



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Studiengang: Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

Vor- und Zuname
Kathrin Dammann



Titel

**Die Entwicklung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien:
Störungen und Ressourcenbildung unter stressauslösenden
Bedingungen**

Abgabedatum
28.02.2019

Betreuender Professor: Prof. Dr. Georg Schürgers (HAW Hamburg)
Zweitprüfender: Prof. Dr. Gunter Groen (HAW Hamburg)

Vorwort

Sicherheit, Schutz und ein Fundament, welches Geborgenheit bietet, sind wichtige Bausteine in der Entwicklung eines Kindes. Emotionaler Rückhalt, das Aufwachsen in gefestigten Bedingungen und vor allem auch empathisches Agieren, Kindern verstehend gegenüber zu treten und sie in ihrer Individualität zu erkennen, sind bedeutsame Aspekte. Dies besang bereits der Berliner Liedermacher Klaus Hoffmann in seinem Lied „Jedes Kind braucht einen Engel“. Negatives Einwirken und prägende Erfahrungen, haben unmittelbares Verhalten zur Folge und der Weg zu einem gefestigten „Ich“ wird vorbestimmt.

Fehlende Voraussetzungen für entwicklungsgerechte Strukturen können bedeuten, dass besonders stress- oder angstauslösende Bedingungen Auffälligkeiten verursachen. Besonders in suchtgeprägten Familien ist dies häufig der Fall. Dies muss nicht immer mit sich führen, dass Störungen, die einer Behandlung bedürfen, entstehen. Ob belastende Bedingungen krank machen oder nicht, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. Die Persönlichkeit und auch das Alter eines Kindes sind natürlich ausschlaggebend für Entwicklungsreaktionen in einer Zeit belastender Ereignisse, da ein kindliches Gehirn noch besonders formbar ist und je nach persönlichen Voraussetzungen facettenreich reagiert.

Darüber hinaus muss es nicht immer nur negative Folgen mit sich bringen. Das Leben in den von Alkoholismus geprägten Familien kann auch bewirken, dass sich Menschen in ihren Charaktereigenschaften besonders entwickeln. Das Leben mit einem oder mehreren alkoholkranken Familienangehörigen kann auch stark machen und die betroffene Person zu speziellen Kompetenzen und interaktiven Fähigkeiten führen.

Dies kann ich aus eigener Erfahrung berichten. Ich bin in einer Familie mit einem schwer alkoholabhängigen Vater groß geworden. Ich kenne die Dynamiken unter schweren Bedingungen, wie zum Beispiel Aspekte der Gewalteinwirkung psychischer und physischer Art, Anpassung oder Vermeidung. Ich habe diverse Phasen eines Suchtverlaufes mit durchlebt, kenne Einflüsse auf mich und alle Familienmitglieder, therapeutische Interventionen, Hilfen und mögliche, persönliche Folgen bei den einzelnen Beteiligten.

In diesem emotionalen Spannungsfeld können sich schwächende und stärkende Eigenschaften entwickeln. Hiervon soll nun die folgende Arbeit handeln, in der an einigen Stellen sicher auch aufgrund meiner Biographie eigene Erfahrungen einfließen werden. Nicht zuletzt daraus hat sich bei mir die Motivation entwickelt, mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

14.02.2018

Kathrin Dammann

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
1 Einleitung.....	8
2 Grundlagen von Entwicklungsstörungen in alkoholbelastenden Lebensbedingungen	9
2.1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	10
2.1.1 Entwicklung von Depressionen	10
2.1.2 Angststörungen und Phobien.....	12
2.1.3 Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)	14
2.1.4 Zwangsstörungen	16
2.1.5 Dissoziative Störungen	18
2.2 Begleiterscheinungen psychischer Diagnosen - traumatisierenden Entwicklungsbedingungen und Lebensqualität.....	20
2.2.1 Selbstverletzendes und suizidales Verhalten.....	20
2.2.2 Entwicklung eigenen Suchtverhaltens	22
2.2.3 Psychosomatische Störungen	23
2.3 Interaktionen im familiären System.....	24
2.3.1 Co-abhängiges Verhalten	24
3 Ursachen der Störungen in erschwerten Entwicklungsstrukturen	24
3.1 Vernachlässigung.....	25
3.2 Misshandlungen	25
3.3 Bindungsabbrüche.....	26
4 Die neuronale Entwicklung der Persönlichkeit	27
4.1 Pränatale Aspekte	28
4.1.1 Epigenetik.....	29
4.2 Postnatale Aspekte.....	30
4.2.1 Identitätsbildung	32
4.3 Neurobiologische Strukturen des Gehirns – das limbische System	32
4.3.1 Der Hippocampus.....	33
4.3.2 Die Amygdala.....	34
4.3.3 Effekte von Neurotransmittern und Hormonen bei traumatischer Reizverarbeitung	34
4.3.4 Erinnerungen und Konditionierung des Gedächtnisses	36
5 Entwicklungsreaktionen in Entwicklungsprozessen durch fehlende Sicherheit, Verlässlichkeit und Geborgenheit	37
5.1 Entwicklungen der Ich-Identität durch den Einfluss früher Erfahrungen	37

5.1.1 Die Dissoziation als Ich-Stärke.....	39
5.2 Die Entwicklung psychosozialer Netzwerke in prägenden Lebensphasen.....	39
5.2.1 Störungen des Sozialverhaltens	40
5.2.2 Aufmerksamkeitsstörungen	40
6 Multiple Stressoren und individuelle Bewältigungsstrategien	41
6.1 Überleben in Ausnahmesituationen	41
6.1.1 Resilienz und Vulnerabilität	42
6.1.2 Die Familie als System	42
6.1.3 Coping-Strategien.....	43
7 Schutzfaktoren und Ressourcen in der Persönlichkeitsentwicklung	43
7.1 Ein positives Selbstkonzept	44
7.2 Selbstwirksamkeit	44
7.3 Kontrollüberzeugung.....	44
7.4 Kompetenzerwartung	45
8 Ergebnisse einer problemzentrierten Interviewstudie mit erwachsenen Kindern alkoholabhängiger Eltern (Sabine Nord, 2012).....	45
8.1 Der Untersuchungsansatz	45
8.2 Die Untersuchungsgruppe: Interviewpartner und Kontaktaufnahme.....	46
8.2.1 Auswahlkriterien der Untersuchungsgruppe	47
8.2.2 Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe	47
8.3 Erhebungsinstrumente.....	47
8.3.1 Transkription und Tonbandaufzeichnungen	48
8.3.2 Postskriptum in Funktion persönlicher Sammlung von Eindrücken und Interpretationen	48
8.4 Die Zusammenfassung der Ergebnisse.....	49
8.4.1 Positiv erlebte Auswirkungen der familiären Alkoholproblematik	49
8.4.2 Negativ erlebte Auswirkungen der familiären Alkoholproblematik	51
9 Interventionen zur Förderung der Widerstandsfähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen	51
9.1 Die Entwicklung von Ressourcen als dynamischer Anpassungsprozess	52
9.2 Subjektives Herstellen einer personell orientierten Resilienz	53
9.3 Schutzfaktoren im sozialen Umfeld finden	53
9.4 Ansatzpunkte für Begleitung in Institutionen (Tages- und Bildungseinrichtungen) zur Ressourcenbildung	54
9.4.1 Individuelle Ressourcenförderung	55
9.4.2 Beziehungsspezifische Ressourcenförderung	56
10 Resümee.....	57

10.1 Entwicklungsbedingte Störungsbilder unter stressauslösenden Bedingungen	58
10.2 Resilienz und Ressourcenbildung.....	58
10.3 Ressourcenfördernde Interventionen.....	59
Quellenverzeichnis.....	60
Anhang	64
Themenbereiche des verwendeten Interviews	64
Interviewleitfaden.....	66
Gesprächsleitfaden	68
Eidesstattliche Erklärung.....	69

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Übersicht Depressionssymptomatik (Groen / Petermann, 2002 / 2011, 16)	S.11
Abb. 2	Kognitives Modell der PTBS (Tagay et al. 2016, 73)	S.15
Abb. 3	Stress Regulation and incision in Borderline personality disorder (Schmahl et al., 2016, 27)	S.21
Abb. 4	Was die Persönlichkeit prägt (Strüber, 2018, 11)	S.27
Abb. 5	Epigenetische Markierungen (Hughes, 2014, 9)	S.29
Abb. 6	Medianansicht des Gehirns mit den wichtigsten limbischen Zentren (Garbe, 2018, 72)	S.33
Abb. 7	Die Bedürfnispyramide nach Maslow (Garbe, 2018, 96)	S.38

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Häufige Gründe (%) für soziale Ängste (Essau 2014, 55)	S. 13
Tab. 2	Die häufigsten Zwangssymptome bei Kinder und Jugendlichen mit Zwangsstörungen (Essau, 2014, 60 nach Thomsen, 2001, 266)	S. 17
Tab. 3	Beispiele von Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter ((Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 21)	S. 52
Tab. 4	Erziehungsmaxime zur Förderung von Resilienz in der Erzieher-Kind-Interaktion (Wustmann Seiler / Fthenakis, 134)	S. 56
Tab. 5	Erziehungsmaxime zur Förderung von Resilienz in der Erzieher-Kind-Interaktion (Wustmann Seiler / Fthenakis, 135)	S. 57

1 Einleitung

In jeder vom Alkoholismus gezeichneten Familie herrschen vielschichtige, psychodynamische Prozesse, von denen jede in einem solchen Kontext lebende Person betroffen ist. Es sind interaktive Prozesse, die oft ineinandergreifen, sich gegenseitig bedingen und prägende Verhaltensmuster hinterlassen. In der Folge entsteht häufig ein pathologisches Zusammenleben, in dem die betroffenen Menschen miteinander funktionieren, jedoch häufig auch darunter leiden. Gründe können zum Beispiel Angst, eine emotionale beziehungsweise auch materielle Abhängigkeiten sein. Besonders schwierig wird es immer dann, wenn Kinder gezwungen sind in solchen Strukturen aufzuwachsen. Sie können oftmals gar nicht benennen, dass etwas nicht stimmt, merken aber in vielen Alltagssituationen, dass sie irgendwie anders sind als Personen aus ihrem direkten Umfeld.

Ist der Punkt erreicht, an dem Kinder auffällig werden, darf nicht mehr weggesehen werden, Handlungsbedarf ist angezeigt. Es gilt psychische Entwicklungsstörungen in unterschiedlichen Ausprägungen sowie das Zusammenspiel einzelner pathologischer Symptome im Rahmen einer Komorbidität zu erkennen und frühestmöglich zu behandeln. Besonders in sozialen Kontexten wie Tageseinrichtungen, Schulen oder Kitas, kann ungewöhnliches oder abnormes Verhalten in vielfältiger Weise auffällig werden. Oft wird an dieser Stelle sichtbar, dass die Lebensqualität der Betroffenen deutliche Einschränkungen erleidet und sich individuelle Kompensationsversuche erlebter Defizite zeigen. Hierfür gibt es häufig Gründe, die sich nicht selten durch Bedingungen im familiären System, aber auch in der strukturellen Persönlichkeit finden lassen, begründet durch erlernte Verhaltensschemata. Lebensereignisse, interpersonelle Sichtweisen des auffälligen Kindes und innerfamiliäres Geschehen sollten daher durch außenstehende, fachkundige Personen näher beleuchtet und überprüft werden.

Soziale Beziehungen, Bindungsverhalten an bestimmte Menschen und das Lernverhalten im Allgemeinen und in Bildungseinrichtungen können aussagekräftige Indikatoren sein.

Weiterhin spielen auch neurobiologische Faktoren eine tragende Rolle. In einem einzelnen Kapitel werde ich mich der physiologischen Entwicklung von Lernstrukturen widmen. Sowohl pränatale, als auch postnatale Bedingungen sind aus hirnanatomischer Sicht bedeutsam und von psychologischen Erklärungsansätzen abzuspalten.

Hiervon soll der erste Teil meiner Arbeit schwerpunktmäßig handeln. Ich beschäftige mich mit Defiziten, deren Ursachen durch Traumatisierungen, mit entwicklungsbedingten Folgen und dem Lernen.

Im zweiten Teil möchte ich mein Augenmerk zunächst auf die innerpsychischen Entwicklungen der betroffenen Kinder richten. Ihnen müssen unter vielschichtigen

Stressbedingungen oft durch individuelle Kreativität Anpassungen gelingen, damit sie in einem System leben können, welches auf mancher Ebene nicht der Norm entspricht. Doch die Sicht eines Kindes auf die erfahrenen alltäglichen Geschehnisse muss nicht grundsätzlich negativ sein. Es lernt dadurch manchmal auch persönlich stärkendes Verhalten, wie Situationen auszuhalten, Geduld mitzubringen oder Stimmungen zu erspüren und sich entsprechend einzufühlen zu können. Dies sind nur Beispiele für spezielle Ressourcen und das Entstehen von möglicher Resilienz. Nachdem ich die sich entwickelnde Aspekte im persönlichen Selbstkonzept und die sich daraus ergebenden Kompetenzen dargestellt habe, möchte ich mich zur Veranschaulichung auf eine durchgeführte Studie von 2012 mit erwachsenen Kindern aus alkoholbelasteten Familien stützen. Hier werden an der praktischen Arbeit orientierte Teile der Interviewführung und eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse vorgestellt.

Anhand ausgewählter Literatur möchte ich somit den aktuellen Forschungsstand von Einflüssen, Auswirkungen und Umgangsformen im vom Alkohol belasteten, familiären Kontext analysieren und Entwicklungsprozesse vorstellen. In wie weit finden Reaktionen für die Bildung Ressourcen statt? Wodurch werden sie behindert und welche Vorgänge fördern widerstandsfähiges Verhalten? Welche Aspekte tragen zu differenten Entwicklungen bei und führen dazu, dass Krankheiten entstehen können?

Abschließend soll ein Kapitel der förderlichen Möglichkeiten aus dem sozialen Umfeld und institutionellen Einrichtungen der Vervollständigung dienen. Erörtert wird an dieser Stelle, wie außenstehende dritte dazu verhelfen können, betroffene Kinder stark zu machen und die Erzeugung von Resilienzen unterstützen. Wie können sie zu einer „gesunden“ Entwicklung beitragen? Individuelle Förderung und Förderung sozialer Kompetenzen werden am Ende den Schwerpunkt bilden.

2 Grundlagen von Entwicklungsstörungen in alkoholbelastenden

Lebensbedingungen

In einer Familie mit einer vom Alkohol geprägten Struktur aufzuwachsen heißt für ein Kind fast immer, dauerhaften Stressbedingungen ausgesetzt zu sein. Frühe Erfahrungsmuster aus der Familiengeschichte können sich oft durch das gesamte Leben ziehen und das Verhalten, Denken und Fühlen des betroffenen Kindes beeinflussen (Lambrou, 1990, 9, 12). Traumatische Kindheitserfahrungen bedingen den Ausdruck und die Verarbeitung von Affekten und psychischem Stress. Häufig ist eine lebenslange Empfindlichkeit, hochsensible Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung von Belastungssituationen die Folge. Bewältigungsreaktionen und Handlungen, dienen dem Überleben in stressauslösenden Situationen. Das Verhalten, welches beim Auftreten der Problematik oft sinnvoll und

notwendig anzuwenden war, wird zu späteren Zeitpunkten jedoch oft von externen Personen als Fehlverhalten beurteilt (Korittko, 2017, 30). Traumatisierende Bedingungen können psychische Erkrankungen zur Folge haben. Einige von ihnen sollen in diesem Kapitel aufgeführt werden.

2.1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Emotionale Störungen, sowie Belastungs- und Verarbeitungsstörungen können häufig das Resultat belastender Einwirkungen, sowie psychischer oder physischer Gewalteinwirkungen sein, wie sie in Familien mit alkoholkranken Elternteilen vorkommen. Besonders psychosoziale Defizite, als auch Probleme im subjektiven Erleben, sind die Folge und können sich auf das gesellschaftliche Leben auswirken (Zobel, 2006, 40).

2.1.1 Entwicklung von Depressionen

Eine häufig auftretende psychopathologische Reaktion auf psychosoziale Belastungen im innerfamiliären Kontext sind depressive Störungen. Im ICD 10 werden in der klinischen Diagnostik depressive Episoden, rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störungen und chronische Depressionen (Dysthymia) aufgeführt. Depressive Episoden können laut Definition in leichter, mittelgradiger und schwerer Form in Erscheinung treten. Ferner kommt in der Klassifikation des ICD 10 auch die akute Reaktion auf schwere Belastungen, beziehungsweise eine Anpassungsstörung vor. Hierzu zählt zum Beispiel auch die Posttraumatische Belastungsstörung, die im späteren Verlauf auch beschrieben wird (Dilling et al., 2015, 169 – 207). Eine detaillierte Unterscheidung der einzelnen Diagnostik soll an dieser Stelle nicht weiter behandelt werden. Es geht dabei aber im Wesentlichen um Häufigkeit und Dauer des Auftretens von Krankheitsanzeichen. Auf der Beschreibungsebene lassen sich Anzeichen von Depressionen in Symptome und Syndrome einteilen. Auf der Symptomebene werden typische Verhaltensweisen wie Gefühle von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessensverlust, erhöhte Ermüdbarkeit oder Antriebslosigkeit beschrieben. Die Syndrome beschreiben weitere charakteristische Anzeichen, die mit der zentralen Symptomatik einhergehen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Einschränkungen in der Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, verminderter Appetit, Schlafstörungen oder eine erschwerte Entscheidungsfähigkeit (Groen, Pertermann, 2002 / 2011, 15).

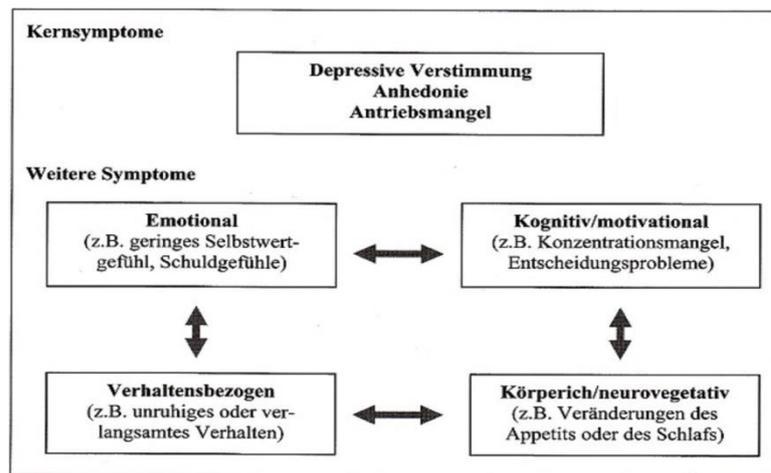


Abb. 1: Übersicht Depressionssymptomatik (Groen / Petermann, 2002 / 2011, 16)

Die gedrückte Stimmung ändert sich während der Depression von Tag zu Tag nur wenig und reagiert kaum auf bestehende Lebensumstände. Jedoch zeigt sich in der individuellen Vielfalt eine breite Facette von Erscheinungsbildern. Auch untypische Erscheinungen, die nicht direkt mit der Depression in Verbindung gebracht werden sind möglich und kommen besonders häufig im Jugendalter vor. Hierzu zählen Verhaltensweisen wie motorische Unruhe, erhöhte Reizbarkeit und Aggression, Angst oder auch exzessiver Alkoholgenuss (Dilling et al., 2015, 170). Eine Depression beginnt häufig zwischen dem frühen und dem mittleren Jugendalter. Klinische Studien besagen, dass dies auch schon in der späten Kindheit geschehen kann, Dysthymien (chronische Depressionen) sogar noch etwas früher auftreten. Depressive Kinder und Jugendliche zeigen im späteren Leben stärkere psychosoziale Beeinträchtigungen, haben zwischenmenschliche, schulische oder berufliche Schwierigkeiten. Außerdem zeigen sie auch häufig einen erhöhten Konsum von Nikotin und Medikamenten und haben gesundheitliche Probleme (Groen / Petermann, 2002 / 2011, 58). Da die Jugend die sensibelste Phase in der Entwicklung der Identität, des Selbstbildes und des Selbstkonzeptes darstellt, sind psychosoziale Erfahrungen entscheidend wichtig und weichenstellend. Hier findet die Repräsentation der Fähigkeiten und Fertigkeiten statt, über die sich ein Individuum identifizierend bewertet, Werte und Vorstellungen entwickelt und die Reaktion der Umwelt einschätzen lernt und mit Emotionen verknüpft. Außerdem entwickelt sich hier eine Emotionsregulation, in der es einem Menschen ermöglicht werden soll, auf personen- aber auch umgebungsbezogene Faktoren angemessen zu reagieren. Unter den bestehenden Bedingungen wird gelernt, emotionale Erregung zu beeinflussen, zu kontrollieren, umzuleiten und situativ verändern zu können. Soziale Kontakte stellen im Kindes- und Jugendalter eine wesentliche Bezugsgröße dar. Bei Kindern sind dies vorrangig die Eltern oder nahestehende Bezugspersonen, mit steigendem Alter differenzieren die Jugendlichen zunehmend, so dass auch Kontakte in der Schule oder weiteren Umgebung

wichtig werden. Das Bedürfnis nach sozialer Nähe behält jedoch auch in diesem Zeitraum innerhalb der Familie eine hohe Bedeutung (Groen / Petermann, 2002 / 2011, 79, 81).

2.1.2 Angststörungen und Phobien

Angststörungen treten häufig als Komorbidität zusammen mit Depressionen auf. Unter Komorbidität versteht man das gemeinsame Auftreten mehrerer Störungen. Häufig ist dabei die erste Störung Ursache, bzw. Risiko für eine zweite Störung (ebd., 41). Ähnliche Persönlichkeitsdispositionen liegen diesen beiden Störungen zugrunde. Sie lassen sich vor allem auf eine dysfunktionale Emotionsregulierung, sowie dem Auftreten negativ behafteter affektiver Reaktionsweisen zurückführen. Trotz ähnlicher Komponenten im Erklärungsansatz müssen beide Störungsbilder differenziert voneinander betrachtet werden (ebd., 48, 49).

Bei den „reinen“ Angststörungen möchte ich zwischen **Trennungsangst**, **sozialer Phobie** und **Vermeidungs-** bzw. **Versagensangst** differenzieren. Ferner soll die **generalisierte Angststörung** erwähnt werden. Bei der Entstehung von Angst kommt der Verarbeitung von Emotionen eine bedeutsame Rolle zu. Emotionen sind der gegliederte Ausdruck von Affekten. Die körpernächste Komponente sind durch physiologische oder neurohumorale Vorgänge begründet, die bei Erregungsprozessen ausgelöst werden. Dies geschieht durch selektive Veränderungen im Hormonsystem, die zum Beispiel mit Auslösern in Stresssituationen einhergehen (Wildermuth, 2006, 86). Diese körpereigenen Aspekte werden in Kapitel 4 weiter erörtert.

Die **Trennungsangst** zunächst ist in einer bestimmten Altersstufe ganz normal. Diese entsteht im Alter von sieben Monaten und dauert etwa bis zu Ende der Vorschulzeit. In diesem Alter sind Kinder naturgemäß nicht gerne von ihren Eltern getrennt. In späterem Alter wird Verhalten in dieser Hinsicht auffällig. Wesentliche Merkmale dieser Symptomatik sind dem Entwicklungsstand übermäßige und unangemessene Ängste, von zu Hause oder von den Hauptbezugspersonen (den Eltern) getrennt zu sein. Überwältigende Furcht davor, dass den Eltern etwas zustoßen, man sie verlieren könnte oder durch eine Katastrophe von ihnen getrennt zu werden, sind kennzeichnend. Oftmals bilden diese Ängste das Zentrum von wiederkehrenden Alpträumen, in denen die Trennung von den Eltern im Fokus steht. Belastungen oder Veränderungen im Leben eines Kindes können dazu führen, dass sich diese Ängste manifestieren (Essau, 2014, 36, 37).

Die **Soziale Phobien** beginnen oft in der Jugend. Sie zentrieren sich auf die Furcht der prüfenden Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen. Hier ist häufig das Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit beeinträchtigt. Auch die Angst, in öffentlichen Gruppen erbrechen zu müssen kommt vor. Betroffene empfinden oft direkten Augenkontakt als extrem belastend. Soziale Phobien sind meist mit geringem Selbstwertgefühl und / oder der Furcht vor Kritik eng verbunden. Symptome sind

beispielweise das Erröten, Händezittern, Stottern, Übelkeit etc. (Dilling et al., 2015, 193). Jugendliche mit einer sozialen Phobie unterliegen oft dem Gefühl, dass ihre körperlichen Reaktionen auch ihr inneres Gefühl erkennen lassen. Dadurch werden sie häufig noch ängstlicher und geraten in einen Teufelskreis. Gedanklich setzen sie ihr Versagen voraus, wodurch ihre Nervosität und der körperliche Ausdruck die Angst wiederum verstärkt. Die größte Angst von Kindern oder Jugendlichen besteht darin, vor andern etwas falsch zu machen und sich zu blamieren. So reden sie beispielsweise ungern vor Gruppen, weil sie befürchten stottern zu können. Oder es werden Situationen gemieden, die es erfordern würden, Fragen zu stellen, aus Angst einen dummen Eindruck zu machen (vgl. Tab. 1).

Angst,	Jungen (N = 177)	Mädchen (N = 312)
• dass etwas Peinliches oder Beschämendes geschieht	38.4	39.4*
• für dumm oder schwach gehalten zu werden	22.6	36.5***
• für verrückt gehalten zu werden	2.8	3.5*
• einen Angstanfall zu bekommen	1.1	7.1**
• sehr durcheinander zu sein	58.2	65.1**
• sich schämen zu müssen	2.8	26.6*
• erbrechen zu müssen	0.6	4.2*
• die Kontrolle über Darm/Blase zu verlieren	2.3	1.0**
• zu erröten	35.0	41.0**

Anmerkungen: * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001; signifikante Geschlechtsunterschiede

Tab. 1 Häufige Gründe (%) für soziale Ängste (Essau 2014, 55)

Bei kleineren Kindern kann es sich zum Beispiel um Hemmungen handeln, mit anderen Menschen zusammen zu essen, aus Furcht davor, zu kleckern. Bei Kindern wird die Angst vor sozialen Situationen oft durch Weinen, Wutanfälle oder Zittern ausgedrückt. Bis zu einem gewissen Zeitpunkt, nämlich der Pubertät, können Ängste vor sozialer Beurteilung jedoch auch zur normalen Entwicklung gehören. Im Allgemeinen kann jedoch festgehalten werden, dass immer altersangemessen die Fähigkeit zum Herstellen soziale Beziehungen mit vertrauten Menschen bestehen muss (Essau, 2014, 53, 55).

Versagensängste stehen sehr mit **Sozialen Phobien** in Verbindung. Sie resultieren aus einer Selbstvertrauensschwäche bei Kindern, die Angst haben, Situationen nicht gewachsen zu sein. Ein zentrales Thema bei den betroffenen Kindern ist die Schulangstentstehung. Diese Kinder fühlen sich ständig in der Position, Prüfungssituationen ausgesetzt zu sein. Sie erleben alles als Prüfung mit der subjektiven Gewissheit, in allem schon einmal versagt zu haben. Immer bestehen Zweifel daran, gut genug zu sein. Dies kann sich bis hin zu der Frage steigern „Bin ich überhaupt gut?“ (Wildemuth, 2006, 93, 94). Wie auch die **Soziale Phobie** unterliegt die Versagensangst dem Druck durch soziale Bewertung. Kinder betrachten sich als wenig kompetent und besitzen eine geringe Selbstachtung. Im Vergleich zu Altersgenossen zeichnen sie sich signifikant durch schlechtere Schulleistungen aus (Essau, 2014, 78, 79).

Bei der **Generalisierten Angststörung** handelt es sich um ein Übermaß an erlebter unkontrollierbarer Angst und Sorge, die an den meisten Tagen mit einer Reihe von Ereignissen und Aktivitäten im Zusammenhang steht, ohne dass es für eine solche Angst einen spezifischen Anlass geben muss. Kinder können beispielsweise Ereignisse von Katastrophen oder Gewalttaten, die sie im Fernsehen sehen, sofort als erschreckendes Geschehen auf sich beziehen. Sie scheinen nicht zu bemerken, dass das Eintreten des Ereignisses, über das sie sich Sorgen machen, sehr unwahrscheinlich ist. Eine solche Angst muss über mindestens sechs Monate bestehen, um die diagnostischen Kriterien zu erfüllen. Die Begleitung durch somatische Symptome ist typisch. Dazu zählen insbesondere Schwäche, Schwindel und schnelle Ermüdbarkeit, aber auch Muskelspannungen, Reizbarkeit und Schlafstörungen können auftreten (Essau, 2014, 65 - 67). Komorbide Störungen wie zum Beispiel das Auftreten einer depressiven Episode, Zwangsverhalten oder dissoziative Zustände sind möglich, ohne dass der Betroffene jedoch alle Kriterien hierfür erfüllen darf, wenn die **Generalisierte Angststörung** als Hauptdiagnose gilt (Dilling et al. 2015, 199).

2.1.3 Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Bei der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine pathologische Form der Verarbeitung des Geschehens. Die Bewertung des Betroffenen führt dazu, dass traumatische Ereignisse Belastungen in der Gegenwart auslösen. Oftmals wird das Erlebte übergeneralisiert, mit der Schlussfolgerung, dass überall Gefahren lauern könnten beziehungsweise Orte, die früher sicher erschienen, jetzt mit Bedrohung verbunden werden. Die PTBS-Symptome werden von den Betroffenen selbst als Ausdruck erlebt, „nicht normal“ zu sein. Sie können Auswirkungen auf den Umgang mit anderen Menschen haben und dazu führen, sich der Gestaltung sozialer Kontakte nicht mehr fähig zu fühlen (Tagay et al., 2016, 74, 75). Das Trauma wird situativ nicht in die Biographie eingebettet. Emotionen,

Empfindungslosigkeit und missbrauchen nicht selten Alkohol oder Medikamente, um die nicht zu ertragende Affektüberflutung zu kompensieren. Unterschiedlichste Symptome können beim Vorliegen einer PTBS auftreten. Besonders häufig sind zum Beispiel, Schlafstörungen, eine übersteigerte Wachsamkeit, Herzrasen, eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit oder auch somatoforme Störungen (Korittko, 2017, 36). Kinder äußern ihre akuten Reaktionen auf eine traumatische Bedrohung direkt mit einem sichtbaren Ausdruck der Furcht und Hilflosigkeit, indem sie z. B. schreien, wimmern, zittern oder eine ängstliche Mimik annehmen. Außerdem reinszenieren sie das Erlebte häufig in Spielen. Die Symptome des Vermeidungsverhaltens ähneln denen der Erwachsenen. Sie ziehen sich gegenüber den Eltern zurück, vermeiden alles, was mit dem Trauma zu tun hat (auch das darüber reden) und zeigen plötzlich kein Interesse mehr an früher bedeutsamen Dingen der Umwelt gegenüber. Weiterhin können sie auch bereits erworbene Kompetenzen verlieren, wie z. B. Sprache, Sauberkeit oder Essverhalten (ebd., 36, 37). Auch Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsmangel, übersteigerte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und somatische Störungen können zusätzlich zu dem, was auch bei Erwachsenen und Jugendlichen zu beobachten ist, auftreten (ebd., 38). Traumata in der Kindheit, die lange andauern, können sich auf die gesamte kognitive, soziale, emotionale und körperliche Entwicklung auswirken. Das menschliche Gehirn entwickelt sich von Geburt an im Kontext und dem Bedürfnis nach Bindung. Kinder besitzen von Anfang an diese Fähigkeit und wissen intuitiv, was sie tun müssen. Handeln bedeutsame Bezugspersonen nun gegen diese naturgegebene Intuition und traumatisieren ihr Kind früh und intensiv, werden sich seine ständig wiederholenden Notfallreaktionen zu Teilen der Persönlichkeit entwickeln (ebd., 65). Ähnlich wie bei kriegstraumatisierten Menschen mit einer PTBS, sind die Gehirne von misshandelten und vernachlässigten Kindern optimal trainiert, im Kampf zu überleben (ebd., 67).

2.1.4 Zwangsstörungen

Bei einer Zwangsstörung handelt es sich um eine Art Störung, die von Ritualen und Zweifeln geprägt ist. Die Betroffenen leiden unter zeitaufwändigen und störenden Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (Essau, 2014, 59). Zwangsgedanken bestehen darin, dass sich dem Betroffenen ungewollt immer wiederkehrende Vorstellungen, Gedanken oder Bilder aufdrängen und in sein Bewusstsein treten. Er erlebt sie selbst zumeist als unangenehm, sinnlos und beunruhigend. Außerdem können sie auch impulsiv gefärbt sein und dadurch mit Unsicherheitsgefühlen, Angst, Scham oder Ekel verbunden werden (Althaus et al., 2018, 25). Aufdringliche Gedanken in Assoziationsketten entwickeln dabei eine Eigendynamik (ebd., 96). Sie werden einerseits selbst als angst- und spannungsauslösende Obsessionen empfunden, andererseits findet aber durch Zwangshandlungen und Rituale wieder eine

Entlastung statt (Althaus et al., 2018, 25). Bei Zwangshandlungen handelt es sich um eine Reaktion auf diese ungewollten, sich aufdrängenden Gedanken und Impulse. Dabei entstehen sich wiederholende Verhaltensweisen, die stereotyp bestimmten Regeln unterliegen. Eine starre, sich wiederholende Abfolge von bestimmten Handlungen ist festgelegt und dient dem Ziel, Ängste und Anspannungen zu reduzieren (ebd., 28). Bei den häufigsten Formen von Zwangsstörungen handelt es sich um Kontroll-, Wasch-, oder Gedankenzwänge (vgl. Tab. 2).

Zwangsgedanken	% in den verschiedenen Studien
Schmutz und Ansteckung	40
Angst, dass etwas Schreckliches geschehen wird	20
Krankheit	20
Tod	20
Symmetrie	15
Sexualität	10
Religiöse Gedanken	10
Angst, sich selbst oder anderen zu schaden	8
Zwangshandlungen	% in den verschiedenen Studien
Waschrituale	50
Überprüfen	40
Zwangsverhalten	40
Ordnen/Aufräumen	30
Andere Rituale	25
Zählen	20

Tab. 2 Die häufigsten Zwangssymptome bei Kinder und Jugendlichen mit Zwangsstörungen (Essau, 2014, 60 nach Thomsen, 2001, 266)

Folgende Ursachen begründen die Entstehung einer Zwangsstörung. Neben neurobiologischen Ursachen und einer genetischen Prädisposition, die ansatzweise im Kapitel 4 erklärt werden, soll hier das Hauptaugenmerk auf psychologischen Gründen liegen. Zunächst sei hier das psychodynamische Konzept erwähnt. Nach Freud liegt die Begründung einer Zwangserkrankung darin, einen inneren Konflikt zwischen den eigenen Trieben (dem „Es“) und den vermittelten moralischen Instanzen, den Werten, Normen und Haltungen (dem „Über-Ich“) zu vereinbaren (Wewetzer, 2004, 54). Die Rolle der familiären Umstände und der Erziehung hat daran einen wesentlichen Anteil. Von Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen werden in der Entwicklung eines Kindes moralische

Einstellungen und Verhaltensweisen vermittelt. Das Kind verinnerlicht diese in zunehmendem Maße, so dass diese irgendwann selbstverständlich werden und nicht mehr von außen benannt werden müssen. Wird ein Kind bei Regelverstößen oder Fehlern beispielsweise oft bestraft, entwickelt sich in der Folge ein besonders strenges „Über-Ich“, welches keine Fehler verzeiht. Überzogene Anforderungen zum Beispiel in Bezug auf Ordnung oder Reinlichkeit können die Folge sein (Althaus et al., 2018, 85). In der neueren Forschung wird auch das lerntheoretische Modell des klassischen Konditionierens beschrieben. Gerade durch dieses Wechselspiel der Entstehung von Unwohlsein und Spannungen und der kurzfristigen Entlastung durch ritualisiertes Verhalten, findet eine Art Lernprozess statt, bei dem eine bestimmte Reaktion auf den gekoppelten Reiz folgt (Wewetzer, 2004, 55). Eine weitere Problematik entsteht dann, wenn Zwangsstörungen in Verbindung mit einer anderen psychischen Erkrankung auftreten. Die häufigsten Begleiterkrankungen sind hier Depressionen, Angststörungen und Phobien, Sucht und Abhängigkeit (vgl. Kap. 2.2.2) und auch Persönlichkeitsstörungen (Althaus et al., 2018, 67-74). Oftmals dient eine Zwangserkrankung dann als scheinbarer Sicherheitsstifter. Der geschwächte Betroffene findet dann in den ritualisierten Abläufen seiner Zwänge eine Art Halt, wodurch ihm das Leben dann zumindest kurzfristig kontrollierbarer und weniger bedrohlich erscheint (ebd. 87).

2.1.5 Dissoziative Störungen

Der Begriff Dissoziation beschreibt im Prinzip das Gegenteil einer Assoziation. Die Assoziation beschreibt zunächst im Wortsinn eine Verbindung oder Verknüpfung. Die Dissoziation hingegen bedeutet dem Wortsinn nach Trennung, Spaltung, Teilung oder Zerfall. Dissoziative Störungen zeichnen sich dadurch aus, dass im Bereich des psychischen Funktionierens, bestimmte Verknüpfungen oder Verbindungen gestört sind. Durch die enge Verbindung zu traumatischen Erfahrungen, deren Folge eine dissoziative Störung sein kann, haben Betroffene oft den Wunsch, auftretende Symptome zu verbergen, die ich im weiteren Verlauf beschreiben möchte (Gast / Wabnitz, 2017, 17). Nach Dell (2002) wurden wesentliche diagnostische Kriterien für dissoziative Störungen beschrieben:

- **Amnesien / Gedächtnisprobleme**, bei denen auffällige Erinnerungslücken von Teilen der Lebensgeschichte auftreten
- **Depersonalisierung** als fremd erlebte Wahrnehmung des Selbst, von Gedanken oder des eigenen Körpers
- **Derealisation** mit einer wiederkehrenden veränderten Wahrnehmung der Umgebung, so dass diese fremd, unwirklich entfernt und ungewohnt erscheint
- **Dissoziative oder somatoforme Flashbacks**, bei denen das Gefühl oder die körperliche Erinnerung (vgl. Kap. 2.2.3) entsteht, ein Trauma noch einmal zu

durchleben und dabei völlig den Kontakt zum Ort, der Zeit, Situation oder anderen Personen zu verlieren

- **Trancezustände** während derer die Person in den Raum starrt, ohne etwas zu denken oder wahrzunehmen, was um sie herum geschieht

(Gast / Wabnitz, 2017, 51)

Im ICD 10 werden die Symptome Depersonalisierung und Derealisation separat als neurotische Störungen mit Entfremdung der eigenen Person oder Entfremdung der Umgebung aufgeführt. Patienten berichten hierbei konkret von außerkörperlichen Erfahrungen, bei denen sie das Gefühl haben, sich von außen zu betrachten. Die Welt erscheint ihnen schal und unwirklich. Alles wird wie in einem Traum oder surreal wahrgenommen. Persönliche Ereignisse aus dem eigenen Leben werden oft so wahrgenommen, als wären sie selber gar nicht dabei gewesen. Sie sind sozusagen abgespalten von den persönlichen Gefühlen. Erinnerungen geschehen wie in Zeitlupe oder in einem Zeitraffer. Es kommt vor, dass aufgrund von Hemmungen des Emotionszentrums unangenehme Eindrücke Betroffene unberührt lassen (Elbers, 2017, 55, 56).

- Teilweise **abgespaltene Selbstzustände**
- **Dissoziative Identitätsstörungen** (im ICD 10 Multiple Persönlichkeitsstörung)

(Gast / Wabnitz, 2017, 51)

Bei der Entstehung von dissoziativen Störungen stehen insbesondere die Ursachen kindlicher Traumatisierungen, emotionale, sexuelle und körperliche Misshandlungen im Vordergrund. Auch elterliches Fehlverhalten und emotionale Vernachlässigungen spielen wesentliche Rollen (vgl. Kap. 3). Hier stellen Interaktion und die Bindung zwischen Kindern und den nächsten Bezugspersonen einen deutlichen Zusammenhang zu Dissoziationen dar (ebd., 61). Zum Beispiel stressbeladene Situationen, wie die Trennung der Eltern beeinflussen die charakteristischen Bindungsmuster in der Entwicklung des Kindes (ebd. 80). Häufig vorliegende dissoziative Symptome kommen ausgeprägt bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) vor. Hier ist die Beeinträchtigung jedoch nicht so tiefgreifend, dass das Handeln, Wahrnehmen und Erinnern partiell abgespalten von der eigenen Person eingeordnet wird (ebd., 99). Bei 30 %-70% aller Patienten mit Dissoziativer Störung wurde jedoch auch die BPS diagnostiziert (ebd., 101). Neben anderen Symptomen (z. B. impulsives Verhalten, innere Leere, instabile Beziehungen, Stimmungsschwankungen) möchte ich in dieser Arbeit das häufig vorhandene selbstverletzende und suizidal agierende Verhalten (vgl. Kap. 2.2.1) näher ausführen (Kreismann / Straus, 2008, 8, 9).

Erwähnen möchte ich hier auch kurz neurobiologische Prädispositionen, die im Kapitel 4 ausführlich behandelt werden. Die Störungen in den bestimmten Verbindungen und Verknüpfungen geschehen nicht willkürlich, sondern erfolgen an biologisch vorgegebenen, spezifischen Bruchstellen. Es existieren verschiedene, miteinander biologisch kompatible Systeme, die sich unter günstigen Bedingungen in der Entwicklung miteinander vernetzen. Unter belastenden Bedingungen wie zum Beispiel traumatischen Ereignissen, werden diese Vorgänge behindert oder sogar unmöglich gemacht. (Gast / Wabnitz, 2017, 18).

2.2 Begleiterscheinungen psychischer Diagnosen - traumatisierenden Entwicklungsbedingungen und Lebensqualität

Bei allen erläuterten psychischen Krankheitsbildern ist in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, die unter traumatischen Bedingungen wie in einer alkoholbelasteten Familie aufwuchsen, das Auftreten begleitender Symptome deutlich erhöht. Diese sind zunächst unspezifisch und differenziert zu betrachten und können dazu führen, dass mehrere Diagnosen nebeneinander zu einem komplexen Störungsbild führen. Man spricht dann von Komorbidität (Garbe, 2018, 36, 37). Nicht immer wird sofort darauf geschlossen, dass dem gesamten Störungsbild eine Entwicklungstraumatisierung zugrunde liegen kann, die als Folge von innerfamiliären Extrembelastungen entstanden ist. Bei diesen Kindern und Jugendlichen kann das Leben in Unsicherheiten, Gewalt und Einsamkeit, Faktoren, die sich tief in die Persönlichkeit eingraben, zu innerpsychischen Veränderungen führen und sich in den verschiedensten Symptomen äußern (ebd., 38). Dies hat Einfluss auf das weitere Leben auch im Erwachsenenalter und kann sich gravierend auf Lebensqualität und Alltagsbewältigung auswirken. Drei der in meinen Augen wesentlichen Begleitsymptome möchte ich an dieser Stelle weiter erläutern.

2.2.1 Selbstverletzendes und suizidales Verhalten

Bei vielen seelischen Erkrankungen ist die Wahrscheinlichkeit eines Suizids oder selbstverletzenden Verhaltens immer zu beachten. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) steigt die Zahl derer, die sich das Leben nehmen insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiter an. Besonders hoch ist das Risiko für einen Suizidversuch bei einer affektiven Störung mit depressiver Symptomatik in Kombination mit bestimmten Lebensumständen (z. B. Partnerschaftsprobleme oder Jobverlust), bei denen die Betroffenen ihre Lage als vollkommen hoffnungslos empfinden (Schneider, 2015, 36, 37).

Selbstverletzende Verhaltensweisen können bei allen Krankheitsbildern auftreten, die dissoziative Störungen mit sich bringen. Typisch hierfür ist wieder die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie können aber auch bei anderen Erkrankungen wie der

Depression, Angststörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung vorkommen (Schmahl, 2016, 22). Das Kernproblem bei Selbstverletzungen bildet eine Störung der Gefühlsregulation, bei der häufig heftige Emotionen hervortreten, die bis hin zu körperlicher Aggression führen können. In Verbindung mit einer Dissoziation, die bei den Erkrankten immer in Verbindung mit besonderer Belastung auftritt, dauert es oft lange, bis solche intensiven Gefühle wieder abklingen (Gelitz, 68). Während einer solchen Dissoziation unterliegen die Betroffenen einer hohen Anspannung und einer reduzierten Schmerzwahrnehmung. Sie schneiden sich dann beispielsweise mit Rasierklingen, verbrennen sich mit Zigaretten oder schlagen ihren Kopf gegen die Wand. Anschließend erleben sie einen Zustand der Erleichterung und Entspannung zusammen mit einem verspäteten Auftreten von Schmerzempfinden (Schmahl, 2016, 22, 23). Am Beispiel von Borderline Patienten lässt sich dieser Spannungsabbau besonders gut nachvollziehen:

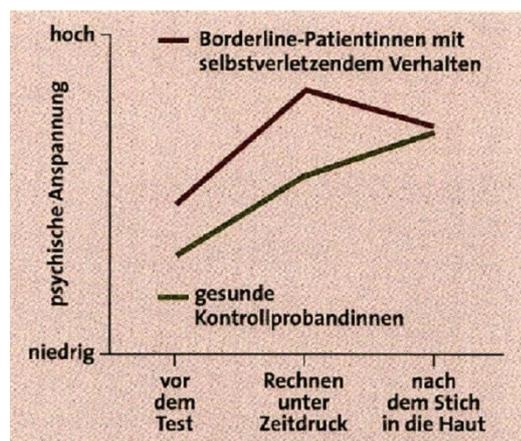


Abb. 3 Stress Regulation and incision in Borderline personality disorder (Schmahl et al., 2016, 27)

Als Selbstverletzungen definiert man hier das wiederholte, absichtliche Verletzen des eigenen Körpers ohne eine bewusste Suizidabsicht. Hierbei wird seelischer Schmerz durch körperlichen Schmerz überlagert und wirkt entlastend. Als Risikofaktoren belegt eine Vielzahl von Studien traumatische Erfahrungen in der Kindheit, die (u. a. hormonell bedingt) Stressreaktionen aus dem Gleichgewicht bringen können. Die größten Risiken werden durch die Misshandlung, den Missbrauch, die Vernachlässigungen und Bindungsstörungen zu den Eltern verursacht. Ausgelöst durch enttäuschende zwischenmenschliche Erfahrungen, sowie Kränkungen und Überforderungen gilt als zentraler Verstärker eine direkte körperliche Reaktion, die die Anspannung sinken und dissoziative Gefühle verschwinden lässt. Die Betroffenen empfinden sofortige Erleichterung. Das Erregen von Aufmerksamkeit und die Provokation der Eltern können ebenfalls selbstverletzendes Verhalten aufrechterhalten (ebd.,

24). Suizidales Agieren, beziehungsweise Suizidversuche treten bei affektiven Störungen mit dem Risikofaktor Schwermut auf. Akute Alarmzeichen für Freunde und weitere Bezugspersonen sind vor allem Ausdrücke der gedanklichen Einengung (Ausweglosigkeit), das Aufgeben und die Vernachlässigungen der gewohnten Interessen und das Herunterfahren der sozialen Beziehungen beziehungsweise das Fehlen solcher. Besonders wichtig für Menschen mit einem Suizidrisiko ist die Einbindung in ein soziales Netz. Auch die konkreten Ankündigungen oder die Vorbereitungen angekündigter Suizidabsichten sind akute Warnsignale. Es gilt die Aussage, dass bei Menschen, die schon einmal einen Suizidversuch unternommen haben, das Risiko für weitere Versuche dramatisch steigt. Betroffene, die sich nach einem missglückten Versuch in psychiatrische Behandlung begeben, haben statistisch gesehen ein 40fach höheres Suizidrisiko als die Allgemeinbevölkerung. Betroffene äußern vor ihrer Tat anderen Personen gegenüber Todes- oder Ruhewünsche und sogar manchmal konkrete Suizidabsichten. Das Umfeld sollte jeden Hinweis auf eine solche Absicht ernst nehmen und unbedingt reagieren. Die Betroffenen sollten sich möglichst umgehend in professionelle Behandlung begeben. Fachärzte und Therapeuten vergeben hier kurzfristig Notfalltermine. Fachärzte können akut mit Hilfe von Medikamenten Anspannungen, Schlaflosigkeit und Ängste lindern und Therapeuten durch Gespräche in Krisen intervenieren und sie überwinden lassen. Nach Berechnungen der WHO würde die Zahl der Suizide um etwa 20 % sinken, wenn besonders Depressionen oder begleitend auch Alkoholismus besser erkannt und behandelt würden (Schneider, 2015, 38, 39).

2.2.2 Entwicklung eigenen Suchtverhaltens

Wie schon erwähnt haben Klienten mit einer psychischen Diagnose häufig auch als Komorbidität ein erhöhtes Risiko zu einer persönlichen Suchterkrankung. Eine ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences) zwischen 1995 und 1997 in San Diego, in welcher mehr als 17000 Mitglieder einer amerikanischen Krankenversicherung befragt wurden ergab, dass die Beteiligten, die Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit ein bis zu zwölfmal erhöhtes Risiko hatten, alkohol- oder drogenabhängig zu werden. Bei vielen trat dies in Begleitung einer Depression auf. Auch das Risiko, einer Nikotinsucht zu verfallen, wurde als Spätfolge einer schweren Kindheit als erhöht angegeben. Weitere Inhalte dieser Studie waren auch mögliche Theorien veränderte biologische Mechanismen durch epigenetische Effekte (Grabe / Spitzer, 2017, 8). Diese werden in Kapitel 4.1.2 näher erläutert.

Andere Erklärungsmodelle der psychopathologischen Folge gehen davon aus, dass Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsum durch seelische Erkrankungen gefördert werden, weil durch ihre Wirkung die Symptome vermindert werden und über Verstärkungslernen zu anhaltendem Suchtmittelkonsum führt (Selbstmedikationshypothese).

Die Selbstmedikationshypothese wurzelt in der Spannungsreduktionstheorie von Conger (1956) und im Modell der Stressreaktionsdämpfung nach Sher und Levenson (1982), wonach betroffene Menschen Substanzen konsumieren, um ihre Reagibilität auf Stresssituationen zu verringern. Die eine Störung löst also eine weitere Störung aus und erhält sie wie in einem Teufelskreis aufrecht. Beide Störungen haben somit genetische und andere biologische Bedingungen als Prädisposition zusammen mit erschwerten Umweltbedingungen zum Beispiel der Kindesmisshandlung (Moggi, 2007, 84, 85).

2.2.3 Psychosomatische Störungen

Psychosomatische Störungen sind in der somatischen Diagnostik körperliche oder neurologische Symptome, für die es im direkten Zusammenhang keine organische Ursache gibt (Gast / Wabnitz, 2017, 51). Neben akuten körperlichen Reaktionen wie Schwindel, Übelkeit oder Kopfschmerz in emotional belastenden Situationen, möchte ich mich an dieser Stelle auf chronische Erkrankungen beziehen. Forschungen haben ergeben, dass es eine direkte Beziehung zwischen Kindheitstraumata und gesundheitlichen Problemen im Erwachsenenalter geben könnte. Beispielsweise eine Studie am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) bestätigte einen solchen Zusammenhang mit der Autoimmunkrankheit Multiple Sklerose (MS). Darin gaben 234 erkrankte und 885 gesunde Teilnehmer Auskunft über ihre Kindheit. Bei den MS-Erkrankten berichteten mehr als doppelt so viele von Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung. Weiterhin ergab eine spätere Auswertung der ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences) aus San Diego 2004, dass mit Misshandlungen in der Kindheit vermehrt koronare Herzerkrankungen einhergingen (Grabe / Spitzer, 2017, 8). Seelische Belastungen können sich außerdem auch auf den Zustand der Haut auswirken, wie eine Studie 2010 an der Universität von Rijeka (Kroatien) bestätigte. Die Forscher befragten dort Probanden mit der Schuppenflechte Psoriasis zu traumatischen Erfahrungen in der Kindheit. Es berichteten dort deutlich mehr Teilnehmer mit der Schuppenflechte über belastende Ereignisse. Viele litten bereits erstmalig in der Pubertät darunter. Im Jahre 2008 entdeckten Forscher an der Charité in Berlin einen Zusammenhang zwischen biochemischen Systemen und entzündlichen psychosomatischen Hauterkrankungen wie beispielsweise Neurodermitis. Um Entzündungen entgegenzuwirken braucht der Körper das Stresshormon Kortisol. Es hat hier die Aufgabe die durch Adrenalin und Noradrenalin verursachte Entzündung wieder zurückzudrängen. Chronische Belastungen vor allem in der Kindheit können zur Folge haben, dass die Balance dieser beiden Stressreaktionen sich verschiebt. Auf die vermehrte Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin folgt nicht mehr ausreichend die Produktion von Kortisol. Die Betroffenen sind anhaltend starkem psychischem Stress ausgeliefert und resultierende Entzündungen werden nicht mehr gedämpft (Bauer-Delto, 2016, 18, 19).

2.3 Interaktionen im familiären System

Im Allgemeinen zeigen erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern eine Vielzahl an zwischenmenschlichen Problemen. Wie schon im ersten Teil dieses Kapitels deutlich werden sollte, zeigen durch die permanente Interaktion mit einem alkoholabhängigen Elternteil, die betroffenen Angehörigen insbesondere unzureichende soziale Kompetenzen, mangelnde psychosoziale Anpassung und mangelndes Vertrauen in Beziehungen. Ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl und mangelnde Verhaltenskontrolle vor allem durch co-abhängiges Verhalten sind auffallend (Zobel, 2006, 73). Diesen bedeutsamen Bereich im Verhalten der mitbetroffenen Angehörigen im interaktiven System der Abhängigkeit, möchte ich nun näher beleuchten.

2.3.1 Co-abhängiges Verhalten

Mit dem Begriff Co-Abhängigkeit wird ein dysfunktionaler Beziehungsstil zu anderen Menschen bezeichnet. Die betroffenen Personen, in diesem Fall die Kinder, übernehmen Verantwortung für das Leben, die Gefühle und Probleme des entsprechenden Elternteils. Sie besitzen, wie bereits erwähnt, ein geringes Selbstwertgefühl. Dieses machen sie hauptsächlich zusammen mit ihren eigenen Bedürfnissen und ihrem Gefühl von Identität abhängig von anderen Menschen. Bei der späteren Wahl eines Partners / einer Partnerin orientieren sie sich stark an dessen / deren Eigenschaften, an welchen sie sich stark aufopfern können, sie aber gleichzeitig auch kontrollieren und auf Distanz halten. Sie erhalten mit der Macht der Übernahme von Verantwortung für den / die Abhängige(n) die Sucht oft in hohem Maße unbewusst aufrecht. Seit einem Konzept der Co-Abhängigkeit aus den 70iger Jahren geht man nicht mehr davon aus, dass sich ein solches Verhalten erst in einer Partnerschaft im Erwachsenenalter entwickelt, sondern, dass es sich bereits in der Kindheit durch das Aufwachsen bei alkoholabhängigen Elternteilen manifestiert hat. Insbesondere Frauen wählen entsprechend ihrer familiären Erfahrungen überzufällig häufig einen abhängigen Partner für den sie Verantwortung übernehmen können, um darüber ihre Identität zu bilden (Zobel, 2006, 79).

3 Ursachen der Störungen in erschwerten Entwicklungsstrukturen

Vernachlässigung, psychische oder physische Misshandlungen und die Trennung von Bindungspersonen sind häufige Formen in alkoholbelasteten Familien. Die Kinder sind meist die leidtragenden Betroffenen. Obwohl jede der Formen eine spezifische Problematik aufweist, können sie auch oft in Kombination auftreten. Gesunde soziale Lebensbedingungen sind wichtig für alle Menschen, gerade für die aufwachsenden, sich entwickelnden Kinder. Sie sollten mit guten Bindungserfahrungen leben, ansonsten können

Traumata mit der Folge psychischer Störungen, wie in Kap. 2 beschrieben, die Folge sein (Garbe, 2018, 41).

3.1 Vernachlässigung

Unter Vernachlässigung versteht man hier eine Unterstimulierung an emotionalen, körperlichen und kognitiven Reizen. Wichtige Bindungspersonen nehmen kaum Kontakt zu den betreffenden Kindern und zeigen weder emotional noch körperlich Interesse. In der Folge können die Kinder Symptome wie mangelnde Beziehungsfähigkeit, Gefühlsunterdrückung, verminderte Fähigkeit zur Empathie, verringerte Lernfähigkeit oder die Neigung zu Gewalt aufweisen. Je jünger ein Kind zur Zeit der Vernachlässigung ist, desto größer ist seine Vulnerabilität (Verletzbarkeit). Eine fehlende emotionale Zuwendung, ein geringes Vorhandensein von positivem Körperkontakt, sowie fehlende kognitive Anregung stellen Formen von Vernachlässigung dar und können neuronale Schäden hinterlassen. Bei einer Häufung solch negativer Erfahrungen bilden sich neuronale Muster von erhöhter Stressbereitschaft (vgl. Kap 4). Erlebt ein Kind beispielsweise, dass niemand kommt, wenn es schreit, spürt es sich in innerer Leere und Einsamkeit. Daraus resultiert dann Resignation. Die Kinder wirken oft apathisch, gelangweilt und tragen Züge einer frühkindlichen Depression. Eine ähnliche Wirkung kann unzureichende Kleidung, Nahrung oder fehlende Betreuung haben. Kinder in Bedingungen von Vernachlässigung fallen häufig als besonders stille Kinder auf, denn sie haben gelernt, dass es nicht lohnenswert ist, auf sich aufmerksam zu machen. Sie verhalten sich häufig unauffällig und zurückgezogen und wirken angepasst und pflegeleicht. Auch ein geringes Selbstwertgefühl, innere Passivität, bei großer festhaltender, teils auch somatisierter Bedürftigkeit, zeichnet sie aus (Garbe, 2018, 45, 46).

3.2 Misshandlungen

Hier soll zunächst zwischen physischer und psychischer Misshandlung unterschieden werden. Alle Formen der körperlichen Gewalt, wie das Schlagen (mit Gegenständen), verbrennen, kneifen, schubsen, festbinden und einsperren zählen wir zu den physischen Misshandlungen. Als psychische Misshandlungsformen gelten besonders die verbale und nonverbale Entwertung, Bestrafung durch Schweigen und Ignoranz und das Ausgrenzen. Laut einer Studie der Universität Bielefeld 2013 berichteten 25% der Befragten Jugendlichen bereits verbale Gewalt erlebt zu haben. Obwohl bisher wenige Forschungen zu diesem Thema vorhanden sind, wird davon ausgegangen, dass es beträchtliche Folgeschäden in psychologischer Hinsicht gibt. Verbale Misshandlung im Sinne von Missachtung führt stärker als körperliche Misshandlung zu emotionalen Problem. Die sich entwickelnden jungen Menschen zeigen Auffälligkeiten im Bereich des Selbstvertrauens und der

Selbstwirksamkeit. Misshandlungen sind in erster Linie das Ergebnis überforderter Eltern. Sie reagieren affektiv aus Gefühlen der Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Wut. Sie misshandeln körperlich oder seelisch zum einen, um sich durchzusetzen, aber auch um sich innerlich wieder zu regulieren. Oft kann die Misshandlung der eigenen Kinder ihren Ursprung auch in eigenen, nicht verarbeiteten Misshandlungserfahrungen in der eigenen Kindheit haben. Es kommt vor, dass Eltern die Misshandlungsformen, gerade wenn sie als Reaktion auf tatsächliche Verfehlungen eingesetzt wurden, als angemessenen Erziehungsstil betrachten. Es wurde nachgewiesen, dass Personen, die selber misshandelt wurden, eher dazu neigen, ein solches Verhalten als angemessen zu betrachten. Überforderte, auf sich alleine gestellte Eltern tendieren eher zu gewalttätigem Verhalten, als Eltern, die sozial und ökonomisch gefestigt sind und sich in einem guten gesundheitlichen Zustand befinden. Frühe Erfahrungen von Gewalt haben gravierende Folgen für die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Insbesondere Schmerzerkrankungen und Somatisierungsstörungen scheinen in einem engen Zusammenhang mit Misshandlungen zu stehen (Garbe, 2018, 41, 42).

3.3 Bindungsabbrüche

Weitere Menschen zu finden, mit denen der Aufbau einer verlässlichen Beziehung möglich ist, lässt sich als Urbedürfnis des Menschen beschreiben. Das Eingehen einer sicheren Bindung zu einer festen Bezugsperson ist unabdingbare Voraussetzung für eine positive Entwicklung bei Kindern. Gelingt dieser Aufbau nicht, wie es in den vom Alkohol dominierten Familien häufig der Fall ist, kommt es zu erheblichen Defiziten in der Beziehungsgestaltung. Unsicher vermeidende oder reaktive Bindungsstörungen können die Folge sein. In einer frühen Phase führen traumatische Erfahrungen dazu, dass sich zusätzlich ein desorganisierter Beziehungsstil entwickelt und alle künftig darauf aufbauenden Schritte sich in besonderer Art manifestieren können, die dann wiederum Einfluss auf die folgenden Beziehungsgestaltungen hat. Im Laufe der Entwicklung eines Heranwachsenden können häufig sich wiederholende Bindungsabbrüche die bereits vorhandenen Beeinträchtigungen verstärken, was dazu führt, dass sich im Erwachsenenalter insbesondere starke Persönlichkeitsstörungen, Sucherkrankungen oder Somatisierungsstörungen, wie sie im zweiten Kapitel aufgeführt werden herausbilden.

Kinder, die in einem unzureichenden Umfeld von Bindungen aufwachsen, machen permanent die Erfahrung, nicht sicher aufgehoben zu sein. Der Alltag mit den nächsten Angehörigen zeigt sich als nicht verlässlich und unberechenbar. Sie finden kaum oder keinen Schutz und Trost. In einer solch frühen Phase der Entwicklung sind sie, auf sich alleine gestellt, mit der selbstständigen Regulation ihrer Affekte überfordert. Sollten sich solche Erfahrungen während prägender Entwicklungsjahre stetig wiederholen, (Bindungs- und

Bezugspersonen wechseln häufig und / oder unterbrechen die Bindung immer wieder) kann das Kind niemals ein Grundvertrauen in die Welt entwickeln (Garbe, 2018, 47, 48). Gerade im Leben von alkoholerkrankten Personen, hier die Elternteile, ist unter anderem aufgrund der Überforderung mit dem eigenen Ich, ein unsteter Lebenswandel, wenig Verlässlichkeit und Beständigkeit häufig. Heranwachsende Kinder oder auch bereits Jugendliche erleben sich als Wesen, die niemand haben will, die unerwünscht sind, wodurch sich sehr wahrscheinlich negative Kognitionen herausbilden. Sie denken zum Beispiel, dass sie sich auf niemand anderen als sich selbst verlassen können und steuern womöglich auf eine Zukunft in sozialer Isolierung zu (Garbe, 2018, 47).

4 Die neuronale Entwicklung der Persönlichkeit

Die Verschiedenartigkeit der Menschen, ihr Temperament und allgemein ihre Charaktere, werden sowohl von den Genen als auch durch Erfahrungen vor der Geburt und kurz nach der Geburt beeinflusst. Es handelt sich um Einflüsse auf das Gehirn, durch welche die Persönlichkeit geprägt wird. Am Beispiel von frühen Stresserlebnissen soll hier die Funktion von Nervenzellen und Botenstoffen (Hormone / Neurotransmitter) verdeutlicht werden. Die von Nervenzellen aktivierten Netzwerke arbeiten bei jedem Menschen anders. Dadurch stellen sie einen wesentlichen Aspekt seines Wesens dar. Wir unterscheiden uns jedoch nicht nur darin, wie die Nervenzellen miteinander verschaltet sind, sondern auch dadurch, dass bestimmte Botenstoffe in unterschiedlicher Konzentration ihre Aktivität beeinflussen. Bei der Stressverarbeitung spielen besonders die Botenstoffe Kortisol und Oxytozin eine Rolle. Es ist ausschlaggebend, in welcher Ausprägung diese Botenstoffe im Gehirn wirken (Strüber, 2018, 8).

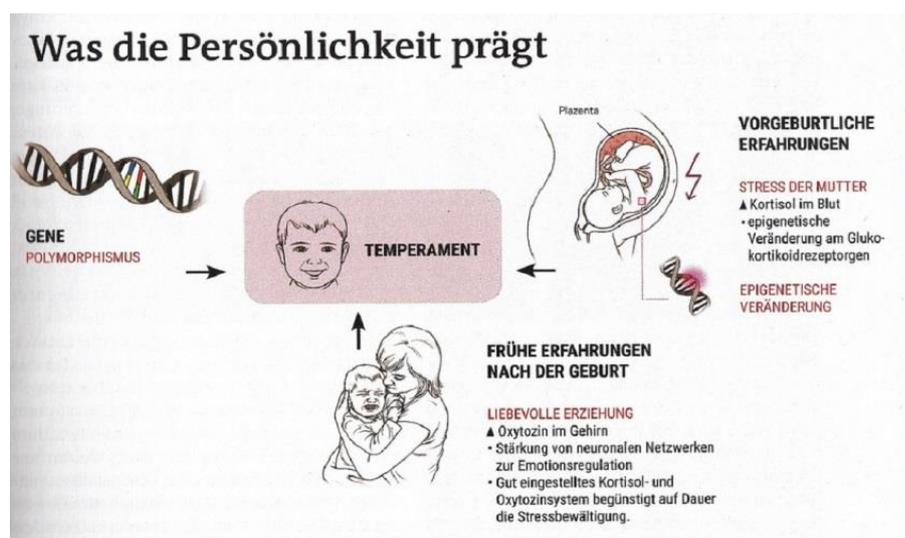


Abb. 4: Was die Persönlichkeit prägt (Strüber, 2018, 11)

Die Fähigkeit, wie gut Menschen Emotionen unterscheiden können, wird beispielsweise durch frühe Erfahrungen geprägt. An diesem Prozess ist das Hormon Oxytozin beteiligt, denn es verstärkt die Bindung der Emotionszentren. Werden hier die Nervenzellen regelmäßig von Oxytozin geflutet, gelingt es Kindern später besser, die eigenen Emotionen zu kontrollieren (Strüber, 2018, 12, 14). Ein erhöhter Kortisolspiegel hingegen verursacht eine verstärkte Stressempfindlichkeit. Das körpereigene Hormon zählt zur Gruppe der Glucokortikoide und ist unter anderem dafür verantwortlich, wie Menschen mit belastenden Situationen umgehen kann (ebd., 11).

Eine ausführlichere Definition zur Funktion von Botenstoffen im Gehirn folgt zu einem späteren Zeitpunkt im Kapitel zu neurobiologischen Inhalten. Wie das Gehirn jedoch durch unterschiedliche Einflüsse zu welcher Zeit geformt werden kann, sei hier nun nachstehend aufgeführt.

4.1 Pränatale Aspekte

Der Grund, weshalb Menschen so verschieden sind liegt darin, dass sowohl die Gene als auch die ersten Erfahrungen im Mutterleib prägend wirken, wie ein Kind auf seine Umwelt reagieren wird. Das Gehirn, der Sitz unserer Persönlichkeit, wird bereits vor der Geburt davon beeinflusst, wie Stresserfahrungen auf Nervenzellen und Botenstoffe einwirken. Leidet die Mutter in der Schwangerschaft an starkem Stress, beeinträchtigt dies nachhaltig die Funktion des kindlichen Stressverarbeitungssystems. Die Ausprägung, wie stark welche Botenstoffe im Gehirn wirken, wird also gemeinsam mit den Genen von pränatalen Erfahrungen beeinflusst. Dadurch werden die Botenstoffe bei jedem Menschen individuell schnell oder langsam abgebaut und brauchen unterschiedliche Zeiten, um nach ihrer Wirkung wieder in die Zelle zu gelangen. Auch die Zahl der Rezeptoren (Bindungsstellen) variiert bei jeder Person (Strüber, 2018, 8, 9). Rezeptoren entstehen jedoch nicht zufällig. Bei ihnen handelt es sich um Proteine, für deren Herstellung ein bestimmtes Gen aktiviert werden muss. Die hierfür zuständigen Gene treten in vielfältigen Varianten auf. Sie sind polymorph (vielgestaltig). Das bedeutet, dass bei jedem Menschen die Desoxyribonukleinsäure (DNA) bei der Herstellung von Proteinen, andere Moleküle aufweist, was dazu führen kann, dass unterschiedliche Aminosäuren gebildet werden. Das Genprodukt (Protein) liegt daher in differenten Formen vor und kann sich mehr oder weniger gut an Rezeptoren binden. Das führt dazu, dass die Proteine bei manchen Menschen gut, bei anderen weniger gut wirken. Das Zusammenspiel der Genvarianten in Verbindung mit der Wirkung ihrer spezifischen Stoffe beeinflusst das Temperament eines Menschen. Diverse wissenschaftliche Studien belegen einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung verschiedener Gene, der Persönlichkeit und auch psychischen Erkrankungen. Die

Genvarianten, welche demnach die Informationen für die Herstellung unserer Proteine liefern, die mit den Botenstoffen zusammen wirken können, legen also das Temperament fest, bestimmen aber auch, wie vulnerabel (verletzbar) oder widerstandsfähig jemand auf Erfahrungen reagiert (Strüber 2016, 40-43). Die wesentlichen Botenstoffe, die für die Stressverarbeitung und Belastungsfähigkeit im Zusammenhang mit psychischen Störungen sind, werden in Kapitel 4.3.3 erläutert.

4.1.1 Epigenetik

Bei dem Begriff Epigenetik handelt es sich um die Metaebene genetischer Regulation. Diese stellt einen molekularen Mechanismus dar, der zu einer stärkeren oder schwächeren Aktivierung von Genen führt, ohne dass jedoch die darin gespeicherten Informationen verändert werden. Dadurch erhöht sich die Flexibilität des immer gleichen Erbgutes in den verschiedenen Zellen. Ein Beispiel für die Epigenetik ist die DNA-Methylierung, die ganz bestimmte Genbereiche in verschiedener Intensität aktiv werden lässt (vgl. Abb. 5). Stärker methylierte DNA Abschnitte werden weniger häufig abgelesen und sind damit inaktiver. (Osterkamp, 2018, 31, 32).

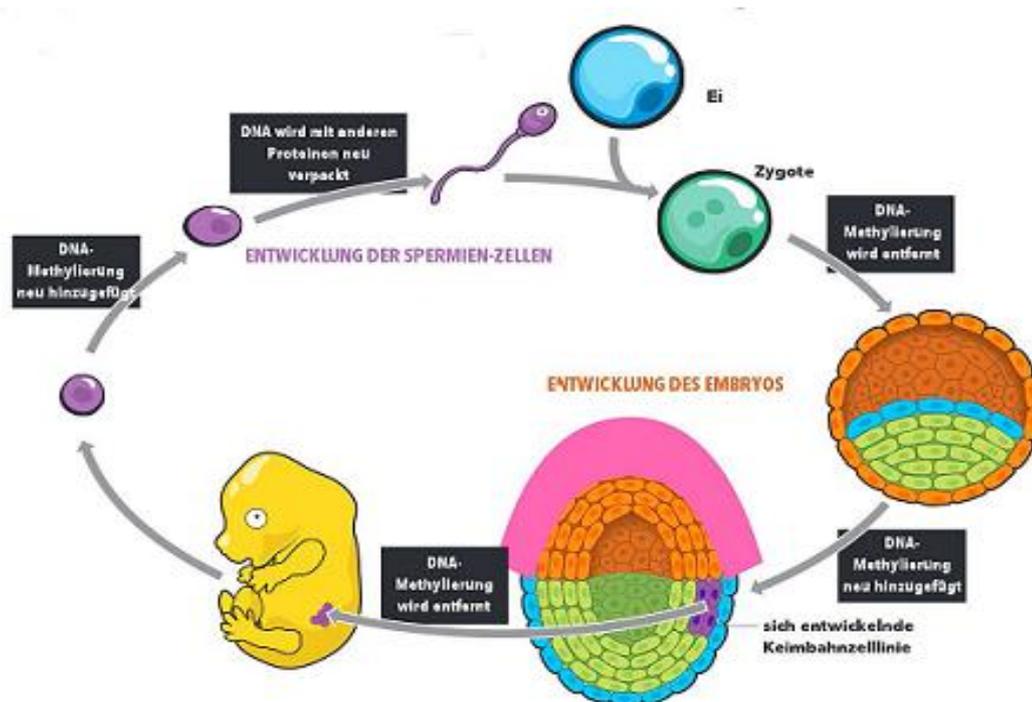


Abb. 5 Epigenetische Markierungen (Hughes, 2014, 9)

Epigenetische Effekte sind auch von Bedeutung, wenn es um das Ausmaß von Stressanfälligkeit geht (Garbe / Spitzer, 2017, 9). Äußere Faktoren, wie Umweltbedingungen beeinflussen die Methylierung der DNA und damit die Aktivierung der Gene. Dadurch lässt sich epigenetisch erklären, weshalb sich traumatische Erlebnisse oder Stresserfahrungen

während der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind und auf das spätere Erwachsenenleben negativ auswirken können. Traumatische Erfahrungen belasten nicht nur die unmittelbar Betroffenen, sondern scheinen auch in den folgenden Generationen Spuren zu hinterlassen. Forscher diskutieren derzeit, in welchem Umfang Erlebnisse epigenetische Veränderungen aufweisen können. Laut dieser Studien sind dies bezügliche Effekte durch Veränderungen an der DNA bis in die dritte Generation möglich. Es sind äußerst komplexe Vorgänge, die den Menschen zu der Persönlichkeit machen, die er ist. Ob ein Erbfaktor ruht oder nicht, hängt wie eingangs geschildert davon ab, wie er verpackt ist. Die an der DNA hängenden Methylgruppen bestimmen, was an dem jeweiligen Gen abgelesen werden kann. Die Markierungen ändern sich unter dem Einfluss der gesammelten Lebenserfahrungen. Somit hängt es von vielen biologischen und geerbten Faktoren ab, aber auch von epigenetischen Markierungen, die die Aktivität von Genen bestimmen, wie verletzlich (vulnerabel) oder widerstandsfähig (resilient) jemand reagiert. Schon im Mutterleib vorherrschende Umweltbedingungen, Lebensbedingungen und die Ernährung der Mutter sind hier ausschlaggebend. Die Einflüsse, also all die Hormone, Nähr- und Botenstoffen, denen ein Kind während der Schwangerschaft ausgesetzt war, können die Gene des Kindes epigenetisch programmieren (Gebhardt, 2018, 34-37). Ob psychische Belastungen damit die Stressresistenz reduzieren, also beispielsweise körperliche Misshandlungen jemanden erkranken lassen, oder jemand schlimme Erlebnisse oder schwierige Lebensumstände ohne Schaden übersteht, weil er eine größere Resilienz (Widerstandsfähigkeit) besitzt, hängt bedeutend von molekularen Veränderungen an der DNA ab. Wer jedoch in jungen Jahren Gewalt und Misshandlungen ausgesetzt war, oder wessen Mutter solche Bedingungen erlebt hat, wird auch im Erwachsenenalter mit hoher Wahrscheinlichkeit Stressfaktoren schlechter verkraften. Die derzeitige Wissenschaft ergründet momentan die schwierigen Zusammenhänge von Stress und epigenetischen Veränderungen, samt aller beteiligten Gene und biochemischen Prozessen. Bisherige Forschungsergebnisse zeugen von der Wichtigkeit, weitere Erkenntnisse in der Epigenetik zu gewinnen, um die Auswirkungen von Stress besser zu verstehen, damit Bewältigungsstrategien entwickelt werden können (Nestler, 2013, 15-17, 20).

4.2 Postnatale Aspekte

Unsere persönliche Lebensgeschichte ist dafür ausschlaggebend, in welcher Form wir uns wohin entwickeln und „wer“ wir werden. Dabei gibt es Erfahrungen, die in besonderer Weise prägend sind. Im Laufe der Kindheit lernen Menschen, dass es Erfahrungen aus vergangenen Ereignissen gibt, die bis in die Gegenwart nachwirken, und dass es möglich ist, Situationen reflektiert neu zu bewerten, beziehungsweise zu verstehen. Es entwickelt sich dabei das autobiographische Gedächtnis. Dieses umfasst nicht nur Fakten, sondern

speichert auch begleitende Gefühle und Erkenntnisse und bringt diese außerdem mit früheren Zielen und Wünschen in einen Zusammenhang. Durch diese Erinnerungen wird unsere Identität geformt. Wie sich das autobiographische Gedächtnis entwickelt, hängt entscheidend davon ab, wie oft, intensiv und ausführlich Eltern mit ihren Kindern Ereignisse rekapitulieren und sich über diese mit ihnen austauschen. Es ist ausschlaggebend, in wie fern Eltern in einem frühen Entwicklungsstadium die noch unzusammenhängenden Äußerungen von Kindern aufgreifen, wenn diese von Erinnerungen selbständig berichten. Dann kann es eine große Bedeutung bekommen Lernprozesse anzuregen, indem sie ihre Kinder dabei unterstützen, ihre Erzählungen zu strukturieren. Im jungen Erwachsenenalter haben Menschen in der Erinnerung meist das Gefühl, die bedeutsamsten Ereignisse erlebt zu haben. Dies hängt damit zusammen, dass in dieser Zeit im Allgemeinen die wichtigsten Entscheidungen, wie Beruf, Partnerwahl oder Umzug anstehen, die das Leben entscheidend verändern. Neues und Einmaliges prägt sich besser ein als alltägliche Geschehnisse. Außerdem beginnt in dieser Zeit auch die Fähigkeit, bestimmte Punkte im Leben zu benennen, an denen große Veränderungen stattgefunden haben, die zur Entwicklung beigetragen haben und sie in die Lebensgeschichte einzuordnen. Dieses nennt man das „autobiographische Urteilen“. Menschen entwickeln eine kausal-motivationale Kohärenz (einen Zusammenhang), indem sie reflektieren, inwiefern bestimmte Erfahrungen Einfluss auf ihre Persönlichkeit hatten, und es gelingt ihnen leichter trotz stetiger Veränderungen eine stabile Identität herzustellen und aufrecht zu erhalten. Diese Kohärenz stabilisiert sich etwa auf gleichbleibendem Niveau im Alter von 24 Jahren. Mit zunehmendem Alter werden Menschen zu immer besseren Autoren ihrer Lebensgeschichte und sind in der Lage, ihr Leben zusammenhängend zu schildern. Im höheren Erwachsenenalter bildet sich auch zunehmend etwa mit ca. 40 Jahren eine thematische Kohärenz, die sich auf Werte und Wichtigkeiten (zum Beispiel Verlässlichkeit, Kontinuität etc.) in der Biographie bezieht. Bei vielen psychischen Störungen fällt es auf, dass das autobiographische Gedächtnis pathologische beeinträchtigt ist. Forscher der Freien Universität in Berlin fanden 2008 in einer Vergleichsstudie heraus, dass depressive Menschen zum einen die negativen Ereignisse mehr in den Vordergrund stellten, zum anderen auch die positiven Begebenheiten mehr als den Verdienst anderer Menschen darstellten. Sie erzählten außerdem in einer 20-minütigen Befragung ihre Lebensgeschichte weniger chronologisch als Gesunde. Außerdem neigten sie in ihren Erzählungen auch stark zu Verallgemeinerungen ihrer Erinnerungen. Sie bezogen sich eher auf allgemeine Kategorien von Ereignissen, statt von persönlich erlebten, spezifischen Situationen zu berichten. Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass besonders belastende Erlebnisse wie Verlust, Krankheit oder Niederlagen nur selten in der Erinnerung verblasen. Dies hängt damit zusammen, dass betroffene Menschen solche in gewisser Weise traumatisierende Erfahrungen immer wieder mit eng vertrauten Eingeweihten

Personen besprechen. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Menschen, die bei ihren persönlichen Erzählungen mehr autobiographische Bezüge herstellen, beispielweise, indem sie sich gut in ihre Lebensumstände vor vielleicht 15 Jahren hineinversetzen können, ihre Identität als stabiler empfanden. Sie haben mehr über ihr Leben nachgedacht und Ereignisse reflektiert. Insgesamt ist es besonders in Krisensituationen hilfreich, einen Blick auf das bisherige Leben zu werfen, gesammelte Erfahrungen miteinzubeziehen, eventuell neu zu bewerten und die Vergangenheit neu zu deuten (Körber / Habermas, 2017, 62-65).

4.2.1 Identitätsbildung

Die Basis für eine eigene Identität bildet das autobiographische Gedächtnis. In diesem werden also Erlebnisse gemeinsam mit begleitenden Gefühlen, Empfindungen und Gedanken gespeichert, sowie früheren Zielen und Wünschen. Es enthält sowohl Teile episodischer Erinnerungen (z. B. Ausflüge, Reisen) als auch semantische Anteile (z. B. selbstbewertende Eigenschaften wie Fleiß oder Mut etc.). Dennoch ist das autobiographische Gedächtnis differenziert zum allgemein episodischen Gedächtnis zu betrachten, denn Letzteres enthält auch Erinnerungen über beispielsweise Anekdoten oder Lieblingsserien. Das autobiographische Gedächtnis umfasst nur Erinnerungen selbst erlebter Ereignissen, wie wir uns selbst sehen und wie wir uns nach außen darstellen. Daraus bildet sich die Identität mit individuellen Stärken und Schwächen, zum Beispiel wie jemand mit Menschen umgehen kann. Im Verlauf des Lebens können Ereignisse solche Identitätsmerkmale festigen oder auch verändern (ebd., 65).

4.3 Neurobiologische Strukturen des Gehirns – das limbische System

In der Mitte des Gehirns liegt das **limbische System**, eine Funktionseinheit, die hauptsächlich der Wahrnehmung von Gefühlen dient. An dieser Schaltstelle findet die Weiterleitung von Informationen traumatischer oder nicht traumatischer Art statt und sie ist somit mit vielen anderen Teilen des Gehirns verknüpft (Garbe, 2018, 72, 73). Es finden hier unbewusste Prozesse statt, durch die sich alle Bedeutungs- beziehungsweise Wissenskonstruktionen herausbilden. Über die Wahrnehmung von Gefühlen hinaus ist es außerdem an der Regelung von Affekten und Motivation beteiligt und stellt dadurch den wesentlichen Kontrolleur von Lernprozessen dar (Roth, 2004, 498). Die wichtigsten limbischen Zentren werden im Folgenden ansatzweise dargestellt (vgl. Abb. 6).

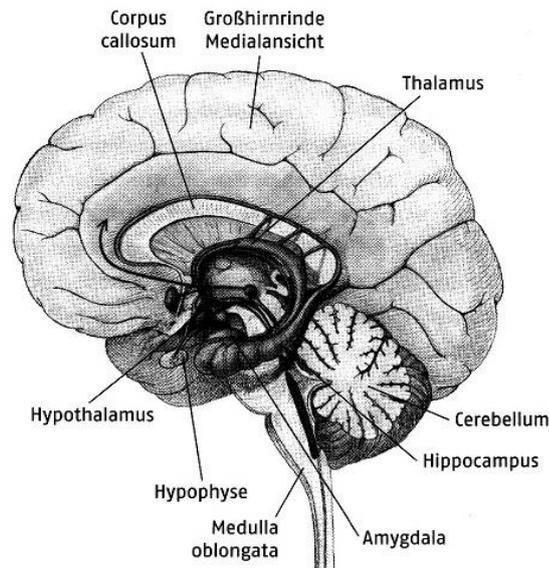


Abb. 6: Medianansicht des Gehirn mit den wichtigsten limbischen Zentren (Garbe, 2018, 72)

Die **limbischen Teile der Großhirnrinde** dienen der Bewusstwerdung von Emotionen und Motiven. Es findet dort bewusste kognitive Leistungen statt, die der Handlung und Impulskontrolle dienen.

In den mesolimbischen Bahnen (dopaminerges System, vgl. auch Kap. 4.3.3) werden hirneigene Opiate ausgeschüttet, die eine Belohnung erwarten lassen (Roth, 2004, 498). Das Entstehen von Sucherkrankungen kann auch hiermit im Zusammenhang stehen, denn Opiate steuern vor allem Glücksgefühle und das Lustempfinden. Forscher unterscheiden zwischen endogenen (körpereigenen) und exogenen (von außen zugeführten) Opiaten. Drogen, so auch der Alkohol, aktiviert dieselben Schaltkreise im Belohnungssystem, wie körpereigene Stoffe (Wolf, 2015, 9). Weitere Neurotransmitter, die bei der Verarbeitung von Stress und dem Lernen eine Rolle spielen und im **neuromodulatorischen System** (chemische Substanzen im Nervensystem) freigesetzt werden, sind im Kapitel 4.3.3 ausführlich aufgeführt.

4.3.1 Der Hippocampus

Hier bilden sich Netzwerke bereits gespeicherter Erfahrungen im Langzeitgedächtnis und werden dort ähnlichen Erlebnissen zugeordnet. Sich wiederholende Erfahrungen, egal ob positiver oder negativer Art, verstärken die Netzwerke im Hippocampus, welcher ähnliche oder identische Erlebnisse bereits abgespeichert haben. Bei jeder Begegnung mit einer solchen Szene springen die neuronalen Bahnen sofort wieder an, und sie können die

betreffende Person Erinnerungsbilder oder Gefühle augenblicklich wiedererleben lassen (Garbe, 2018, 82).

4.3.2 Die Amygdala

Die Amygdala spielt bei der Bewältigung von Gefahren eine wesentliche Rolle. Sie wird hiermit zusammenhängend auch das Angstzentrum genannt (ebd., 79). Bei der Entstehung von Angst sendet sie Gefahrensignale aus. In der Amygdala geschehen die emotionale Einfärbung und die Erinnerung von Ereignissen, sowie das Erkennen von möglichen Gefahren. Je häufiger hier Verknüpfungen stattfinden, desto sensibler reagiert sie auf Reize. Auch wenn ähnliche, aber eigentlich ungefährliche Signale als bedrohlich wahrgenommen werden, findet eine gleichwertige Reaktion statt. Dies gilt vor allen Dingen für Reize, die mit starker Angst oder Panik verbunden sind. Mit der Folge einer ständigen Übererregung der Amygdala. Dies kann zu somatischen und emotionalen Symptomen führen. Zum Beispiel Panik, Übelkeit, Apathie und Ohnmacht werden wieder erlebt. Ein solcher Reaktionsprozess findet unabhängig davon statt, ob eine bewusste Erinnerung an die bedrohliche Situation existiert oder das Ereignis objektiv mit der ursprünglichen Gefahr vergleichbar ist. Dies nennt man das Körpergedächtnis oder auch Traumagedächtnis. Ein schnelles, reflexartiges Reagieren wird möglich und soll somit das Überleben sichern (ebd. 78).

4.3.3 Effekte von Neurotransmittern und Hormonen bei traumatischer Reizverarbeitung

Hormone und Neurotransmitter sind chemische Botenstoffe, die miteinander im Nervensystem kommunizieren. Sie stehen eng im Zusammenhang mit traumatischen Stressreaktionen und spielen bei der Bewältigung eine große Rolle. Zuständig sind sie für körperliche Funktionen, die unter anderem den Schlaf-Wachrhythmus, das Wohlbefinden, den Antrieb und die Entspannung regulieren. Die wesentlichen Botenstoffe sollen hier genannt werden.

Zunächst sind das **Noradrenalin** und das **Adrenalin** zu erwähnen. Diese beiden Transmitter werden immer dann vermehrt ausgeschüttet, wenn etwas Neues, Unerwartetes passiert und es ansteht, eine Gefahrensituation bewältigen zu müssen. Der Körper wird in Alarmbereitschaft versetzt, wobei der Puls und das Herz schneller schlägt und der Blutdruck ansteigt. Eine erhöhte Wachsamkeit und Handlungsbereitschaft ist gegeben, die zum Beispiel der Verteidigung oder Flucht dienen sollen. Der Körper produziert außerdem **Kortisol**, welches er einsetzt, um sich auf die anstehende Bewältigung von Gefahren vorzubereiten. Nachdem eine Gefahr bewältigt wurde und die Erregung wieder abflaut, herrscht eine verminderte Ausschüttung von Kortisol und sorgt für Beruhigung und Erschöpfung. Es besteht die Vermutung, dass sich Kortisol ebenso auf

Vermeidungsverhalten und Depressionen auswirkt und damit eine Funktion bei der Wahrnehmung von Gefühlen hat. Weiterhin gibt es **Endorphine** als körpereigene Botenstoffe. Sie kommen gesteigert zum Einsatz, um Notsituationen aushaltbarer zu machen und die Empfindungen von Schmerz weniger fühlen zu lassen.

Das **Dopamin** ist verantwortlich im System für Selbstwirksamkeitserfahrungen und ermöglicht das Fühlen von Erfolgen. Eine erhöhte Dopamin-Ausschüttung erfolgt, wenn etwas besonders tief berührt. Nach sich wiederholenden positiven Erfolgen, lässt es das angewendete Verhalten durch die sich aufbauenden Nervenschaltungen leichter erscheinen. Es sorgt für befriedigende Glücksgefühle, wenn durch das Verhalten das Erwartete eintritt. Somit ist Dopamin wesentlich an gelingenden Lernschritten beteiligt. Das Hormon **Oxytocin** wird vor allem ausgeschüttet, um Geburten einzuleiten. Es kommt bei allen guten und intensiven Hautkontakten und besonders in der Stillsituation vermehrt vor. Mütter schütten es beim Stillen aus und entspannen sich durch die Wirkung von Oxytocin. Babys entwickeln Oxytocin ebenfalls beim Saugen. Dadurch wird die Bindungsentwicklung von Mutter und Kind positiv gefördert. Dies beinhaltet eine beruhigende Wirkung und mildert Stresserleben. Bei erhöhtem Stress wiederum wird die Produktion von Oxytocin herabgesetzt. Der Spiegel senkt sich, wodurch nach heutigem Forschungsstand eine Verbindung zu verschiedenen psychischen Erkrankungen wie dissoziativen Störungen, Bindungsstörungen oder Depressionen vermutet wird. Eine weitere Rolle bei der Entstehung von Stimmungen spielt noch das **Serotonin**. Es wird unabhängig von Erregung fortwährend automatisch vom Körper produziert und wirkt sich harmonisierend auf den gesamten Organismus aus. Außerdem erhöht sich die Fähigkeit zur Konzentration und führt zu einer Aufhellung der Stimmung. Der Serotoninspiegel kann auch durch externe Stoffe beeinflusst werden. Verschiedene Drogen und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind maßgeblich zu nennen. Bei hohem Konsum kann zu viel Serotonin im Körper auch zu Spannungen bis hin zu Halluzinationen führen (Garbe, 2018, 74).

Das Zusammenwirken von Hormonen und Neurotransmittern hat die Aufgabe, das jeweilige Befinden zu regulieren, so auch die Bewältigung von traumatischen Ereignissen. Ein erhöhter Stresshormonspiegel kann die weitere Entwicklung des Gehirns erheblich beeinträchtigen. Der Stresshormonhaushalt kann sich unter anhaltenden Stressbedingungen verändern und ist dann regelhaft erhöht, so dass er schneller und extremer bei Belastungen anspringt (ebd., 74, 75).

4.3.4 Erinnerungen und Konditionierung des Gedächtnisses

Bei der Ausformung von Verhalten in einem Lernprozess spielt die klassische Konditionierung und das unbewusste Erinnern eine Rolle. Werden bei Gefahren oder Schmerzerlebnissen die spezifischen Zentren im Nervensystem stimuliert, antizipiert die betroffene Person wie beschrieben jede ähnliche Situation und reagiert mit Angst. Entsprechendes Verhalten wie z. B. Vermeidung oder Flucht folgt. Bei erfolgreichem Verhalten wird es verstärkt und in der Zukunft beibehalten. Ausschlaggebend vor allem bei einer posttraumatischen Belastungsstörung bedeutet dies, dass Eindrücke, die zum Zeitpunkt eines traumatischen Ereignisses vorlagen in der Folge mit Hinweisreizen unterbewusst verknüpft werden. Die Betroffenen entwickeln bei jeder Konfrontation starke Ängste, denen sie mit ihren als erfolgreich erlebten Verhaltensweisen entgegenzuwirken versuchten. Alltägliche Reize, die nicht mehr mit Risiken verbunden sind, können von der erlebten Gefahr nicht mehr unterschieden werden. Dadurch wenden Menschen ihr erlerntes Verhalten, welches Erfolg erzielt hat, weiter an und behalten das zum Beispiel gekoppelte Vermeidungs- oder Fluchtverhalten bei (Tagay et al., 2016, 72). Subjektiv erlebte Gefahrensituationen rufen völlig automatisiert ablaufende Reaktionen hervor, ohne dass bewusste Entscheidungen notwendig sind, weil sie in tatsächlich riskanten Situationen zu viel Zeit erfordern würden. In manchen traumatischen Situationen ist die Anwendung eines erlernten Verhaltens jedoch nicht umzusetzen. Der entsprechende Reflex wird zwar ausgelöst, kann aber nicht angewendet werden. So kann es zu Übersprunghandlungen kommen, die die Handlungen von Opfern traumatischer Erlebnisse oft unrealistisch erscheinen lassen. Ein Beispiel für eine solche Notreaktion ist die Schreckstarre. Die zur Verfügung stehenden Mittel sind nicht ausreichend, um eine Gefahr zu bewältigen (Garbe, 2018, 80). Bei länger anhaltenden, traumatischen Erlebnissen treten irgendwann wieder Endorphine in Aktion, die zur Beruhigung und Schmerzstillung nützlich sind. Stresshormone werden nicht abgebaut. Normalerweise sollen diese Prozesse nacheinander geschehen, finden nun aber gleichzeitig statt. So können extreme Stressreaktionen Zustände von Erstarrung und Bewegungsunfähigkeit hervorrufen. Äußerlich erscheint es oft so, als würden manche Opfer Misshandlungen widerstandslos zustimmen, während sie sich in der Situation innerlich bereits aufgegeben haben. Die Wahrnehmung des Geschehens ist ausgeschaltet. Verstanden werden kann dies auch als „innere Flucht“. Diese Reaktion während eines anhaltenden Traumas kann ein erlebnismäßiges Austreten aus der realen Welt und dissoziative Zustände zum Zwecke des Überlebens erzeugen (ebd., 81, 82).

5 Entwicklungsreaktionen in Entwicklungsprozessen durch fehlende Sicherheit, Verlässlichkeit und Geborgenheit

In diesem Kapitel soll beschrieben werden, was Kinder aus entwicklungspsychologischer Sicht benötigen, um Stabilität und Widerstandsfähigkeit (Resilienz) für ihr weiteres Leben zu bekommen. Zudem möchte ich hier benennen, welche Folgen fehlerhafte Entwicklungsvoraussetzungen haben können. Nach der Theorie des Psychoanalytikers Heinz Kohut und seiner Darstellung der Selbst-Entwicklung ist ein Kind unter schweren Entwicklungsbedingungen gezwungen, negative Erfahrungen fragmentiert in seinem Gedächtnis zu speichern, Schlüsse für sein Verhalten und seine Wahrnehmung daraus zu ziehen, damit es so sein Überleben sichern kann (Garbe, 2018, 84).

5.1 Entwicklungen der Ich-Identität durch den Einfluss früher Erfahrungen

Schläge, Misshandlungen und Gewaltakte sind, wie schon erläutert Vorgänge, die tief in die psychische Entwicklung heranwachsender Menschen eingreifen. Es ist aber nicht erst der physische Schmerz der signalisiert, dass das Kind in seiner Person nicht anerkannt wird. Vielmehr vermittelt der Täter durch ein solches Handeln dem Kind, dass ihm das Recht auf seinen eigenen Körper genommen wird, sein „Nein“ bezüglich der eigenen Wünsche nach Selbstbestimmung nicht gehört wird. Er verletzt einen Grenzpunkt, der kennzeichnet, wo die Rechte einer Person aufhören und die Rechte der anderen anfangen. Sein Verhalten ist übergriffig, und er nimmt dem Kind mit seiner Hoffnung auf Liebe und Zuwendung jede Chance, Vertrauen herzustellen. Damit verletzt er erheblich die Ich-Grenze. Kinder, die unter solchen Bedingungen aufwachsen, reagieren nach bewährten Mustern. Sie verhalten sich so, als wenn sie nichts bemerken und alles „normal“ sei. Durch ihre subjektiv gefühlte Mitschuld an den Vorgängen verdrängen sie die Bilder, die sich jedoch tief in ihrem „Ich“ festgesetzt haben. In alkoholbelasteten Familien wird diese Grenze immer wieder überschritten, selbst wenn keine körperliche Gewalt vorkommt (Lambrou, 2007, 49, 50). Im Gegensatz zu Kindern, die in wichtigen Entwicklungsphasen gute Bindungs- und Bewältigungserfahrungen gemacht haben und damit gut für ihr weiteres Leben gerüstet sind, haben Kinder mit jahrelangen traumatisierenden Entwicklungserfahrungen keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung, die sich in ihrem Gehirn haben verankern können. Diese Kinder haben zeit ihres Lebens mit erheblichen Daseinsproblemen zu kämpfen und nehmen permanent auf der Gefühlsebene eine latente Gefahr oder Bedrohung wahr. Sie sind nicht in der Lage, Reize realitätsgerecht zu entschlüsseln und leben daher andauernd in Anspannung und kommen nicht wirklich zur Ruhe. Es fehlen wirkliche Erholungszeiten, da sich die Phasen der relativen Ruhe und Erschöpfung mit Phasen

erneuter Bedrohung im Wechselspiel befinden. Stresshormone können niemals richtig abgebaut werden, so dass es nicht zur Entspannung kommen kann.

Im Gegensatz zur Psychoanalyse mit ihrer Triebtheorie, war der Vertreter der humanistischen Psychologie Abraham Harold Maslow der Ansicht, dass der Mensch grundsätzlich als gut zu betrachten sei und von Wachstumspotentialen gesteuert wird. Sein höchstes Ziel ist die Selbstverwirklichung. Zur Veranschaulichung entwickelte er die Grafik der Bedürfnispyramide (Garbe, 2018, 94-96).



Abb. 7 Die Bedürfnispyramide nach Maslow (Garbe, 2018, 96)

An erster Stelle stehen dort zunächst die physiologischen Grundbedürfnisse in der Entwicklung eines Menschen. An zweiter Stelle stehen die Sicherheitsbedürfnisse nach Arbeit, Wohnung und Absicherung. Erst wenn das Überleben des Menschen dadurch gesichert ist, wird er in der Lage sein, Kompromisse einzugehen und soziale Wertschätzung zu erleben. Er hat damit die dritte Stufe erreicht. Er kann sich mit anderen Menschen vergleichen und im wechselseitigen Verhältnis Anerkennung geben und nehmen. Jetzt erst sind die Voraussetzungen geschaffen, dass der Mensch sich verwirklichen kann. Die Pyramide verdeutlicht, dass erst nach Existenzabsicherung die Fähigkeiten wie Bewertung, Gewissen und Handel entwickelt werden können, und dass diese Eigenschaften so lange ignoriert werden müssen, solange es ums Überleben geht. Dieser Mechanismus findet auch unter traumatisierenden Bedingungen statt. Hier greift nun die Tiefenpsychologie ein und versucht dissoziative Vorgänge psychodynamisch zu erklären. Sie geht von einem multiplen Selbstmodell von Initiative und Erfahrungen aus. Unter traumatischen Bedingungen

entwickelt ein Mensch verschiedene Selbstanteile. Relativ stabile, spezifische und überdauernde Muster mentaler Inhalte mit in sich abgegrenzten Persönlichkeitszuständen sind hier kennzeichnend. Die verschiedenen Selbstzustände sind in der Lage, nebeneinander existieren zu können. Sie laufen parallel ab und sind zu unterschiedlichen Zeiten in diversen Situationen aktiv oder passiv (Garbe, 2018, 95-97).

5.1.1 Die Dissoziation als Ich-Stärke

Die Dissoziation bezeichnet einen Zustand, durch den wir in unangenehmen Situationen in die Lage versetzt werden, abschalten zu können. Diese Fähigkeit kann auch als Ich-Stärke beschrieben werden. Wir werden damit unter Belastungen befähigt, die Gedanken und Phantasien auch beispielsweise an einen schönen Ort oder schöne Erinnerungen zurückkehren zu lassen. In solchen Momenten werden im Gehirn dieselben Netzwerke wiederaktiviert, die zu dem Zeitpunkt aktiv waren, als wir tatsächlich dort vor Ort waren. In bestimmten Therapieverfahren soll durch die Dissoziation Menschen dazu verholpen werden, sich zu erholen, sich zu beruhigen oder sich zu entspannen. Imaginative Verfahren wie „Traumreisen“ sind ein Beispiel, mit dem einer Person die Fähigkeit zur Stabilisierung vermittelt werden soll. Unter optimalen Bedingungen ist diese dann in der Lage, die Dissoziation jederzeit hervorzurufen und einsetzen zu können. Die Dissoziation ist zunächst nichts „Krankes“, wenn sie bewusst eingesetzt wird und man sie gut steuern kann. Das ist dann der Fall, wenn die Person mit einem Teil realitätsverbunden im Hier und Jetzt verbleibt, ein anderer Teil jedoch in dem geschützten Raum, der durch die Dissoziation hervorgerufen wird verbleibt. Das, was die Dissoziation auslöst, lenkt dann die Aufmerksamkeit mehr auf etwas anderes als auf das, was real gerade geschieht. Zum Teil sind wir dann unser Beobachter, registrieren jedoch gleichzeitig, was in der Realität und auch in der dissoziativen Welt passiert. Gut steuerbare Dissoziationen ohne pathologische Anteile haben viele Qualitäten das Leben zu bewältigen. Sie steuert und erleichtert das Leben auch in Extremsituationen (ebd., 115, 116).

5.2 Die Entwicklung psychosozialer Netzwerke in prägenden Lebensphasen

Das Erleben in der gesellschaftlichen Umgebung und / oder in der Interaktion mit anderen Menschen wird im Wesentlichen von der vorherrschenden Atmosphäre in der Familie geprägt. Aspekte dieser Atmosphären können ängstliche Anspannung und Unruhe, ein Mangel an Kontinuität, drohendes Chaos oder Streitigkeiten sein. Durch die Wirkung des Alkohols ist häufig eine suchtbedingte Persönlichkeitsveränderung auf Elternebene vorhanden, die elterliche Kompetenzen und Beziehungsfähigkeit beeinflusst. Dies hat Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten der alkoholabhängigen Eltern gegenüber ihren Kindern. Dabei kommt es oft zur Vernachlässigung psychischer oder physischer Bedürfnisse

der Kinder. Die situationsspezifische Befriedigung der Bedürfnisse von Kindern in alkoholbelasteten Familien wird als besonders gefährdet beschrieben. Die Eltern bieten häufig keine angemessene Vorbildfunktion für Modelle des Rollenverhaltens, bei der Konfliktbewältigung und den Komponenten sozialer Interaktion. Dies wirkt sich im negativen Sinne gravierend auf die kindliche Entwicklung aus. Vorherrschende Gefühle der Kinder den Eltern gegenüber werden als äußerst ambivalent beschrieben. In dem Spannungsbogen, der einerseits geprägt ist von großer Liebe für den alkoholkranken Elternteil, aber auch von großen Schuldgefühlen aufgrund der Überzeugung, Ursache für die heimische Problematik zu sein und andererseits großem Hass und Wut, entsteht ein Gefühl von permanenter Scham und Unsicherheit gegenüber der Umwelt. Typische Mechanismen von Verleugnung gewisser Probleme und eine Abwehr der verwirrenden ambivalenten Gefühle sind ursächlich für das Empfinden, der häuslichen Situation hilflos ausgeliefert zu sein und kommen dadurch zum Tragen (Nord, 2012, 24, 25).

5.2.1 Störungen des Sozialverhaltens

Die Familienatmosphäre hat entscheidenden Einfluss auf die Bildung sozialer Ressourcen von Kindern aus Familien mit alkoholkranken Eltern(teilen). Oft entstehen dadurch Störungen im Sozialverhalten. Hier kommt es zum Beispiel zu dissozialen, aufsässigen oder aggressiven Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit schwierigen psychosozialen Umständen unzureichender familiärer Beziehungen stehen. Entstehung und Aufrechterhaltung der Familienbedingungen spielen eine zentrale Rolle. Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend sind oftmals Prädiktoren für den späteren Konsum von Alkohol oder Drogen. Die betroffenen Jugendlichen erwarten durch den Konsum eine Steigerung ihrer sozialen Kompetenzen. Eine Reihe von Studien sieht einen Zusammenhang zum elterlichen Konsumverhalten. Dabei haben auch noch andere Faktoren wie zum Beispiel niedriger Bildungsstand der Eltern, sozialökonomischer Status, geringes Einkommen etc. einen Einfluss (Zobel, 2006, 38, 39, 74).

5.2.2 Aufmerksamkeitsstörungen

Aufmerksamkeitsstörungen, die zum Teil auch mit einer Hyperaktivität (ADHS) verbunden sind, treten in der Regel während der ersten fünf Lebensjahre auf. Man erkennt sie daran, dass sich die Kinder nicht wirklich dauerhaft einer Beschäftigung, die eine kognitive Leistung verlangt, widmen können und auch oftmals zwischen Beschäftigungen hin und her wechseln. Sie benehmen sich unstrukturiert und zeigen eine mangelhafte Impulsregulierung. Sie sind unter Gleichaltrigen meist isoliert und unbeliebt aufgrund ihres auffälligen Verhaltens, passen nur schwer in bestehende Gruppierungen hinein und verhalten sich Erwachsenen gegenüber häufig distanzlos. Kinder mit einer solchen Störung unterliegen einer erhöhten Prävalenz selbst eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Sie stellen eine bedeutsame

Risikogruppe für Alkohol- oder Drogenmissbrauch dar, der sich zur Abhängigkeit manifestieren kann. Die Ergebnisse einer Reihe vieler Studien belegen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien aufgrund der schwierigen Bedingungen vermehrt Symptome von Aufmerksamkeitsdefiziten aufweisen. Sie zeigen gegenüber anderen Kontrollgruppen eine geringere Aufmerksamkeitsspanne und vermehrt Impulsdurchbrüche (Zobel, 2006, 37, 38).

6 Multiple Stressoren und individuelle Bewältigungsstrategien

Nicht immer jedoch muss die Entwicklung dieser Kinder einen negativen Verlauf haben. Es hängt von vielen sozialen und persönlichen Faktoren ab, wie Menschen sich entwickeln können. Zunächst stehen im Fokus interaktionaler Effekte der multiplen Stressoren, denen Kinder in alkoholbelasteten Familie ausgesetzt sind, die perinatalen Komplikationen und emotionale Armut. Einzelne Langzeitstudien von Werner (1990) haben erwiesen, dass mehr als die Hälfte der Kinder, die solchen Risikofaktoren ausgesetzt waren keine dauerhaften massiven Störungen davon trugen. Konzepte einer Stressresistenz, beziehungsweise Resilienzen standen vulnerablen Inhaltsaspekten gegenüber im Vordergrund. Der Grund für positive Bewältigungsstrukturen implizierte eine große Anpassungsfähigkeit an psychosoziale Risikofaktoren und stressreiche Lebensumstände, woraus eine geringere Verletzlichkeit gegenüber künftigen Stressoren resultierte. Die jeweilig individuelle Qualität, die vor allem auf biologischen Faktoren (vgl. Kap. 4) beruht, ist entscheidend für eine sich aufbauende Immunität gegenüber multiplen Stressoren. Bestimmte Persönlichkeitsvariablen können auf gesundheitspsychologischer Ebene bestimmte Effekte von Belastungen durch innere Ressourcen besser kompensieren. Bei heranwachsenden Kindern alkoholkranker Eltern spielen innere Ressourcen oder Schutzfaktoren eine bedeutsame Rolle, damit trotz schwieriger Lebensumstände relative Gesundheit bestehen kann (Nord, 2012, 9, 10). Resilienz gegenüber Stress entsteht vor allem aus dem Erleben von Krisensituationen und anderen Widrigkeiten und deren erfolgreicher Bewältigung. Resiliente Menschen zeigen eine flexiblere Stressreaktion und haben anpassungsfähigere Gehirne. Zu den wichtigsten Resilienzfaktoren zählen soziale Beziehungen, eine optimistische Denkweise und eben erfolgreiches Meistern von krisenhaften Erlebnissen (Strahler, 2018, 36, 39).

6.1 Überleben in Ausnahmesituationen

Wie in jeder Familie gibt es auch in Familien mit einem alkoholabhängigen Elternteil verschiedene Rollenmodelle. Dabei üben die Angehörigen / die Kinder des / der Alkoholkranken spezifische Verhaltensmuster aus, um in dem System überleben zu können. Diese Rollen werden als Überlebensstrategien bezeichnet. Alkoholabhängigkeit kommt in allen sozialen Schichten vor. Es gibt nicht „den“ Alkoholsüchtigen. Bei der Mehrzahl der

alkoholbelasteten Familien wird nach außen ein intaktes und stabiles Familienleben vermittelt. Im Folgenden soll beschrieben werden, wie sich eine solche Familie psychodynamisch entwickelt und welche Bedeutung die Alkoholerkrankung insbesondere für die Kinder hat (Nord, 2012, 17, 18).

6.1.1 Resilienz und Vulnerabilität

Die Konzepte von Resilienz sind die positiven Gegenstücke von Vulnerabilität. Resilienz bezeichnet die Fähigkeit, auch unter schwierigen Belastungen psychische Gesundheit zu bewahren. Vulnerabilität wird als Verletzbarkeit bezeichnet, die unter schwierigen Bedingungen auch krank machen kann, wie zum Beispiel Alkoholismus der Eltern, Misshandlungen oder Vernachlässigungen (Nord, 2012, 9). Verschiedene Bindungsmuster spielen hier eine erhebliche Rolle. Fehlt eine sichere Bindung, entwickeln sich die Kinder eher vulnerabel. Der soziale Verstärker kann dann aufgrund einer mangelhaften biologischen Regulation (vgl. Kap.4) und aufgrund fehlenden Vertrauens in Bezugspersonen (vgl. Kap. 3) das Belohnungssystem nicht so gut erreichen. Dadurch fehlt die soziale Kompetenz, Interaktionen werden nicht als positiv erlebt und führen nicht zum Erfolg. Das Belohnungssystem wird nicht stimuliert und die Kinder entwickeln häufig Traumafolgestörungen (vgl. Kap. 2). Kinder, die eine feste Bindungsperson haben, sind in der Lage, sich auf ihre Gedanken und Gefühle zu verlassen. Sie haben bessere Voraussetzungen Resilienzen zu entwickeln. Durch empathische Siegelungen der Bezugspersonen lernen sie, Gefühle und Kognitionen zu regulieren. Sie können Stress besser meistern und Übererregungen wie Wut und Ärger mit kognitiven Leistungen begegnen. Sofern sich die Bezugsperson auf der Kommunikationsebene intensiv mit dem Kind beschäftigt, verstärkt dies die kommunikativen Fähigkeiten des Kindes, das sich dadurch besser und präziser artikulieren kann. Sicher gebundene Kinder sind fähig Wut, Ärger oder Angst verbal zu äußern. Wenn aber die primäre Bezugsperson abwesend bleibt oder die Kommunikation ablehnt, bleiben emotionale Erregungszustände nicht reguliert. Das Kind findet keine Schemata der Regulation. Dadurch bleiben Emotionen und Kognitionen unverbunden. Es können dysfunktionale Muster entstehen (Fischer / Möller, 2018, 99, 107)

6.1.2 Die Familie als System

Wenn wir die Familie als ein System betrachten, geht es um typisierte Verhaltensmuster. Den einzelnen Familienmitgliedern werden bestimmte Rollen zugeschrieben, die sowohl positive, als auch negative Aspekte beinhalten. Systemorientiert soll das Augenmerk auf die Funktion dieser Rollen gelegt werden, um der Frage auf den Grund zu gehen, warum es im Falle von Kindern alkoholkranker Eltern einer Vielzahl gelingt, sich unauffällig beziehungsweise resilient zu entwickeln. (Nord, 2012, 26, 27)

6.1.3 Coping-Strategien

Um auf belastende Situationen zu reagieren, setzen wir sogenannte Bewältigungs- bzw. Coping-Strategien ein. Der Begriff Coping ist eng mit dem transaktionalen Stresskonzept von Lazarus verbunden. Dieser definiert darin alle verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen einer Person mit Umwelt- und internen Anforderungen umzugehen, die ein Individuum entweder beanspruchen oder überfordern. Unter Transaktion wird die wechselseitige Person-Umwelt-Interaktion verstanden, in der die Person einerseits aktiv handelnd auf die Umwelt einwirkt, andererseits aber auch die Umwelt auf das Verhalten der Person einwirkt. Beim Coping geht es immer um die problemlösende Anstrengung, eine Situation mit den subjektiven Ressourcen meistern zu können. Die Situationen werden vom Individuum auf zweierlei Ebenen bewertet:

1. Die Bedeutung der Situation im Vergleich mit bisherigen Erfahrungen
2. Die Einschätzung der eigenen Handlungs- Bewältigungs- und Kontrollmöglichkeiten

Ob eine Situation, in der beispielsweise Stress vorherrscht, als herausforderndes oder gar bedrohliches Risiko bewertet wird, hängt insbesondere davon ab, ob eine Person überzeugt davon ist, sie bewältigen zu können. Dies ist auch ausschlaggebend für die Motivation, eine Belastungssituation positiv bewältigen zu wollen.

Bei den Coping-Strategien wird defensives Coping (Vermeidung) und aktives Coping (Auseinandersetzung) unterschieden und sie haben eine problemlösende oder emotionsregelnde Funktion. Problemlösendes Coping setzt den Fokus darauf, das Problem zu lösen, beziehungsweise die Bedingung zu verändern, die den Stress verursacht hat. Es wird sich also konkret auf den Umgang mit dem Stressor konzentriert. Emotionsregelndes Coping bedingt nicht eine Veränderung der stressauslösenden Situation und beeinflusst auch nicht direkt den Stressor, sondern zielt vielmehr auf ein sich Abreagieren, Entspannen oder Träumen ab. Es sollen dabei emotionale oder somatische Empfindungen beeinflusst werden. Ob problemorientiertes oder emotionsorientiertes Coping zum Einsatz kommt, hängt wesentlich davon ab, ob die Situationen als kontrollierbar eingeschätzt werden können. In kontrollierbaren Situationen erscheint daher eher eine problemlösende Strategie effizienter, als in wenig kontrollierbaren Momenten (Seiler / Fthenakis, 2016, 76-78).

7 Schutzfaktoren und Ressourcen in der Persönlichkeitsentwicklung

Schutzfaktoren bzw. Ressourcen spielen in der Entwicklung von Kindern alkoholkranker Eltern eine große Rolle, da sie dazu beitragen Gesundheit trotz erlebter schwieriger

Lebensumstände zu bewahren. Dabei hat das Konzept nach Bandura (1972) eine tragende Funktion. Man unterscheidet darin zwei Funktionen der Wirksamkeitserwartungen:

1. Die Verhaltenswirksamkeit
2. Die Selbstwirksamkeit

Bei der **Verhaltenswirksamkeit** geht es um das subjektive Wissen der Konsequenzen des eigenen Verhaltens und Handelns. Die **Selbstwirksamkeit** beschreibt das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Kompetenzen, ein Verhalten ausführen zu können. Menschen sind stets bestrebt, die Welt zu verstehen, sie zu beeinflussen und sich und das eigene Handeln als sinnhaft zu erleben (Nord, 2012, 10).

7.1 Ein positives Selbstkonzept

Ein wesentlicher Persönlichkeitsfaktor, der als Ressource verstanden werden kann, resultiert aus Zuversicht und Optimismus. Es handelt sich um ein positives Selbstkonzept. Auf der einen Seite ist hier die soziale Unterstützung wesentlich, indem die Kinder außerhalb der Familie in ein intaktes soziales Umfeld eingebunden sind, auf der anderen Seite helfen personelle Ressourcen als Schutzfaktoren. Diese können bei Belastungen aktiviert werden und beeinflussen den Umgang mit Stress im Sinne von Coping-strategien (vgl. Kap.6.1.3). Die Kinder haben positive Werte verinnerlicht und sehen in ihrem Leben einen Sinn (ebd., 13).

7.2 Selbstwirksamkeit

Eine stabile emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder das Vorhandensein einer gefestigten (außer)familiären Bezugsperson bildet eine entscheidende Basis bei frühen Erfahrungen der Selbstwirksamkeit. Daraus resultiert ein stabiles, zusammenhängendes Selbstwertgefühl, das die Basis für funktionierende Widerstandsressourcen bildet (ebd., 11, 13).

7.3 Kontrollüberzeugung

Der Begriff der Kontrollüberzeugung nach Rotter (1966, 1975) beschreibt die Dimension von Kontrolle. Dabei wird nach interner oder externer Kontrolle differenziert, je nachdem, ob Menschen Geschehnisse oder Konsequenzen primär dem eigenen Verhalten (intern) als Folge eigener Anstrengung oder Fähigkeit zuschreiben oder sie äußeren Attributen (extern) wie Glück, Schicksal oder Zufall zuordnen. Bei externer Kontrollüberzeugung wird die Konsequenz als nicht beeinflussbar erlebt. Diese Überzeugung ist wichtig bei späteren Verarbeitungsformen. Menschen, die mit einer hohen internen Kontrollüberzeugung ausgestattet und somit von ihren eigenen Fähigkeiten überzeugt sind, wird mehr

Fürsorglichkeit und Verantwortungsbewusstsein zugeschrieben. Sie gelten als erfolgsorientierter, selbstsicherer und unabhängiger (Nord, 2012, 11, 13).

7.4 Kompetenzerwartung

Bei der Kompetenzerwartung geht es um die subjektive Überzeugung einer Person, die ihm gestellte Aufgabe mit seinen eigenen Fähigkeiten lösen und bewältigen zu können. Dies setzt einen Glauben an die Wirksamkeit der eigenen Kompetenzen voraus. Die Kompetenzerwartung ist daher eine weitere Ressource in der Persönlichkeitsstruktur. Der Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Hurrelmann beschrieb 1988, dass aufgrund von entwicklungspsychologischen Voraussetzungen eine Handlungskompetenz erworben werden kann. Sie entscheidet über psychische Prozessvariablen, wie Aufmerksamkeit, kognitive Bewertung und Selbstwertschätzung, Eigenschaften die auch in Anlehnung an transaktionale Stresskonzepte von Bedeutung sind (ebd., 9,11, 13). Unter transaktional versteht man alle an einer Interaktion beteiligten Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen und dadurch in qualitativ andere Faktoren umgewandelt werden ((Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 28). Die Erfahrungen, die Menschen in solchen Interaktionen machen, verfestigen sich in der Persönlichkeit als Bewältigungs- und Verarbeitungsstil (ebd., 14).

8 Ergebnisse einer problemzentrierten Interviewstudie mit erwachsenen Kindern alkoholabhängiger Eltern (Sabine Nord, 2012)

8.1 Der Untersuchungsansatz

Bei der vorliegenden Forschung von Sabine Nord (2012) handelt es um eine Untersuchungsreihe zur Generierung von Hypothesen. Befragt wurden erwachsene Kinder von alkoholkranken Eltern (EKA), die zu einem Großteil relativ unauffällig aus einem suchtkranken Familienverhältnis hervorgegangen sind. Teilweise sind sie sogar mit einer gestärkten Persönlichkeit aus solchen Familiensituationen erwachsen. Die Forschung sollte dazu dienen, herauszufinden, was dazu führt, dass Menschen trotz erfahrener Belastungen relative Gesundheit bewahren. Dies geschah vor dem Hintergrund einer Resilienzforschung, die Bezug nahm auf mögliche Schutzfaktoren beziehungsweise persönliche Ressourcen der Teilnehmer_innen. Im Fokus standen weiterhin positive Auswirkungen der familiären Erfahrungen, subjektive Bewältigungsstrategien der Probanden sowie deren persönliche Selbsteinschätzung. Die Ressourcen im Umgang mit Belastungen wurden im Rahmen qualitativer Interviews ausgewertet. Ansätze der Resilienzforschung dienten bei der Datenerhebung und deren Auswertung als Orientierungsrahmen. Die Anforderungen und Belastungen der EKA werden dabei inhaltlich als Teil des Stresserlebens und der Stressbewältigung eingeordnet. Unter Einsatz der Methode, die die Individualität der

Teilnehmer_innen primär behandelt, sollten subjektive Belastungserfahrungen Einzelner mit den sich daraus entwickelten Coping-Strategien und Selbsteinschätzungen über Persönlichkeitscharakteristika erfasst werden. Jeder Klient wurde in seiner „Ganzheit“ unter Einbeziehung seiner Historie und seiner konkreten praktischen Probleme betrachtet. Die Vorgehensweise orientierte sich immer am einzelnen Fall (Einzelfallbezogenheit), indem bei der Datenerhebung das Subjekt und seine Spezifika genau beschrieben wurden. Die Offenheit, mit der die qualitative Forschung dem Subjekt gegenüber tritt, arbeitet von konkreten Positionen aus. Sie wollte die Welt aus dem Blickwinkel der interviewten Person sehen und den Sinn ihres individuellen Handelns in Verbindung mit der Umgebung zum empirischen Ansatzpunkt machen. Weiterhin wurde nach der begründeten Ethnomethodologie (Garfinkel) nach der Art und Weise gefragt, mit der Menschen in interaktiven Prozessen soziale Wirklichkeit herstellen. Da sich das Erleben und Handeln von Menschen sehr unterschiedlich, gestaltet war bei der vorliegenden Untersuchung eine Forschungsmethode unerlässlich, die kommunikative und interaktive Herangehensweise betonte. Dabei musste unter anderem auch eine hohe Betroffenheit der EKA miteinbezogen werden. Häufig kamen auch Scham- und Schuldgefühle beim retrospektiven Betrachten der eigenen Geschichte vor. Für die Wahl einer qualitativen Methode sprach weiterhin, dass jegliche Literatur zur besagten Thematik bisher weitestgehend aus klinischen Berichten bestand. Diese beschäftigten sich zwar ausführlich mit den unterschiedlichen Erlebens- und Verhaltensweisen von EKA, sagten aber verhältnismäßig wenig über deren Ressourcen im Umgang mit Belastungen aus. Dies führte dazu, dass in dieser Untersuchung primär die Rekonstruktion der erlebten Belastungen und Erfahrungen im Rahmen problemzentrierter Interviews in den Vordergrund gestellt (Nord, 2012, 37-43).

8.2 Die Untersuchungsgruppe: Interviewpartner und Kontaktaufnahme

Ich werde nun die ausgewählte Teilnehmergruppe der EKA vorstellen. Anhand von spezifischen Kriterien wurde eine Gruppe von insgesamt neun Teilnehmer_innen zusammengestellt. Auf der Suche nach Interviewpartner_innen nahm die Forscherin Sabine Nord Kontakt zu in Hamburg ansässigen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe auf. Es handelte sich um (teil)stationäre Einrichtungen, ambulante Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen. Über einen ersten Kontakt in einer Beratungsstelle entwickelten sich weitere Kontakte, bis letztendlich die oben angeführte Gruppe bestand. Die Interviewdurchführungen fanden an Orten statt, die jeweils von der interviewten Person ausgesucht wurden (ebd. 41).

8.2.1 Auswahlkriterien der Untersuchungsgruppe

Um entsprechend des Schwerpunktes Resilienzforschung Teilnehmer_innen zu bestimmen, fanden folgende Kriterien Anwendung. Die Interviewpartner_innen:

- sollten über 25 Jahre alt sein
- sollten in Ausbildung, Studium oder Beruf stehen
- der alkoholabhängige Elternteil sollte bereits eine Therapie durchlaufen haben oder sich derweil in einer solchen befinden
- sollte keine psychischen Störungen aufweisen oder selbst alkoholerkrankt sein

Anhand dieser Kriterien sollte die Gruppe eine gesunde und positive Lebensbewältigung aufweisen und vorhandene Ressourcen einen positiven gelungenen Verlauf gewährleisten. Durch die Tatsache, dass die betreffenden Elternteile eine Therapie gemacht haben beziehungsweise sich in einer solchen befinden, sollte eine spezifische medizinische Diagnose gesichert werden.

8.2.2 Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe

Wie erwähnt, bestand die Untersuchungsgruppe aus neun Personen. Fünf Frauen und vier Männer im Alter zwischen 28 und 40 Jahren, die alle der gesellschaftlichen Mittelschicht entsprachen. Alle standen in einem Beruf, drei von ihnen hatten eine Lehre absolviert, sechs eine akademische Ausbildung. Von den Akademikern arbeiteten drei vor ihrem Studium bereits in einem erlernten Beruf. Bei zwei Teilnehmer_innen waren beide Eltern am Alkohol erkrankt, bei vieren nur der Vater und bei dreien nur die Mutter. Bei zwei Personen waren die Eltern bereits verstorben, bei einer der Vater. Von den noch lebenden Elternteilen befanden sich vier in einer akuten Trinkphase, zwei lebten abstinent. Drei der alkoholkranken Elternteile hatte bereits eine Therapie durchlaufen, die anderen sechs nicht. Somit konnte das dritte Auswahlkriterium nicht von alle Teilnehmer_innen erfüllt werden. Von den Interviewpartnerinnen befand sich eine Frau zur Zeit der Befragungen in ärztlicher Behandlung aufgrund einer Essstörung. Das vierte Kriterium konnte also auch nicht vollständig Anwendung finden. Sonst wäre durch die geringe Teilnehmerzahl die Aussagekraft der Untersuchung deutlich eingeschränkt gewesen (Nord, 2012, 41, 42).

8.3 Erhebungsinstrumente

Auf Grundlage festgelegter **Themenbereiche** (siehe Anhang) wurde ein **Interviewleitfaden** entwickelt, der als Orientierungsrahmen beziehungsweise auch als Gedächtnisstütze diente. Entwickelt haben sich die Gespräche jeweilig an Schwerpunktsetzung der befragten Personen. Geriet ein solches Gespräch ins Stocken, konnte anhand des Leitfadens auf weitere Themen zurückgegriffen werden. Anhand des Interviewleitfadens wurde ein

Gesprächsleitfaden festgelegt, der zur Anregung des Gesprächs dienen und relevante Schwerpunkte der Befragten vertiefen sollte. Des Weiteren sollte durch den Gesprächsleitfaden die Aufmerksamkeit auf positive Erfahrungen beziehungsweise das Erlernete in der Familiensituation gelenkt werden, um mögliche Ressourcen ausfindig zu machen. Die jeweils persönliche Anrede („Du“ / „Sie“) wurde in vorangegangenen Telefonaten bereits geklärt und die Leitfäden dementsprechend angepasst (Nord, 2012, 48, 51). Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind im Anhang zur Einsicht im Original zu finden.

8.3.1 Transkription und Tonbandaufzeichnungen

Das Datenmaterial der durchgeführten Interviews wurde mittels einer Tonbandaufzeichnung mitgeschnitten und vollständig transkribiert. Bei der Aufbereitung der Tonbandaufnahmen ist darauf geachtet worden, die Inhalte möglichst exakt und ohne Wertung wiederzugeben. Durch dieses technische Hilfsmittel war es möglich, sich während der Gespräche ausschließlich auf die Interviewpartner_innen zu konzentrieren und situativ auch auf nonverbales Verhalten zu achten. Außerdem konnte dadurch der gesamte Gesprächskontext erfasst und beide Rollen wechselseitig beobachtet werden (auch die der interviewführenden Person). Es war möglich, eventuell beeinflussendes Verhalten zu erkennen und bei der Auswertung zu berücksichtigen. Die Transkription wurde in ihrem Wortlaut anschließend in ein normales Schriftdeutsch geändert. Dies sollte der besseren Lesbarkeit dienen. Daher wurde beispielsweise die Redeart mit ihren Dialekten, Grammatikfehler, der Stil etc. abgeändert. Auch unnötig viele „Lückenfüller“ wurden weggelassen. Es sollte nur die Inhaltliche Ebene im Vordergrund stehen. Besondere Pausen, Betonungen und Sprachbesonderheiten wurden festgehalten und mitdokumentiert (ebd., 55).

8.3.2 Postskriptum in Funktion persönlicher Sammlung von Eindrücken und Interpretationen

Direkt im Anschluss an jedes Gespräch wurde ein Postskriptum angefertigt. Dadurch geriet insbesondere der Gesprächsaustausch vor und nach dem Einschalten des Tonbandes nicht in Vergessenheit und konnte in einen inhaltlich relevanten Kontext mit der Intervieweinheit gebracht werden. Des Weiteren konnten persönliche Eindrücke über die Kommunikation und nonverbales Verhalten und Reaktionen der Mimik, Gestik, Motorik festgehalten werden. Auch äußere Einflüsse wie örtliche und raumzeitliche Bedingungen konnten zu einem späteren Zeitpunkt hilfreich sein, indem sie unmittelbar dokumentiert wurden. Gesamtgesehen verhalf ein solches Postskriptum in manchen Fällen, Gesprächspassagen im Anschluss besser verstehen zu können und einen Gesamteindruck mit späteren Interpretationen herzustellen (ebd., 56).

8.4 Die Zusammenfassung der Ergebnisse

Es können an dieser Stelle nicht alle Interviews in ihren Einzelheiten und Details wiedergegeben werden, da diese im Gesamtkontext der Arbeit „den Rahmen sprengen“ würden. Daher stelle ich die Ergebnisse in ihrem Gesamtprofil vor. Um eine Gewichtung herzustellen, werde ich die genannten Ergebnisse (positiv / negativ) chronologisch aufführen und die am häufigsten genannten Aussagen in den Mittelpunkt stellen.

8.4.1 Positiv erlebte Auswirkungen der familiären Alkoholproblematik

An erster Stelle der als positiv genannten Eigenschaften standen eine **erhöhte Wachsamkeit** und **Aufmerksamkeit**, sowie eine **gesteigerte Sensibilität**, **Empathie** und **Wahrnehmungsfähigkeit**. Gesteigerte Sensibilität bezog sich vor allem auf den Kontakt zu Freunden und Bekannten. Es kristallisierte sich als Stärke heraus, dass es Menschen gibt, die erspüren können, wie die Befindlichkeit eines anderen Menschen ist, ohne dass sie sich dazu äußern müssen. Eine Interviewpartnerin erwähnte, dass sie die gelernt habe, ihre Worte gut abzuwägen, um keinen Streit mit ihren alkoholkranken Eltern zu provozieren. Eine andere Gesprächspartnerin teilte mit, dass sie vorrangig die Ansprechpartnerin ihrer Freundin bei auftretenden Problemen sei, da sie offensichtlich über eine erhöhte Sensibilität und Empathie verfüge. Weiterhin lag der allgemeine Konsens darin, dass eine erhöhte Wahrnehmung vorhanden sei, Situationen zu erkennen, in denen die Gefahr besteht ausgenutzt und missbraucht zu werden. Eine gesteigerte Aufmerksamkeit und Wachsamkeit sowie das Bedürfnis, Situationen verstehen und begreifen zu wollen, habe ihn auch befähigt, intuitiv handeln zu können. Bei einer Interviewpartnerin bezog sich Aufmerksamkeit immer auf die Geräusche ihres Vaters beim Nachhausekommen, weil sie erkennen wollte, ob dieser betrunken oder nüchtern gewesen sei. Dies habe dazu geführt, dass sie insgesamt eine erhöhte Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber Geräuschen entwickelt habe. Dadurch habe sie den Beruf einer Konzertpianistin ergriffen, worüber sie sehr glücklich sei. Weiterhin empfanden sich die Probanden sehr sensibel für das Leid anderer Menschen, sie hätten sehr viel empathisches Verständnis für Menschen mit Leiderfahrungen entwickelt. Es bestünde mehr Respekt, Toleranz und Offenheit im allgemeinen Umgang mit anderen (Nord, 2012, 123-129).

Die am zweithäufigsten genannte Fähigkeit bezog sich auf **Belastbarkeit** und **Durchhaltevermögen**. Die Eigenschaften, etwas auszuhalten oder durchziehen zu können, wurden vordergründig genannt. Ziele könnten gradlinig verfolgt werden und es bildeten sich Ressourcen wie Pflichtgefühl und Selbständigkeit heraus, weil dies durch die Übernahme von Aufgaben im Elternhaus schon früh gelernt werden mussten. Eine Interviewpartnerin teilte mit, dass sie trotz allem Bemühen keine Wertschätzung zuhause erfahren habe. Daher könne sie gut mit Elend umgehen, eine Menge ertragen und gut mit schwierigen Menschen

umgehen. Außerdem resultierte die Belastbarkeit auch daraus, dass sie früh habe lernen müssen, für sich selbst zu sorgen, weil die alkoholkranken Eltern dazu nicht in der Lage waren. An dritter Stelle wurden Begriffe wie **Aufrechterhaltung von Kontrolle, Vernünftigkeit, Zuverlässigkeit, Pflichtbewusstsein** und **Hilfsbereitschaft** genannt. Der Großteil der Probanden sah es als positive Auswirkung an, dass sie im Umgang mit alkoholkranken Elternteilen lernen mussten, Fähigkeiten zu erwerben, schwierige Situationen kontrolliert ablaufen lassen zu können. Aufgaben mussten schon früh alleine bewältigt werden und im Freundeskreis zeigten sie sich als sehr zuverlässig. Sie gaben an, auch in schwierigen Situationen die Kontrolle immer aufrechterhalten zu können. Bei einem Probanden hatte die Eigenschaft der Vernünftigkeit und sein stark ausgeprägtes Wissensbedürfnis viel mit der Aufrechterhaltung von Kontrolle zu tun. Insbesondere bei Problemen im beruflichen Alltag wurde diese Fähigkeit als nützlich erachtet. Viele Interviewteilnehmer_innen sahen sich als gute Lebensmanager_innen, die Alltagsaufgaben gut strukturiert angehen und regeln können. Sie haben gelernt zu überleben, würden mit Problem gut alleine zurechtkommen, ohne dabei auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Herausforderungen würden stets alleine gelöst, Eigeninitiative, Eigenverantwortung und Selbstmotivation stünden ganz weit vorne. Die meisten Teilnehmer_innen gaben an, dass sie durch die schwierigen Erfahrungen und Umstände im Elternhaus eine Persönlichkeitsentwicklung gemacht hätten und sehen dies als Potential für die persönliche Weiterentwicklung. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion wurde als positive Folge der Kindheitserfahrungen angegeben, die mit einem ausgeprägten Verantwortungsgefühl einherging. Oft resultierte dieses Gefühl aus der Unselbständigkeit und Hilflosigkeit der erkrankten Elternteile oder aus einem Fürsorgebedürfnis für jüngere Geschwister. Viele der erwachsen Kinder schätzten sich sehr leistungsorientiert ein. Dadurch, dass sie ihren Eltern in vielen Dingen helfen konnten, entwickelte sich schon früh ein Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten. Dabei gehen die Klienten zielorientiert, strategisch und strukturiert vor und sehen sich als analytisch begabt an. Des Weiteren erlangten sie eine besondere Flexibilität, da sie sich oft auf nicht beeinflussbare Bedingungen einstellen mussten. Die interviewten Personen waren oft gezwungen, Situationen schnell zu erfassen, Entscheidungen zu treffen und sich anzupassen. Ferner schätzten sich drei ausschließlich männliche Interviewpartner so ein, dass sie sensibel mit dem eigenen Trinkverhalten umgehen würden. Sie hätten sich mit ihrem Trinkverhalten auseinandergesetzt, würden nur kontrolliert trinken, weil sie sich der eigenen Gefährdung alkoholkrank werden zu können, bewusst seien (Nord, 2012, 123-129).

Fast ausschließlich wurden die genannten Eigenschaften auch mit einer Selbst- und Fremdkontrolle während der Kindheitserlebnisse in Verbindung gebracht. Sie sollten als

Reaktionen dem Gefühl des Ausgeliefertseins vorbeugen, beziehungsweise entgegenwirken und fungierten so als notwendige Bewältigungsstrategien (Nord, 2012, 132, 133).

8.4.2 Negativ erlebte Auswirkungen der familiären Alkoholproblematik

Jeweils drei von den neun Interviewpartner_innen gaben bezüglich der genannten Eigenschaften / Fähigkeiten auch einen Gegenpol an, weil sie gleichzeitig auch negative Auswirkungen hatten. Zunächst wurde die erhöhte **Aufmerksamkeit** und **Wachsamkeit** als kontroverses Attribut genannt. Das Bedürfnis, immer alle Situationen erfassen und verstehen zu wollen, sei auf Dauer auch extrem anstrengend. Als belastend wurden auch die eigene hohe Sensibilität und auch die Fähigkeit zur Empathie empfunden, weil ihnen im Umgang mit anderen Menschen die Eigenschaften oft im Wege standen, nicht die nötigen Grenzen zu ziehen und keine Distanz aufbauen zu können. Des Weiteren verhindern Eigenschaften wie **Kontrolle** aufrechterhalten zu müssen, **Pflicht-**, und **Verantwortungsbewusstsein**, **Zuverlässigkeit** und **Hilfsbereitschaft**, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und sich um sich selbst zu kümmern. Hinter einer kontinuierlich gelebten Fassade gehe es bei zwei Interviewpartnerinnen öfter schlecht, als andere glaubten, weil sie im Rahmen ihrer ausgeprägten Hilfsbereitschaft so etwas wie ein Helfersyndrom entwickelt haben. Dies erfülle sie oft mit großer Traurigkeit. Das Gefühl, ständig **Leistung erbringen** zu müssen, verursachte bei zwei Interviewten regelmäßig großen Stress, weil sie ständig erlebten, aufgrund der Flut von Aufgaben überfordert zu sein. Sie haben oftmals die subjektive Wahrnehmung, sich zu viel zuzumuten, merken dies aber immer erst, wenn sie kurz vor einem Zusammenbruch standen. Eine Person benannte, dass der Wille viel auszuhalten oftmals den Preis habe „zu viel auszuhalten“ mit der Folge, zu hart mit sich selbst und den eigenen Belastungsgrenzen umzugehen. Ausgeprägte Selbstständigkeit führe dazu, immer alles alleine machen zu wollen, ohne die Kompetenz zu besitzen, andere um Hilfe zu bitten oder von jemandem Hilfe annehmen zu können (ebd., 130, 131).

9 Interventionen zur Förderung der Widerstandsfähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Kinder, die in Bedingungen besonderer Herausforderungen aufwachsen, wie es in alkoholbelasteten Familien vorkommt, unterliegen meist permanent strukturellen Veränderungen im Familiensystem. Aus Erfahrungen heraus ist es keineswegs so, dass die erhöhten Belastungen sich im besonderen Ausmaß in der kindlichen Entwicklung abzeichnen. Oft passiert es sogar, dass ein hoher Prozentsatz der Kinder aus erschwerten Bedingungen sich eher unauffällig oder auch positiv entwickeln kann (Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 19). Viele erwachsene Kinder alkoholkranker Eltern sind sogar teilweise

als gestärkte Persönlichkeiten aus solchen Familiensituationen hervorgegangen (Nord, 2012, 37). Die aktuelle Resilienzforschungen zeigen, dass es wichtig ist, Kinder so früh wie möglich mit effizienten Bewältigungsformen der bestehenden Belastungen vertraut zu machen. (Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 10). Betrachtet werden sollen in diesem letzten Kapitel mögliche Formen autonomer Ressourcenförderung einerseits als auch entwicklungspsychologische Förderung mit der Unterstützung institutioneller Interventionen andererseits.

9.1 Die Entwicklung von Ressourcen als dynamischer Anpassungsprozess

Ressourcen sind kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal. Sie bilden sich im Laufe der Entwicklung, der transaktional (Definition S. 45) zwischen einem Kind und der Umwelt geschieht (ebd., 28).

Bei allen entwicklungspezifischen Defiziten, psychischen Störungen und Auffälligkeiten, sind die allerersten Beziehungserfahrungen eines Kindes entscheidend. Sie bilden das Fundament der Persönlichkeit mit ihren Strukturen, auf dem sich Schutzfaktoren, beziehungsweise Ressourcen entwickeln können. Frühkindliche Entwicklungsbedingungen entstehen aus dem Wechselspiel biologischer und familiärer Gegebenheiten (Thomasius / Küstner, 2005, 146, 147). Die Entwicklungsaufgaben sind hier an bestimmte Altersstufen gebunden (vgl. Tab. 3).

Altersstufe	Entwicklungsaufgaben
Frühe Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bindung an Bezugsperson(en) ■ Sprachentwicklung ■ Selbstkontrolle/Selbststeuerung (vor allem motorisch) ■ Entwicklung von Autonomie
Mittlere Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Geschlechtsrollenidentifikation ■ Entwicklung von Impulskontrolle ■ Beziehung zu Gleichaltrigen (soziale Kompetenz) ■ Anpassung an schulische Anforderungen (Lesen, Schreiben etc.)
Jugendalter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identitätsentwicklung ■ Gemeinschaft mit Gleichaltrigen/Aufbau enger Freundschaften ■ Internalisiertes moralisches Bewusstsein ■ Schulische Leistungsfähigkeit

Tab. 3 Beispiele von Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter ((Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 21)

Je früher positive Umweltbedingungen auf ein Kind einwirken, desto mehr begünstigen sie in Entwicklungsprozessen eine Stabilisierung und Festigung von Erfahrungen und die

Ausbildung von Bewältigungsfähigkeiten. Macht ein Kind die Erfahrung, mit einer Belastung situationsgerecht umgehen zu können, geht es gestärkt aus der Situation hervor. Damit sind günstige Voraussetzungen geschaffen, auch zukünftige Herausforderungen erfolgreich bestehen zu können und, ebenso wichtig, auch zu wollen. Grundsätzlich ist eine aktive Rolle des Kindes erforderlich, damit es mit Stress- und Belastungssituationen umzugehen lernt (Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 28, 29).

9.2 Subjektives Herstellen einer personell orientierten Resilienz

An dieser Stelle möchte ich zunächst die protektiven Faktoren (Schutzfaktoren) vorstellen, die Menschen (auch Kinder mit entsprechendem Alter) autonom umsetzen können. Hierbei handelt es sich um zu erlernende Ressourcen, die die Verletzlichkeit (Vulnerabilität) gegenüber Stressoren verringern sollen. Sie haben einen Einfluss auf die Qualität der Stressanpassung, im Sinne einer sich aufbauenden Immunität gegenüber Stressbedingungen. Interne Ressourcen sollen dadurch die Auswirkungen von Belastungen besser kompensieren können (Nord, 2012, 9, 10). Dabei können sportliche Aktivitäten unterstützend wirken. Die dabei erforderlichen kognitiven und motorischen Fähigkeiten, die auch der Koordination dienen, lassen durch die Bewegung neue Nervenzellen sprießen und halten Körper, Geist und Seele fit. Kontinuierliche sportliche Aktivität, zum Beispiel ein Ausdauertraining verbessert die Stimmung und lindert sogar Depressionen manchmal annähernd so gut, wie eine medikamentöse Therapie. Als besonders vorteilhaft schneidet dabei die Bewegung im Grünen ab. Reize durch den Einfluss der Natur begünstigen eine Beruhigung des Herzschlags (Gelitz, 2016, 70). Eine Testreihe von Jinang und Co belegt, dass auch der Anblick von Bäumen Stress abbaut. Die Aussagen der Probanden wurden durch die Messungen der Stresshormone im Blut bestätigt (Lingenhöhl, 2016, 60). Armin Lude und sein Doktorand Andreas Raith forschten 2017 in wissenschaftlich Datenbanken, wie sich das Spielen von Kinder in den letzten 15 Jahren auf deren Entwicklung ausgewirkt hat. Die Ergebnisse belegten, dass Kinder nach einem 20minütigen Spaziergang in der Natur sich deutlich besser konzentrieren konnten, als nach einem Spaziergang durch die Innenstadt. Ebenso zeigten Kinder verschiedenen Erhebungen zufolge ein besser entwickeltes Sozialverhalten, indem sie ausgeprägte Fähigkeiten zur Problemlösung in vorherrschenden Konflikten aufwiesen, wenn sie sich viel in der Natur aufhielten (Lude, 2017, 40).

9.3 Schutzfaktoren im sozialen Umfeld finden

Die Ressourcen aus dem sozialen Umfeld werden in zwei Bereiche unterschieden. Zunächst sollen hier die sozialen Netzwerke genannt werden, die die Voraussetzungen für eine soziale Integration bilden. Konzentrieren möchte ich mich aber auf den zweiten Bereich der sozialen

Unterstützung, aus dem sich die qualitativen Aspekte sozialer Beziehungen erschließen. Soziale Unterstützung wird auch als eine Ressource der Umwelt verstanden. Sie besteht aus einer ressourcenorientierten Transaktion (wechselseitige Beziehung) des Individuums mit seiner Umwelt. Gesundheit ist dann das Resultat einer angemessenen Regulation (Nord, 2012, 12). Aufgrund der Thematik sollen nun Bezugspersonen und Kontakte außerhalb der Familie gefunden werden, denen eine hohe Bedeutung zukommen soll. Sie haben den Auftrag, Anregung und Hilfestellung bei der Bewältigung von akuten Belastungssituationen geben, alternative Verhaltensmodelle auf das zukünftige Verhalten der Kinder bieten, mit denen sie Belastungssituationen anders und besser begegnen können. Es sollen positive, freundschaftliche Kontakte entstehen, in denen die Kinder emotionalen Beistand erfahren können. Außerdem sollen sie Entspannung und Normalität in dem Entstehen von Beziehungen erleben können (Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 112).

Des Weiteren bieten verlässliche Bindungen zu festen Bezugspersonen Schutz vor den zahlreichen psychischen Erkrankungen. Trotz akuter Stressoren oder traumatischen Erlebnissen können Kinder mit deren Hilfe eine stabile Persönlichkeit entwickeln. Soziale Beziehungen zu anderen Menschen dienen dem seelischen Wohlbefinden. Sie reduzieren den Stress und das Risiko für Depressionen (Gelitz, 2016, 68, 69). Darüber hinaus entwickelt ein Kind Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und gewinnt an Selbstachtung, wenn die äußeren Schutzfaktoren für sichere und harmonische Bindungsbeziehungen in seiner Lebenswelt vorhanden sind. Sie bilden das maßgebliche Fundament für ein positives Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit (Göppel, 283, 284).

9.4 Ansatzpunkte für Begleitung in Institutionen (Tages- und Bildungseinrichtungen) zur Ressourcenbildung

Es existieren außerhalb der Familie einige entscheidende Quellen, die Kindern emotionale und soziale Unterstützung anbieten können. Vor allem die Institution Schule bietet diverse Möglichkeiten. Lehrer und Schulsozialarbeiter können sich einsetzen, Kindern Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und ihre emotionalen und kognitiven Fähigkeiten anregen. Nicht selten finden Kinder in der Schule ihre engsten Vertrauenspersonen. Diese unterstützenden Personen können unmittelbar zur Problemreduzierung beitragen und aktives und konstruktives Bewältigungsverhalten fördern. Insgesamt sollte daher in Schulen ein wertschätzendes Klima vorherrschen, Schüler und Lehrer sollten einander immer respekt- und verständnisvoll gegenüber treten. Daher ist es auch wichtig, positive(s) Leistungen und Verhalten durch Lob und Anerkennung zu verstärken. Schülern werden regelmäßige verantwortungsvolle Aufgaben übertragen und sie sollten mit einem angemessenen Bildungsstand konfrontiert werden, der sie aber auch fordert. Für die Interaktion der Schüler untereinander können außerschulische Aktivitäten angestrebt

werden, (zum Beispiel Sportveranstaltungen, Ausflüge etc.) oder die Gründung von Peer-Groups kann unterstützt werden (Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 111, 112, 113, 122).

9.4.1 Individuelle Ressourcenförderung

Bei der individuellen Ressourcenförderung können je nach Zielsetzung folgende Ansatzpunkte hervorgehoben werden:

- Problemlösungsfertigkeiten und Konfliktlösungsstrategien entwickeln
- Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen erkennen
- Positive Selbsteinschätzung der Kinder fördern
- Kindliche Selbstregulierungsfähigkeiten verbessern
- Soziale Kompetenzen, Empathie und Perspektivübernahme trainieren
- Effektive Stressbewältigungskompetenzen (Coping-Strategien) erkennen

(ebd., 125)

Angelehnt an die Praxis können hier in verschiedenen Trainingsprogrammen speziell mit Kindern im Grundschulalter zwischen sechs und zwölf Jahren Kompetenzen erworben werden. Zum Beispiel ist es möglich in Form einer Partnerarbeit, in der sich die Kinder über Identifikationsgeschichten austauschen, realistische Ursachenzuschreibungen (Attribution) zu finden. Hier sollte es darum gehen Kindern zu vermitteln, dass Gedanken ursächlich für Gefühle sein können, und dass im Weiteren die Gefühle abhängig von der Bewertung einer Situation sind. Außerdem kann mit dieser Methode vermittelt werden, dass die günstigste Form einer Bewältigung immer darin liegt, sich Hilfe und Unterstützung zu holen. In der Arbeit in Zweiergruppen sollte man möglichst Kinder aus der Gruppe mit günstigen (funktionalen) und ungünstigen (dysfunktionalen) Attributionen paaren.

Eine weitere Methode, die in thematisch ausgerichteten Rollenspielen stattfindet zielt darauf ab, Kinder zu befähigen, die eigenen Gefühle und die Gefühle anderer zu benennen, beziehungsweise lernen mit Gefühlen angemessen umzugehen. Inhaltlich kann angestrebt werden Rollenspiele zu finden, in denen es darum geht, Kompromisse oder Lösungen zu finden oder auch mit Konsequenzen umzugehen.

In einem weiteren Stresspräventionstraining ist es denkbar, den Kindern wieder erneut in Form von Rollenspielen oder auch didaktisch und methodisch mit Hilfe von Comics oder Hörspielen das Kennenlernen eines anschaulichen Stressmodelles zu ermöglichen. Anschließende Gespräche zur Reflexion sind wichtig. Es soll dabei vor allem die Fähigkeit verbessert werden, eigene Stressreaktionen zu erkennen und stressauslösende Situationen wahrzunehmen. Darauf aufbauend können nach erfolgter Problemanalyse neue Stressbewältigungsstrategien erlernt werden, um eine Erhöhung der bei sich selbst

wahrgenommenen Kompetenzen anzustreben (Wustmann Seiler / Fthenakis, 2016, 126, 127).

9.4.2 Beziehungsspezifische Ressourcenförderung

Auf der Beziehungsebene geht es darum, Ressourcen zu fördern, damit sich die Interaktionsqualität der Kinder verbessert. Zunächst ist es wichtig, sich sozialpädagogische Maxime wieder bewusst zu machen, die tagtäglich als Handlungsstrategien stattfinden. Es geht hier um den bewussten Umgang mit den Kindern in Bildungseinrichtungen wie der Vorschule, der Schule und den Kindertagesstätten. Jeder Erziehende kann dort im alltäglichen Geschehen dem Kind Vertrauen in die eigene Kraft und die eigenen Fähigkeiten vermitteln. In den nachstehenden Tabellen werden Anregungen aufgezeigt, die über die situative Interaktion und Wirkung Aufschluss geben (Wustmann Seiler / Fthenakis, 133, 134).

Resiliente Verhaltensweisen können gefördert werden, indem man ...	Förderung von
das Kind ermutigt, seine Gefühle zu benennen und auszudrücken.	Gefühlsregulation/ Impulskontrolle
dem Kind konstruktives Feedback gibt (das Kind konstruktiv lobt und kritisiert).	positiver Selbsteinschätzung/ Selbstwertgefühl
dem Kind keine vorgefertigten Lösungen anbietet (vorschnelle Hilfeleistungen vermeidet).	Problemfähigkeit/ Verantwortungsübernahme/ Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
das Kind bedingungslos wertschätzt und akzeptiert.	Selbstwertgefühl/Geborgenheit
dem Kind Aufmerksamkeit schenkt (aktives Interesse an den Aktivitäten des Kindes zeigt; sich für das Kind Zeit nimmt).	Selbstwertgefühl/Selbstsicherheit
dem Kind Verantwortung überträgt.	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/Selbstvertrauen/Selbstmanagement
das Kind ermutigt, positiv und konstruktiv zu denken.	Optimismus/Zuversicht
dem Kind zu Erfolgserlebnissen verhilft.	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/Selbstvertrauen/Kontrollüberzeugung

Tab. 4: Erziehungsmaxime zur Förderung von Resilienz in der Erzieher-Kind-Interaktion (Wustmann Seiler / Fthenakis, 134)

Resiliente Verhaltensweisen können gefördert werden, indem man ...	Förderung von
dem Kind dabei hilft, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen.	positiver Selbsteinschätzung/ Selbstvertrauen
dem Kind hilft, soziale Beziehungen aufzubauen.	sozialer Perspektivenübernahme/ Kooperations- und Kontaktfähigkeit
dem Kind hilft, sich erreichbare Ziele zu setzen.	Kontrollüberzeugung/ Zielorientierung/ Durchhaltevermögen
realistische, altersangemessene Erwartungen an das Kind stellt.	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen/ Kontrollüberzeugung
dem Kind Zukunftsglauben vermittelt.	Optimismus/Zuversicht
das Kind in Entscheidungsprozesse einbezieht.	Kontrollüberzeugung/ Selbstwirksamkeit
dem Kind eine anregungsreiche Umgebung anbietet und Situationen bereitstellt, in denen das Kind selbst aktiv werden kann.	Explorationsverhalten/ Selbstwirksamkeit
Routine in den Lebensalltag des Kindes bringt.	Selbstmanagement/ Selbstsicherheit
das Kind nicht vor Anforderungssituationen bewahrt.	Problemlösefähigkeit/ Mobilisierung sozialer Unterstützung
dem Kind hilft, Interessen und Hobbys zu entwickeln.	Selbstwertgefühl
ein „resilientes“ Vorbild ist (dabei aber authentisch bleibt).	Effektiven Bewältigungsstrategien

Tab. 5: Erziehungsmaxime zur Förderung von Resilienz in der Erzieher-Kind-Interaktion (Wustmann Seiler / Fthenakis, 135)

Wenn Kinder beispielsweise früh an Entscheidungsprozessen beteiligt werden, entwickeln sie ein Gefühl dafür, selbstwirksam sein zu können und eine Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben (Wustmann Seiler / Fthenakis, 135).

10 Resümee

Kinder und Jugendliche sind eine besonders zu schützende Personengruppe. Deshalb hat der Staat eine Reihe von Vorschriften und Gesetzen erlassen, die dem Kindeswohl dienen und eine gesunde Entwicklung der Heranwachsenden fördern und stützen sollen. In dieses Regelwerk sind die Eltern mit ihrer Aufsichts- und Fürsorgepflicht eingebunden. Durch das Lernen am Modell und das Lernen an den Konsequenzen erhält das Kind / der Jugendliche einen Rahmen, der ihm Orientierung gibt und gleichzeitig Grenzen setzt, die für das spätere Verhalten in der Gesellschaft prägend sind. Die fürsorgliche Begleitung der Eltern lässt die Persönlichkeit der Heranwachsenden reifen und begünstigt gesunde Verhaltensmuster in

den Alltagssituationen des täglichen Lebens. Die Entwicklung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien zeigt häufig ein ganz anderes Bild.

10.1 Entwicklungsbedingte Störungsbilder unter stressauslösenden

Bedingungen

Die Entwicklung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien zeigt häufig ein ganz anderes Bild. Die Erkrankung eines Elternteils oder beider Eltern führt im Lebensalltag zu interfamiliären Spannungen und zu Frontenbildung. Der Erziehungsauftrag kann nur unzureichend wahrgenommen werden, es kommt zur Vernachlässigung und oft alkoholbedingt, zu Misshandlungen der Kinder. Eine situationsspezifische Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse auf mentaler und emotionaler Ebene ist selten gegeben. Es fehlt die Vorbildfunktion für Modelle des Rollenverhaltens und bei der Konfliktbewältigung. Die Stigmatisierung durch die Gesellschaft wie auch die schwache Persönlichkeit des alkoholkranken Elternteils erzeugen bei den Kindern eine hohe Ambivalenz in ihrer Gefühlswelt gegenüber ihren erkrankten Eltern. Die Kinder sind gezwungen, sich ständig zu positionieren und zugleich damit überfordert. Zuneigungen gegenüber dem erkrankten Elternteil wechseln sich mit Schuldgefühlen, aber auch Wut und Hass ab. Dieses Klima von Ohnmacht und Hilflosigkeit, den Situationen ausgeliefert oder durch das eigene gefühlt falsche Verhalten ursächlich verantwortlich zu sein, entwickelt die Mehrheit der betroffenen Kinder pathologische Verhaltensmuster.

10.2 Resilienz und Ressourcenbildung

Es gibt aber auch Kinder, die trotz akuter Stressoren eine stabile gesunde Persönlichkeit erlangen. Verschiedene Studien bestätigen, dass soziale Beziehungen zu anderen Menschen dem seelischen Wohlbefinden dienen, es stützen und die Persönlichkeitsentwicklung stärken. Je früher positive Umweltbedingungen auf das Kind oder den Jugendlichen einwirken, desto mehr begünstigen sie eine Stabilisierung und Festigung von Erfahrungen, die zur Ausbildung von Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) führen. Dabei lernt das Kind / der Jugendliche, dass es / er erfolgreich eine belastende Situation bewältigen kann und geht gestärkt daraus hervor. Je mehr es Kindern gelingt, mit zunehmendem Lebensalter Eigenverantwortung zu übernehmen und damit auch ihre eigenen Leistungs- und Belastungsgrenzen zu erkennen, desto besser ist die Prognose für eine erfolgreiche Resilienz. Können sie zudem die Selbstwirksamkeit für sich umzusetzen, sind sie befähigt, zukunftsorientiert ihr Leben zu planen und zu strukturieren, sich Ziele zu setzen und diese dann auch erreichen.

10.3 Ressourcenfördernde Interventionen

Ressourcen sind kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal. Sich aufbauende Immunität gegenüber krisenbelasteten Lebenssituationen kann durch Coping-Strategien und ein Resilienztraining erreicht werden.

In diesem Sinne fällt der therapeutische Arbeit in Stätten der Suchtkrankenhilfe wie (teil) stationären Einrichtungen, ambulanten Beratungsstellen und den Selbsthilfeorganisationen die Aufgabe zu, ressourcenorientiert effiziente Bewältigungsformen für bestehende Belastungen zu entwickeln. Ein individuelles Training zu Problemlösungsfertigkeiten zeigt alternative Verhaltensmodelle auf, die erfolgreich der aktiven Stressbewältigung dienen können.

In der Schule und anderen Bildungseinrichtungen kommt der Förderung beziehungsspezifischer Ressourcen große Bedeutung zu, gerade dann, wenn der elterliche Erziehungsauftrag nicht geleistet werden kann. Als ein Ort, an dem ein respektvolles und wertschätzendes Klima untereinander vermittelt wird, dienen die Bildungseinrichtungen der Verbesserung der Interaktionsfähigkeit und beugen durch feste Bezugspersonen psychischen Störungen vor beziehungsweise erkennen rechtzeitig die Entwicklung pathologischer Muster.

Zusammenfassend gilt, dass Kinder, die gelernt haben, durch liebevolle Bezugspersonen begleitet und ermutigend gestützt, früh Verantwortung zu übernehmen und dadurch über die Jahre mit innerer Stärke und hoher sozialer Kompetenz ausgestattet werden, eine hohe Widerstandskraft gegenüber krisenhaften Lebenssituationen entwickeln und eine gesunde Persönlichkeit reifen lassen. Damit es erfolgreich gelingt, ist es von enormer Bedeutung, dass alle Institutionen, die an dieser therapeutischen Arbeit beteiligt sind, synergetisch zusammenarbeiten.

Quellenverzeichnis

- Althaus, David / Niedermeier, Nico / Nieschken, Svenja (2018): Zwangsstörungen. Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird, 3. überarbeitete Auflage, München: C.H.Beck
- Bauer-Delto, Angelika (2016): Wenn Stress unter die Haut geht, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Ratgeber 3/2016, S. 18-20
- Beck, Norbert (2004): Familiäre und psychosoziale Aspekte der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter, in: Wewetzer, Prof. Dr. Christoph (Hrsg.): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen [u. a.]: Hogrefe Verlag
- Dilling Horst/ Mombour Werner/ Schmidt Martin (Hrsg.) (2015): ICD 10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, klinisch diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe Verlag
- Elbers, Mascha (2017): Gefangen in der Unwirklichkeit, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Dossier 2/2017, S. 53-58
- Essau, Cecilia A. (2014): Angst bei Kindern und Jugendlichen, 2. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag
- Fischer, Dr. Frank M. / Möller, Hon. Prof. Dr. Christoph (2018): Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen, Band in Buchreihe: Bilke-Hensch, Oliver von / Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne / Klein, Michael (Hrsg.): Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie, 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer
- Garbe, Elke (2018): Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen, 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta
- Gast, Ursula / Wabnitz, Pacal (2017): Dissoziative Störungen erkennen und behandeln, in: Ermann Michael (Hrsg.): Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik, 2. aktualisierte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer
- Gebhardt, Ulrike (2018): Geerbte Erfahrungen, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Kompakt 06/2018, S. 34-39

Gelitz, Christiane (2016): Was die Psyche stark macht, in: Spektrum der Wissenschaft Ratgeber, 2. Auflage 3/2016, S. 67-71

Gelitz, Christiane (2017): Permanenter Ausnahmezustand. Borderline_Persönlichkeitsstörung, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Dossier 2/2017, S. 68, 69

Gelitz, Christiane (2018): Psychische Sörungen sind teils eng miteinander verwandt, in: Spektrum Psychologie, Ausgabe 04.2018, S. 17

Göppel, Rolf (1997): Ursprünge der seelischen Gesundheit. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung, Würzburg: edition bentheim

Grabe, Hans Jörgen / Spitzer, Carsten (2017): Frühe Brandmale, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Dossier 2/2017, S. 6-11

Groen, Prof. Dr. Gunter / Petermann, Prof. Dr. Franz (2002 / 2011): Depressive Kinder und Jugendliche, 6. Band in: Petermann, Prof. Dr. Franz (Hrsg): Klinische Kinderpsychologie, 2. Überarb. Auflage, Göttingen [u. a.]: Hogrefe Verlag

Hughes, Virginia (2014): Vaters Erbsünde, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Kompakt, 10/2014, S. 6-14

Hüther, Gerald (2004): Die Bedeutung sozialer Erfahrungen für die Strukturierung des menschlichen Gehirns. Welche sozialen Beziehungen brauchen Schüler und Lehrer? , in: Zeitschrift für Pädagogik 50, Heft 4 07/08 2004, S. 487-495

Köber, Christin / Habermas, Tilmann (2017): Erzähl dein Leben. Autobiographisches Gedächtnis, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Dossier 4/2017, S. 60-65

Korittko, Alexander (2016): Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systematisch behandeln, 2. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer Verlag

Kreismann, Dr. Jerold J. / Straus, Hal (2008): Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Hilfe für Betroffene und Angehörige, München; Basel: Wilhelm Goldmann Verlag

Lambrou, Ursula (1990): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit, 13. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Lingenhöhl, Daniel (2016): Bäume helfen gegen Stress, in: Spektrum der Wissenschaft, Kompakt, 5/2017, S. 59, 60

Lude, Armin (2017): Abenteuerspielplatz Natur. Entwicklung fördern, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Familie Teil 2 2017, S. 38-44

Mehler-Wex / Wewetzer, Prof. Dr. Christoph (2004): Ätiologie und Genese, in: Wewetzer, Prof. Dr. Christoph (Hrsg.): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen [u. a.]: Hogrefe Verlag

Moggi, Dr. phil. Franz (2007): Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie Depression und Substanzstörungen, in: Moggi, Dr. phil. Franz (Hrsg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, 2. vollst. überarb. und erw. Auflage, Bern: Verlag Huber

Nestler, Eric (2013): Ins Erbgut eingebrannt, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Kompakt 11/2013, S. 15-21

Nord, Sabine (2012): Resilienz – Ressourcen im Umgang mit Belastungen. Eine retrospektive Interviewstudie mit Erwachsenenden Kindern von alkoholabhängigen Eltern (EKA), Saarbrücken: AV Akademiker Verlag

Osterkamp, Jan (2018): Was reguliert die epigenetische Regulation? , in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Kompakt 06/2018, S. 31, 32

Roth, Gerhard (2004): Warum sind Lehren und Lernen so schwierig? , in: Zeitschrift für Pädagogik 50, Heft 4 07/08 2004, S. 496-506

Schmahl, Christian (2016): Dämpfer fürs Gefühlschaos, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Ratgeber 3/2016, S. 22-27

Schneider, Barbara (2015): Seele am Abgrund, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Ratgeber 2/2015, S. 36-39

Strahler, Jana (2018): Was die Psyche wachsen lässt, in: Spektrum der Wissenschaft, Kompakt 4/18, S. 35-41

Strüber, Nicole (2016): Erste Schritte in Richtung Persönlichkeit, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Familie Teil 1 2016, S. 40-43

Strüber, Nicole (2018): Wie ich wurde, was ich bin. Entwicklung, in: Spektrum der Wissenschaft, Kompakt 4/18, S. 6-15

Tagay, Sefik / Schlottbohm, Ellen / Lindner, Marion (2016): Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnostik, Therapie und Prävention, Stuttgart: Kohlhammer

Tomasius, Prof. Dr. Rainer / Küstner, Udo J. (2005): Familie und Sucht. Grundlagen Therapiepraxis Prävention, Stuttgart: Schattauer

Wewetzer, Prof. Dr. Christoph / Warnke, Andreas (2004): Definition, Klassifikation, Diagnostik und Differenzialdiagnostik, in: Wewetzer, Prof. Dr. Christoph (Hrsg.): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen [u. a.]: Hogrefe Verlag

Wildermuth, Matthias (2006): Angstentstehung und –bewältigung im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Von Sicherheit, Verlässlichkeit und Geborgenheit in der frühen Kindheit. Altersgebundene und altersungebundene Phobien und Ängste im Kindes- und Jugendalter, Stuttgart; Berlin: Verlag Johannes M. Mayer

Wolf, Claudia Christine (2015): Neuronaler Lustfaktor, in: Spektrum der Wissenschaft Gehirn & Geist, Ratgeber 2015, S. 6-10

Wustmann Seiler, Dr. Corinna / Fthenakis, Prof. Dr. Wassilios E. (Hrsg.) (2016): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität, 6. Auflage, Berlin: Cornelsen Verlag

Zeibig, Daniela (2018): Sind unsere frühesten Erinnerungen echt? , in: Spektrum Psychologie, Ausgabe 04.2018, S. 19

Zobel, Martin (2006): Klinische Kinderpsychologie, in: Petermann, Franz (Hrsg.): Kinder aus alkoholbelasteten Familien, 2., überarbeitete Auflage, Göttingen [u. a.]: Hogrefe Verlag

Anhang

Es finden sich hier die verwendeten Instrumente des vorgestellten Interviews, die der Vorbereitung, beziehungsweise Durchführung dienen. Sämtliche Angaben sind originalgetreu übernommen nach Sabine Nord, 2012, Seiten 45 – 51.

Themenbereiche des verwendeten Interviews

1. Die Situation der Kinder von Suchtkranken in ihren Familien

Das Erleben der Kinder in suchtkranken Familien wird beeinflusst von einer spezifischen Familienatmosphäre, folgende Charakteristika beschrieben wird:

- ängstliche Anspannung und Unruhe, Mangel an Kontinuität
- Ungewissheiten, Täuschungen und Enttäuschungen
- drohendes Chaos
- Streitbeziehungen der Eltern
- „Kommunikationslosigkeit“ der Familie.
- Ambivalenzerfahrungen
- belastende Gefühle (z.B. Schamgefühle, Einsamkeit, übermäßige Sorgen)
- erfolglose Kontrollversuche und -rituale

2. Protektive Faktoren und Resilienz bei Kindern suchtkranker Eltern

Protektive Faktoren auf der Ebene des Kindes

Persönlichkeitscharakteristika, wie

- ein Temperament, das positive Aufmerksamkeit auf sich zieht
- eine mindestens durchschnittliche Intelligenz
- adäquate Kommunikationsfähigkeiten
- eine verantwortliche Einstellung
- ein positives Selbstwertgefühl
- internale Kontrollüberzeugungen
- Vertrauen auf eigene Selbsthilfefähigkeiten

Bewältigungsstrategien, wie

- die Suche nach sozialer Unterstützung
- Vermeiden von Selbstbeschuldigungen

Geschlecht: Mädchen werden sozial weniger auffällig als Jungen.

Protektive Faktoren auf der Ebene der Familie

- Trinkverhalten des abhängigen Elternteils: je geringer, desto weniger negative Auswirkungen
- Geschlechtsrollenverhalten: Alkoholismus des Vaters wirkt sich weniger destruktiv auf Töchter aus als der Alkoholismus der Mütter auf Söhne
- keine weiteren psychischen Auffälligkeiten der Eltern, wie z.B. Angst oder Depression
- eine gute Beziehung zum nicht süchtigen Elternteil
- Aufrechterhaltung der familiären Funktionsfähigkeit
- Bewahrung familiärer Rituale (gemeinsame Essenszeiten, Ferien, Familienunternehmungen etc.)
- Suche nach einem/r Partner/in aus einer Familie mit ausgeprägten Familienritualen plus dem Ziel der Verwirklichung von Interessen und Wünschen beider PartnerInnen
- positives familiäres Umformulieren und kein passives Erdulden des Alkoholismus
- positive Geschwisterbeziehungen

Protektive Faktoren der familiären Umgebung

- viel Aufmerksamkeit durch die primäre Bezugsperson
- keine längeren Trennungen und keine weiteren Geburten während des Kleinkindalters
- keine schweren Konflikte in den ersten beiden Lebensjahren des Kindes

3. Weitere Themenbereiche

Familie

- sozialer Hintergrund
- generationsübergreifende Themen und Probleme (Muster und Verflechtungen, Krankheiten etc.)
- familiäre Traditionen
- Koalitionen und Distanzierungen in der Herkunftsfamilie
- eigene heutige Familie

Subjektive Einschätzung der negativen und positiven Auswirkungen der Kindheitserfahrungen auf das Erwachsenenalter

- Belastungserfahrungen und deren Auswirkungen auf das Erwachsenenalter
- spezielle Erfahrungen, die mit dem Alkoholkonsum des Elternteils zusammenhängen
- Gelerntes in der Familie
- in der Kindheit erworbene Bewältigungsstrategien in ihrer Auswirkung auf heute

Hilfestellungen

- durch Hobbys
- durch Freunde, Bekannte, Nachbarn
- durch weitere Bezugspersonen (aus der Familie, Verwandtschaft, andere)

Krankheiten

- eigene Krankheiten
- der Familienmitglieder

Berufe

- eigene/r
- der Familienmitglieder
- Motivation der Berufswahl

Lebensgestaltung heute

- Gemeinsamkeiten zwischen Herkunftsfamilie und eigener Familie
- Partner/in, Kind/er
- eigener Alkoholkonsum, Alkoholkonsum in der eigenen Familie
- Werte und Einstellungen

Kommunikationssituation im Interview

- Art und Atmosphäre des Gesprächs
- Wechselwirkung zwischen interviewter und interviewender Person mit Auswirkung auf die Inhalte

Anderes

- nicht in bisherigen Kategorien Einzuordnendes

(Nord, 2012, 45-47)

Interviewleitfaden

1. Sozialdaten

- Alter
- Geschlecht
- Ein oder beide Elternteile alkoholkrank?
- Geschwister und Stellung in der Geschwisterreihe
- Sind familiäre Häufungen von Alkoholismus bekannt?
- Rekrutierungsort: Fachklinik, Beratungsstelle, anderes
- Beruf
- Berufe der Eltern

2. Positive Auswirkungen

- Gibt es positive Auswirkungen aus den Erfahrungen in der Herkunftsfamilie?
- Gibt es etwas, was Sie/was Du in Ihrer/Deiner Familie gelernt haben/hast?
- Was von dem Gelernten hätten Sie/hättest Du in einer nicht alkoholkranken Familie nicht lernen können?
- Was haben Sie/hast Du in Ihrer/Deiner Familie gelernt, das Ihnen/Dir heute von Nutzen ist?
- Wie kam es dazu, daß Sie/Du etwas gelernt haben/hast? Was hat dabei geholfen?
- Haben Sie/Hast Du bestimmte Bewältigungsstrategien entwickelt im Umgang mit der Situation?

3. Protektive Faktoren auf der Ebene der Familie

a) Trinkverhalten

- Wie stark hat der trinkende Elternteil getrunken?
- Wurde zu Hause getrunken oder außer Haus?
- In welchen Situationen oder bei welchen Gelegenheiten wurde getrunken?
- Wieviel davon haben Sie/hast Du mitbekommen?
- Wie verhielt sich der alkoholabhängige Elternteil unter Alkoholeinfluß?
- Gab es Aggressivität? Gewalt?
- Gab es Unterschiede zwischen Trinkphase und Abstinenz im Verhalten und Persönlichkeit des trinkenden Elternteils?
- Veränderte sich die Stimmung/die Atmosphäre zu Hause, wenn getrunken wurde?
- Wie reagierte der nicht trinkende Elternteil auf das Trinken des/r Partners/in?
- Wie reagierten die anderen Familienmitglieder?

b) Umgang mit dem Alkoholproblem

- Wie sind Sie/bist Du mit dieser Situation umgegangen?
- Wie sind Sie/bist Du mit dem betrunkenen Elternteil umgegangen?
- Wurde das Familienleben durch den Alkoholkonsum beeinflusst? Familienrituale (Einhaltung der Essenszeiten, Aufgabenverteilungen, Urlaube, Feste etc.) weiterhin vorhanden?
- Wenn ja, wie wurde mit der veränderten Familiensituation umgegangen?
- Gab es Probleme/Konflikte?
- Gab es Scheidungen/Trennungen?
- Gab es weitere Personen, die im Haushalt lebten bzw. die eine Rolle spielten? (Geschwister, Verwandte, Freunde, Nachbarn)
- Wie alt waren Sie/warst Du, als das Alkoholproblem begann?
- Wie gehen Sie heute mit dem Problem „Alkohol“ um?

c) Kommunikationsstrukturen

- Wurde zu Hause über das Alkoholproblem geredet?
- Wurde zu Hause generell über Probleme geredet? Wenn ja, mit wem und wie? Wenn nein, wie wurde dann damit umgegangen?
- Wie war der Kontakt zum nicht trinkenden Elternteil? (Koalitionen, Loyalitätskonflikte, Probleme)
- Wie war der Kontakt zu den anderen Familienmitgliedern?
- Sprechen Sie/Sprichst Du heute darüber?
- Wie ist der Kontakt heute zur Familie?
- Wird innerhalb der Familie heute darüber gesprochen?

(Nord, 2012, 49)

1. Protektive Faktoren auf der Ebene der Person

Wie würden Sie sich/würdest Du dich selbst beschreiben? bzgl.:

- Temperament (Wie würden Sie Ihr/würdest Du Dein Temperament beschreiben?)
- Intelligenz (Für wie intelligent halten Sie sich/hältst Du Dich?)
- Leistungsorientierung (Bedeutet Ihnen/Dir Leistung etwas?)
- Verantwortung (Was bedeutet Ihnen/Dir Verantwortung gegenüber anderen und anderem?)
- Selbstwertgefühl (Wie schätzt Du Deinen/schätzen Sie Ihren Wert ein?)
- Selbstvertrauen (Vertraust Du auf Dich selbst? / Vertrauen Sie auf sich selbst?)
- Kontrollüberzeugung (Haben Sie/Hast Du den Eindruck, Ihr/Dein Leben selbst in der Hand zu haben?)
- Suche nach sozialer Unterstützung (Wenden Sie sich/Wendest Du Dich bei Problemen an andere? Suchen Sie/Suchst Du Hilfe bei anderen?)
- Vermeiden von Selbstbeschuldigungen (Wenn etwas schiefgeht im Leben, was denken Sie/denkst du als erstes?)
- Gibt es etwas, was Sie haben/was Du hast im Vergleich mit anderen, die ebenfalls ein alkoholkrankes Elternteil haben und selbst alkoholabhängig geworden sind?

5. Protektive Faktoren auf der außerfamiliären Ebene

- Hatten Sie/Hattest Du Freunde/Freundinnen?
- Durften diese mit nach Hause gebracht werden?
- Wie wurde mit den Freunden/innen zu Hause umgegangen?
- Haben Sie/Hast Du etwas im Umgang mit Freunden/Bekannten/Verwandten gelernt?
- Gab es jemanden, an dem/der Sie sich/Du Dich orientiert hast?
- Gab es etwas, das Ihnen/Dir als Kind geholfen hat, mit der alkoholkranken Familiensituation umzugehen?
- Wenn ja, was hat geholfen? (Freunde/innen, Sport, Vereine, andere Gruppen, Erfahrungen in anderen Familien, Gläubigkeit etc.)

6. Berufliche Orientierung

- Welchr/e/s Beruf/Ausbildung/Studium wurde gewählt?
- War es die eigene freie Wahl?
- Welche Motivation stand/steht hinter der Wahl?

7. Lebensgestaltung heute

- Wie gestalten Sie sich/gestaltest Du Dir heute Ihr/Dein Leben?
- Gibt es Gemeinsamkeiten und/oder Unterschiede zum Leben Ihrer/Deiner Eltern?
- Haben Sie/Hast Du Familie? Partner/in? Kinder?
- Was ist Ihnen/Dir für Ihr/Dein Leben heute wichtig?
- Wie gehen Sie/gehst Du heute mit Alkohol um?

8. Krankheiten in der Familie

- Gibt es weitere Krankheiten des trinkenden Elternteils?
- Gibt es Krankheiten in der Familie?

9. Eigene Krankheiten

- Eigene Krankheiten?
- Süchte?
- Krankheiten in der Kindheit und/oder Jugendzeit?

10. Gesprächsbilanz ziehen

- „Wie war das Gespräch Für Sie/Dich?“
- „Wie haben Sie sich/hast Du Dich gefühlt dabei?“
- „Was war schwer dabei?“ „Was war leicht?“ „Gab es etwas, was es erschwert hat/erleichtert hat?“...
- „Was ist Ihnen/Dir von dem, was sich im Gespräch ergeben hat, wichtig geworden oder nahegegangen?“
- „Gab es etwas, daß Sie/Du hervorheben möchten/möchtest?“
- „Gab es das eine oder andere, das Ihnen/Dir jetzt klarer geworden ist oder das in einem anderen Licht erscheint...?“

(Nord, 2012, 50)

Gesprächsleitfaden

Gibt es positive Auswirkungen für Dich/Sie, da Du/Sie in einer Familie mit einem Alkoholproblem aufgewachsen bist/sind?

Gibt es besondere Stärken und/oder Fähigkeiten, die Du/Sie in Deiner/Ihrer Familie gelernt hast/haben?

Hast Du/Haben Sie bestimmte Bewältigungsstrategien entwickelt im Umgang mit Dir selbst/Ihnen selbst und/oder mit anderen und/oder mit Deiner/Ihrer Umwelt, die Du/Sie auf Deine/Ihre Erfahrungen in Deiner/Ihrer Familie zurückführen kannst/können?

Was oder wer hat Dir/Ihnen in Deiner/Ihrer Kindheit und Jugend besonders geholfen, mit der Familiensituation umzugehen?

Was meinst Du/meinen Sie, was Du hast/Sie haben, im Vergleich zu anderen Menschen, die ebenfalls aus einer alkoholkranken Familie stammen und aber selbst alkoholabhängig geworden sind?

(Nord, 2012,51)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder gesamt noch in Teilen einem anderen Prüfungsamt vorgelegt. Sie wurde auch noch nicht veröffentlicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe eines Plagiatserkennungsdienstes auf enthaltene Plagiate überprüft wird.

Hamburg, den 28.02.2019

Kathrin Dammann