nämlich Narrative liefern. Sie sind Strukturelemente eines prozesshaften Geschehens.

Narrative als solche sind erst einmal nicht negativ oder pathologisch. Sie sind Handlungsrichtlinien, die eine Handlungsvorgabe ermöglichen und damit Orientierung in unbekanntem Situationen bieten, aber auch eine ökonomische Art und Weise darstellen, schnell und ohne Irrtumsversuche auf wiederkehrende Lebensereignisse zu reagieren, die bekannt erscheinen oder damit zu bekannt erscheinenden werden.

„Pathologisch werden sie erst dann, wenn sie, unbewußt wirkend, den Lebensvollzug – an den Realitäten der Gegenwart vorbeigehend – deterministisch bestimmen und damit die Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten des Subjekts einschränken oder gar den Lebensverlauf in destruktive Bahnen lenken. In diesem Kontext verstehen wir denn fixierende Narrative/Skripts als in widrigen Biographien formierte, komplexe, pathologische – und zumeist unbewußte – Strukturen mit hoher determinierender Kraft für die Prozesse kreativer Narration/spontanen Lebensspiels, die das Subjekt in und mit seinem Kontext als Biosodie inszeniert.“ (Petzold, 1993, S. 905f.).

Die Differenzierung in benigne oder maligne Narrative erfordert immer die Einbeziehung des Lebenskontextes und einer bestimmten Lebensphase, des Kontinuums. Wann wird ein ursprünglich sinnvolles, also benignes Narrativ zu einem störenden, also malignen Narrativ? Eine definitorische Antwort findet sich oben in den zitierten Ausführungen von Petzold (1993; vgl. dazu auch Rahm u.a. 1995, S. 137 f.).

Für die therapeutische Arbeit mit malignen oder fixierten Narrativen ist allerdings eher eine umgekehrte Fragestellung sinnvoll: Was hält eine für die Umgebungssituation und das Lebensalter eines Menschen unpassende Handlungsvorlage aufrecht oder dramatherapeutisch ausgedrückt: Was hält die alte, unpassende Textvorlage stabil aufrecht, obwohl ich mittlerweile eine andere Rolle in einem neuen Stück spiele?

Um ein Verständnis für diese Frage zu entwickeln, gehe ich von der These aus, dass jedes Fehlverhalten irgendwann im Verlauf eines Lebenskontinuums einmal sinnvoll gewesen ist. Erst wenn wir beispielsweise wissen, wie ein Mensch in seiner Kindheit beständig und ausschließlich Aufmerksamkeit für seine Fehlverhaltensweisen bekam und so eine Identität, eine klare und zuverlässige Position als schwarzes Schaf in der Familie bekam, verstehen wir, warum jetzt immer noch eine Neigung zu problematischen Verhaltensweisen vorliegt und damit die Integrität der eigenen Identität gewahrt wird. Als Kind war dieses Verhalten nämlich die einzige Möglichkeit, Ich-Funktionen zu entwickeln und soziale Identität zu erlangen. Andere Narrative außer „Nur bei Fehlern kümmert sich jemand um mich“ oder „Wenn ich Mist baue, dann weiß ich zu verlässlich, was passiert“ waren entweder schon von anderen, z.B. Geschwistern besetzt oder wurden von der Umwelt ignoriert. Die Rolle des - wie in diesem Beispiel beschrieben - schwarzen Schafes aber ist erst einmal eine Überlebens-, Entwicklungs-, und Stabilisierungsstrategie, die besser ist als jedes andere Bemühen, mit dem ich nur ignoriert werde. Die ursprünglichen Narrative waren also sinnvoll oder benigne zu ihrer Zeit, als sie entstanden, weil sie die Entwicklung und Stabilisierung der eigenen Identität sicherten. Insofern teile ich nicht die Ansicht von Rahm u.a. (1995), die bei einem Narrativ per se von einer Fixierung ausgehen und damit eine ausschließlich negative Konnotation setzen. Damit wird die sinnstiftende und hilfreiche Funktion eines Narrativs bei seiner Entstehung und Aufrechterhaltung übersehen.

Zuerst einmal bedeutet die Entwicklung von Narrativen für Kinder in suchtbelasteten Familien auch nichts anderes als die Entwicklung von Überlebenshilfen, von handlungsleitenden Strategien, die es ermöglichen, mit der besonderen Situation um zu gehen. Kinder in suchtbelasteten Familien sind allerdings einem erhöhten Risiko ausgesetzt, fixierende, maligne Narrative zu entwickeln, denn die Handhabung eigener Narrative unterliegt bei Kindern in suchtbelasteten Familien zwei besonderen Umständen.

- Erstens erleben Kinder häufiger eine Unberechenbarkeit des trinkenden Elternteils und damit eine erhöhte Unsicherheit und fehlendes Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Eltern (auch des co-abhängigen Elternteils, vgl. dazu u.a. Kolitzus 2000). In dieser Situation sind feste eigene handlungsleitende Narrative, die einem sagen, was zu tun ist, um so wichtiger, um sich nicht zu verlieren und wenigstens in der eigenen Handlungsfähigkeit eine gewisse Kontrollfähigkeit erleben zu können (vgl. dazu Theorie des locus of control von Rotter, 1966). Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, eher feste, fixierende Narrative zu entwickeln, die in ihrer Gleichtönigkeit Zuverlässigkeit vermitteln, selbst wenn die Situationen verschieden sind und gerade, wenn die Situationen nicht berechenbar sind.
- Zweitens stabilisieren sich die kranken Strukturen in Suchtfamilien oft erstaunlich lange. Die Tabuisierung des Suchthemas und Vermeidung von jeglicher Änderungen in Bezug auf das Suchtverhalten verlängert den Leidensweg. Dass die Kinder in diesem System aber Veränderungsprozesse in ihrer Entwicklung durchlaufen, wird vom System nicht berücksichtigt oder gar gefördert. Kinder als Abhängige und Co-abhängige des Systems sind also gezwungen, trotz ihrer Entwicklung gleichbleibende Positionen und handlungsleitende Narrative beizubehalten, um nicht aus dem System zu fallen, von dem sie bis einschließlich zu ihrer Pubertät abhängig sind. Damit unterliegen die früh als hilfreich entwickelten Narrative auch einer starken Stabilisierung über lange Zeit- und Entwicklungsräume.

### 3.2 Zwei Fallbeispiele

Die oben von Wegscheider genannten Familienregeln lassen bereits erahnen, wie Narrative aussehen, die in diesem System entwickelt und stabilisiert werden. Ich will dies an zwei Beispielen erläutern.

Das erste Beispiel ist die Haltung eines Klienten aus meiner eigenen Praxis.

Gerd A., (Name geändert), 37 Jahre alt, hat einen alkoholabhängigen Vater, eine nichtabhängige Mutter und eine ältere Schwester. Der Vater kompensierte seine Suchtproblematik lange Jahre, sodass keine Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (als LKW-Verkäufer) auffallen. Gerd entwickelte Narrative mit Sätzen wie „Wenn ich lustige Dinge tue, bekomme ich Aufmerksamkeit“, „Irgendwer wird schon wieder alles in Ordnung bringen“, „Männer (Väter) haben eigene Regeln“, „Sportliches Engagement ist wichtiger als familiäre Verpflichtungen“.

Diese Narrative entwickelte der Klient aus folgenden typischen Situationen heraus. Schulische Leistungen waren bei dem bewunderten Vater weniger wichtig. Vielmehr freute sich dieser über sportliche Erfolge des Sohnes, zumal der Vater selbst im Handball beim sportlichen und beim geselligen Teil sehr aktiv war. Der Vater freute sich aber auch insgeheim über viele Streiche, die der junge Gerd durchaus ab und zu spielte, eine eher untergründige Freude, die zwar nicht offiziell vom Vater benannt wurde, aber für den Sohn durchaus spürbar war.

Der Konflikt, betrunken Auto zu fahren, wurde Gerd gegenüber, der mitfuhr, damit gelöst, dass der Vater der Meinung war, man dürfe sich einfach nicht erwischen lassen und wenn die Polizei käme, dann würde er einfach schnell weglaufen und es gäbe keine Probleme (leider kam es nie dazu).

Bei den Handballspielen des Vaters durfte Gerd zu seiner großen Freude dabei sein und erlebte danach auch die scheinbar normalen Besäufnisse in der geselligen Runde. Hier fand sein oft freches Mundwerk Anerkennung, zumal Gerd sich in einer Runde von Männern mit selbst bereits losem Mundwerk befand. Kompensiert wurde das Problem des Nach-Hause-Kommens durch co-abhängiges Verhalten der Mutter, die den fahruntüchtigen Vater dann aus der Kneipe abholte. So wie Gerd bei seinem Vater eine eigene Wertigkeit für die wichtigen Dinge dessen Lebens erlebte, nämlich seine Erwerbsarbeit zufriedenstellend zu erledigen, seinen sportlichen Interessen nach zu gehen und Spaß zu haben und die Tätigkeiten und Nörgeleien der Mutter abzuwerten, vermittelte die Mutter, dass zu Hause alles erledigt sein soll, die Kinder versorgt sein müssen und die Aktivitäten des Vaters unwichtig oder destruktiv sind. Wenn der Vater mal wieder nicht oder nur auf unan-

genehme Weise betrunken zum gemeinsamen Abendessen erschien, teilte Gerd die Ansicht der Mutter, befand sich damit aber in innerem Loyalitätskonflikt, den er zugunsten des Vaters entschied und dessen Haltung zu dieser Situation übernahm.

Eine Beziehung der Regelsysteme der Eltern aufeinander hatte Gerd nicht erlebt. Die Trennung der beiden Eltern, als Gerd 15 Jahre alt war, war damit unvermeidbar. Zu diesem Zeitpunkt hatte Gerd sich bereits als kleiner Draufgänger entwickelt, der zwar schulisch keine großen Probleme hatte, aber in der Freizeit einigen Unfug und Grenzüberschreitungen veranstaltete. Mit 37 Jahren ist Gerd ebenfalls alkoholabhängig, hat auch einige Drogenerfahrung, ist Vater einer 10-jährigen Tochter, die bei der getrennt lebenden Mutter aufwächst und ist hoch verschuldet. Allerdings genießt er großes Ansehen als erfolgreicher Autoverkäufer (PKW), hat häufige Frauenbekanntschaften und ist im Handball als lokale Größe sogar in starken Trinkphasen immer noch als Ersatzspieler gefragt.

Zweites Beispiel:

Ripke (2003) stellt in ihrer qualitativen Studie die Situation von vier Töchtern aus suchtbelasteten Familien vor. Für ein Fallbeispiel aus dieser Literatur will ich ebenfalls die Narrative benennen, die nach der Beschreibung von Ripke bei ihrer zweiten Beschreibung „Martha“ erkennbar sind.

Martha beschreibt, dass beide Eltern Spiegeltrinker waren. Sie hatte einen fünf Jahre älteren Bruder. Zu Hause hielt sie sich ungerne auf und brachte in der Regel auch keine Freunde mit nach Hause, ging aber gerne in die Schule. Sie erlebte, wie der Vater und die Mutter ihren Bruder schlug, teilweise auch mit dem Gürtel. Selbst bekam sie keine Schläge ab, schien aber daraus gelernt zu haben und bereits früh ein Narrativ in Richtung „Ich muss mich unauffällig verhalten und Abstand halten!“ zu entwickeln. Sie beschreibt entsprechend, sehr viel in ihrem Zimmer geblieben zu sein und die Anwesenheit im gemeinsamen Wohnzimmer vermieden zu haben, zumal es dort dann häufig Streit zwischen den Eltern oder zwischen dem Vater und ihr gab, der sich über ihre schnelle Weinerlichkeit eher lustig machte. Er war ihr sprachlich überlegen. Martha entwickelte hier auch das Narrativ „Ich kann nicht gut reden. Ich bin unterlegen!“. Diese Haltung wird bei ihren Beschreibungen zu mündlichen Anforderungen und Prüfungssituationen in der Schule und zu ihrer späteren beruflichen Entwicklung wieder deutlich. Abschlussprüfungen, insbesondere mündliche, hat sie wiederholt nicht wahrgenommen und damit ihre verschiedenen beruflichen Ausbildungen teilweise nicht beendet.

Dazu kam, dass ihre Eltern ab dem Schulalter wenig zu Hause waren. Martha war ein Schlüsselkind und musste sich oft alleine beschäftigen. Die schulischen Anforderungen bewältigte sie trotzdem bis zum Abitur gut. Hier wirkte offenbar ein Narrativ in der Art „Ich bin überflüssig und wenn ich dennoch hier bin, dann muss ich mich selbst um meine Belange kümmern!“.

Möglicherweise ist ihre spätere Kinderlosigkeit auch auf ein früh entwickeltes Narrativ „Kinder sind unerwünscht“ zurückzuführen.

Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie 37 Jahre alt, trotz einer Berufsausbildung, zwei Studiengängen und einem akademischen Abschluss als Sekretärin tätig und fühlt sich eigentlich unterfordert.

Wie in den oben genannten Beispielen deutlich wird, entstehen Narrative als auf sich gemünzte Übertragungen allgemeiner Familienregeln, die unausgesprochen das Geschehen beherrschen. Ein Narrativ kann aber auch die internalisierte Du-Botschaft der Eltern darstellen. Dann wird aus der Botschaft „Du kannst das sowieso nicht“ möglicherweise in generalisierter Form „Ich kann nichts“.

Natürlich unterliegen wir alle lebenslang einer ständigen Entwicklung von neuen Narrativen. In suchtbelasteten Familien scheint aber eine größere Tendenz vorzuliegen, früh entwickelte Narrative länger beizubehalten und weniger durch spätere angepasste neue Handlungsrichtlinien zu ersetzen. Wenn in einem späteren pädagogischen oder therapeutischen Prozess ein Verständnis für die Entwicklung von Narrativen erfolgen soll, dann ist die Einbeziehung der gesamten bisherigen Lebensgeschichte, des bisherigen Kontinuums notwendig, möglicherweise auch über die Kindheit hinausgehend. Narrative entstehen und bestätigen sich nach dem Verständnis der Integrativen Therapie lebenslang (Petzold 1993, Rahm, u.a. 1995). Manchmal ist es sogar sinnvoll, die Lebensgeschichte und die entsprechenden Botschaften der Eltern, evtl. sogar der Großeltern einzubeziehen. Gerade in der Anamnese von Suchtgeschichten finden sich überzufällig häufig Suchtstrukturen, die schon bei den (vorwiegend) Vätern und Großvätern zu finden sind. Ein Narrativ kann also Teil einer Lebensgeschichte einer Narration sein, die ihre Ursachen in vorhergehenden Generationen hat und manchmal erst aus dieser Gesamtbetrachtung heraus verstanden werden kann. Hier ist eine entsprechend umfassend ausgerichtete Diagnostik ausgesprochen hilfreich für ein Verständnis der

Entwicklung über die gesamte Lebensspanne, bzw. über mehrere Generationen (vgl. dazu Osten 2000).

### **3.3 Kritische Anmerkungen zum Risiko der Entwicklung von störendem Rollenverhalten in suchtblasteten Familien**

Allerdings konnten nicht alle Untersuchungen die klare Trennung der Rollen bestätigen. Es gibt also auch Überschneidungen und Mischformen.

Es lässt sich auch nicht immer zuverlässig ein erhöhtes Risiko erwachsener Anpassungsprobleme bei bestimmten Rollen, z.B. schwarzes Schaf, finden.

Auch fällt auf, dass bei allen in den Untersuchungen durchgeführten Befragungen immer nur die Zuordnung zu den per se eher mit Schwierigkeiten behafteten Rollenmodellen möglich war. Diese ausschließlich defizitär orientierten Zuschreibungen lassen natürlich auch nur den Blickwinkel auf spätere Schwierigkeiten zu. Ackermann hat als einziger eine Möglichkeit der unauffälligen Rollenentwicklung beschrieben („Der Unverletzte“, s.o. Abb. 1).

Viele Untersuchungen bestätigen nicht den primären Zusammenhang zwischen Suchtproblemen der Eltern mit späteren Auffälligkeiten und Anpassungsproblemen der Kinder, sondern nur die Wichtigkeit dysfunktionalen Familienklimas und schlechter Elternbindung für spätere Auffälligkeiten. Vielmehr können also die Entwicklungsprobleme auch bei Kindern auftreten, die gleichen dysfunktionalen Familiendynamiken ausgesetzt sind, aber beispielsweise ausgelöst durch eine psychische Krankheit eines Elternteils und nicht durch ein Suchtproblem.

Die Literatur zur Problematik von Kindern aus psychisch belasteten Familien beschreibt ganz ähnliche Belastungsfaktoren für die Kinder und ähnliche Entwicklungsauffälligkeiten, wie bei alkoholbelasteten Familien (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V., 2001). Es liegt also der Verdacht nahe, dass nicht das Suchtproblem eines Elternteils an sich, sondern erst bestimmte Moderatorvariablen zur Belastung für die Kinder werden. Zum anderen gibt es offensichtlich ebenso unterstützende Moderatorvariablen, die trotz einer bestehenden Belastung zu einer gesunden Entwicklung von Kindern führen können.

## **4. Eine „Klinische Entwicklungspsychologie“ ermöglicht ein angemessenes Bild des Risikos, in einer suchtblasteten Familie aufzuwachsen**

Aufgrund der benannten außerordentlichen Schwierigkeiten, mit denen Kinder aus suchtblasteten Familien aufwachsen, ist zu erwarten, dass diese auch deutlich schlechtere Fähigkeiten und Fertigkeiten in vielen Bereichen zeigen müssten. Entsprechende Untersuchungen vergleichen bei Kindern und erwachsenen Kindern aus suchtblasteten Familien mit Kontrollgruppen die folgenden Bereiche: Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik, Intelligenz und sprachliche Fähigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, Selbstwertgefühl, Sozialverhalten, psychische Störungen, somatische und psychosomatische Störungen, und kamen zusammenfassend zu folgenden Ergebnissen.

In allen Bereichen, finden sich Untersuchungen, die ein deutlich schlechteres Abschneiden der Risikogruppe (also die Gruppe der Kinder, die aus suchtblasteten Zusammenhängen kommen) finden. Es finden sich aber genauso Ergebnisse, die kein signifikant schlechteres Abschneiden finden. Zwar gibt es auch keine Untersuchung, die ein besseres Abschneiden der Risikogruppe berichtet. Es ist aber offensichtlich nicht durchweg zu belegen, dass die Suchtproblematik der Eltern für sich genommen immer deutlich schlechtere Entwicklungsbedingungen für die Kinder bedeuten.

(Lediglich die Erhebungen zum Erleben sexuellen Missbrauchs scheinen durchweg höhere Zusammenhänge zur Alkoholproblematik der Eltern zu haben und auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, selbst später wieder ein Suchtproblem zu entwickeln.)

Insbesondere studentische Risikoprobanden zeigen oft keine signifikant schlechteren Fähigkeiten und Fertigkeiten trotz der früheren häuslichen Suchtprobleme. Hier wird deutlich, dass die spätere Entwicklung offenbar auch durch unterstützende Faktoren wieder positiv beeinflusst werden kann, sodass hier auch eine erfolgreiche Ausbildungskarriere und Lebensperspektive ohne große Anpassungsprobleme möglich ist.



Um zuverlässig die tatsächliche Bedeutung und Wirksamkeit des eigenen Risikos wegen suchtkranker Eltern erfassen zu wollen, müssen wir mehr als nur die Suchtproblematik der Eltern beachten. Ob also Kinder aus entsprechenden Verhältnissen eine eigene daraus resultierende Krankheit entwickeln oder nicht, erfordert eine umfassendere und differenziertere Betrachtung der Bedingungen des Entstehens von Krankheit als auch Gesundheit. Die Integrative Therapie liefert entsprechende umfassende Konzepte in der Definition von Krankheit als auch Gesundheit (vgl. Petzold 1993, S. 553 und S. 558). Dabei werden folgende Aspekte erfasst und differenziert berücksichtigt: die sozioökonomische und kulturelle Lebenswelt (Kontext), der gesamte zeitliche Lebensverlauf und entsprechende Ereignisketten (Kontinuum), Schutz- und Risikofaktoren und deren gegenseitige (Dys-) Regulation. Diese erweiterte Blickweise, die die gesamte Lebensspanne und nicht nur die Kindheit sowie neben den Störungen auch die unterstützenden Faktoren einer Entwicklung berücksichtigt, veranlasst Petzold den Begriff der „Klinischen Entwicklungspsychologie“ (1997, S. 347 ff.) anstelle der einseitig orientierten Sichtweise einer „Psychopathologie“ zu verwenden. Bei diesem Konzept findet auch maßgeblich das Konzept der Salutogenese Verwendung, wie es Antonovsky (1979) entwickelte und beispielsweise Becker (1982) im deutschsprachigen Raum weiterverwendete. Becker setzte dabei sogar die Risikofaktoren und Schutzfaktoren in einer Formel in direkte Beziehung zueinander, um so die **W**ahrscheinlichkeit einer **P**sychischen **E**rkrankung zu „errechnen“ (1982, S.283):

$$\text{WPE} = f \frac{\text{Risikofaktor}}{\text{Schutzfaktoren}}$$

Bei dieser Darstellung wird deutlich, dass eine psychische Erkrankung auftreten wird, wenn protektive Faktoren vermindert sind oder wenn eine Vermehrung von Risikofaktoren stattfindet. Umgekehrt ist mit einer zunehmenden Gesundheit zu rechnen, wenn Risikofaktoren verringert sind oder aber Schutzfaktoren, wie soziale Unterstützung, eigene Kompetenzen und Performanzen etc. erweiterbar sind.

Für das Verständnis der Entwicklung von Kindern in suchtkranken Familien ist hierbei neben der besonderen Belastung der Aspekt der Schutzfaktoren interessant. Zum anderen ist bei der Berücksichtigung der pathogenen (schädigenden) Faktoren ein besonderes Augenmerk auf die tatsächlichen Auswirkungen zu legen, insbesondere auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern und auf die Familienatmosphäre. Ein einseitig defizitorientierter Blick auf die Suchterkrankung führt allerdings zu unzulässigen Verallgemeinerungen, die uns im klinischen Alltag und in der pädagogischen Arbeit mehr behindern als helfen. Schließlich werden trotz des bis zu 6-fach erhöhten Risikos einer späteren eigenen Suchterkrankung oder anderen psychischen Anpassungsstörung immer noch ca. 70 % der Kinder aus suchtblasteten Familienzusammenhängen später kein eigenes Suchtproblem entwickeln. An dieser Stelle kann erst die entsprechend gewürdigte Berücksichtigung von protektiven - oder Schutzfaktoren eine sinnvolle Sichtweise und in der Praxis eher zuverlässige Diagnose- und Zielerstellung für interventive Prozesse ermöglichen oder für präventive Maßnahmen.

Die Integrative Therapie definiert protektive Faktoren, wie folgt (Petzold u.a. 1997, S. 366): „Protektive Faktoren sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion), die im Prozess ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und –kognitionen sowie die Ressourcenlage und „supportive Valenz“ „sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so daß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden“. Diese Definition findet sich in erweiterten Ausführungen auch später wieder (Müller & Petzold 2003, Petzold & Müller 2004/2005). Hierbei wird auch auf die Entstehung von Resilienz als Ergebnis erfolgreichen Wirkens von protektiven Faktoren verwiesen, wobei Resilienz ihrerseits wieder als protektiver Faktor wirken kann. Dieser Zirkel wird ebenda „protektive factor → resilience cycle“ ge-

nannt. Dieser Wirkzusammenhang betrifft die neurobiologische, psychologische und letztendlich auch die soziale Ebene wechselseitig.

In diesem Zusammenhang weisen Petzold u.a. auch auf die Gefahr einer Verkürzung der Beachtung von protektiven Faktoren auf eine soziobiologische Sichtweise hin. Die Aufgabe der Bereitstellung von protektiven Faktoren ist nicht, Anpassung an widrige Umstände zu gewährleisten und Überleben zu sichern, sondern vielmehr, kreative Entwicklung und Wachstum zu ermöglichen. Auch wenn das Individuum in seinem engeren Kontext über internale und in seinem Mikrokontext vorhandene protektive Faktoren verfügt, bleibt eine gesellschaftliche Verantwortung, sozioökonomische Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die diese positiven Entwicklungsmöglichkeiten dann unterstützt und nicht durch ungünstige entfremdende Gegebenheiten sozusagen wieder verbraucht. „Protektive Faktoren sollten uneingeschränkt der Salutogenese zugute kommen, statt zur Kompensation oder beim „buffering“ pathogener Einflüsse verbraucht zu werden, womit sie für das Entwicklungspotential des Individuums verloren sind“ (1997, S. 367).

Ein weiterer von den Autoren genannter kritischer Aspekt bei der Entwicklung von protektiven Faktoren ist im Zusammenhang mit der Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern wichtig. Immer wieder ist beispielsweise bei der Anamnese von erwachsenen Kindern suchtkranker Eltern zu hören, dass die Kinder bereits sehr früh elterliche Aufgaben übernehmen mussten, um das Funktionieren und Überleben des Familiensystems zu sichern. Hier kommt es zu einer malignen Progression (Petzold, 1993, S. 579, 582, 653). Die nicht kindgemäße Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein, Pflichtgefühl und entsprechendem alltagsentsprechendem Handeln und Denken ist zu dieser Zeit möglicherweise eine Fähigkeit, die als internaler protektiver Faktor gesehen werden kann, weil damit auch oft Anerkennung und Bewunderung und eigene innere Bestätigung verbunden ist. Diese Strategien sind aber nicht unbedingt funktional für die spätere Lebensbewältigung und verhindern eine zu dieser Zeit notwendige kindgemäße Lebenserfahrung (vgl. Petzold u.a. 1997, S. 369). Die Zweischneidigkeit solcher protektiver Faktoren macht noch einmal deutlich, wie wichtig die Berücksichtigung des Kontextes und des Kontinuums sind, in dem internale oder externale Bedingungen einer Lebensgeschichte stehen. Die gleichen Anmerkungen galten bereits für die Betrachtungen zur Entwicklung von Narrativen (s.o.) Damit soll noch einmal betont werden, wie wichtig die Berücksichtigung des gesamten Zusammenhangs einer Lebensgeschichte ist, um eine treffende Einschätzung der einzelnen Bedingungen zu finden.

#### **4.1 Ein Transmissionsmodell auf Basis einer klinischen Entwicklungspsychologie**

In den letzten Jahren findet sich bei einigen Ansätzen zur Einschätzung des Risikopotentials der hier behandelten Zielgruppe auch eine explizite Berücksichtigung von Schutzfaktoren. Petermann (2000, S. 14 ff.) und Zobel (2000) liefern hier bereits eine umfassendere Sichtweise und auch eigene Entwicklungsmodelle.

Diese Anregungen sollen im folgenden Modell in Abbildung 2 weiter ausgebaut werden. Unter Berücksichtigung der bisherigen Überlegungen aus Sicht der Integrativen Therapie zur klinischen Entwicklungspsychologie für Kinder aus suchtkranken Familien werde ich mittlerweile vorliegende Untersuchungsergebnisse aus diesem Bereich vorstellen und dabei auch Hinweise auf protektive Faktoren berücksichtigen.

In der Forschung finden sich vorrangig Untersuchungsdesigns, die als Outcomevariable für das Risikopotential der Kinder aus suchtkranken Familien das Auftreten einer eigenen Suchterkrankung benutzen. Sie unterliegen also einem Transmissionsmodell. Dabei ist mit Transmission die „Weitergabe“ der Suchterkrankung vom Elternteil auf das Kind gemeint. Natürlich können ebenso andere psychiatrische Auffälligkeiten das Risikopotential von Kindern, v.a. Mädchen, deutlich machen können, deren Eltern suchtkrank sind. Ich werde mich allerdings vorrangig am Transmissionsmodell orientieren, weil das häufigste Risiko tatsächlich die Wiederholung der Suchterkrankung in der nächsten Generation darstellt und hierzu auch die brauchbarsten Ergebnisse vorliegen.

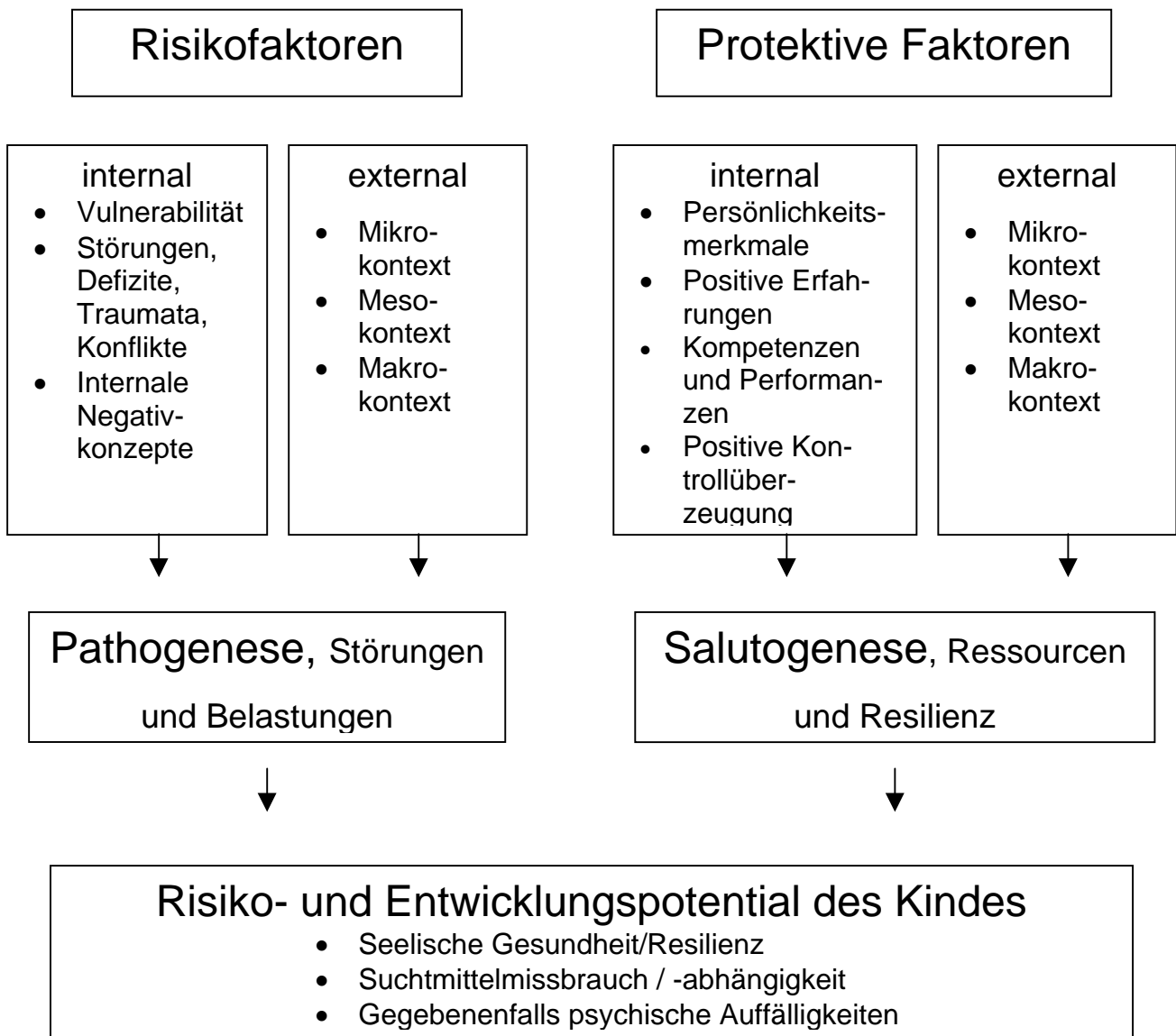
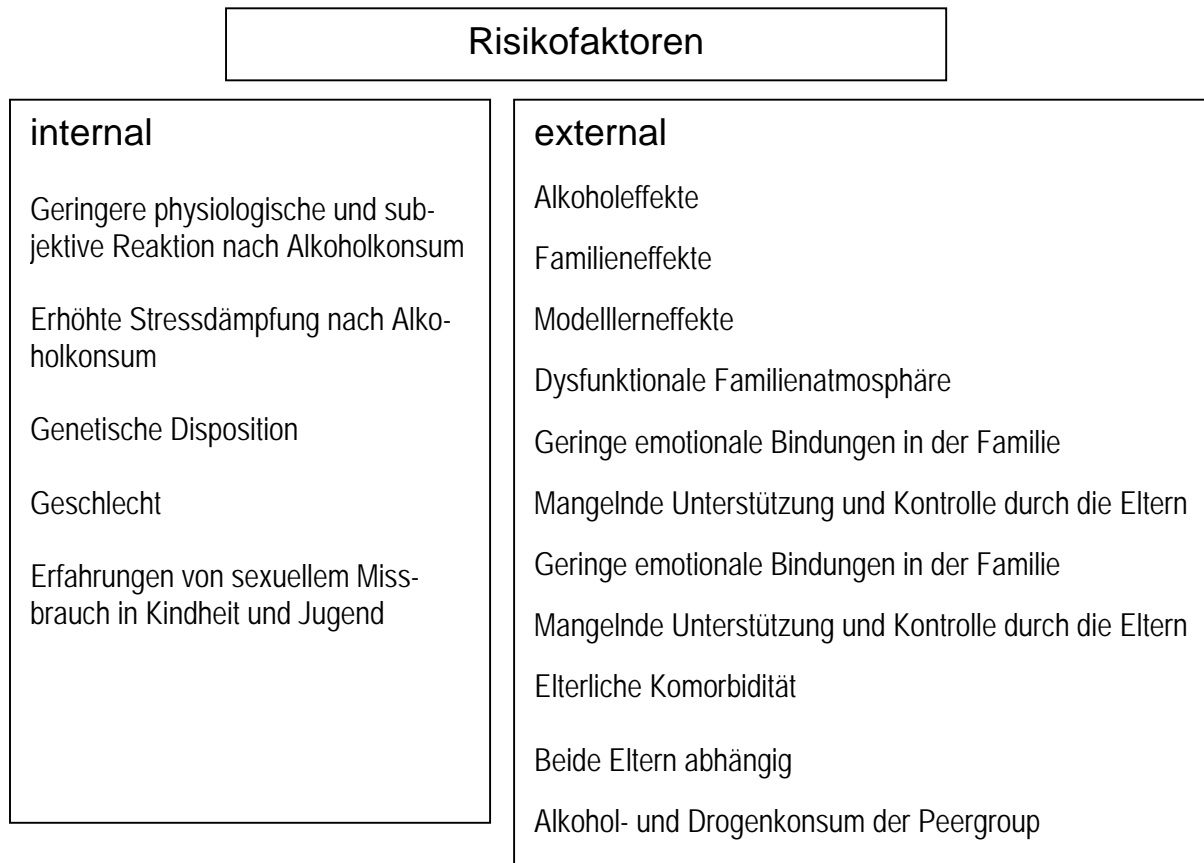


Abb. 2: Transmissionsmodell einer klinischen Entwicklungspsychologie unter besonderer Berücksichtigung von Risiko- und protektiven Faktoren zur Risikoeinschätzung von Kindern aus suchtbelasteten Familien.

Im Folgenden werden auf der Basis von kontrollierten Untersuchungen oder Befragungen relativ trennscharf benennbare Moderatorvariablen benannt, die sich in der Literatur bereits finden lassen. Teilweise ergibt sich ein guter Überblick durch die Arbeit von Zobel (2000), ergänzt durch weitere aktuelle Forschungsergebnisse. Die folgenden Ergebnisse (vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4) füllen damit inhaltlich das theoretische Modell, soweit zu den einzelnen Bereichen internaler und externer Risiko- und protektive Faktoren empirische Aussagen zu finden sind.

## 4.2 Risikofaktoren

Abbildung 3: interne und externe Risikofaktoren



### Internal:

- geringe physiologische und subjektive Reaktion:  
Risikoprobanden zeigen in Expositionsstudien (Schuckit et al. 1987a /1987b; Polich et al. 1994) eine geringere physiologische und subjektive (unangenehme) Wirkung auf Alkohol, insbesondere bei männlichen Jugendlichen (Pollock 1992).  
Dies führt zu höherer Toleranz, d.h. Konsum von größeren Mengen Alkohol bei gleichzeitig als geringer wahrnehmbarer subjektiver Wirkung des Alkohols auf das zentrale Nervensystem. Auch die negativen körperlichen Folgen werden in geringerem Ausmaß wahrgenommen. Dies hat Auswirkungen auf die zukünftig konsumierte Alkoholmenge und durch die gesteigerte „Verträglichkeit“ von Alkohol wiederum auf die mögliche Anerkennung und Position in bestimmten jugendlichen Peergroups und auf die damit mögliche Steigerung des Selbstwertgefühls. Hier wirken also internale biologische Faktoren zusammen mit externalen des Mesosystems und bewirken eine erhöhtes Risiko für eine spätere eigene Alkoholproblematik (Schuckit 1994a/b; Schuckit & Smith 1996).
- erhöhte Stressdämpfung nach Alkohol:  
bei männlichen Risikoprobanden führt Alkoholkonsum zu einem subjektiv stärker entspannenden und stressabbauenden Gefühl nach Alkoholkonsum (Finn & Pihl 1987; Levenson et al. 1987). Dies ist besonders ungünstig in Verbindung mit der oben genannten größeren Toleranz und bei fehlenden Alternativen zur Stressreduktion.
- Genetische Disposition:  
Familienstudien in großem Umfang weisen auf eine erhöhte Weitergabe der Suchterkrankung auf die Kinder hin. Die verschiedenen Studien zeigen ein zwei- bis zehnfach höheres Risiko (Soyka 1995). Zur Frage, ob das erhöhte Suchtmittelmissbrauchsrisiko genetisch bedingt ist, geben uns Zwillingsstudien und Adoptionsstudien Aufklärung. Auch hier liegen umfangreiche Ergebnisse vor, die deutlich einen von familiären Umgebungsfaktoren unabhängigen geneti-

schen Faktor bei der Vererbung sowohl von Alkoholabhängigkeit als auch sogar bei der Vererbung des Trinkstils nachweisen (Franke & Maier 1999). Mittlerweile versucht die Forschung sogar, bestimmte Gene zu identifizieren, die für die Vererbung zuständig sind. Insgesamt ist die Vererbung bei Jungs deutlicher nachweisbar als bei Mädchen.

- **Geschlecht:**

Aufgrund der oben genannten immer wieder deutlicheren Zusammenhänge für eine genetische Disposition der Transmission bei Jungs, muss das männliche Geschlecht unter diesem Gesichtspunkt als gefährdeter betrachtet werden.

- **Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend:**

Ein Zusammenhang zu später erhöhter Wahrscheinlichkeit von eigenem Alkohol- oder Drogenmissbrauch ist vor allem dann nachweisbar, wenn der Missbrauch nicht zur Anzeige gebracht wurde und/oder auch nicht gestoppt werden konnte (Widom et al. 1995). Dabei spielt es keine Rolle, ob der Täter in der eigenen Familie ist oder im weiteren Umfeld.

## **External**

- **Alkoholeffekte beim abhängigen Elternteil:**

Als belastend zeigen sich starke Wechsel von Stimmung und Verhalten sowie beeinträchtigende weitere somatische Komplikationen des trinkenden Elternteils. Diese wirken sich natürlich auch nachteilig auf die unten genannten Familieneffekte aus.

- **Familieneffekte:**

Als risikosteigernd ist die Aussetzung des Kindes gegenüber folgenden besonderen Familiensituationen feststellbar: Ehekonflikte, Trennung/Scheidung, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Tod des trinkenden Elternteils, fehlende Tagesstruktur, fehlende Rituale, fehlende Kontakte der Gesamtfamilie nach außen (Chassin et al. 1991; Finn et al. 1997; Sher 1991). Gerade die Präsenz dieser belastenden Faktoren im Mikrosystem des Kindes spielen eine starke Rolle für die eigene Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten. Die Strukturen in der Familie bestimmen auch in hohem Maße die Besetzung von charakteristischen Rollen (s.o.) und für die spätere Entwicklung von dysfunktionalen Anpassungsmustern mit entsprechenden zuerst benignen aber später fixierenden und damit malignen Narrativen (s.o.).

- **Modelllernerffekte:**

Das Imitationsbedürfnis bei Kindern und Jugendlichen führt dazu, Alkoholkonsum als Lösungsstrategie zu kopieren (Barnes 1981; Weinberg et al. 1994), insbesondere, wenn außer einem/beiden Elternteilen auch andere Mitglieder der Verwandtschaft so erlebt werden.

- **Instabile, unzuverlässige Familienatmosphäre:**

Eine Erhöhung des Risikos, eine eigene Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln steigt mit der fehlenden tragfähigen Beziehung zu den Eltern, Verwicklung in elterliche Streitigkeiten und dem Ausmaß, in dem das Kind der Präsenz des elterlichen Suchtmittelkonsums ausgesetzt ist (Reich et al. 1993). Die Familienatmosphäre ist stark durch die unausgesprochenen Familienregeln besetzt (Wegscheider 1988, s.o.), die zu einer angespannten, angstbesetzten und willkürlichen Atmosphäre beitragen und ihrerseits auch wieder zu eigenen handlungsleitenden Narrativen führen, die später nicht mehr funktional sein können.

- **Geringe emotionale Bindung:**

Zunehmende Entfremdung zur eigenen Familie, insbesondere den Eltern steht im Zusammenhang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von späterem exzessivem Alkoholkonsum oder Gebrauch anderer Suchtmittel (Kandel & Andrews 1987).

- **Mangelnde Unterstützung und Kontrolle durch die Eltern:**

Sowohl Kontrolle als auch Unterstützung scheinen hilfreiche Faktoren für Kinder zu sein. Dies fehlt von Seiten des abhängigen und wegen Überforderung auch oft von Seiten des nicht abhängigen Elternteils. Kinder suchtkranker Eltern erfahren oft weniger Unterstützung für Probleme, die sie alleine nicht bewältigen können. Unterstützung und Kontrolle sind auch ein wichtiger

Faktor für die Bindung zwischen Elternteil und Kind, wie dies in der Bindungstheorie von Bowlby (1973) beschrieben wird. Insofern ist unter diesem Gesichtspunkt auch die ungünstige Bindung in suchtblasteten Familiensystemen ein zusätzliches Risiko.

- Elterliche Komorbidität

Hier wirkt sich vor allem das zusätzliche Auftreten einer antisozialen Persönlichkeit und/oder zusätzliche psychiatrische Erkrankungen bei einem oder beiden Eltern negativ auf das Risiko für das/die Kind/er aus. Die Wahrscheinlichkeit von zusätzlicher Komorbidität ist bei alkoholabhängigen Menschen größer (Sher 1991).

- Beide Eltern abhängig

Wenn beide Eltern abhängig sind, potenziert dies die Problemlage der Kinder und verringert die Wahrscheinlichkeit von protektiven Faktoren erheblich.

- Alkohol-/Drogenkonsum der Peergroup

Spätestens ab dem Jugendalter ist das Bedürfnis normal, sich einer Peergroup von Gleichaltrigen anzuschließen mit einem entsprechenden Bedürfnis nach einem Gefühl der Zugehörigkeit. Je weniger die häusliche Bindung ist, desto stärker ist das Bedürfnis nach einer Peergroup. Der Alkoholkonsum der Peergroup ist dabei einer der stärksten Prädiktoren für späteren eigenen Alkoholkonsum (Glynn 1981, vgl. auch Modellernerneffekt oben).

### 4.3 Protektive Faktoren

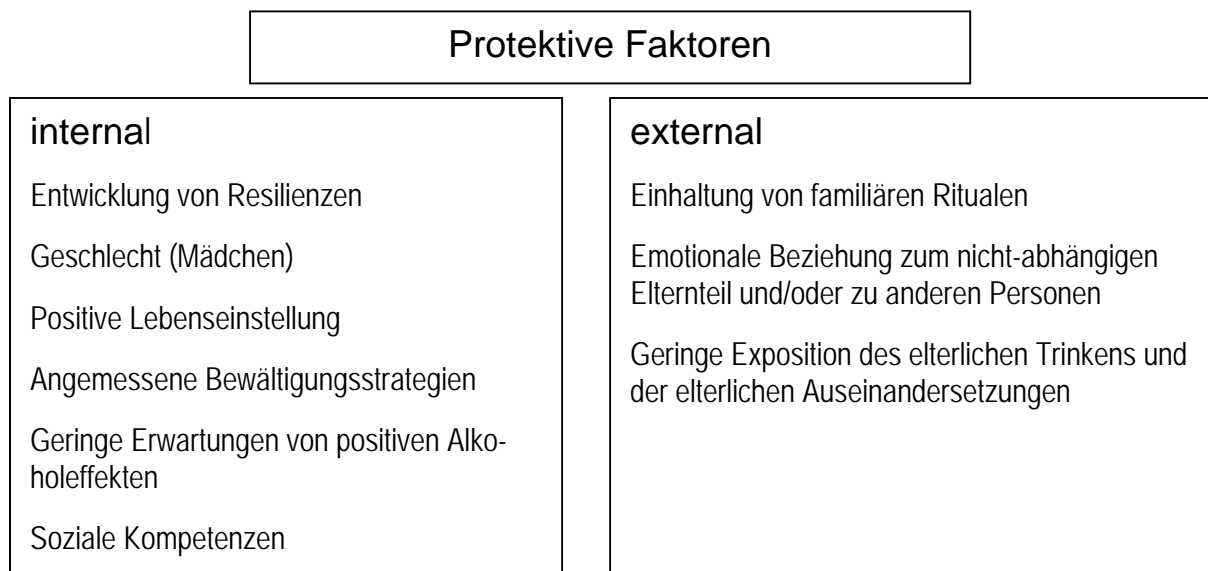


Abbildung 4: internale und externale protektive Faktoren

**internal**

- Entwicklung von Resilienzen:

Der größte Teil von Risikokindern entwickelt selbst bei Multiproblemfamilien keine eigene Suchterkrankung oder weitere Auffälligkeiten, weil offenbar genügend eigene psychische Widerstandskräfte, Resilienzen entwickelt wurden (Wolin & Wolin 1995). Dies gelingt offenbar unter folgenden Bedingungen (Werner 1986): Viel Aufmerksamkeit der Bezugsperson, wenige Trennungen vom Kind im ersten Lebensjahr, keine weiteren Geburten in den ersten zwei Lebensjahren, Abwesenheit von schweren Konflikten der Eheleute in den ersten zwei Lebensjahren als externale Faktoren und als internale Faktoren: mindestens eine mittlere Intelligenz, adäquate Fähigkeiten im Lesen und Schreiben, Leistungsorientierung, eine verantwortungsvolle Haltung, ein positives Selbstkonzept, eine eher internale Kontrollüberzeugung, angemessene Selbstwirksamkeitserwartungen. Gerade die internalen Kompetenzen eines Kindes stellen eine Art Generalfaktor als protektiver Faktor dar. Die Forschungsergebnisse zeigen auch die deutliche Wechselwirkung zwischen protektiven Faktoren und Resilienz, wie sie im Modell des „protective factor → resilience cycle“ (Petzold 2004/2005) beschrieben sind.

- Geschlecht (Mädchen):

Die geringere Wahrscheinlichkeit der Vererbbarkeit des Abhängigkeitsrisikos bei Mädchen sowie die subjektiv stärker empfundene unangenehme Wirkung von Alkohol und die nicht so stark ausgeprägte Stressdämpfung lassen das weibliche Geschlecht offenbar als weniger gefährdet für eine Transmission des Suchtpotentials erscheinen als Jungs. Da tatsächlich Suchterkrankungen bei Frauen weniger verbreitet sind (Medikamentenabhängigkeit stellt hier allerdings eine Ausnahme dar) als bei Männern, scheinen Mädchen besser geschützt gegen die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Ob allerdings unter der Berücksichtigung anderer späterer psychischer Anpassungsstörungen bei Mädchen bzw. Frauen deren allgemeine Vulnerabilität durch die Erfahrung mit der Suchterkrankung im Elternhaus nicht doch als gleich zu bewerten ist, ist noch nicht zahlenmäßig untersucht (vgl. Schuckit et al. 1994, Norwood 1986).

- Positive Lebenseinstellung:

Eine positiv gefärbte Lebenseinstellung bei Risikoprobanden steht im Zusammenhang mit vermindertem Alkoholkonsum (Mc. Cauley Ohanessian & Hesselbrock 1994). Sie erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung und senkt damit die Wahrscheinlichkeit, Probleme mit Hilfe von Suchtmitteln bewältigen zu wollen.

- Angemessene Bewältigungsstrategien:

Risikokinder zeigen später eine erhöhte Neigung, auf Probleme mit Essen, Trinken und Rauchen zu reagieren (Claire & Genest 1987; Domenico & Windle 1993). Wenn Kinder stattdessen alternative Bewältigungsstrategien, wie Gespräche, Geduld, Bedürfnisaufschub oder aber Beharrlichkeit erlernt haben, statt Alkohol zur Spannungsreduktion ein zu setzen, sinkt die Wahrscheinlichkeit der Problembewältigung durch Suchtmittel.

- Geringe Erwartungen von positiven Alkoholeffekten:

Die positiven Effekte von Alkohol sind bei Risikokindern höher (s. Risikofaktoren) und erhöhen ihrerseits wiederum den Alkoholkonsum, wenn sie erlebt werden, z.B. zur vermeintlichen kognitiven oder motorischen Leistungsverbesserung o.ä (Mann et al. 1987; Sher 1991). Erleben Kinder und Jugendliche diese positiven Effekte, wie intensives Körpererleben, Sensationserleben, Gefühl von Gemeinschaft, weitere Kicks aller Art oder Entspannung durch alternative Mittel, wie Sport, organisierte Freizeitangebote, etc. sinkt die Wahrscheinlichkeit des Missbrauchs von Alkohol.

- Soziale Kompetenz:

Zur Entwicklung von sozialer Kompetenz ist offensichtlich die tragfähige Bindung und Beziehung zu einem Erwachsenen oder Gleichaltrigen eine wichtige Voraussetzung (vgl. auch Bindungstheorie). Kinder, die eine solche Bindung aufbauen konnten und nutzen, können soziale Konflikte konstruktiver lösen und ein tragfähigeres soziales Netz aufzubauen. Sie vermeiden damit in höherem Maß spätere Auffälligkeiten (Ackermann 1983).

## **external**

- Einhalten von familiären Ritualen:

Familiäre Rituale, wie das regelmäßige gemeinsame Abendessen, Wochenendunternehmungen, etc. haben erkennbar eine protektive Wirkung auf Kinder (Wolin et al. 1979, 1980). Sie vermitteln Konstanz und Struktur und setzen damit das Risiko für die Transmission von Abhängigkeit herab.

- Emotionale Beziehung zum nicht abhängigen Elternteil und/oder zu anderen Personen:

Die protektive Wirkung einer tragfähigen emotionalen Beziehung ist vor allem durch wenig co-abhängig sich verhaltende nicht-konsumierende Elternteile oder andere Erwachsene in der näheren Umgebung, wie Großeltern, Nachbarsfrau, Lehrer, Trainer, etc. erzielbar. Dabei geht es um Wertschätzung, Anerkennung, Bestätigung von Gefühlen und Wahrnehmungen und Modelllernen für angemessenes Verhalten. Ripke (2003) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Qualitäten teilweise sogar auch in der Beziehung des Kindes zum konsumierenden Elternteil vorhanden sein können.

- Geringe Exposition des elterlichen Trinkens und der elterlichen Auseinandersetzungen: Dem elterlichen Trinken weniger ausgesetzt zu sein, heißt natürlich auch, weniger Störungen und Schädigungen durch Gewalt, Aggression und Streitigkeiten als Kind in seiner Entwicklung zu erleben. Wenn der trinkende Elternteil zum Trinken abwesend ist, heißt dies allerdings auch, weniger von diesem Elternteil überhaupt zu erleben.

Die zuletzt einzeln beschriebenen Moderatorvariablen zeigen, dass eine bestehende Suchterkrankung der Eltern auf jeden Fall eine besondere Situation für die Kinder in einer solchen Familie darstellt. Aber nur die etwas aufwändigere, wie es so schön heißt „ganzheitliche“ Betrachtung sowohl der Risiko- als auch der protektiven oder Schutzfaktoren ermöglicht eine angemessene und sinnvolle Einschätzung von Risiko und Resilienz.

Bei einem solchen Modell oder auch anderen, die teilweise noch genauer das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren und verschiedenen Effekte beschreiben (dann aber auch zunehmend komplexer und weniger pragmatisch zu handhaben sind) wird die Unipolarität überwunden. Das anfangs erwähnte plumpe Motto „Trinker zeugen Trinker“ wird überwunden. Ein solches Modell ist damit letztlich auch eine gute Basis, um beispielsweise die Entstehung von jugendlichem Missbrauch und Abhängigkeit zu beleuchten und Hilfepläne, Interventionsangebote oder psychotherapeutische Hilfen zu konzeptionieren.

Und das Modell ist prinzipiell auch gültig, selbst wenn keine elterliche Alkoholabhängigkeit vorliegt, denn eine zugrunde liegende Alkoholabhängigkeit oder anderes süchtiges Verhalten von Eltern sagt noch nicht zwangsläufig etwas über das Vorhandensein aller oben beschriebenen Moderatorvariablen aus. Die beschriebenen Moderatorvariablen sagen aber etwas über die mögliche Entwicklung eines Kindes aus, unabhängig davon ob ein elterliches Suchtverhalten vorliegt oder nicht.

#### 4.4 Ausblick

Die Beachtung der bisher beschriebenen Gesichtspunkte einer kritischen Kindheitsentwicklung implizieren Beachtung im Bereich der Diagnostik, der Prävention und der Therapie.

Mit Blick auf die diagnostische Arbeit wird durch Vorbeschriebenes deutlich, dass diese umfassend geschehen sollte. Sowohl im Bereich der Suchtarbeit und der Jugendhilfe ist es sinnvoll, neben all den bekannten Belastungsfaktoren auch die unterstützenden Anteile in der Person des Kindes und seiner Umgebung zu sehen, um ein zutreffendes Bild zu erhalten. Osten (2000) liefert mit seinem Manual hier einen ausführlichen Ansatz, um beispielsweise auch der hier beschriebenen komplexen Gegebenheit gerecht zu werden. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -therapie werden kreative und kindgerechte Methoden hilfreich sein, wie sie die Integrative Therapie z.B. durch Puppenspiel und andere Methoden beschrieben hat (Petzold, H.G. 1983, Metzmaker, u.a. 1995), um Einblick in die tatsächlich bestehenden Belastungen und Ressourcen eines Kindes zu bekommen.

Primärpräventiv muss an dieser Stelle natürlich auch die Forderung nach besseren sozialen und materiellen Bedingungen für Minderbemittelte unserer Gesellschaft stehen. Zwar sind die materiellen und politischen Gegebenheiten für das einzelne Kind direkt wenig relevant in seiner Entwicklung. Wir wissen aber mittlerweile, dass zu enge Wohnungen, Armut und fehlende Eltern (meist der Vater) indirekt stark belastende Bedingungen für eine gute Bindung, eine stützende Atmosphäre und eine fordernde und fördernde Freundesgruppe Gleichaltriger sind. Die Unterstützung von Eltern in Belastungssituationen aller Art ist hier gleichzeitig eine effektive Prävention für die Kinder der belasteten Familiensysteme. Schließlich steht „die Gesundheit des `sozialen Netzwerkes` - des familialen wie des amikalen `convoys`“ (Hass & Petzold zit. nach Petzold 2004/2005) an zentraler Stelle für eine kreative und entwicklungsfördernde Kindheit.

In der Therapie werden uns Kinder begegnen, die aufgrund eines Übermaßes an pathogener Stimulierung und fehlender protektiver Erfahrung und Resilienz bereits Auffälligkeiten zeigen. In der Kinder- und Jugendpsychotherapie gilt, dass das wichtigste therapeutische Werkzeug, die therapeutische Beziehung sein wird. Teil der Therapie eines Kindes wird sein, ihm durch die Person des/der Therapeuten/in eine hilfreiche Bindungserfahrung anzubieten, damit einen protektiven Faktor zu schaffen und hoffentlich eine Verbesserung der Resilienz des Kindes zu bewirken. Diese therapeutische Rolle und Aufgabe ist mit dem Begriff des „significant caring adult“ (Petzold 2004/2005) treffend beschrieben.



## **Zusammenfassung:**

### **Zur Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien aus Sicht der Integrativen Therapie - Zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern**

von Klaus Michaelis

Bei der Betrachtung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien aus Sicht der Integrativen Therapie stehen bei dieser Arbeit neben einer allgemeinen Hinführung zwei Aspekte im Vordergrund.

Zum einen wird die auffällige Rollenentwicklung dieser Kinder durch das Konstrukt des Narrativs verstehbar gemacht. Narrative sind handlungsleitende Lebenssätze, die aus der persönlichen Entwicklungsgeschichte entstehen und die Orientierung und Identität im weiteren Lebensverlauf gestalten. Bei Kindern aus suchtblasteten Familien unterliegen diese Narrative in ihrer Entstehung ungünstigeren Bedingungen und werden stärker fixiert. Eine spätere Veränderung der Narrative entsprechend veränderten Lebensbedingungen ist erschwert. An zwei Fallbeispielen wird diese Entwicklung exemplarisch dargestellt.

Der zweite Aspekt betrifft die für die Integrative Therapie kennzeichnende Beachtung von Ressourcen, salutogenen Faktoren, und Resilienz bei der Entwicklung von Kindern aus suchtblasteten Lebenszusammenhängen. Auf Basis einer klinischen Entwicklungspsychologie wird ein Transmissionsmodell erstellt, das sowohl Risikofaktoren als auch salutogene Faktoren einer Kindheit mit suchtkranken Eltern erfasst. Dieses Modell wird inhaltlich gefüllt mit vorliegenden Untersuchungsergebnissen, die für internale und externale Moderatorvariablen zur Pathogenese und Salutogenese zu diesem Personenkreis bereits zahlreich vorliegen. Es entsteht damit ein für die Integrative Therapie typisches umfassendes Bild zur Entwicklung von erhöhtem Risiko zur Ausbildung einer eigenen Suchterkrankung als Kind eines suchtkranken Elternteils als auch von Entwicklung eigener Resilienz trotz der widrigen Umstände im Elternhaus. Diese umfassende Sichtweise hat Auswirkungen auf Diagnostik, Prävention und Therapie in der Jugendarbeit und in der Suchtarbeit.

## **Summary**

Two aspects of the situation of children in families with addicted parent(s) are in the foreground of this article.

On one hand the Integrative Therapy offers with the construct of the Narrative a senseful and distinct explanation and description for the typical extreme role overtaking of those children. They develop more one-sided Narratives, because this way identity grows. Nevertheless they fix their Narratives stronger. Two case-examples elucidate this.

Secondly, as characteristical for the Integrative Therapy, with the view of a clinical developmental psychology the salutary genesis and resilience will be considered which can occur as well in a childhood with addicted parents. A corresponding model of transmission takes into consideration hithero existing according outcomes of investigations to risk and protective factors of these children.

## Literatur:

- Ackermann, R.J. (1983). *Children of Alcoholics: A guidebook for educators, therapists and parents* (2nd ed.) Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Ackermann, R.J. (1987). *Let go and grow*. Health communications, Inc., Pompano Beach, Florida.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barnes, G.M. (1981). Drinking among adolescents: A subcultural phenomenon or a model of adult behaviors. *Adolescence*, 16(61), 211 – 229.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit*, Bd. 1. Göttingen: Hogrefe
- Black, C. (1988). *Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation, anxiety and anger*, Vol. II. London: Hogarth
- Chassin, L., Rogosch, F. & Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449 – 463.
- Claire, D. & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 345 – 355.
- Cork, M. (1969). *The forgotten children*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Domenico, D. & Windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 659 – 666.
- Drake, R.E. & Vaillant, G.E. (1988). Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 799 – 807.
- Finn, P.R., & Pihl, R.O. (1987). Men at high risk for alcoholism: The effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 230 – 236.
- Finn, P.R., Sharkansky, E.J., Viken, R., West, T.L., Sandy, J. & Bufferd, G.M. (1997). Heterogeneity in the families of sons of alcoholics: The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 26 – 36.
- Franke, P. & Maier, W. (1999). *Genetik des Alkoholismus*. In Soyka, M. (Hrsg.). *Klinische Alkoholismusdiagnostik*. Darmstadt: Steinkopf.
- Glynn, T.J. (1981). From family to peer: Transitions of influence among drug-using youth. In J. Lettieri & J.P. Ludford (eds.), *Drug abuse and the american adolescent*. NIDA research monograph 38 (pp. 57 – 81). Rockville, Md: National Institute on Drug Use.
- Goodwin, D.W. (1985). *Alcoholism and genetics*. *Archives of General Psychiatry*, 42, 171 – 174.
- Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2001). *Soziale Praxis*, Heft 2. *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Münster: Votum.
- Jakob, P. (1991). *Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem*. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 49 – 55.
- Kandel, D.B. & Andrews, K. (1987). Process of adolescent socialisation by parents and peers. *The International Journal of Addiction*, 22, 319 – 342.
- Kolitzus, H. (2000). *„Ich befreie mich von deiner Sucht“*. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken. München: Kösel
- Lambrou, U. (1990). *Familienkrankheit Alkoholismus – Im Sog der Abhängigkeit*. Hamburg: Rowohlt.
- Levenson, R.W., Oyama, O.N. & Meek, P.S. (1987). Greater reinforcement from alcohol for those at risk: Parental risk, personality risk, an sex. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 242 – 253.
- Mann, L.M., Chassin, L. & Sher, K.J. (1987). Alcohol expectancies and the risk for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 411 – 417.
- McCaughey Ohannessian, C. & Hesselbrock, V.M. (1994). Hassels and uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family history of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 754 – 763.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes*. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, 2 Bde, Paderborn: Junfermann.
- Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*. 7, 155 – 163.
- Müller, L. & Petzold, H.G. (2003). Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In Petzold, H. G. (2004): *Mit alten Menschen arbeiten*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta. Und in: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 8/2003. [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-publikationen.de/materialien.htm).
- Norwood, R. (1986). *Wenn Frauen zu sehr lieben*. Die heimliche Sucht, gebraucht zu werden. Reinbek: Rowohlt.
- Oort, A.H. (1909). *Über den Einfluß des Alkoholgenusses der Eltern und Ahnen auf die Kinder*. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung. Beihefte zur Zeitschrift für Kinderforschung, 57, Langsalza: Beyer & Söhne.

- Osten, P. (2000). Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München, Basel: Reinhardt.
- Petermann, F. (2000). Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Petzold, H.G. (1983). Die Geheimnisse der Puppen. In: Petzold, H.G. (Hrsg.). Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1993). Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1997). Protektive Faktoren und Prozesse – die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, In: Petzold, H.G. (Hrsg.). Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung, Bd. 1, 2. Aufl., S. 345 – 397
- Petzold, H.G. & Müller, L. (2004/2005 in Vorbereitung). Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. In Zt. Forum Psychotherapie Schweiz. Zürich: SPV.
- Polich, J., Pollock, V.E. & Bloom, F.E. (1994). Meta-analysis of P300 amplitude from males at risk for alcoholism. Psychological Bulletin, 115, 55 – 73.
- Pollock, V.E. (1992). Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics. American Journal of Psychiatry, 149, 1534 – 1538.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1995). Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. 3. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Reich, W., Earls, F. & Powell, J. (1993). A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. British Journal of Addiction, 19, 831 – 839.
- Rennert, M. (1989). Co-Abhängigkeit – Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.
- Ripke, M., (2003). "... ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig.", Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, No. 609.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In M. McGurk (ed.), Ecological factors in human development. Amsterdam: Elsevier.
- Schuckit, M.A. (1994a). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol, 55, 5 – 7.
- Schuckit, M.A. (1994b). Low level response to alcohol as a predictor of future alcoholism. American Journal of Psychiatry, 151, 184 – 189.
- Schuckit, M.A., Gold, E. & Risch, C. (1987 a). Serum prolactin levels in sons of alcoholics and control subjects. American Journal of Psychiatry, 144, 854 – 859.
- Schuckit, M.A., Gold, E. & Risch, C. (1987 b). Plasma cortisol levels following ethanol in sons of alcoholics and controls. Archives of General Psychiatry, 44, 942 – 945.
- Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. Archives of General Psychiatry, 53, 202 – 210.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E. & Kelner, E. (1994). Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 20, 237 – 245.
- Sher, K.J. (1991). Children of alcoholics – a critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press.
- Soyka, M. (1995). Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Weinheim: Chapman & Hall
- Wegscheider, S. (1988). Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Wildberg: Verlag Bögner-Kaufmann.
- Weinberg, N.Z., Dielman, T.E., Mandell, W. & Shope, J.T. (1994). Parental drinking and gender factors in the prediction of early adolescent alcohol use. The International Journal of the Addictions, 29, 89 – 104.
- Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. Journal of Studies on Alcohol, 47, 34 – 40.
- Widom, C.S., Ireland, T. & Glynn, P.J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: Are they at increased risk? Journal of Studies on Alcohol, 56, 207 – 217.
- Woitz, J.G. (1990). Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München: Kösel.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. Substance Abuse, 42, 415 – 429.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A. & Noonan, A.D. (1979). Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. American Journal of Psychiatry, 136, 589 – 593.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, A.D. & Teitelbaum, M.A. (1980). Disrupted family rituals. Journal of Studies on Alcohol, 41, 199 – 214.
- Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen: Hogrefe.