



© mailiaschwarz / photocase.de

Suchtprävention

Erkennen, erreichen, ermöglichen Komplex traumatisierte Mädchen aus suchtblasteten Familien





Einleitung

Seit vielen Jahren legt das Referat Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. einen Schwerpunkt auf das Thema Kinder in suchtbelasteten Familien.

Neben der stetigen Materialentwicklung, der Multiplikatorenschulung „Kinder/ Sucht Familie“ und der Fortbildung zur Leitung von Kindergruppen für Kinder, die in suchtbelasteten Systemen aufwachsen „Es tut gut, gehört zu werden“, ist der Arbeitskreis „Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Rheinland-Pfalz“ eine wichtige Säule für eine gut vernetzte Zusammenarbeit der Fachkräfte im Themenbereich. Hier ist das Referat Suchtprävention seit langem Mitglied.

Im Jahr 2019 hat sich der Arbeitskreis intensiv mit den stillen Kindern suchtbelasteter Familien beschäftigt. Die amerikanische Familientherapeutin Wegscheider-Cruse (1981) beschreibt vier charakteristische Rollen bzw. Strategien, die Kinder in belasteten Systemen einnehmen: Den Sündenbock, das Maskottchen / der Clown, die Helden oder das verlorene / vergessene Kind. Während vor allem die ersten beiden Charakterzüge häufiger auffallen und im Hilfesystem ankommen, wird die letzte Gruppe nicht umsonst auch als die „vergessenen Kinder“ bezeichnet. Genau hier will nun der Arbeitskreis „Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Rheinland-Pfalz“ hinschauen und mit dieser Broschüre zu einem guten Umgang mit dieser Dialoggruppe anregen. Zum zweitägigen Treffen des Arbeitskreises kam Herr Jens Flassbeck hinzu. Jens Flassbeck ist psychologischer Psychotherapeut und Autor, der sich sehr tiefgehend mit dem Thema der Mitbetroffenheit von Angehörigen und der Transmission von Sucht sowie Co-Abhängigkeit beschäftigt.

In dieser Broschüre fasst Jens Flassbeck seinen Vortrag zusammen, den er für den Arbeitskreis entwickelt hat und der gemeinsam weitergedacht wurde. Sie trägt so das gewonnene Wissen zusammen und stellt es weiteren Fachkräften zur Verfügung, sodass wir uns in unserem Arbeitsalltag bewusst machen, dass wir auch die stillen, vergessenen Kinder in den Blick nehmen.

Wir danken allen Teilnehmenden des Arbeitskreises „Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Rheinland-Pfalz“ sowie im besonderen Maße Herrn Jens Flassbeck für den wertvollen Input.

Erkennen, erreichen, ermöglichen

Komplex traumatisierte Mädchen aus suchtbelasteten Familien | Jens Flassbeck

Es gibt eine große Gruppe der Kinder aus Suchtfamilien, die selbst nicht suchtkrank werden, hoch angepasst sind, nicht auffallen, still leiden, ohne dass es jemand mitbekommt, und schwerwiegend komplex traumatisiert sind. Claudia Black schrieb schon 1981 zu diesen Kindern: „They are a neglected population. If they are busy and look good, they will be ignored.“ Daran hat sich auch fast 40 Jahre später nichts geändert. Selbst in der Suchthilfe und -prävention mangelt es an Bewusstsein, Konzepten und Angeboten. Folgend soll in sieben Thesen über die (genderspezifische) Problematik dieser Kinder und ihren Hilfebedarf aufgeklärt werden.

1. Sie sind Mädchen

Kinder in suchtbelasteten Familien wachsen mit großen Ängsten auf. Sie haben zwei Möglichkeiten, mit diesen umzugehen. Sie können erstens kämpfen, was eher typisch für Jungen ist. Das bedeutet, dass sie störende und aggressive Verhaltensweisen entwickeln und in der Jugend häufig selbst zu Suchtmitteln greifen. Diese Kinder sind in Wissenschaft und Prävention bekannt. Ein Drittel der Kinder aus Suchtfamilien wird auf dem Hintergrund ihres Kindheitstraumas später selbst suchtkrank, was als süchtige Transmission bezeichnet wird (Zobel, 2006).

Es gibt eine zweite Gruppe, die auf die Ängste durch Erstarrung reagiert. Diese Kinder sind vornehmlich Mädchen, die aufgrund ihrer Anpassung, Eigenständigkeit, Verantwortungsübernahme und Leistungsbereitschaft unsichtbar sind und nicht auffallen. Sie werden im Folgenden „stille Mädchen“ genannt. Schon Sharon Wegscheider-Cruise („The Hero“, „The Lost Child“, 1983) oder auch Claudia Black („Looking good“, 1981) haben sie Anfang der 80er des letzten Jahrhunderts thematisiert. Sie werden durch Prävention und Therapie nicht erreicht (Flassbeck, 2011).

Darüber hinaus ist bekannt, dass Mädchen – nicht Jungen! – aus Suchtfamilien ein gesteigertes Risiko haben, im späteren Leben einen suchtkranken Partner zu wählen, ohne selbst suchtkrank zu werden (Black, 1987; Schuckitt et al., 1994; Olmstedt et al., 2003). Bedauerlicherweise wurde dieser Befund nie näher wissenschaftlich untersucht. Nichtsdestotrotz dürfen wir davon ausgehen, dass es ebenfalls eine co-abhängige Transmission gibt. Die Mädchen wachsen zu Frauen heran. Die Frauen werden Partnerinnen von suchtkranken Männern. Und diese werden zu Müttern von wiederum süchtig und co-abhängig gefährdeten Kindern. Der Kreis schließt sich.

Kinder aus Suchtfamilien haben in dem Fall kein erhöhtes Risiko, selbst Suchtprobleme zu entwickeln, wenn die Eltern die Sucht überwinden (nach Klein, 2001). Es wird vermutet, dass die Kinder die Entwicklung der Eltern mitmachen. Es ist nicht erforscht, doch darf ebenfalls angenommen werden, dass wenn sich die co-abhängige Mutter aus der Co-Abhängigkeit befreit, die Kinder ebenfalls eine gesunde Entwicklung nehmen. Die Implikation daraus lautet, dass Prävention und Therapie auf allen Ebenen ansetzen sollte: sowohl bei den betroffenen Mädchen und Teenagern als auch bei den erwachsenen Frauen, Partnerinnen und Müttern.



Achten wir auf die stillen Mädchen und Frauen und denken daran, dass es auch stille Jungen und Männer gibt.



2. Sie sind ambivalent

Kinder in Suchtfamilien wachsen in einer zerrissenen, gegensätzlichen Welt auf. Der suchtkranke wie auch der co-abhängige Elternteil verhalten sich hoch inkonsistent (Wegscheider, 1981; Woitz, 1983; Black, 1987; Mellody, 1989; Lambrou, 1990; Klein, 2005; Zobel, 2006). Spielarten dieser tagtäglichen Inkonsistenzen heißen z.B.: Alleingelassen-Werden versus Liebe, Streit versus Harmonie, Gewalt versus Verwöhnung, Unterwerfung versus grenzenlose Freiheit oder Perfektion versus Chaos. Die späteren Erwachsenen reinszenieren diese Gegensätzlichkeiten in (co-) abhängigen Liebesbeziehungen, in ebensolchen Freundschaften oder auch beruflichen Abhängigkeiten.

Die Ambivalenzen machen die präventive und therapeutische Arbeit mit ihnen schwierig (Flassbeck, 2016). Ihre Motivation, Hilfe anzunehmen, ist zwiespältig und ihre Mitarbeit ist widersprüchlich und wechselhaft. Hilfemaßnahmen sollten darauf eingestellt sein und das Verhalten der Fachkräfte sollte komplementär durch eine hohe Beständigkeit, Ausdauer, Geduld und Toleranz geprägt sein.

Schenken wir Ihnen eine hohe Beständigkeit, Ausdauer, Geduld und begegnen ihnen mit Toleranz.

3. Sie brauchen Kontrolle

Die Psychologie kennt vier grundlegende Bedürfniskategorien (nach Grawe, 1998): Bindung, Kontrolle, Selbstwert und Lustgewinn. Alle vier Kategorien sind in Bezug auf die stillen Mädchen wichtig, doch gerade bei der Kontaktaufnahme, also bei dem Versuch eine Bindung aufzubauen, ist das Thema Kontrolle von entscheidender Bedeutung.

Die betroffenen Kinder wachsen in einer unbeständigen und chaotischen Welt auf. Sie erfahren tagtäglich Ohnmacht. Ihre Form der co-abhängigen Anpassung, nämlich anderen zu helfen, Verantwortung für andere zu übernehmen, Leistung zu bringen und Fehler zu vermeiden, um andere zufriedenzustellen, und ansonsten zu schweigen, um Feindseligkeiten und Übergriffe zu verhindern, ist ein Überlebensschutz. Es ist eine Form, Kontrolle in einer unkontrollierbaren Welt zu wahren. Bei der Kontaktaufnahme muss dieses Kontrollbedürfnis komplementär befriedigt werden (z.B. Sachse, 2019), sonst werden die Betroffenen den Kontakt abbrechen. Außerdem werden sie testen, ob das präventive oder therapeutische Angebot ernst gemeint ist. Sie werden sich verweigern, immer und immer wieder, und zwar auf ihre verkappte, stille Art und Weise. Diese Tests gilt es zu bestehen. Dafür braucht es auf Seiten der Fachkräfte eine Menge Sensibilität und Ausdauer. Es geht darum, nach und nach das Vertrauen der Betroffenen durch Zuhören und Verstehen zu verdienen.

Doch das Thema hat eine zweite Ebene. Die Kontrolle, die die Kinder als Überlebensschutz verinnerlicht haben, ist nur eine Kontrollillusion. Sie haben zwar Kontrolle in Bezug auf andere, aber nicht über sich selbst und ihr Leben. Und ihre Form der selbstverleugnenden Anpassung hat einen hohen Preis: sie macht unglücklich. Es geht in einem zweiten Schritt darum, die Illusion aufzudecken und zu hinterfragen, um den Betroffenen Raum zu geben, echte Unabhängigkeit und Selbstbestimmung über sich und das eigene Leben zu erlangen.

Hören wir verständnisvoll zu und geben Raum zur echten Unabhängigkeit.



4. Sie sind sprachlos

Die Sprachlosigkeit der Kinder ist ebenso ein Teil des Überlebensschutzes. Wer schweigt hat bessere Chancen, nicht zur Zielscheibe von Übergriffen zu werden. Aber die Sprachlosigkeit hat einen zweiten Aspekt, der dringend zu beachten ist. Sie ist Teil der familiären Tabuisierung und Heimlichtuerei (Lambrou, 1990). Die „Geschichte vom Elch im Wohnzimmer“ von NACOA Deutschland verdeutlicht die Bedeutung und Macht des Tabus (2019). Es wird vom ersten Lebenstag vor allem mit dem Erziehungsmittel Liebesentzug durchgesetzt. Alleingelassen zu werden ist für Säuglinge und Kleinkinder eine besonders perfide, stille und grausame Gewalt. Die familiäre Tabuisierung gräbt sich tief in die Seele der Kinder ein und wird Teil ihrer Persönlichkeit (Flassbeck, 2013). Bei der Kontaktaufnahme und beim Aufbau einer tragfähigen und sicheren Beziehung zu den Betroffenen sind die posttraumatischen Ängste, die durch das Alleingelassen-Werden und die Tabuisierung bedingt sind, angemessen zu berücksichtigen.

Die Tabuisierung hat indes zwei Ebenen: Neben der familiären bzw. der persönlichen Ebene gibt es noch die gesellschaftliche. Es ist günstig die Ebenen zu unterscheiden. In Prävention und Therapie darf bei jeder Gelegenheit am gesellschaftlichen Tabu gerüttelt werden, um über die Problematik aufzuklären und zum Sprachrohr und Fürsprecher der stillen Mädchen zu werden. So können die Fachkräfte für die Betroffenen zum Modell werden, wie die Sprachlosigkeit überwunden werden kann (Barnowski-Geiser, 2009). Das gesellschaftliche Tabu darf herausgefordert werden, das persönliche nicht! Letzteres zu überwinden, ist das alleinige Recht der Betroffenen.

Rütteln wir auf gesellschaftlicher Ebene an Tabus.

5. Sie verstecken sich

Das Verstecken hat eine vordergründige und eine hintergründige Seite. Die stillen Mädchen zu erkennen bzw. sie dazu zu bringen, dass sie sich zu erkennen geben, ist das eine. Sie zu erreichen, also einen echten, emotionalen Kontakt zu ihnen aufzubauen, ist etwas anderes. Das erste ist schwierig, das zweite ist noch viel schwieriger. Alle Kinder, die Traumata erfahren haben, haben Verstecke. Diese Verstecke bestehen real und sie bestehen in der Fantasie. Verstecke in der Realität und in der Vorstellungswelt sind assoziiert. Eine Klientin erzählte beispielsweise in der Therapie, dass sie als Kind im verwilderten Nachbargarten mit ihren Puppen spielte. Als Puppenmutter inszenierte sie mit den Puppenkindern die unerfüllte Sehnsucht nach liebevoller Zuwendung und Annahme.

Wenn man mit Kindern arbeitet, kann das Versteckspielen spieltherapeutisch genutzt werden. Wenn man mit traumatisierten Erwachsenen arbeitet, ist die Erinnerung an die Verstecke der Kindheit der Zugang zum emotionalen Erleben der Betroffenen. Dieser Zugang kann mit Hilfe z.B. imaginativer Techniken hergestellt werden. Ein Grundsatz gilt stets dabei: Präventionskraft oder Therapeut dürfen von außen Kontakt aufnehmen, doch niemals in die (echten oder imaginierten) Verstecke eindringen. Es geht darum, dass die Betroffenen irgendwann den Mut und das Vertrauen fassen, herauszukommen und sich zu zeigen.

Begleiten und ermutigen wir im eigenen Tempo, aus den Verstecken zu kommen.



6. Sie dürfen fühlen

Nach Claudia Black (1981) unterliegen die Betroffenen einem dreifachen Trauma: „Rede nicht, traue nicht, fühle nicht!“ Wenn die Betroffenen, gleichgültig ob noch Kind oder schon erwachsen, ihre Sprachlosigkeit überwinden und zu reden beginnen, und wenn sie sich trauen, ihre Verstecke zu verlassen und sich zu zeigen, kommen die Gefühle. Häufig werden sie von der aufgestauten Gefühlsflut überwältigt: Sie platzen vor Wut, werden von Angstattacken überwältigt oder weinen wochenlang (Flassbeck, 2016). Fachkräfte sollten in der Lage sein, starke Gefühle nicht nur auszuhalten, sondern damit konstruktiv zu arbeiten. Die Betroffenen haben ein Recht auf ihre Gefühle, ein Recht auf die Stärke der Gefühle und ein Recht darauf, die Gefühle angemessen auszudrücken. Das präventive oder therapeutische Gegenüber wird zur Projektionsfläche für den Gefühlssturm. Diese Beziehungsarbeit wird auch Nachbeelterung genannt.

Lernen wir, starke Gefühle auszuhalten und arbeiten wir konstruktiv mit ihnen.



7. Sie dürfen spielen

Der Mensch kommt mit zwei Verhaltenssystemen auf die Welt. Diese stehen ihm ab dem ersten Tag zur Verfügung: zum einen dem Bindungssystem und zum anderen dem Explorationssystem (Bowlby, 1975; Ainsworth & Bell, 1970). Die sichere Bindung ist Voraussetzung dafür, dass Kinder explorieren. Ist die sichere Bindung verletzt, explorieren Kinder nicht. Exploration bedeutet, spielerisch die Welt zu erkunden, eigenständig zu werden, Unabhängigkeit zu erlangen, in den Kindergarten, die Schule und die Ausbildung zu gehen, neugierig zu sein, Abenteuer zu bestehen, die Welt zu entdecken und ein eigenes Leben aufzubauen.

Die Bindungsstörungen der Betroffenen sind zwar gravierend, doch stets nur partiell. Bindungsbezogen haben sie auch große Ressourcen: Sie können sich anpassen, sind freundlich, empathisch, rücksichtvoll, zuverlässig, verantwortungsbewusst und sie können trösten und versorgen. Ihre Defizite und Ausfälle im Explorationssystem sind jedoch größer. Es ist gewöhnlich schuld- und angstbedingt vollständig gehemmt und nicht einmal im Ansatz ausgebildet. Nachdem im ersten Schritt in Prävention oder Therapie eine sichere Bindung zu den Betroffenen aufgebaut worden ist, geht es daher in einem zweiten Schritt darum, Neugier, Abenteuerlust und Selbstvertrauen anzuregen (Flassbeck, 2014; Schiffer, 1999). Typische Interventionen lauten: „Wozu haben Sie Lust?“, „Was sind Ihre Träume?“, „Probieren Sie sich aus!“, „Sie dürfen!“, „Trauen Sie sich!“

Schaffen wir in einem ersten Schritt eine sichere Bindung und regen im zweiten Spiel- und Erkundungsverhalten an.



Literatur

Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.

Barnowski-Geiser, W. (2009). Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprache bringen, was Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt. *Neukirchen-Vluyn: Semnos*.

Black, C. (1981). „It Will Never Happen to Me!“. Growing up with Addiction as Youngsters, Adolescents, Adults. *New York: Ballantine Books*.

Bowlby, J. (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. *Frankfurt a.M.: Fischer*.

Flassbeck, J. & Barth, J. (in Druck). Die langen Schatten der Sucht. Behandlung komplexer Traumafolgen bei erwachsenen Kindern aus Suchtfamilien. *Stuttgart: Klett-Cotta*.

Flassbeck, J. (2016). Gegen den Strom schwimmen lernen. Der co-abhängige Fall Frau Freundlich. *Musiktherapie*, 29, 14-19.

Flassbeck, J. (2014). Ich will mein Leben zurück! Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. *Stuttgart: Klett-Cotta*.

Flassbeck, J. (2013). ER statt ICH – Symptome, Ursachen und Entwicklung der Co-Abhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 44 (2), 93-100.

Flassbeck, J. (2011). Die Geozentrik der Suchthilfe. Vernachlässigte Angehörige? *rausch – Das unabhängige Magazin für Suchtfragen*, 1/2011, 10-13.

Klaus Grawe (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. *Regensburg: Roderer*.

Klein, M. (2003). Das personale Umfeld von Suchtkranken. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 201-230). Göttingen: Hogrefe.

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

Mellody, P. (1989). Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. *München: Kösel*.

NACOA Deutschland (2019, 01. April). Trau dich! Geschichte vom Elch im Wohnzimmer. Abgerufen von <https://nacoa.de/traudich/derelch>

Olmstedt, M.E., Crowell, J.A. & Waters, E. (2003). Assortative mating among adult children of alcoholics and alcoholics. *Family Relations*, 52, 64-71.

Sachse, R. (2019, 01. April). Komplementäre Beziehungsgestaltung: Plananalyse und Klärungsorientierte Psychotherapie. Abgerufen von <http://www.ipp-bochum.de/n-kop/komplementaere-beziehungsgestaltung.pdf>.

Schaef, A.W. (1986). Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. *München: Heyne*.

Schiffer, E. (1999). Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Weinheim: Beltz*.

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.

Wegscheider-Cruse, S. (1981). Another Chance – Hope and Health for the Alcoholic Family. *Paolo Alto: Science and Behavior Books*.

Woitz, J.G. (1983). Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. *München: Kösel*.

Zobel, M. (2006). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe.



Autor

Jens Flassbeck



Jens Flassbeck ist als Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, Gesprächspsychotherapeut freiberuflich in seiner eigenen Praxis tätig. Schwerpunkte in seiner psychotherapeutischen Arbeit setzt er auf die Arbeit mit co-abhängigen Angehörigen sowie komplex traumatisierten erwachsenen Kindern aus Suchtfamilien.

Impressum

Herausgegeben durch die

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
Hölderlinstraße 8, 55131 Mainz
Telefon 06131 2060-0, Fax 06131 2069-69
www.lzg-rlp.de
Referat Suchtprävention

V.i.S.d.P.

Dr. Matthias Krell, Geschäftsführung der LZG

Autor

Jens Flassbeck, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, Gesprächspsychotherapeut

Redaktion

Nina Roth, nroth@lzg-rlp.de
Caroline Theis, ctheis@lzg-rlp.de

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigung der Abbildungen und Texte – auch auszugsweise – sind nur nach Freigabe durch die LZG möglich.

Grafik

www.andreawagner-grafikdesign.de

Druck

IB Heim

Materialien zur Gesundheitsförderung
LZG-Schriftenreihe Nr. 328



www.lzg-rlp.de



Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.

Eine gesunde Zukunft gestalten