

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Integrativ-Systemische, entwicklungsorientierte Arbeit mit Familien

August Flammer: Der Beitrag der Entwicklungspsychologie zur Psychotherapie

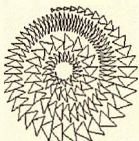
Hilarion G. Petzold: „Mentalisierung“ und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-Systemische Entwicklungstherapie“ mit Familien - das „bio-psycho-sozial-ökologische“ Modell „Integrativer Humantherapie“

Klaus Michaelis, Hilarion G. Petzold: Zur Situation von Kindern suchtbelasteter Familien aus Sicht der Integrativen Therapie. Integrativ-Systemische Überlegungen zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern

Robert Masten, Staša Safarič, Vesna Jug, Hilarion G. Petzold: „Familienklimata“ bei Alkoholikern und ihre Bedeutung für Integrativ-Systemische Interventionen in der Arbeit mit Familien

Hilarion G. Petzold: „Brain wizards“, Hochbegabte Kinder - Chance und Schicksal. Über Neugier, poetische Gestaltungskraft, „creating styles“. Überlegungen aus der Integrativ-Systemischen Kindertherapie

Buchbesprechung



Zur Situation von Kindern suchtselasteter Familien aus Sicht der Integrativen Therapie

Integrativ-systemische Überlegungen zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern¹

1. Einführung

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

Bei der Betrachtung der Situation von Kindern aus suchtselasteten Familien kommt in der Integrativen Therapie eine **integrativ-systemische** Betrachtungsweise und Praxeologie zur Anwendung, denn nur so kann man die Familiendynamiken und die Reaktionen der einzelnen Familienmitglieder in ihren „Mitgliedsrollen“ (Luhmann 1964) verstehen. Familien sind ja u.a. auch Rollensysteme, wie Jakob L. Moreno herausgearbeitet hatte. Moreno mit seiner soziometrischen Netzwerk- und Rollentheorie sowie Netzwerk- und Rollentherapie kann durchaus als ein früher Systemiker betrachtet werden, führte er doch schon in den Dreißigerjahren des 20. Jhs. Paar- und Familientherapien durch (Moreno 1937; Petzold 1984b, 180; Compennolle 1980). Virginia Satir lernte bei ihm Psychodrama und Rollenspiel, die in ihrem eigenen Ansatz zentral wurden und deren spezifische Adaptierung auch unsere Arbeitsweise beeinflusst hat. In dieser Arbeit werden wir an diese rollentheoretisch-systemische Ausrichtung anknüpfen und uns neben einer allgemeinen Hinführung besonders auf zwei Aspekte richten:

1. **Narrative:** Zum einen wird versucht, die auffällige Rollenentwicklung (Heuring, Petzold 2005) dieser Kinder solcher Familien durch das Konstrukt des „Narrativs“ (idem 2003a, 333, 434) besser verstehbar zu machen. Narrative sind handlungsleitende Lebenssätze, die in „Mentalisierungen“ entstehen, also mentalen (d.h. kognitiven, emotionalen, volitiven) Aneignungsprozessen aus der persönlichen Entwicklungsgeschichte in sozialen Welten (idem 2006v; Nelson

¹ Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf. Hückeswagen (Leitung: Prof. Dr. H.G. Petzold, Prof. Dr. J. Sieper): Dem Text liegt die Graduiierungsarbeit (2004) des Erstautors zugrunde, Betreuer Prof. Dr. H.G. Petzold.

2010), die die Orientierung und Identität im weiteren Lebensverlauf maßgeblich beeinflussen. Bei Kindern aus suchtbelasteten Familien unterliegen diese Narrative in ihrer Entstehung ungünstigeren Bedingungen der Mentalisierung und werden stärker fixiert als dies gemeinhin der Fall ist. Eine spätere Veränderung der Narrative entsprechend veränderten Lebensbedingungen ist erschwert. An beispielhaften Behandlungsprozessen wird diese Entwicklung exemplarisch dargestellt.

- 2. Ressourcen, salutogene Faktoren:** Ein zweiter Aspekt betrifft die für die systemische Orientierung in der Integrative Therapie kennzeichnende Beachtung von *Ressourcen* (Petzold 1997p), *salutogenen Faktoren*, und *Resilienzen* bei der Entwicklung von Kindern ganz allgemein (Petzold, Müller 2004) und aus suchtbelasteten Lebenszusammenhängen im Besonderen (Heinermann, Kind 1998).

Auf Basis einer „Klinischen Entwicklungspsychologie“ (Petzold 1994j; Oerter et al. 1999; Sieper 2007b) wird ein Transmissionsmodell erstellt, das sowohl Risikofaktoren als auch salutogene Faktoren einer Kindheit mit suchtkranken Eltern zu erfassen sucht. Dieses Modell wird inhaltlich gefüllt mit vorliegenden Untersuchungsergebnissen, die für *internale* und *externale* Moderatorvariablen zur **Pathogenese** und **Salutogenese** zu diesem Personenkreis bereits zahlreich vorliegen. Es entsteht damit ein für eine **integrativ-systemische** Perspektive und Praxeologie in der Integrativen Therapie mit Familien typisches breitgreifendes Bild zur Entwicklung von erhöhtem *Risiko* für die Ausbildung einer eigenen Suchterkrankung als Kind eines suchtkranken Elternteils, als auch von Entwicklungen eigener *Resilienz* trotz der widrigen Umstände im Elternhaus. Diese umfassende Sichtweise hat Auswirkungen auf Diagnostik, Prävention und Therapie in der Jugendarbeit und in der Suchtarbeit.

Ein suchtkranker Elternteil bedeutet für das oder die Kind/er von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Defizite betroffen zu sein, z.B. durch Vernachlässigung im betrunkenen Zustand. Es kann zu Störungen kommen, weil die Unterschiedlichkeit der elterlichen Reaktionen je nach Nüchternheit oder Grad der Betäubung extrem schwankend sein können. Zusätzliche Entwicklungsrisiken liegen in der erhöhten Wahrscheinlichkeit, anderen Konflikten ausgesetzt zu sein, z.B. Loyalitätskonflikten zwischen den Eltern, die in suchtbelasteten Familien wesentlich häufiger sind und die vermehrte Gefahr von Traumata, durch ein erhöhtes Gewalt- und Missbrauchspotential. Das Modell der pathogenen Stimulierungskonstellationen, durch die „funktionale Regulationssysteme“ (Petzold 1993a, 2005r, 2006d) dysreguliert und Regulationskompetenzen geschwächt werden – im Suchtkontext durchaus häufig (Scheiblich, Petzold 2006), bietet hier bereits, wie weitere Konzepte der Integrativen Therapie, die unten noch erörtert werden, einen guten Hintergrund zum Verständnis und zur sinnvollen Einschätzung des Risikos, dem Kinder aus suchtbelasteten Familien ausgesetzt sind. Dass das Risiko als Kind aus suchtbelasteter Fami-

lie höher ist, eine eigene psychiatrische Auffälligkeit und hier in erster Linie wieder eine Suchtproblematik zu entwickeln, ist mittlerweile durch umfassende quantitative Studien belegt (*Cotton* 1979 nach *Zobel* 2006, 14; *Drake & Vaillant* 1988). Demnach liegt das Risiko einer eigenen Suchterkrankung nach Aufwachsen in suchtselasteter Familie bei ca. 30%, was ein sechsfach erhöhtes Risiko darstellt gegenüber einer ca. 5%igen Auftretenshäufigkeit von Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Bekannt ist die Thematik seit es Alkohol gibt. Im alten Griechenland hat sich bereits *Plutarch* mit der Frage nach den Auswirkungen für die Kinder bei trinkenden Eltern beschäftigt. Von ihm ist die Aussage überliefert „Trinker zeugen Trinker“ (nach *Goodwin* 1985). Auch im 18. und 19. Jahrhundert finden sich Veröffentlichungen, die sich dieses Themas angenommen haben (*Oort* 1909). Danach geriet es aber wieder sehr in Vergessenheit und erlebte erst 1969 eine Wiederbelebung durch eine Veröffentlichung unter dem Titel „The forgotten children“ (*Cork* 1969). Beginnend mit dieser lange überfälligen Wiederbelebung beschäftigten sich vor allem im englischsprachigen Raum klinische Fachleute vermehrt mit dem Problem. Engagierte Frauen, wie *Sharon Wegscheider* (1988), *Claudia Black* (1988), *Janet G. Woititz* (1990) und im deutschen Sprachraum *Ursula Lambrou* (1990) aus der klinischen Praxis beschrieben zum ersten Mal differenzierter die Bedingungen, unter denen Kinder in suchtselasteten Familien aufwachsen. Sie machten aufmerksam auf die Tatsache, dass ein Suchtproblem nie nur den Betroffenen alleine verändert sondern immer auch ein Familienproblem ist, mit Auswirkungen auf die Stimmung, das Denken und das Verhalten aller Familienangehörigen. Hier entstand auch der Begriff der Co-Abhängigkeit, auf den hier nicht weiter eingegangen werden soll (vgl. dazu z.B. *Rennert* 1989, *Kolitzus* 2000).

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

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

Die Beziehung des konsumierenden Elternteils zu seinen Kindern beschreibt *Zobel* (2006, 22) folgendermaßen: „ Sie interessieren ihn im Grunde kaum. Eher stören sie ihn, machen Arbeit und Ärger. Er befasst sich nicht mit ihren Gefühlen oder Problemen, sondern kritisiert im Gegenteil willkürlich nahezu jedes Verhalten. Schlechte Schulleistungen werden je nach Alkoholspiegel entweder bestraft oder nachsichtig behandelt, gute Leistungen werden meistens nicht anerkannt, sondern abgewertet. Abhängig davon, ob und wie viel er getrunken hat, straft oder lobt er seine Kinder für gleiches Verhalten. Wenn er sich ihnen doch zuwendet, dann in erster Linie, um für sich etwas zu bekommen und nicht, um ihnen etwas zu geben. Er bietet kaum

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

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

Hier etablieren sich nach *Wegscheider* (1988) oft folgende, unausgesprochene Familienregeln:

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

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

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

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

Als zusätzlich erschwerend kann aus integrativer Sicht noch hinzu kommen:

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

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

Kritische Anmerkung:

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

3. Rollenmodelle und Verhaltensprofile

Kinder entwickeln in dieser Situation ein oft einseitiges und extremes Verhalten, das sich zu komplexen Mustern bzw. Profilen konfiguriert, die sich aus Selbstzuschreibungen und Fremdzuschreibungen zusammensetzen und bestimmte Funktionen haben. Es handelt sich dabei nicht um die klassischen „sozialen Rollen“, wie sie in den Rollentheorien der Soziologie (*Dreitzel* 1983; *Claessens* 1970; *Gerhardt* 1971) und mit etwas anderer Akzentsetzung in der Sozialpsychologie (*Fischer, Wiswede* 2002; *Goffman* 1997; *Petzold, Mathias* 1983; *Wiswede* 1977) erarbeitet und untersucht wurden, sondern um Verhaltenscluster oder -profile bzw. Rollenfunktionen eines Kindes (in der Kindrolle), die – wie bei einer „richtigen“ sozialen Rolle – a) als mentales Muster und b) performative Verhaltensinszenierung im *Bezug auf andere Rollen* und *Rollengeber* (Attributoren) zu sehen sind und aufgrund von Verhaltenserwartungen bzw. -attributionen zu Stande kommen. Denn **Rollen** in sozialen Netzwerken – darin liegt ihre systemische Qualität – sind meistens konfigurativ (Vater // Sohn, Lehrerin // Schülerin etc.). Netzwerke als Matrizen von Rollen oder von Identitäten (*Petzold* 2001p) wie auch vielfach Verhalten (Tadel // Scham, Drohung // Angst) in sozialen Kontexten als Konfiguration zu sehen ist. Leider wird in der Psycho- und Soziotherapie, Familientherapie, Supervision etc. mit dem Rollenbegriff oft sehr ungenau umgegangen, wenn z.B. solche Verhaltenscluster, Verhaltensprofile bzw. Rollenfunktionen aus dem familialen Mikronetzwerk schon als „Rollen“ bezeichnet werden, ohne dass das konfigurative Moment herausgestellt wird, oder die Verhaltensperformanz konkret und prägnant wird (*Heuring, Petzold* 2003). In der Literatur, die sich mit familialen Verhaltensmustern und ihrer Transmission befasst, – es geht dabei zumeist um Habitualisierungen, erlernte Verhaltensmuster oder auch um einen „Habitus“ (sensu *Bourdieu* 1982, 1997; *Krais, Gebauer*, 2002) - findet man immer wieder einen

unpräzisen Rollenbegriff, der eher als eine Metapher für solche Verhaltensmuster zu sehen ist. Wir sprechen deshalb dann auch von „metaphorisierenden Rollenzuschreibungen“ und „metaphorischen Rollen“.

In Abbildung 1 sind die gängigsten solcher Beschreibungen von „metaphorischen Rollen“ (mikrosozial bewertete Verhaltensmuster) aus der Literatur dazu aufgelistet und nebeneinander gestellt. Viele dieser Verhaltenszuschreibungen überschneiden sich naturgemäß. Es empfiehlt sich, hier den Verhaltensaspekt zu betonen („*role is a unit of conserved behavior*“, Moreno 1946), weil therapeutisch dort, beim offenen und verdeckten Verhalten, *overt and covert behavior* „in der Rolle“, anzusetzen ist. Covert behavior sind z. B. auch kognitive, emotionale und volitionale **Stile** und da kommt eine weitere Rollencharakterisierung *Morenos* zum Tragen: „*rôle is a symbolic reality*“ (*ibid.* vgl. *Petzold, Mathias* 1983), die mit „Stilen der Symbolisierung“ in Gruppen und Gemeinschaften zu tun haben. Auf solche **Stile** müssen veränderungswirksame Interventionen zentriert abzielen, nicht primär auf die Modifikation „sozialer Rollen“, die vom makrogesellschaftlichen Kontext bestimmt und sehr schwer veränderbar sind (Arbeiterkind, Migrantenkind etc.). Diese bei *Zobel* zusammengestellten dysfunktionalen **Verhaltensmuster** einer **Kindrolle**, die ein Kind als Person in seinem Verhaltensrepertoire aufgrund schwieriger Lebenssituationen annehmen muss, sind oft nichts anderes als eine psychische und körperliche Überlebensstrategie. *Zobel* (2006, 27) nennt sie „die kreative Anpassung der Kinder“, die gleichzeitig auch eine Schutzfunktion hat und zuerst einmal als Reaktion auf spezifische Bedingungen zu verstehen ist.

Deutlich wird bei diesen Verhaltensbeschreibungen von Kindern mit „metaphorischen Rollen“, dass sie damit entsprechend der extremen Bedingungen auch extreme Verhaltensausrägungen in ihrem sozialen Rollenrepertoire als Kind (Schulkind, Bruder, Sohn, Enkel etc.) entwickeln. Diese Verhaltensweisen sind etwa gekennzeichnet durch Polarisierungen wie Aufmerksamkeitsgewinn versus Aufmerksamkeitsvermeidung oder beim älteren Kind Überverantwortung versus Unterverantwortung. Damit bilden Kinder Verhaltensweisen aus, mit denen eine „hinlängliche“ Identitätsfindung (siehe den integrativen Identitätsbegriff, *Petzold* 2001p, 2011b) trotz widriger Umstände in ihrem sozialen Mikrosystem möglich ist.

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackermann (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungs- bewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagieren- des Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen Chamäleon Der Über- erwachsene Der Distanzierte Der Unverletzte	Maskottchen Chamäleon	Nesthäkchen

Abbildung 1: Die „Rollenmodelle“ (Verhaltensmuster) im Überblick aus *Zobel* (2006)

Die Aufstellung zeigt eine ungenaue Konzeptbildung mit zumeist negativ konnotierten Verhaltensbeschreibungen, die mit sozialen Rollen im soziologischen bzw. sozialpsychologischen Sinne kaum etwas zu tun haben (*Heuring, Petzold* 2003), weil sie nicht zeigen, „für wen“ der Held, der Sündenbock ein solcher ist, bei wem etwa das Kind ein distanzierendes, bei wem es ein fügsames ist. Solche mit Mangel an rolletheoretischem Wissen erfolgte Kategorienbildungen sind nicht aufklärend, was passgenaue Interventionen behindern kann (vgl. *ibid.*). Allerdings zeigen sie, in der Regel aus quantitativen Beobachtungen entstanden, eine häufige Ähnlichkeit und Überschneidungen und werden auch als relativ überdauernd bezeichnet. Das Phänomen scheint also zutreffend, aber es ist erklärungsbedürftig und für sich genommen noch nicht handlungsleitend.

Immerhin wird deutlich, dass Verhaltensmuster, die zunächst für das Kind hilfreich und funktional waren, wenn sie stabil weiterwirken, in der späteren Entwicklung hin zum Jugendlichen und Erwachsenen dysfunktional werden und oft zu Problemen durch fehlende Verhaltensflexibilität oder -veränderung führen, wenn Rollenpassagen von Kind- zu Jugendlichen- und Erwachsenenrollen erfolgen müssen und dysfunktionale Verhaltensmuster weitergetragen werden, die dann nicht mehr „passen“ und in Schwierigkeiten führen.

In späteren Untersuchungen scheinen die als „Rollenausprägungen“ bezeichneten Verhaltensmuster, die *Wegscheider* und *Black* beschrieben haben, eine gewisse Plausibilität aufzuweisen. Bestätigt wurden nach späteren Analysen (*Devine & Braithwaite* 1993, *Scharff* et al. 2004) fünf Verhaltensmuster: verantwortungsbewusstes Kind,

ausagierendes Kind, verlorenes Kind, Friedensstifter und Maskottchen, die *Zobel* abweichend von der vorher benutzten Begrifflichkeit auch als „Kernkonstrukte“ (2006, 30) in der Forschung zu dieser Thematik bezeichnet. Diese Muster wurden aber nicht entwicklungsalter-spezifisch differenziert. Ab wann, ist zu fragen, kann man von Verantwortungsbewusstheit im Kindesalter sprechen, welche Temperamentfaktoren kommen zum Tragen oder welche Genderfaktoren (vgl. auch *Zobel* 2006). Hier wird deutlich, wie ungenau solche Studien sind. Wenn dann „herauskommt“, dass spätere Anpassungsprobleme dabei vor allem die Kinder zeigen, die sich auf die „Rollen“ des schwarzen Schafes (bei wem?) und des verlorenen Kindes „spezialisieren“ (bei wem?) mussten, so wird man doch sehr viel genauer nachexplorieren müssen, worum es wirklich ging, und wie die angenommenen Verhaltenskontinuitäten so stabil bleiben konnten, oder ob sie überhaupt stabil waren, bzw. unter welchen Bedingungen sie sich als stabil zeigten. Dazu bilden die folgenden Ausführungen zur Entwicklung von „Narrativen“ einen Erklärungs- und Verständnishintergrund. Das unten folgende Transmissionsmodell auf Basis einer Klinischen Entwicklungspsychologie erweitert den Blick auf die umfassenden Bedingungen, die bei einem „lifespan-development-Ansatz“ (*Baltes et al.* 2006; *Petzold* 1992e; *Sieper* 2007) notwendigerweise zu berücksichtigen sind und sich auch in Forschungsergebnissen bereits verifiziert haben.

3.1 Die Entwicklung von Narrativen als strukturgebende Elemente bei der Ausbildung spezifischer Verhaltensmuster in suchtblasteten Familien

Kinder aus suchtblasteten Familien mit ihren spezifischen „social worlds“ (*Nelson* 2010; *Petzold* 2003a, 667ff.) neigen offenbar häufiger als andere Kinder dazu, bestimmte Verhaltensmuster in ihrer Kindrolle relativ rigide beizubehalten, auch über verschiedene Situationen und über einen langen Zeitraum ihrer Lebensentwicklung hinweg. Aus Sicht der Integrativen Therapie hat ein solches möglicherweise problematisches Verhalten aber durchaus einen Sinn und ist auch gut erklärbar.

Nach *Petzold* (1992a/2003a) entstehen bei jedem Menschen auf der Basis der im Sozialisations- und Enkulturationsgeschehen durch die **Wahrnehmung** (Exterozeptionen, Proprio- und Interozeptionen) aufgenommenen **Informationen** (aus erlebten Szenen, Szenensequenzen/Atmosphären/Stimmungen, aus vermittelten Eindrücken aus dem kulturellen Geschehen im Makrosystem und sozialem Geschehen im familialen Mikrosystem), die abgespeichert und mit schon vorhandenen Informationen vernetzt werden, so dass in der Verbindung von Außeneindrücken mit der Wahrnehmung der eigenleiblich gespürten Resonanzen auf die „Impressionen“ (*Petzold* 1968b) und in den Prozessen der „Verarbeitung“ von beidem ein **sinn-volles mentales Erfassen** von Wirklichkeit entsteht. Wir sprechen hier mit *Vygotskij* (1934/2002) von kollektiven **intermental**en Prozessen, die zu persönlichen **intra**mental en Prozessen führen, d.h. zu „**Mentalisierungsprozessen**“. Das alles wird als „gespeicher-

te Erfahrungen“ engrammiert, gebahnt, im (Leib-)Gedächtnis niedergelegt in Form von Netzwerken psychophysiologischen „Wissens“. (Man ist hier natürlich mitten in den Themen des Körper-Seele-Problems, vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Petzold* 2009d). Diese „Eindrücke“ werden „**mental**“ – der Begriff umfasst Kognitives, Emotionales, Volitives (*Petzold, Sieper* 2008) – verarbeitet. Und auch diese „Mentalisierungsprozesse“ werden abgespeichert (*Petzold* 2008b). Der Leib wird so zum „Informierten Leib“ (2003a, 1051ff). In diesen Mentalisierungsprozessen bilden sich aus den erlebten und agierten „Szenengeschichten“, „**Narrationen**“ genannt (*Petzold, Orth* 1993; *idem* 2003a, 200, 322), Strukturmuster, gleichsam als Kondensate oder „Strukturgerüste“ (*Arnheim* 1978), die „**Narrative**“ genannt werden (*Petzold* 2003a, 333ff, 434, 684ff). Diese Struktur hat eine überdauernde Qualität und ist in zukünftigen Situationen handlungsleitend und als homolog erkennbar. Im Alltag ist oft weniger die gesamte Struktur erkennbar als vielmehr einzelne Strukturelemente/Verhaltensmuster, die für die entsprechenden Situationen relevante strukturierende „Text- bzw. Handlungsvorlagen“ (*scripts, narratives*) liefern. Sie sind damit neurophysiologisch basierte Strukturelemente eines prozesshaften Geschehens, das als „dynamische Regulationen“ (*Anokhin* 1978; *Lurija* 1992; *Petzold, Michailowa* 2008; *Scheiblich, Petzold* 2006) des „dynamischen Systems Mensch“ (*Petzold* 1974j; 2002j) zu verstehen ist. Eine solche Sicht verbindet hermeneutische Erzähltheorie (*Ricœur* 1982, 1990; *McLeod* 1997; *Petzold* 2001b, 2003g) mit einer neurobiologischen Sicht der Muster/Schema/Stil-Bildung (funktionalen und dysfunktionalen Mustern) durch psychophysiologische Lernprozesse (*Spitzer* 1996, 2002), das, was im Integrativen Ansatz als „komplexes Lernen“ bezeichnet wird (*Sieper, Petzold* 2002) – somatisch-physiologisches, emotionales, kognitives, volitives und sozial-kommunikatives Lernen, alles auf neurobiologischer Grundlage, aber konnektiviert in spezifischen „mentalenen Prozessen“ (*Petzold, Sieper* 2008). Eine Beeinflussung bzw. Veränderung solcher Muster erfordert deshalb immer einen „multimodalen“ Ansatz, der auf verschiedenen Ebenen ansetzen kann, ja muss.

Narrative als solche komplexen Muster sind zunächst einmal nicht negativ oder pathologisch zu sehen. Sie sind Handlungsrichtlinien, Ablaufpläne, die sich erfahrungs- bzw. adaptionsbedingt als „funktionelle Systeme“ herausgebildet haben, eine Handlungsvorgabe ermöglichen und damit Orientierung in unbekanntem Situationen bieten, aber auch eine ökonomische Art und Weise darstellen, schnell und ohne Irrtumsversuche auf wiederkehrende Lebensereignisse in Prozessen „dynamischer Regulation“ (*Kelso* 1995) zu reagieren, die bekannt sind bzw. erscheinen, oder damit zu bekannt erscheinenden werden. Damit wird deutlich, dass „funktionelle Systeme“ keineswegs nur „Binnenregulationen“ steuern, sondern genauso Organismus/Feld- bzw. Subjekt/Lebensweltbezüge, Individuum/Kulturverschränkungen im Sinne von *Vygotskijs* und *Lurijas* kulturhistorischer Theorie (*Jantzen* 2008; *Kölbl* 2006) regulieren – so auch das **integrativ-systemische** Verständnis (*Petzold* 1974j und dieser Band) und damit für Psychotherapie-, Soziotherapie, Supervision in grundlegender

Weise für Interventionen bestimmend werden (*Petzold 2007a; Petzold, Sieper 2009; Petzold, Orth, Sieper 2006*)

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

Die Differenzierung in *benigne* oder *maligne* Narrative erfordert immer die Einbeziehung des Lebenskontextes und einer bestimmten Lebensphase, des Kontinuums. Wann wird ein ursprünglich sinnvolles, also benignes Narrativ zu einem störenden, also malignen Narrativ? Eine definitorische Antwort findet sich oben in den zitierten Ausführungen von *Petzold (1993a/2003a; vgl. dazu auch Rahm et al. 1995, S. 137 f.)*. Für die therapeutische Arbeit mit malignen oder fixierten Narrativen ist allerdings eher eine umgekehrte Fragestellung sinnvoll: Was hält eine für die Umgebungssituation und das Lebensalter eines Menschen unpassende Handlungsvorlage aufrecht oder dramatherapeutisch ausgedrückt: Was hält die alte, unpassende Textvorlage stabil aufrecht, obwohl ich mittlerweile eine andere Rolle in einem neuen Stück spiele oder neurobiologisch gefasst: Was hält die einstmals erworbenen Bahnungen stabil? (*Sieper, Petzold 2002*)

Um ein Verständnis für diesen Fragenkomplex zu entwickeln, wird von der These ausgegangen, dass jedes Fehlverhalten irgendwann im Verlauf eines Lebenskontinuums einmal sinnvoll für die Meisterung (*mastery*) von schwierigen Situationen gewesen ist, etwa um Stress zu reduzieren und Erfolgserlebnisse (*mastery experiences*) zu erreichen und hierfür physiologische, psychologische, kognitive und soziale Verstärker zu erhalten: dopaminerge Belohnungen, Gefühle des Gelingens und des Erfolges, Einsichten von Sinn und Stimmigkeit, soziale Bestätigung – höchst komplexe Prozesse, die einfache, konditionierende Lernprozesse bei weitem übersteigen, weshalb in der Integrativen Therapie auch von „atmosphärischem und szenischem“ Lernen oder auch von „holographischem Lernen“ gesprochen wurde (*Petzold 1988s*). Solche Prozesse kommen auch in komplexen Lernvorgängen wie dem Lernen von Rollen, Rollenmustern oder Identitätsdimensionen („patches“ *Petzold 2001p*) zum Tragen.

Erst wenn wir beispielsweise wissen, wie ein Mensch in seiner Kindheit beständig und ausschließlich Aufmerksamkeit für bestimmte Fehlverhaltensweisen erhielt und so starke Identitätsdimensionen wie etwa eine klare und zuverlässige Position als „schwarzes Schaf“ in der Familie über einen längeren Zeitraum erhielt – was natürlich nie die gesamte Identität, sondern in einer „patch work identity“ (*Keupp 1998*) als ein starker „patch“ (Flicken) zu sehen ist – können wir verstehen, warum ggf. auch nach vielen Jahren, also heute immer noch eine Neigung zu problematischen

Verhaltensweisen vorliegt und im Sinne einer Verhaltenskontinuität damit die Stabilität der eigenen Identität gewahrt wird, auch wenn das dem Außenbeobachter als dysfunktional erscheinen mag. Als Kind war ein solches Verhalten (und das gilt es natürlich zu explorieren, etwa mit der Lebenspanorama-Technik, *Petzold, Orth* 1993, 1994) vielleicht die einzige Möglichkeit, halbwegs tragende soziale Identitätszuschreibungen aus dem familialen Mikrofeld zu erlangen. Andere Narrative wie: „Nur bei Fehlern kümmert sich jemand um mich“ oder „Wenn ich Mist baue, dann weiß ich zuverlässig, was passiert“, waren entweder schon von anderen, z.B. Geschwistern besetzt oder wurden von der Umwelt ignoriert. Die „metaphorische Rolle“ und zugleich „Position“ im familialen Netzwerk des - wie in diesem Beispiel beschrieben - „schwarzen Schafes“ ist also erst einmal eine Überlebens-, Entwicklungs-, und Stabilisierungsstrategie, die besser ist als andere Bemühungen, mit denen das Kind nur ignoriert wird. Die ursprünglichen Narrative waren also sinnvoll oder subjektiv benigne zur Zeit, als sie entstanden, weil sie die Entwicklung und Stabilisierung der eigenen Identität sicherten. Insofern teilen wir nicht die Ansicht von *Rahm et al.* (1995), die bei einem Narrativ per se von einer problematischen Fixierung ausgehen und damit eine ausschließlich negative Konnotation setzen. Das ist nicht die Position der Integrativen Narrationstheorie (*Petzold* 1992a/2003a; 2001b, 2003a), denn damit wird die sinnstiftende und hilfreiche Funktion eines Narrativs bei seiner Entstehung und bei der Aufrechterhaltung von nützlichem und natürlich auch bei nicht so nützlichem Verhalten übersehen – es gibt ja durchaus Narrative, die Gelingen, Glück, Erfolg stabilisieren. Deshalb unterscheiden wir eben benigne/funktionale und maligne/dysfunktionale Narrative (*idem* 2003a, 473, 480).

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

- Erstens erleben Kinder häufiger eine Unberechenbarkeit des trinkenden Elternteils und damit eine erhöhte Unsicherheit und fehlendes Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Eltern (auch des co-abhängigen Elternteils, vgl. dazu u.a. *Ko-litzus* 2000). In dieser Situation sind feste eigene handlungsleitende Narrative, die einem sagen, was zu tun ist, um so wichtiger, um sich nicht zu verlieren und wenigstens in der eigenen Handlungsfähigkeit eine gewisse Kontrollfähigkeit erleben zu können (vgl. dazu Theorie des locus of control von *Rotter*, 1966, oder die Theorie der eigenen Wirksamkeit von *Bandura*, vgl. *Flammer* 1990). Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, eher feste, fixierende Narrative von dysfunktionaler Qualität zu entwickeln, die in ihrer Gleichtönigkeit Zuverlässigkeit vermitteln, gerade, wenn die Situationen nicht berechenbar sind.

- Zweitens stabilisieren sich die kranken Strukturen in Suchtfamilien oft erstaunlich lange. Die Tabuisierung des Suchtthemas und Vermeidung von jeglichen Änderungen in Bezug auf das Suchtverhalten verlängert den Leidensweg. Dass Kinder in diesem System aber auch Veränderungsprozesse in ihrer Entwicklung durchlaufen, wird vom System nicht berücksichtigt oder gar gefördert. Kinder als Abhängige und Co-abhängige des Systems sind also gezwungen, trotz ihrer Entwicklung gleichbleibende Positionen und handlungsleitende Narrative fixierend beizubehalten, um nicht aus dem System zu fallen, von dem sie bis einschließlich zu ihrer Pubertät abhängig sind. Damit unterliegen die früh als hilfreich entwickelten Narrative auch einer starken Stabilisierung über lange Zeit- und Entwicklungsräume und werden dabei oft dysfunktional.

3.2 Beispiele von Therapieprozessen

Die oben von *Wegscheider* genannten Familienregeln – und in der phänomenologischen Analyse konkreter Situationen mit „prozessualer Diagnostik“ (*Petzold* 1993p; *Osten* 2000) kann man noch andere finden – lassen bereits erahnen, wie „Narrative“ aussehen, die in diesem System entwickelt und stabilisiert werden. Das sei an Beispielen erläutert.

Erstes Beispiel:

Das erste Beispiel ist die Haltung eines Klienten aus meiner eigenen Praxis (*K.M.*) *Gerd A.*, (Name geändert), 37 Jahre alt. Er hat einen alkoholabhängigen Vater, eine nichtabhängige Mutter und eine ältere Schwester. Der Vater kompensierte seine Suchtproblematik lange Jahre, sodass keine Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (als LKW-Verkäufer) auffallen. *Gerd* entwickelte Narrative mit Sätzen wie die folgenden: „Wenn ich lustige Dinge tue, bekomme ich Aufmerksamkeit“, „Irgendwer wird schon wieder alles in Ordnung bringen“, „Männer (Väter) haben eigene Regeln“, „Sportliches Engagement ist wichtiger als familiäre Verpflichtungen“. Es ist wichtig zu beachten, dass *Narrative* nicht mit den Sätzen gleichzusetzen sind (vgl. die Skriptbotschaften in der Transaktionsanalyse), sondern *sprachlich szenisch-situative* „*Muster im Vollzug*“, „*Performanzmuster*“ mit spezifischen Strukturen charakterisieren. Diese Narrative entwickelte der Klient aus folgenden typischen Situationen heraus: Schulische Leistungen waren bei dem bewunderten Vater weniger wichtig. Vielmehr freute sich dieser über sportliche Erfolge des Sohnes, zumal der Vater selbst im Handball beim sportlichen und beim geselligen Teil sehr aktiv war. Der Vater freute sich aber auch insgeheim über viele Streiche, die der junge *Gerd* durchaus ab und zu spielte, eine eher untergründige Freude, die zwar nicht offiziell vom Vater benannt wurde, aber für den Sohn durchaus spürbar war.

Der Konflikt, betrunken Auto zu fahren, wurde *Gerd* gegenüber, der mitfuhr, damit gelöst, dass der Vater der Meinung war, man dürfe sich einfach nicht erwischen

lassen, und wenn die Polizei käme, dann würde er einfach schnell weglaufen und es gäbe keine Probleme (leider kam es nie dazu).

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

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

Zweites Beispiel:

Ripke (2003) stellt in ihrer qualitativen Studie die Situation von vier Töchtern aus suchtselasteten Familien vor. Für ein „Fallbeispiel“ bzw. „Prozessbeispiel“² aus dieser Literatur sollen ebenfalls die Narrative benannt werden, die nach der Beschreibung von *Ripke* bei ihrer zweiten Beschreibung „*Martha*“ erkennbar sind.

Martha beschreibt, dass beide Eltern Spiegeltrinker waren. Sie hatte einen fünf Jahre älteren Bruder. Zu Hause hielt sie sich ungerne auf und brachte in der Regel auch

² In der Integrativen Therapie haben wir uns entschlossen den verdinglichenden, ja letztlich diskriminierenden Term „Fall“ aufzugeben, denn Sprache schafft Fakten. Menschen, PatientInnen sind keine „Fälle“. Wir stehen mit ihnen in helfenden Beziehungen, in Therapieprozessen, an denen wir als Personen beteiligt sind. Wir haben deshalb den Begriff „Prozess“ als angemesseneren Begriff gewählt: **Prozessbeispiel** statt Fallbeispiel, **Prozesssupervision** statt Fallsupervision etc., ggf auch PatientInnenbeispiel.

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

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

Möglicherweise ist ihre spätere Kinderlosigkeit auch mit einem früh entwickelten Narrativ „Kinder sind unerwünscht“ verbunden.

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

Drittes Beispiel:

Die supervisorische Begleitung (durch *H.P.*) der Behandlung eines alkoholkranken jungen Erwachsenen, Bauschlosser (29 J.), aus einer Handwerkerfamilie:

Wie in den oben genannten Beispielen deutlich wird, entstehen Narrative als auf sich gemünzte Übertragungen allgemeiner Familienregeln, die unausgesprochen das Geschehen in der Familie strukturieren und beherrschen. Ein Narrativ kann aber auch die „Du-Botschaft“ der Eltern darstellen, die mit einer „Handlungssequenz im Kontext“ mit diesem in „Zonen der nächsten Entwicklung“ **interiorisiert** wird und zur Ausbildung „psychischer Systeme“ beiträgt (*Vygotskij* 1930/1985, vgl. *Jantzen* 2008). Dann wird aus der Botschaft „Du kannst das sowieso nicht“, die vielleicht auch noch performativ bestätigt wird (der Vater nimmt dem Sohn den Hammer aus der Hand), möglicherweise in generalisierter Form „Ich kann nichts“, die Initiativen und Handlungsimpulse abschneidet.

Natürlich unterliegen wir alle lebenslang einer ständigen Entwicklung von neuen und der Modifizierung von alten Narrativen. In suchtbelasteten Familien scheint

aber eine größere Tendenz vorzuliegen, früh entwickelte Narrative länger beizubehalten und weniger durch spätere angepasste neue Handlungsrichtlinien zu ersetzen. Wenn in einem späteren pädagogischen oder therapeutischen Prozess ein Verständnis für die Entwicklung von Narrativen erfolgen soll, dann ist die Einbeziehung der gesamten bisherigen Lebensgeschichte, des bisherigen „Kontinuums“ notwendig, möglicherweise auch über die Kindheit hinausgehend. Narrative entstehen und bestätigen sich nach dem Verständnis der Integrativen Therapie lebenslang (Petzold 1992e, Rahm et al. 1995). Manchmal ist es sogar sinnvoll, die Lebensgeschichte und die entsprechenden Botschaften mit den dabei weitergegebenen Performanzmustern der Eltern, eventuell sogar der Großeltern einzubeziehen. Gerade in der Anamnese von Suchtgeschichten finden sich überzufällig häufig Suchtstrukturen, die schon (vorwiegend) bei den Vätern, Großvätern, ja Urgroßvätern zu finden sind. Ein Narrativ kann also durchaus Teil einer Lebensgeschichte einer Narration sein, die ihre Hintergründe in vorhergehenden Generationen hat und manchmal erst aus dieser Gesamtbetrachtung heraus als „social inheritance“ verstanden werden kann, als mehrgenerationale Tradierung von „Stilen des Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns“, eine Perspektive, die bei der zunehmenden Hochaltrigkeit künftig noch wichtiger werden wird (Petzold, Horn et al. 2010). Hier ist eine entsprechend umfassend ausgerichtete Diagnostik ausgesprochen hilfreich für ein Verständnis der Entwicklung über die gesamte Lebensspanne, bzw. über mehrere Generationen (vgl. dazu Osten 2000).

3.3 Kritische Anmerkungen zum Risiko der Entwicklung von störenden Rollen- bzw. Verhaltensmustern in suchtselasteten Familien

Allerdings konnten nicht alle Untersuchungen die klare Trennung der „Rollen“ bestätigen. Es gibt also auch Überschneidungen und Mischformen, eben weil es sich um komplexe Verhaltensmuster handelt. Auch Zobel (2006, 31) weist auf in entsprechenden Untersuchungen bestätigte, fehlende Trennschärfen zwischen den Beschreibungen hin. Die Abgrenzungen lassen sich nur annähernd wissenschaftlich wieder finden.

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

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

Viele Untersuchungen bestätigen nicht den primären Zusammenhang zwischen

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

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

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

Aufgrund der benannten außerordentlichen Schwierigkeiten, mit denen Kinder aus suchtbelasteten Familien aufwachsen, ist zu erwarten, dass diese auch deutlich schlechtere Fähigkeiten und Fertigkeiten in vielen Bereichen zeigen müssten. Hier sind Untersuchungen hilfreich, ja unerlässlich, die aus dem Bereich „klinischer Entwicklungspsychologie“ kommen (Oerter et al. 1999; Petzold 1992d; Sieper 2007b). Entsprechende Untersuchungen, insbesondere Longitudinalstudien aus dem Suchtbereich, gibt es noch viel zu wenige. Verschiedene Studien vergleichen Kinder und erwachsenen Kinder aus suchtbelasteten Familien mit Kontrollgruppen in folgenden Bereichen: Entwicklung einer eigenen Suchtproblematik, Intelligenz und sprachliche Fähigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, Selbstwertgefühl, Sozialverhalten, psychische Störungen, somatische und psychosomatische Störungen. Sie kommen übereinstimmend zu folgenden Ergebnissen:

In allen Bereichen finden sich Untersuchungen, die ein deutlich schlechteres Abschneiden der Risikogruppe (also der Gruppe der Kinder, die aus suchtbelasteten Zusammenhängen kommen) aufzeigen. Es finden sich aber genauso Ergebnisse, die kein signifikant schlechteres Abschneiden erkennen lassen. Zwar gibt es auch keine Untersuchung, die ein besseres Abschneiden der Risikogruppe berichtet. Es ist aber offensichtlich nicht durchweg zu belegen, dass die Suchtproblematik der Eltern für sich genommen immer deutlich schlechtere Entwicklungsbedingungen für die Kinder bedeuten. Lediglich die Erhebungen zum Erleben sexuellen Missbrauchs scheinen durchweg höhere Zusammenhänge zur Alkoholproblematik der Eltern zu haben und erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, selbst später wieder ein Suchtproblem zu entwickeln.

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

Um zuverlässig die tatsächliche Bedeutung und Wirksamkeit des eigenen Risikos wegen suchtkranker Eltern erfassen zu wollen, müssen wir mehr als nur die Suchtproblematik der Eltern beachten. Ob also Kinder aus entsprechenden Verhältnissen eine eigene daraus resultierende Krankheit entwickeln oder nicht, erfordert eine umfassendere und differenziertere Betrachtung der Bedingungen des Entstehens von Krankheit als auch Gesundheit. Die Integrative Therapie liefert entsprechend umfassende Konzepte in der Definition von Krankheit als auch Gesundheit (vgl. *Petzold* 1993, 553, 558). Dabei werden folgende Aspekte erfasst und differenziert berücksichtigt: die sozioökonomische und kulturelle Lebenswelt (Kontext), der gesamte zeitliche Lebensverlauf und entsprechende Ereignisketten (Kontinuum), Schutz- und Risikofaktoren und deren gegenseitige (Dys-) Regulation. Diese erweiterte Blickweise, die die gesamte Lebensspanne und nicht nur die Kindheit sowie neben den Störungen auch die unterstützenden Faktoren einer Entwicklung berücksichtigt, veranlasst *Petzold* den Begriff der „Klinischen Entwicklungspsychologie“ (1992d; 1997, 347ff) anstelle der einseitig orientierten Sichtweise einer „Psychopathologie“ zu verwenden. Bei diesem Konzept findet auch maßgeblich das Konzept der *Salutogenese* Verwendung, wie es *Antonovsky* (1979) entwickelte und beispielsweise *Becker* (1982) im deutschsprachigen Raum weiterverwendete. *Becker* setzte dabei sogar die Risikofaktoren und Schutzfaktoren in einer Formel in direkte Beziehung zueinander, um so die **W**ahrscheinlichkeit einer **P**sychischen **E**rkrankung zu „errechnen“ (1982, 283):

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

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

Für das Verständnis der Entwicklung von Kindern in suchtkranken Familien ist hierbei neben der besonderen Belastung der Aspekt der Schutzfaktoren interessant. Zum anderen ist bei der Berücksichtigung der pathogenen (schädigenden) Faktoren ein besonderes Augenmerk auf die tatsächlichen Auswirkungen zu legen, insbeson-

dere auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern und auf die Familienatmosphäre. Ein einseitig defizitorientierter Blick auf die Suchterkrankung führt allerdings zu unzulässigen Verallgemeinerungen, die uns im klinischen Alltag und in der pädagogischen Arbeit mehr behindern als helfen. Schließlich werden trotz des bis zu 6fach erhöhten Risikos einer späteren eigenen Suchterkrankung oder anderen psychischen Anpassungsstörung immer noch ca. 70 % der Kinder aus suchtbelasteten Familienzusammenhängen später kein eigenes Suchtproblem entwickeln. An dieser Stelle kann erst die entsprechend gewürdigte Berücksichtigung von protektiven Faktoren/Schutzfaktoren eine sinnvolle Sichtweise und in der Praxis eher zuverlässige Diagnose- und Zielerstellung für interventive Prozesse oder für präventive Maßnahmen ermöglichen.

Die Integrative Therapie definiert protektive Faktoren wie folgt (*Petzold et al. 1997, 366*):

„**Protektive Faktoren** sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozio-ökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion), die im Prozess ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und „supportive Valenz“ sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so daß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden“ (*ibid.*).

Diese Definition findet sich in erweiterten Ausführungen auch später wieder (*Müller & Petzold 2003; Petzold & Müller 2004*). Hierbei wird auch auf die Entstehung von **Resilienz** als Ergebnis erfolgreichen Wirkens von protektiven Faktoren verwiesen, wobei Resilienz ihrerseits wieder als protektiver Faktor wirken kann. Dieser Zirkel wird ebenda „**protektive factor** ° **resilience cycle**“ genannt. Dieser Wirkzusammenhang betrifft die neurobiologische, psychologische und letztendlich auch die soziale Ebene in ihrem wechselseitigen Bezug.

In diesem Zusammenhang weisen *Petzold et al.* auch auf die Gefahr einer Verkürzung der Beachtung von protektiven Faktoren durch eine soziobiologische Sichtweise hin. Die Aufgabe der Bereitstellung von protektiven Faktoren ist nicht nur, Anpassung an widrige Umstände zu gewährleisten und Überleben zu sichern, sondern vielmehr auch, kreative Entwicklung und Wachstum zu ermöglichen. Auch wenn

das Individuum in seinem engeren Kontext über *internale* und in seinem Mikrokontext vorhandene protektive Faktoren verfügt, bleibt eine gesellschaftliche Verantwortung, *externale* Schutzfaktoren durch hinlänglich gute sozioökonomische Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die diese positiven Entwicklungsmöglichkeiten dann unterstützen und nicht durch ungünstige, entfremdende Gegebenheiten sozusagen wieder verbrauchen, so dass es zu einer „Erosion“ der persönlichen *Ressourcen* und *Potentiale* kommt (Petzold 1997p) und durch eine unausgewogene, dysfunktionale Mischung von *Problemen*, *Ressourcen* und *Potentialen* (**PRP**, vgl. *ibid.*) zur Ausbildung von Störungen und ggf. Erkrankungen.

„Protektive Faktoren sollten uneingeschränkt der Salutogenese zugute kommen, statt zur Kompensation oder beim ‚buffering‘ pathogener Einflüsse verbraucht zu werden, womit sie für das Entwicklungspotential des Individuums verloren sind“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1997, 367).

Therapeutische Interventionen sollten das Verhältnis von **Problemen**, **Ressourcen** und **Potentialen** verbessern, durch Bereitstellung protektiver Faktoren Resilienzen fördern und durch „*potentialorientierte Arbeit*“ (Petzold 2008m) Möglichkeitsräume eröffnen und Chancen bereitstellen. Das erfordert ein „potentialorientiertes Engagement“ von Seiten der Therapeuten und der helfenden Institutionen auf dem Boden einer Solidargemeinschaft, der es „melioristisch“ um die Verbesserung von Lebensverhältnissen geht (Petzold 2009d).

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

4.1 Ein Transmissionsmodell auf Basis einer klinischen Entwicklungspsychologie

In den letzten Jahren findet sich bei einigen Ansätzen zur Einschätzung des Risikopotentials der hier behandelten Zielgruppe auch eine explizite Berücksichtigung von Schutzfaktoren. *Franz Petermann* (2000, 14ff) und *Martin Zobel* (2006) liefern hier bereits eine umfassendere Sichtweise und auch eigene Entwicklungsmodelle.

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

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

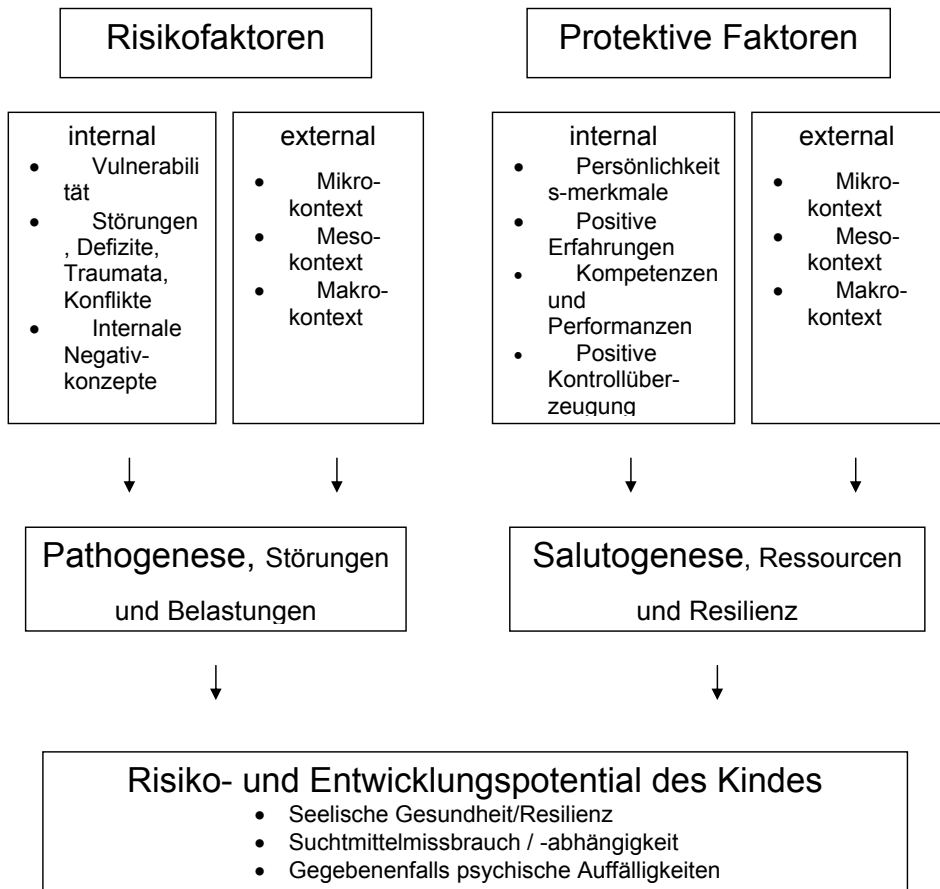


Abb. 2: Transmissionsmodell einer klinischen Entwicklungspsychologie unter besonderer Berücksichtigung von Risiko- und protektiven Faktoren zur Risikoeinschätzung von Kindern aus suchtselasteten Familien.

Im Folgenden werden auf der Basis von kontrollierten Untersuchungen oder Befragungen relativ trennscharf benennbare Moderatorvariablen benannt, die sich in der Literatur bereits finden lassen. Damit ergibt sich ein guter Überblick etwa durch die Arbeit von Zobel (2006), ergänzt durch weitere aktuelle Forschungsergebnisse. Die folgenden Ergebnisse (vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4) füllen damit inhaltlich das theoretische Modell, soweit zu den einzelnen Bereichen internaler und externaler Risiko- und protektiver Faktoren empirische Aussagen zu finden sind.

4.2 Risikofaktoren

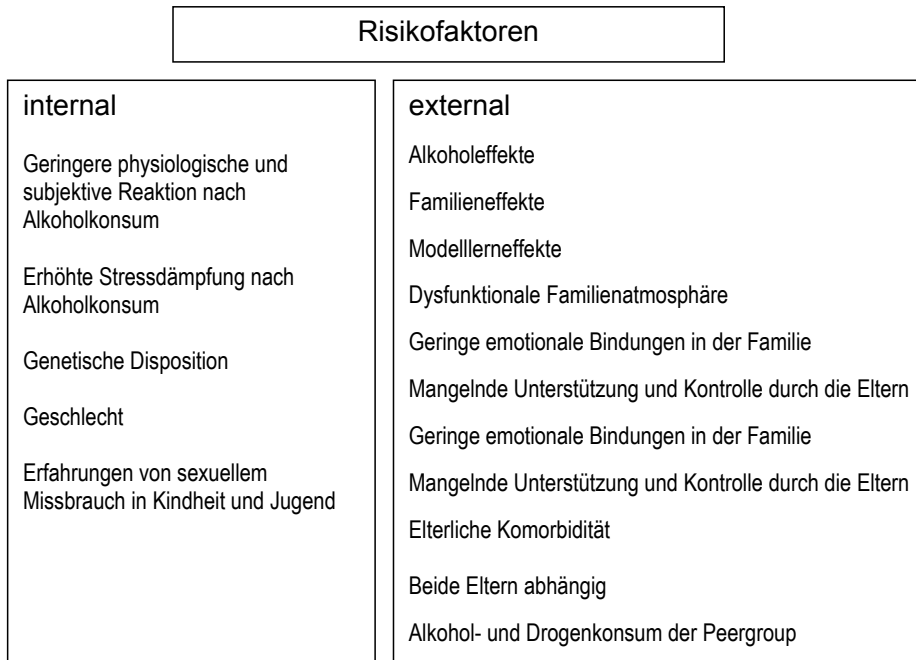


Abbildung 3: internale und externale Risikofaktoren

Internal:

- geringe physiologische und subjektive Reaktion:

Risikoprobanden zeigen in Expositionsstudien (*Schuckit et al. 1987a /1987b; Polich et al. 1994*) eine geringere physiologische und subjektive (unangenehme) Wirkung auf Alkohol, insbesondere bei männlichen Jugendlichen (*Pollock 1992*).

Dies führt zu höherer Toleranz, d.h. Konsum von größeren Mengen Alkohol bei gleichzeitig als geringer wahrnehmbarer subjektiver Wirkung des Alkohols auf das zentrale Nervensystem. Auch die negativen körperlichen Folgen werden in geringerem Ausmaß wahrgenommen. Dies hat Auswirkungen auf die zukünftig konsumierte Alkoholmenge und durch die gesteigerte „Verträglichkeit“ von Alkohol wiederum auf die mögliche Anerkennung und Position in bestimmten jugendlichen Peergroups und auf die damit mögliche Steigerung des Selbstwertgefühls. Hier wirken also internale biologische Faktoren zusammen mit externalen des Mesosystems und bewirken ein erhöhtes Risiko für eine spätere eigene Alkoholproblematik (*Schuckit 1994a/b; Schuckit & Smith 1996*).

- erhöhte Stressdämpfung nach Alkohol:
bei männlichen Risikoprobanden führt Alkoholkonsum zu einem subjektiv stärker entspannenden und stressabbauenden Gefühl nach Alkoholkonsum (*Finn & Pihl 1987; Levenson et al. 1987*). Dies ist besonders ungünstig in Verbindung mit der oben genannten größeren Toleranz und bei fehlenden Alternativen zur Stressreduktion.
- Genetische Disposition:
Familienstudien in großem Umfang weisen auf eine erhöhte Weitergabe der Suchterkrankung auf die Kinder hin. Die verschiedenen Studien zeigen ein zwei- bis zehnfach höheres Risiko (*Soyka 1995*). Zur Frage, ob das erhöhte Suchtmittelmissbrauchsrisiko genetisch bedingt ist, geben uns Zwillingsstudien und Adoptionsstudien Aufklärung. Auch hier liegen umfangreiche Ergebnisse vor, die deutlich einen von familiären Umgebungsfaktoren unabhängigen genetischen Faktor bei der Vererbung sowohl von Alkoholabhängigkeit als auch sogar bei der Vererbung des Trinkstils nachweisen (*Franke & Maier 1999*). Mittlerweile versucht die Forschung sogar, bestimmte Gene zu identifizieren, die für die Vererbung zuständig sind. Insgesamt ist die Vererbung bei Jungen deutlicher nachweisbar als bei Mädchen.
- Geschlecht:
Aufgrund der oben genannten immer wieder deutlicheren Zusammenhänge für eine genetische Disposition der Transmission bei Jungen, muss das männliche Geschlecht unter diesem Gesichtspunkt als gefährdeter betrachtet werden.
- Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend:
Ein Zusammenhang zu später erhöhter Wahrscheinlichkeit von eigenem Alkohol- oder Drogenmissbrauch ist vor allem dann nachweisbar, wenn der Missbrauch nicht zur Anzeige gebracht wurde und/oder auch nicht gestoppt werden konnte (*Widom et al. 1995*). Dabei spielt es keine Rolle, ob der Täter in der eigenen Familie ist oder im weiteren Umfeld.

External:

- Alkoholeffekte beim abhängigen Elternteil:
Als belastend zeigen sich starke Wechsel von Stimmung und Verhalten sowie beeinträchtigende, weitere somatische Komplikationen des trinkenden Elternteils. Diese wirken sich natürlich auch nachteilig auf die unten genannten Familieneffekte aus.
- Familieneffekte:
Als risikosteigernd ist die Aussetzung des Kindes gegenüber folgenden besonderen Familiensituationen feststellbar: Ehekonflikte, Trennung/Scheidung, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Tod des trinkenden Elternteils, fehlende Tagesstruktur, fehlende Rituale, fehlende Kontakte der Gesamtfamilie nach außen

(Chassin et al. 1991; Finn et al. 1997; Sher 1991). Gerade die Präsenz dieser belastenden Faktoren im Mikrosystem des Kindes spielt eine starke Rolle für die eigene Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten. Die Strukturen in der Familie bestimmen auch in hohem Maße die Besetzung von charakteristischen Verhaltensmustern (s.o.) und für die spätere Entwicklung von dysfunktionalen Anpassungsmustern mit entsprechenden, zuerst benignen, aber später fixierenden und damit malignen Narrativen (s.o.).

- Modelllernerfekte:

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

- Instabile, unzuverlässige Familienatmosphäre:

Die Integrative Therapie stuft dysfunktionale, belastende „**Familienatmosphären**“ als potentiell höchst pathogen ein (Masten et al. 2010, dieser Band), weil „Atmosphären ergreifende Gefühlskräfte“ (Schmitz 1989) sind, die den Leib in negativer Weise „einstimmen“, negative Physiologien (Disstress) evozieren und so krankheitsauslösend wirken.

„Familienatmosphären sind ‚Synergeme‘ von kognitiven, emotionalen und volitionalen Qualitäten und Stilen ..., welche von den Familienmitgliedern in konkreten Szenen durch **Mentalisierungsprozesse**, d.h. atmosphärisches und szenisch-aktionales Lernen verinnerlicht, mnestisch archiviert werden und im Zusammenleben der Familien die ‚Szenen des Familienlebens‘ durchfiltern und die interaktionale Alltagsperformanz als ‚ergreifende Kräfte‘ bestimmen. Sie bestärken sich auf diese Weise immer wieder und werden so weitergegeben. Wenn diese Muster nicht durchbrochen werden und andere ‚**Atmosphären**‘ Raum greifen, perpetuieren sie sich“ (Petzold 2006v; Petzold, Josić, Erhardt 2006).

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

- Geringe emotionale Bindung:

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

- **Mangelnde Unterstützung und Kontrolle durch die Eltern:**
Sowohl Kontrolle als auch Unterstützung scheinen hilfreiche Faktoren für Kinder zu sein. Dies fehlt von Seiten des abhängigen und wegen Überforderung auch oft von Seiten des nicht abhängigen Elternteils. Kinder suchtkranker Eltern erfahren oft weniger Unterstützung für Probleme, die sie alleine nicht bewältigen können. Unterstützung und Kontrolle sind auch ein wichtiger Faktor für die Bindung zwischen Elternteil und Kind, wie dies in der Bindungstheorie von *Bowlby* (1973) beschrieben wird. Insofern ist unter diesem Gesichtspunkt auch die ungünstige Bindung in suchtselasteten Familiensystemen ein zusätzliches Risiko.
- **Elterliche Komorbidität:**
Hier wirkt sich vor allem das zusätzliche Auftreten einer antisozialen Persönlichkeit und/oder zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen bei einem oder beiden Eltern negativ auf das Risiko für das/die Kind/er aus. Die Wahrscheinlichkeit von zusätzlicher Komorbidität ist bei alkoholabhängigen Menschen größer (*Sher* 1991).
- **Beide Eltern abhängig:**
Wenn beide Eltern abhängig sind, potenziert dies die Problemlage der Kinder und verringert die Wahrscheinlichkeit von protektiven Faktoren erheblich.
- **Alkohol-/Drogenkonsum der Peergroup:**
Spätestens ab dem Jugendalter ist das Bedürfnis normal, sich einer Peergroup von Gleichaltrigen anzuschließen, mit einem entsprechenden Bedürfnis nach einem Gefühl der Dazugehörigkeit. Je weniger die häusliche Bindung ist, desto stärker ist das Bedürfnis nach einer Peergroup. Der Alkoholkonsum der Peergroup ist dabei einer der stärksten Prädiktoren für späteren eigenen Alkoholkonsum (*Glynn* 1981, vgl. auch Modelllernerneffekt oben).

4.3 Protektive Faktoren

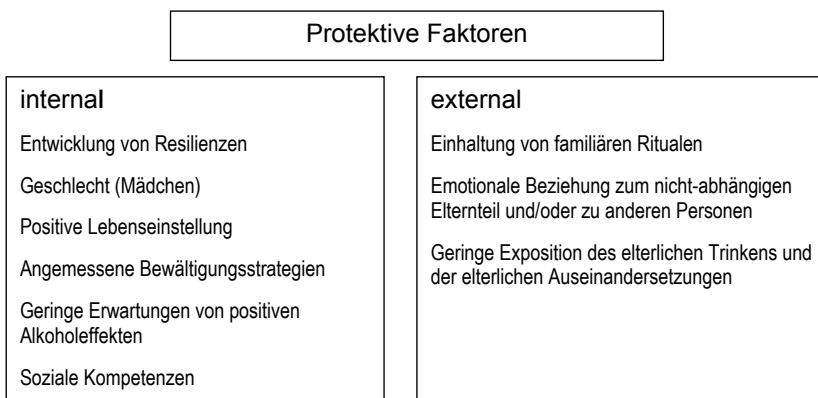


Abbildung 4: internale und externale protektive Faktoren

Internal:

- **Entwicklung von Resilienzen:**
Der größte Teil von Risikokindern entwickelt selbst bei Multiproblemfamilien keine eigene Suchterkrankung oder weitere Auffälligkeiten, weil offenbar genügend eigene psychische Widerstandskräfte, Resilienzen entwickelt wurden (*Wolin & Wolin* 1995). Als Resilienzen finden sich bei *Wolin & Wolin* folgende: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor, Moral. Diese gelingen offenbar unter folgenden Bedingungen (*Werner* 1986): Viel Aufmerksamkeit der Bezugsperson, wenige Trennungen vom Kind im ersten Lebensjahr, keine weiteren Geburten in den ersten zwei Lebensjahren, Abwesenheit von schweren Konflikten der Eheleute in den ersten zwei Lebensjahren als externale Faktoren. Als internale Faktoren sind wirksam: mindestens eine mittlere Intelligenz, adäquate Fähigkeiten im Lesen und Schreiben, Leistungsorientierung, eine verantwortungsvolle Haltung, ein positives Selbstkonzept, eine eher internale Kontrollüberzeugung, angemessene Selbstwirksamkeitserwartungen. Gerade die internalen Kompetenzen eines Kindes stellen eine Art Generalfaktor als protektiven Faktor dar. Die Forschungsergebnisse zeigen auch die deutliche Wechselwirkung zwischen protektiven Faktoren und Resilienz, wie sie im Modell des „protective factor * resilience cycle“ (*Petzold* 2004/2005) beschrieben sind.
- **Geschlecht (Mädchen):**
Die geringere Wahrscheinlichkeit der Vererbbarkeit des Abhängigkeitsrisikos bei Mädchen sowie die subjektiv stärker empfundene unangenehme Wirkung von Alkohol und die nicht so stark ausgeprägte Stressdämpfung lassen das weibliche Geschlecht offenbar als weniger gefährdet für eine Transmission des Suchtpotentials erscheinen als Jungen, also das männliche Geschlecht. Da tatsächlich Suchterkrankungen bei Frauen weniger verbreitet sind (Medikamentenabhängigkeit stellt hier allerdings eine Ausnahme dar) als bei Männern, scheinen Mädchen besser geschützt gegen die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Ob allerdings unter der Berücksichtigung anderer späterer psychischer Anpassungsstörungen bei Mädchen bzw. Frauen deren allgemeine Vulnerabilität durch die Erfahrung mit der Suchterkrankung im Elternhaus nicht doch als gleich zu bewerten ist, ist noch nicht zahlenmäßig untersucht (vgl. *Schuckit et al.* 1994; *Norwood* 1986).
- **Positive Lebenseinstellung:**
Eine positiv gefärbte Lebenseinstellung bei Risikoprobanden steht im Zusammenhang mit vermindertem Alkoholkonsum (*Mc. Cauley Ohanessian & Hesselbrock* 1994). Sie erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung und senkt damit die Wahrscheinlichkeit, Probleme mit Hilfe von Suchtmitteln bewältigen zu wollen.
- **Angemessene Bewältigungsstrategien:**
Risikokinder zeigen später eine erhöhte Neigung, auf Probleme mit Essen, Trinken und Rauchen zu reagieren (*Claire & Genest* 1987; *Domenico & Windle* 1993).

Wenn Kinder stattdessen alternative Bewältigungsstrategien, wie Gespräche, Geduld, Bedürfnisaufschub oder aber Beharrlichkeit erlernt haben, statt Alkohol zur Spannungsreduktion einzusetzen, sinkt die Wahrscheinlichkeit der Problembewältigung durch Suchtmittel.

- Geringe Erwartungen von positiven Alkoholeffekten:
Die positiven Effekte von Alkohol sind bei Risikokindern höher (s. Risikofaktoren) und erhöhen ihrerseits wiederum den Alkoholkonsum, wenn sie erlebt werden, z.B. zur vermeintlichen kognitiven oder motorischen Leistungsverbesserung o.ä. (*Mann et al. 1987; Sher 1991*). Erleben Kinder und Jugendliche diese positiven Effekte, wie intensives Körpererleben, Sensationserleben, Gefühl von Gemeinschaft, weitere „Kicks“ aller Art oder Entspannung durch alternative Erfahrungen, wie Sport, organisierte Freizeitangebote, etc., sinkt die Wahrscheinlichkeit des Missbrauchs von Alkohol.
- Soziale Kompetenz:
Zur Entwicklung von sozialer Kompetenz ist offensichtlich die tragfähige Bindung und Beziehung zu einem Erwachsenen oder Gleichaltrigen eine wichtige Voraussetzung (vgl. auch Bindungstheorie). Kinder, die eine solche Bindung aufbauen konnten und nutzen, können soziale Konflikte konstruktiver lösen und ein tragfähigeres soziales Netz aufbauen. Sie vermeiden damit in höherem Maß spätere Auffälligkeiten (*Ackermann 1983*).

External:

- Einhalten von familiären Ritualen:
Familiäre Rituale, wie das regelmäßige gemeinsame Abendessen, Wochenendunternehmungen, etc. haben erkennbar eine protektive Wirkung auf Kinder (*Wolin et al. 1979, 1980*). Sie vermitteln Konstanz und Struktur und setzen damit das Risiko für die Transmission von Abhängigkeit herab.
- Emotionale Beziehung zum nicht abhängigen Elternteil und/oder zu anderen Personen: Die protektive Wirkung einer tragfähigen emotionalen Beziehung ist vor allem durch wenig co-abhängig sich verhaltende nicht-konsumierende Elternteile oder andere Erwachsene in der näheren Umgebung, wie Großeltern, Nachbarsfrau, Lehrer, Trainer, etc. erzielbar. Dabei geht es um Wertschätzung, Anerkennung, Bestätigung von Gefühlen und Wahrnehmungen und Modelllernen für angemessenes Verhalten. *Ripke (2003)* weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Qualitäten teilweise sogar auch in der Beziehung des Kindes zum konsumierenden Elternteil vorhanden sein können.
- Geringe Exposition des elterlichen Trinkens und der elterlichen Auseinandersetzungen: Dem elterlichen Trinken weniger ausgesetzt zu sein, heißt natürlich auch, weniger Störungen und Schädigungen durch Gewalt, Aggression und Streitigkeiten als Kind in seiner Entwicklung zu erleben. Wenn der trinkende Elternteil zum

Trinken abwesend ist, heißt dies allerdings auch, weniger von diesem Elternteil überhaupt zu erleben.

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

Bei einem solchen Modell oder auch anderen, die teilweise noch genauer das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren und verschiedenen Effekte beschreiben (dann aber auch zunehmend komplexer und weniger pragmatisch zu handhaben sind, z.B. auch das Modell von *Zobel* 2006) wird die Unipolarität überwunden. Das anfangs erwähnte plumpe Motto „Trinker zeugen Trinker“ wird überwunden. Ein solches Modell ist damit letztlich auch eine gute Basis, um beispielsweise die Entstehung von jugendlichem Missbrauch und Abhängigkeit zu beleuchten und Hilfepläne, Interventionsangebote oder psychotherapeutische Hilfen zu konzeptionieren.

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

4.4 Ausblick

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

Mit Blick auf die diagnostische Arbeit wird durch Vorbeschriebenes deutlich, dass diese umfassend geschehen sollte. Sowohl im Bereich der Suchtarbeit und der Jugendhilfe ist es sinnvoll, neben all den bekannten Belastungsfaktoren auch die unterstützenden Anteile in der Person des Kindes und seiner Umgebung zu sehen, um ein zutreffendes Bild zu erhalten. *Osten* (2000) liefert mit seinem Manual hier einen ausführlichen Ansatz, um beispielsweise auch der hier beschriebenen komplexen Gegebenheit gerecht zu werden, und die Integrative Suchttherapie hat hier differenzierte Interventionsmodelle entwickelt (*Petzold, Schay, Ebert* 2004; *Petzold, Schay, Scheiblich* 2006). Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -therapie werden kreative und kindgerechte Methoden hilfreich sein, wie sie die Integrative Therapie z.B. durch Puppenspiel und andere Methoden beschrieben hat (*Petzold, H.G.* 1983, *Metzmacher, et al.* 1995), um Einblick in die tatsächlich bestehenden Belastungen und Ressourcen eines Kindes zu bekommen.

Primärpräventiv muss an dieser Stelle natürlich auch die „*melioristische*“ Forderung nach besseren sozialen und materiellen Bedingungen für Benachteiligte unserer Gesellschaft stehen (Petzold 2009d; Leitner, Petzold 2010). Zwar scheinen die materiellen und politischen Gegebenheiten für das einzelne Kind direkt wenig relevant in seiner Entwicklung zu sein, wir wissen aber mittlerweile, dass zu enge Wohnungen, Armut und fehlende Eltern (meist der Vater) indirekt stark belastende Bedingungen für eine gute Bindung, eine stützende Atmosphäre und eine fordernde und fördernde Freundesgruppe Gleichaltriger sind, so dass ein „schlechter sozioökonomischer Status“ einer Familie als ein immenser Risikofaktor gesehen werden muss. Die Unterstützung von Eltern in Belastungssituationen aller Art ist hier gleichzeitig eine effektive Prävention für die Kinder der belasteten Familiensysteme. Schließlich steht „die Gesundheit des ‚sozialen Netzwerkes‘ - des familialen wie des amikalen ‚convoy‘“ (Hass & Petzold 1999) an zentraler Stelle für eine kreative und entwicklungs-fördernde Kindheit.

In der Therapie werden uns Kinder begegnen, die aufgrund eines Übermaßes an pathogener Stimulierung und fehlender protektiver Erfahrung und Resilienz bereits Auffälligkeiten zeigen. In der Kinder- und Jugendpsychotherapie gilt, dass das wichtigste therapeutische Werkzeug die therapeutische Beziehung sein wird. Teil der Therapie eines Kindes wird sein, ihm durch die Person des/der Therapeuten/in eine hilfreiche Bindungserfahrung anzubieten, „safe places“ zu bieten und damit protektive Faktoren zu schaffen, die hoffentlich eine Verbesserung der Resilienz des Kindes bewirken. Diese therapeutische Rolle und Aufgabe ist mit den Begriffen des „significant caring adult“ und der „schützenden Inseln“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1997) treffend beschrieben.

Zusammenfassung: Zur Situation von Kindern suchtselasteter Familien aus Sicht der Integrativen Therapie. Integrativ-systemische Überlegungen zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern

Die Arbeit befasst sich mit Problemen von Kindern aus suchtselasteten Familien und untersucht Risiken, Protektivfaktoren und Resilienzen im Kontext auffälliger Verhaltens-, Rollen- und Identitätsentwicklung. Dabei werden die Konzepte des „Narrativs“, verstanden als „Lebensmuster“ und „Familienatmosphären“ verwendet, um die Entwicklungen verstehbar zu machen, die zu fixierten Mustern tendieren. Auf Basis der Perspektive „klinischer Entwicklungspsychologie“ wurde ein Transmissionsmodell erstellt, das sowohl Risikofaktoren als auch salutogene Faktoren einer Kindheit mit suchtkranken Eltern zu erfassen sucht. Diese umfassende Sichtweise hat Auswirkungen auf Diagnostik, Prävention und Therapie in der Jugendarbeit und in der Suchtarbeit.

Schlüsselwörter: Suchtselastete Familien, Integrative Therapie, Protektive Faktoren, Risiken, Narrative

Summary: On the Situation of Children from addicted Families – the Perspective of Integrative Therapy. Integrative-systemic Reflections Concerning Risk and Resilience in Children with Addicted Parents

The article is dealing with problems of children from addicted families and examines risks, protective factors and resilience within the context of problematic behaviour, role and identity development, that tend to form fixed patterns. The concept of “narrative” understood as “life pattern” and “family atmospheres” is used to better understand these developments. On the basis of a “clinical developmental psychology” perspective a model of transmission has been elaborated, that is aiming to record risk factors as well as salutogenetic factors in a childhood with addicted parents. This rather broad view has consequences for diagnostics, prevention and therapy of adolescents and in the work with addicted clients.

Keywords: Families with addictions, Integrative Therapy, Protective Factors, Risks, Narrative

Literatur

- Ackermann, R.J. (1983): Children of Alcoholics: A guidebook for educators, therapists and parents (2nd ed.) Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Ackermann, R.J. (1987): Let go and grow. Health communications, Inc., Pompano Beach, Florida.
- Anokhin, P.K. (1978): Beiträge zur allgemeinen Theorie *des funktionellen Systems*. Jena: G. Fischer.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barnes, G.M. (1981): Drinking among adolescents: A subcultural phenomenon or a model of adult behaviors. *Adolescence*, 16(61), 211 – 229.
- Becker, P. (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit, Bd. 1. Göttingen: Hogrefe
- Black, C. (1988): Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Bourdieu, P. (1982): Der Sozialraum und seine Transformationen. In *idem*: Die feinen Unterschiede – Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 171–210.
- Bourdieu, P. (1993): La misère du monde. Paris: Éditions du Seuil; dt. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, P. (1997): Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld. In *idem*.: Der Tote packt den Lebenden, Hamburg: VSA-Verlag.
- Bowlby, J. (1973): Attachment and loss. Separation, anxiety and anger, Vol. II. London: Hogarth.
- Chassin, L., Rogosch, F. & Barrera, M. (1991): Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449 – 463.
- Claessens, D. (1968, 1974): Rolle und Macht. München: Juventa.
- Claire, D. & Genest, M. (1987): Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 345 – 355.
- Compernelle, T. (1980): Moreno – ein unbekannter Wegbereiter der Familientherapie. *Integrative Therapie* 3, 166-172.
- Cork, M. (1969): The forgotten children. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Dahrendorf, R. (1965, 2006, 16. Auflage): Homo sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Devine, C. & Braithwaite, V. (1993): The survival role of children of alcoholics. Their measurement and validity. *Addiction*, 88, 69 – 78.
- Domenico, D. & Windle, M. (1993): Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged

- female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 659 – 666.
- Drake, R.E. & Vaillant, G.E. (1988): Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 799 – 807.
- Finn, P.R., & Pibb, R.O. (1987): Men at high risk for alcoholism: The effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 230 – 236.
- Finn, P.R., Sharkansky, E.J., Viken, R., West, T.L., Sandy, J. & Bufferd, G.M. (1997): Heterogeneity in the families of sons of alcoholics: The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 26 – 36.
- Fischer, L., Wiswede, G. (2002): Grundlagen der Sozialpsychologie. Oldenbourg.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Franke, P. & Maier, W. (1999). Genetik des Alkoholismus. In Soyka, M. (Hrsg.). Klinische Alkoholismusdiagnostik. Darmstadt: Steinkopf.
- Gerhardt, U. (1971): Rollenanalyse als kritische Soziologie. Ein konzeptioneller Rahmen zur empirischen und methodologischen Begründung einer Theorie der Vergesellschaftung. Neuwied: Luchterhand.
- Glynn, T.J. (1981): From family to peer: Transitions of influence among drug-using youth. In J. Lettieri & J.P. Ludford (eds.), Drug abuse and the american adolescent. NIDA research monograph 38 (pp. 57 – 81). Rockville, Md: National Institute on Drug Use.
- Goffman, E. (2005): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München: Piper.
- Goodwin, D.W. (1985): Alcoholism and genetics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 171 – 174.
- Heinermann, H., Kind, D. (1996/1998): Protektive Faktoren und Resilienzprozesse einer Lebensgeschichte. „Es muß im Leben mehr als ‚Alles‘ geben“. *Gestalt und Integration Sonderheft* (2/1996 - 2/1998)38-84.
- Heuring, M., Petzold, H.G. (2003): Emotion, Kognition, Supervision „Emotionale Intelligenz“ (Goleman), „reflexive Sinnlichkeit“ (Dreizel), „sinnliche Reflexivität“ (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 11/2005
- Heuring, M., Petzold, H.G. (2004): Rollentheorien, Rollenkonflikte, Identität, Attributionen - Integrative und differentielle Perspektiven zur Bedeutung sozialpsychologischer Konzepte für die Praxis der Supervision Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 14/2004.
- Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) (2001): Soziale Praxis, Heft 2. Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum.
- Jakob, P. (1991): Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 49 – 55.
- Jantzen, W. (2008): Kulturhistorische Psychologie heute – Methodologische Erkundungen zu L.S. Vygotskij. Berlin: Lehmanns Media.
- Kandel, D.B. & Andrews, K. (1987): Process of adolescent socialisation by parents and peers. *The International Journal of Addiction*, 22, 319 – 342.
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kölbl, C. (2006): Die Psychologie der kulturhistorischen Schule. Vygotskij, Lurija, Leont'ev. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kolitzus, H. (2000): „Ich befreie mich von deiner Sucht“. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken. München: Kösel.
- Krais, B., Gebauer, G. (2002): Habitus. Bielefeld: Transkript Verlag.
- Lambrou, U. (1990): Familienkrankheit Alkoholismus – Im Sog der Abhängigkeit. Hamburg: Rowohlt.

- Levenson, R.W., Oyama, O.N. & Meek, P.S. (1987): Greater reinforcement from alcohol for those at risk: Parental risk, personality risk, and sex. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 242 – 253.
- Luhmann, N. (1964): Funktion und Folgen formaler Organisation, Berlin: Berlin: Duncker & Humblot.
- Lurija, A.R. (1992, 2001, 6. Auflage): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt.
- Mann, L.M., Chassin, L. & Sher, K.J. (1987): Alcohol expectancies and the risk for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 411 – 417.
- McCauley Ohannessian, C. & Hesselbrock, V.M. (1994): Hassels and uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family history of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 754 – 763.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage Publications.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, 2 Bde, Paderborn: Junfermann.
- Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982): Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*, 7, 155 – 163.
- Moreno, J.L. (1937): Intermediate treatment of a matrimonial triangle. *Sociometry* 1, 233-243.
- Moreno, J.L. (1946): Psychodrama, Vo. I. Beacon: Beacon House.
- Müller, L. & Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Petzold, H.G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta. Und in: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 8/2003. www.FPI-publikationen.de/materialien.htm.
- Nelson, K. (2010): Young Minds in Social Worlds. Experience, Meaning, and Memory. Boston: Harvard Univ. Press.
- Norwood, R. (1986): Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht, gebraucht zu werden. Reinbek: Rowohlt.
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie, Ein Lehrbuch, Beltz/PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1999.
- Oort, A.H. (1909): Über den Einfluß des Alkoholgenusses der Eltern und Ahnen auf die Kinder. *Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung. Beihefte zur Zeitschrift für Kinderforschung*, 57. Langsalza: Beyer & Söhne.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München, Basel: Reinhardt.
- Petermann, F. (2000, 2. überarbeitete Auflage): Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hg.), Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Petzold, H.G.: Die im Text zitierten hier aber nicht aufgeführten Texte von Petzold und MitarbeiterInnen finden sich in seiner Gesamtbibliographie 1/2009 und 1/2010 bei <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>
- Petzold, H.G. (1983): Die Geheimnisse der Puppen. In: Petzold, H.G. (Hg.). Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1984b): Psychodrama. Die ganze Welt ist eine Bühne. In: Petzold (1984a): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde.. Paderborn: Junfermann. Bd. 1, 111-216.
- Petzold, H.G. (1991a, 1992a, 1993a, 2003a, überarbeitete und ergänzte Neuauflage): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992a, 2003a, überarbeitete Neuauflage): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke. Bd. II/2. Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992d). Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von

- psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“. (Editorial) *Integrative Therapie* 1/2, 1-10.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471.
- Petzold, H.G. (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001. Auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416; 2003g, 332-416.
- Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.
- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006v): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 06/2006.
- Petzold, H.G. (2008m): Evolutionäres Denken und Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie – Integrative Beiträge durch inter- und transtheoretisches Konzeptualisieren. *Integrative Therapie* 4, 353-396.
- Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2009. Auch gekürzt in: Haessig, H., Transversale MACHT in der Supervision – integrative und differentielle Perspektiven: Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 10, 2008.
- Petzold, H.G. (2011b): „Identität“ und Identitätsarbeit in Psychotherapie und Humanwissenschaften. Wiesbaden: VS Verlag, (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1997): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, In: Petzold, H.G. (Hg.) (1991, 2004, 2. Auflage): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung, Bd. 1, 345 – 397).
- Petzold, H.G., Horn, E., Müller, L. (2010): HOCHALTRIGKEIT – Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004d): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta, 108-154.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004a, 2. Auflage): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007.

- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Polich, J., Pollock, V.E. & Bloom, F.E. (1994): Meta-analysis of P300 amplitude from males at risk for alcoholism. *Psychological Bulletin*, 115, 55 – 73.
- Pollock, V.E. (1992): Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1534 – 1538.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Rube-Hollenbach, H. (1995, 3. Auflage): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Reich, W., Earls, F. & Powell, J. (1993): A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction*, 19, 831 – 839.
- Remmert, M. (1989): Co-Abhängigkeit – Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.
- Ricœur, P. (1983): Temps et récit. Vol. I; (1984) Vol. II: La configuration dans le récit de fiction; (1985) Vol. III: Le temps raconté. Paris, Gallimard [dt.: (1988) Zeit und Erzählung. Band I: Zeit und historische Erzählung; (1989): Zeit und Erzählung. Band II: Zeit und literarische Erzählung; (1991): Zeit und Erzählung. Band III: Die erzählte Zeit. München-Freiburg, Wilhelm Fink]
- Ricœur, P. (1990a): Soi-même comme un autre. Paris, Seuil [dt.: (1996) Das Selbst als ein Anderer. München-Freiburg, Wilhelm Fink]
- Ripke, M., (2003): "... ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig." Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rotter, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, No. 609.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1977): Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In M. McGurk (ed.), Ecological factors in human development. Amsterdam: Elsevier.
- Scharff, J.L., Broida, J.P., Conway, K. & Yue, A. (2004): The interaction of parental alcoholism, adaptation role, and familial dysfunction. *Addictive Behaviours*, 29, 575 – 581.
- Scheiblich, W., Petzold, H.G. (2006): Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem - Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“ - katamnestic dargestellt am Beispiel beruflicher/schulischer Rehabilitation. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 477-532.
- Schuckit, M.A. (1994a): A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 5 – 7.
- Schuckit, M.A. (1994b): Low level response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 151, 184 – 189.
- Schuckit, M.A., Gold, E. & Risch, C. (1987 a): Serum prolactin levels in sons of alcoholics and control subjects. *American Journal of Psychiatry*, 144, 854 – 859.
- Schuckit, M.A., Gold, E. & Risch, C. (1987 b): Plasma cortisol levels following ethanol in sons of alcoholics and controls. *Archives of General Psychiatry*, 44, 942 – 945.
- Schuckit, M.A. & Smith, T.L. (1996): An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 202 – 210.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E. & Kelner, E. (1994): Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 237 – 245.
- Sher, K.J. (1991): Children of alcoholics – a critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press.
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21.
- Spitzer, M. (1996): Geist im Netz. Stuttgart: Schattauer.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens.
- Soyka, M. (1995): Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Weinheim: Chapman & Hall.
- Vygotskij, L.S. (1930/1985): Die psychischen Systeme, in: *idem* (1985), 319-352.

- Vygotskij, L.S. (1985/1987): Ausgewählte Schriften, Bd. I, 1985; Bd. II, 1987. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Vygotskij, L.S. (1934/2002): Denken und Sprechen. Weinheim: Beltz.
- Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Wildberg: Verlag Bögner-Kaufmann.
- Weinberg, N.Z., Dielman, T.E., Mandell, W. & Shope, J.T. (1994): Parental drinking and gender factors in the prediction of early adolescent alcohol use. *The International Journal of the Addictions*, 29, 89 – 104.
- Werner, E.E. (1986): Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 34 – 40.
- Widom, C.S., Ireland, T. & Glynn, P.J. (1995): Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: Are they at increased risk? *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 207 – 217.
- Wiswede, G. (1977): Rollentheorie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Woititz, J.G. (1990): Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München: Kösel.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995): Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse*, 42, 415 – 429.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A. & Noonan, A.D. (1979): Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. *American Journal of Psychiatry*, 136, 589 – 593.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, A.D. & Teitelbaum, M.A. (1980): Disrupted family rituals. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 199 – 214.
- Zobel, M. (2000, 2006, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadressen:

Dipl. Psych. Klaus Michaelis
Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
Forschungsstelle

Wefelsen 5
42499 Hückeswagen
Deutschland

E-Mail-Adresse:

Forschung.EAG@t-online.de