

Fachtagung „Einsatz für Kinder aus suchtbelasteten Familien – gestern, heute, morgen“
Anlässlich des 20-jährigen Bestehens von NACOA Deutschland e.V.
Berlin, 20.09.2024

Die langen Schatten der Sucht

Sehr geehrte Damen und Herren, Kinder aus Suchtfamilien lernen in ihren Familien traumatische Erlebens- und Verhaltensmuster, welche Claudia Black schon 1981 auf den Punkt gebracht hat: „**Don´t talk, don´t trust, don´t feel**“. Ich will mich trauen, meine Gefühle in Bezug auf diesen Vortrag in Worte zu kleiden. Herr Dr. Meyer, Frau Oswald, Frau Reich, Herr Kosch, herzlichen Dank für Ihre Einladung! Hier, heute vortragen zu dürfen, darüber **freue** ich mich riesig. Indes bringe ich auch **traurige** und **zornige** Emotionen mit. Darüber, dass Angehörige von Suchtkranken durch die Hilfesysteme bis heute vernachlässigt werden. Als ehemaliger Suchttherapeut und heute Psychotherapeut empfinde ich ebenso **Scham** über das Versagen der Hilfesysteme.

Obendrein bin ich jahrelang daran **verzweifelt**, dass selbst NACOA – unser Verein – das Thema der erwachsenen Kinder nicht ausreichend auf dem Schirm hatte. Angesichts jüngster Entwicklungen und durch unseren Austausch, Frau Oswald, weicht meine Verzweiflung Gefühlen der **Hoffnung** und **Erleichterung**. Dennoch bleibt **Misstrauen** und **Sorge**, denn die gesellschaftliche Abwehr des Themas darf mitnichten unterschätzt werden. Herr Henning Mielke hat vor vielen Jahren in einem Vortrag darauf hingewiesen, dass Sucht ein Tabuthema sei, dass hingegen das Thema der Kinder aus Suchtfamilien einem doppelten Tabu unterliege. Ein Tabu ist eine Burg mit dicken Mauern, ein doppeltes Tabu ist wie das Verlies dieser Burg. Kein Entkommen!

Seit der Veröffentlichung von Claudia Black: „It will never happen to me“, sind 43 Jahre vergangen und ich selber engagiere mich seit nunmehr 25 Jahren für das Thema. Trotz vieler kleiner vorbildhafter Projekte kann ich keine nachhaltige, flächendeckende und systematische Reform der Systeme in Hinblick auf die Angehörigen erkennen. Es ist ein Kampf gegen Windmühlen, welcher bei mir **Ungeduld** auslöst und mich **erschöpft**.

Ich möchte Ihnen eine Fallgeschichte erzählen: *Eine 40-jährige Frau sucht Hilfe in einer Suchtberatungsstelle. Ihr Partner ist uneinsichtig suchtkrank. Sie haben drei Kinder miteinander. Die Frau ist schon gebranntes Kind aus einer Suchtfamilie und über die ausweglosen häuslichen*

Zustände depressiv erkrankt. Der mittlere 7-jährige Sohn ist schwer verhaltensauffällig, so aggressiv, dass er nicht mehr beschulbar ist. Die Frau formuliert gegenüber dem Suchttherapeuten, Hilfe zu suchen, sich trennen zu wollen, um sich und die Kinder zu schützen. Dieser vermittelt ihr in drei Sitzungen, dass sie sich nicht trennen dürfe, ihr Partner sei krank und sie müsse ihm helfen. Der Therapeut unterstützt sie nicht in ihrem Anliegen, vermittelt sie nicht in eine Psychotherapie und unternimmt auch im Hinblick auf den Sohn nichts.

Was der Frau und ihren Kindern widerfahren ist, ist unterlassene Hilfeleistung. Es ist nicht im Einklang mit der sozialen Gesetzgebung und dem Kinderschutzgesetz. Der Fall ist **symptomatisch**. Sehr viele, viel zu viele Angehörige haben mir schon solche negativen Erfahrungen mit den Hilfesystemen erzählt. Die Missachtung, Abwertung und Zurückweisung, die die Betroffenen in den Familien erfahren, wiederholen sie mit den Hilfesystemen. Man nennt dies **Retraumatisierung**.

Meine Damen und Herren, es gibt einen biografischen Faktor aus der Kindheit, der relativ sicher eine psychische Erkrankung im Erwachsenenalter vorhersagen kann. Kennen Sie diesen? Wenn ein Kind vier oder mehr **Belastungen und Traumata** ausgesetzt ist, dann wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter eine psychische Erkrankung entwickeln. Ein, zwei oder drei Traumata können Kinder abpuffern, vier nicht mehr. In unserem Buch „Die langen Schatten der Sucht“ listen meine Mitautorin, Judith Barth, und ich 23 Belastungen und Traumata einer Suchtfamilie auf. Ich nenne es auch den „**Horror Katalog**“.

Kinder aus Suchtfamilien sind die größte zusammenhängende Risikogruppe in unserem Land, auf die der biografische Faktor multipler Belastungen und Traumata zutrifft. Ihr **Erkrankungsrisiko** liegt bei 50 bis 60 Prozent. Machen Sie sich klar: Es gibt ungefähr 8 bis 9 Millionen Kinder und erwachsene Kinder aus Suchtfamilien, von denen rechnerisch 4 bis 5 Millionen als Folge der traumatischen Kindheit schon erkrankt waren, gerade erkrankt sind oder noch erkranken werden. Die Größenordnung ist **erschreckend**.

Drei Gruppen der erwachsenen Kinder aus Suchtfamilien können grob unterschieden werden. Die erste Gruppe sind die **resilienten Kinder**, welche auf 40 Prozent geschätzt werden. Die zweite Gruppe sind die Betroffenen, welche als Heranwachsende eigene Suchtprobleme entwickeln. Diese Gruppe macht ca. 30 Prozent aus. Es gibt reichlich Forschung zur **süchtigen Transmission**, welche in dem guten Buch von Martin Zobel dargestellt wird. In meiner 16-jährigen Praxis als Suchttherapeut habe ich regelmäßig in Therapiegruppen gefragt, wer aus einer

Suchtfamilie stammt. Geschätzt die Hälfte der Patienten hat sich gemeldet. Wenn wir Suchtkranken in der Behandlung ganzheitlich gerecht werden wollen, darf und muss Sucht auch und vor allem als **Traumafolgestörung** einer suchtblasteten Kindheit verstanden werden.

In einer Veröffentlichung von 2005 zum Thema der Kinder aus suchtblasteten Familien stellt Professor Michael Klein fest, dass es eine weitere belastete Gruppe gibt: Ungefähr 20 bis 30 Prozent der betroffenen Kinder sollen andere psychische Störungen entwickeln. Klein konstatiert, dass wir über diese **psychisch labile Gruppe** wenig wissen. Diese Aussage ist nur soweit richtig, als es bis heute sehr wenig Forschung zu der dritten Gruppe gibt.

Grundsätzlich ist seine Aussage falsch. Die Problematik dieser Gruppe wurde aus klinisch fachlicher Sicht schon in den 80ern des letzten Jahrhunderts differenziert und umfassend beschrieben. Die Amerikanerinnen Claudia Black, Sharon Wegscheider-Cruse, Melody Beattie, Janet Woititz, Anne Wilson Schaefer und Pia Mellody – nach meinem Kenntnisstand alle auch Betroffene – haben zu dieser Gruppe ausführlich publiziert.

In Deutschland wurde das Kinder- und Angehörigenthema von Monika Rennert, Ursula Lambrou und Ingrid Arenz-Greiving zeitnah aufgegriffen. Zuletzt, in diesem Jahrhundert, haben Waltraud Barnowski-Geiser sowie meine Mitautorin, Judith Barth, und ich den roten Faden wieder aufgenommen und darüber hinaus moderne Konzepte für Selbsthilfe, Beratung und Behandlung entwickelt. Auch die wissenschaftlichen Arbeiten von Marion Schnute und Larissa Hornig möchte ich hervorheben. All die genannten Veröffentlichungen werden von Seiten der Suchthilfe, der Suchtforschung und der Gesundheitspolitik bis heute ignoriert.

Was wissen wir aufgrund von Wissenschaft und klinischen Beobachtungen zu dieser psychisch labilen Gruppe? Ich will Ihnen meinen Stand zusammenfassen:

- Sie sind vornehmlich **weiblich**.
- Sie verhalten sich in der Kindheit und auch später **auffällig unauffällig**, normgerecht und angepasst.
- Sie sind freundlich, rücksichtsvoll, empathisch, verantwortungsbewusst und hilfsbereit.
- Sie können gut organisieren und anpacken, sind belastbar und krisenfest.
- Diagnostisch leiden sie unter **Traumafolgestörungen**, vor allem komplexer PTBS, aber auch Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Beschwerden und Persönlichkeitsakzentuierungen. Die Störungsbilder werden durch **co-abhängige** Erlebens- und Verhaltensmuster verstärkt.

- Die psychische Problematik ist aufgrund des normierten Verhaltens nur schwer zu erkennen und die Betroffenen haben wenig Wahrnehmung für die eigene Not. Sie suchen selten Hilfe.
- Sie ergreifen hingegen **helfende Berufe**, werden ErzieherInnen, KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen und PsychologInnen.
- Sie nehmen überdurchschnittlich häufig Beziehungen zu suchtkranken Männern auf und gründen mit diesen Familien mit wiederum süchtig und co-abhängig gefährdeten Kindern.

Es gibt nicht nur eine süchtige Transmission, es gibt auch eine **co-abhängige Transmission**. Die co-abhängigen Muster und die Selbstwertproblematik werden von überwiegend den Müttern an die Töchter weitergegeben. Deshalb ist zu fordern, dass die transgenerationale Weitergabe von Abhängigkeit nicht nur in Bezug auf Sucht präventiv und therapeutisch anzugehen ist, auch die co-abhängige Seite muss **gleichermaßen berücksichtigt** werden. Und es reicht nicht, wenn wir uns für die Kinder in Suchtfamilien engagieren, wir müssen **ganzheitlich** auch die erwachsenen Kinder und ebenso die PartnerInnen und Eltern einbeziehen, wenn wir als Interessenvertretung gute Arbeit machen wollen.

Meine Autorenkollegin, Judith Barth, arbeitet in einer Psychotherapiepraxis, in der ihr die KlientInnen zufällig zugewiesen werden. Sie hat zweimal während der Manuskripterstellung ausgezählt: Ungefähr 50 Prozent ihrer KlientInnen waren aus Suchtfamilien. Die Zahl ist nicht wissenschaftlich robust, doch sie weist darauf hin, dass vermutlich ein beachtlicher Anteil der Klientel in ambulanter Psychotherapie biografisch durch multiple Belastungen und Traumata einer Suchtfamilie betroffen ist.

Im Prinzip stehen uns in Deutschland für suchtkranke und psychisch kranke Menschen zwei gut ausgebaute Hilfesysteme - **Suchthilfe** und **Psychotherapie** - zur Verfügung. Doch in Hinblick auf die psychisch gefährdeten und kranken Angehörigen sind die Systeme nach meiner Erfahrung unzureichend aufgestellt und kooperieren ungenügend. Fünf kritische Aspekte erscheinen mir diesbezüglich wesentlich zu sein:

1. Es mangelt an Präventionskonzepten und -angeboten für die stillen Kinder. Es stellt sich die Frage, wie man diese überhaupt erkennen und erreichen kann. Frau Nina Roth, Herr Dirk Bernsdorf, ich und andere in der Sache Engagierte haben vor ein paar Jahren einen Workshop dazu veranstaltet und als Ergebnis eine Broschüre zu den stillen Kindern herausgebracht. Es wäre an der Zeit, daraus ein **Präventionskonzept** zu entwickeln.

2. Die Suchthilfe ist **suchtbezogen** gut aufgestellt. Hingegen sind Suchttherapeuten **traumabezogen** diagnostisch und methodisch nur wenig qualifiziert. Auch mangelt es nach meinen Erfahrungen an Bewusstsein und Wissen in Bezug auf die Traumaproblematik von Kindern aus Suchtfamilien. Ihre Thematik und die der weiteren Angehörigen sollte als ein Standard Eingang in die Weiterbildungen zum Suchtberater und -therapeuten finden.
3. PsychotherapeutInnen sind zwar traumatherapeutisch gut qualifiziert, allerdings mangelt es ihnen an Bewusstsein, Wissen und Erfahrung in Bezug auf den Themenkomplex Abhängigkeit und Suchtfamilie. Dieser kommt in den pädagogischen und psychologischen Studiengängen und in den psychotherapeutischen Ausbildungscurricula kaum vor. Hinzu kommt, dass die meisten Betroffenen ihre biografische Vorbelastung scham- und angstbedingt verschweigen. So treffen in der Psychotherapie professionelle **Ahnungslosigkeit** und symptomatische **Sprachlosigkeit** aufeinander.
4. Die heutige Suchthilfe und Suchtselbsthilfe rotiert um die lautstark, selbstüchtig leidenden Suchtkranken. Die stillen, selbstlosen Angehörigen werden darüber übersehen. Als Folge mangelt es an Angebotsstrukturen für Angehörige oder sie werden, wie in dem Fallbeispiel, sogar als Co-Therapeuten funktionalisiert. Es fehlt ein klarer Selbstanspruch und gesundheitspolitischer Auftrag, für ebenfalls die **sozialen Schäden** der Sucht zuständig zu sein. Und es fehlt an Bewusstsein dafür, dass Co-Abhängigkeit auch eine **verhaltensbezogene** Abhängigkeitsproblematik ist.
5. In den Verbänden der Suchthilfe und Suchtselbsthilfe hat es eine lange – mir unerträgliche – Tradition, die Angehörigenproblematik klein- und schönzureden und sogar den Angehörigen die Verantwortung für die Suchtkranken in die Schuhe zu schieben. Suchtverbände sind **Lobbyvertretungen** für Suchtgefährdete und -kranke. Wenn diese Institutionen den Anspruch erheben, auch für Angehörige da sein zu wollen, geraten sie in einen Interessenkonflikt. Es ist so, wie wenn Männergesangsvereine Frauenpolitik machen würden. Wir brauchen **unabhängige** Vertretungen, die **solidarisch** und **parteiisch** mit den Angehörigen, ihrer Not und ihrem Hilfebedarf sind.

In diese Bresche könnte nach meiner Überzeugung NACOA noch viel, viel mehr rein. Voraussetzung hierfür ist, dass sich unser Verein breiter aufstellt und die Angehörigenproblematik **ganzheitlich**, also **systemisch** und **transgenerational**, vertritt. Wenn wir die Größenverhältnisse be-

trachten - die Suchverbände sind groß, NACOA ist klein - könnte uns schwindelig werden. Wir könnten uns aber auch noch mal die Geschichte von David und Goliath vergegenwärtigen.

Lassen Sie uns abschließend auf die kleine Fallgeschichte zurückkommen: *Die Frau hat die Beratung nach drei Sitzungen abgebrochen. Sie arbeitet in einer sozialen Einrichtung und ihre Chefin hat sie zu mir in Therapie vermittelt. Die Frau hat den uneinsichtigen Mann herausgeworfen und ist heute psychisch stabil und gesund. Was war ausschlaggebend für diese gute Entwicklung? Einen Aspekt möchte ich hervorheben. Die Frau dachte, immer stark sein zu müssen und nicht weinen zu dürfen. So hat sie es von ihrer co-abhängigen Mutter gelernt. Es war ein längerer Prozess, dass sie umgelernt hat, weinen und schwach sein zu dürfen und von Freundinnen Trost und Unterstützung annehmen zu können. Vor ein paar Monaten hat sie sich erstmalig in einen nicht suchtkranken Mann verliebt. Sie kommt nur noch selten; jedes Mal erzählt sie davon, wie aufregend es ist, sie selbst zu sein.*

Der Sohn geht heute wieder normal zur Schule. Übrigens war nicht die Maßnahme der Jugendhilfe dafür ausschlaggebend. Je mehr die Frau gelernt hat, mit sich milder zu sein, desto mehr hat sich der Sohn ihr gegenüber geöffnet, konnte sich bei ihr ausweinen und ihr von seiner Not erzählen. Und dann war es möglich, die Frau dafür zu sensibilisieren, sich der älteren Tochter zuzuwenden. Die Frau hat mit Erschrecken entdeckt, dass diese wie sie selbst ist: rücksichtsvoll, vernünftig, hilfsbereit und still – viel zu still.

Ich danke Ihnen für Ihre wertgeschätzte Aufmerksamkeit.