

Kinder aus alkoholbelasteten Familien stärken: Förderung der emotionalen Intelligenz bei fremduntergebrachten Kindern im vorpubertären Alter

DSP Jasmina Tomasevic

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Science in Suchtberatung und Prävention
an der Fachhochschule St. Pölten

Im September 2023

Erstbegutachter*in: Mag. Nadja Springer
Zweitbegutachter*in: DSA Silvia Franke MSc

Abstract

Kinder aus alkoholbelasteten Familien stärken: Förderung der emotionalen Intelligenz bei fremduntergebrachten Kindern im vorpubertären Alter

Tomasevic Jasmina

In der vorliegenden Arbeit wird eine sensible Personengruppe und deren stilles Leiden auf Grund von schwierigen Familienverhältnissen und der Fremdunterbringung aufgegriffen. Der Fokus liegt auf dem Umgang mit ihren Emotionen. Dazu werden folgende Forschungsfragen gestellt: Welche Emotionen werden von den Kindern wahrgenommen? Wie reagieren die Kinder auf bestimmte Emotionen? Welche Auswirkungen haben Emotionen auf Kinder?

Das untersuchte Feld bezieht sich auf fremduntergebrachte Kinder der Wiener Kinder- und Jugendhilfe, die sich im Alter von sieben bis elf Jahren befinden. Jedes interviewte Kind hat zumindest einen alkoholabhängigen Elternteil. Die Forschungsstrategie stützt sich auf leitfadengestützte Interviews und einer Literaturrecherche. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Philip Mayring wurde als Forschungsmethode ausgewählt, um die Forschungsdaten zu analysieren.

Die Forschungsergebnisse beschreiben die emotionale und soziale Kompetenz der Stichprobe. Es bedarf eines Vergleiches der Forschungsergebnisse mit dem Modell von Daniel Goleman, der die emotionalen und sozialen Kompetenzen zusammenfasst.

Angst ist jenes Gefühl, welches die Kinder am häufigsten nannten. Dies legt die Vermutung nahe, dass es jene Emotion ist, mit welcher sie bisher am meisten konfrontiert waren.

Ihr Aufwachsen in Suchtfamilien kann zur Folge haben, dass sie externalisierende Störungen wie ADHS oder auch internalisierende Störungen wie Depressionen, Angststörungen entwickeln. Im späteren Leben kann es auf Grund einer dysfunktionaler Emotionsregulation zu einem Suchtverhalten kommen.

Schlüsselwörter: Kinder aus alkoholbelasteten Familien, Emotionsregulation, Suchtfamilien, Emotion, Angststörung, ADHS, Fremdunterbringung, Wohngemeinschaft, Angst, Bindungserfahrung, Bindungsstörung

Abstract

Empowering children from alcoholics: Promoting emotional intelligence in preadolescent children in out-of-home care.

Tomasevic Jasmina

This paper addresses a sensitive group of individuals and their silent suffering due to difficult family circumstances and out-of-home placement. The focus is on how they deal with their emotions. The following research questions are posed: Which emotions are perceived by the children? How do the children react to certain emotions? What effects do emotions have on children? The field under study refers to children in out-of-home care of the Vienna Children and Youth Services who are between the ages of seven and eleven. Each child interviewed has at least one alcohol-dependent parent. The research strategy is based on guided interviews and a literature review. Philip Mayring qualitative content analysis was selected as the research method to collect the research data. The research findings establish a correlation of emotional and social competence. It is necessary to compare the research results with Daniel Goleman's model that summarizes the emotional and social competencies.

Anxiety is the emotion that the children mentioned most often. This represents the assumption that it is that emotion with which they were most confronted.

Growing up in addictive families can cause them to develop externalizing disorders such as ADHD or internalizing disorders such as depression, anxiety disorders. Later in life, dysfunctional emotion regulation can lead to addictive behaviour.

Key words:

children from alcoholics, emotion regulation, addicted families, emotion, anxiety disorder, ADHD, out-of-home children, apartment sharing, anxiety, attachment experience, attachment disorder

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Theoretischer Teil.....	8
2.1	Die Suchterkrankung	8
2.2	Der Alkohol	9
2.2.1	Die Alkoholabhängigkeit und der Alkoholismus	9
2.3	Kinder aus alkoholbelasteten Familien.....	12
2.3.1	Der familiäre Kontext in alkoholbelasteten Familien	13
2.3.2	Mögliche Auswirkungen der Sucht auf Kinder.....	15
2.4	Fremduntergebrachte Kinder im präpubertären Alter.....	17
2.4.1	Das Kind und seine Entwicklung	18
2.4.2	Das vorpubertäre Alter nach Freud	18
2.4.3	Die Fremdunterbringung in eine stationäre Einrichtung der Wiener Kinder- und Jugendhilfe	21
2.4.4	Rechtliche Grundlagen für eine Fremdunterbringung	23
2.5	Die Emotionen	26
2.5.1	Die Emotionale Kompetenz	26
2.5.2	Die Entwicklung des (sprachlichen) Emotionsausdrucks	27
2.5.3	Emotionale Intelligenz	28
2.5.4	Emotionsregulation und Regulationsstrategien	29
2.5.5	Die Sprache	31
2.5.6	Folgen von dysfunktionaler Emotionsregulationen.....	31
2.6	Die Bindung	32
2.6.1	Die Bindungstheorie nach John Bowlby	32
2.6.2	Bindungsstörungen und ihre Auswirkungen	34
2.7	Die emotionale Intelligenz stärken	35
2.7.1	Pädagogische Ansatzmöglichkeiten nach Quast (vgl. 2012:195-198).....	36
2.8	Die Resilienz.....	37
2.8.1	Die Resilienzfaktoren.....	38
2.8.2	Die Schutzfaktoren	38
2.8.3	Die Risikofaktoren	41
2.8.4	Resilienzförderung.....	41
3	Forschungsdesign	43
3.1	Forschungsfrage.....	43
3.2	Vorgangsweise und methodisches Vorgehen	43
3.3	Leitfadengestützte Interviews	44
3.4	Beschreibung der interviewten Kinder.....	45
3.5	Auswertungsmethode	46
3.5.1	Kategorienbildung.....	46
4	Ergebnisse	46
4.1	Was nahmen die Kinder zuerst am Bild wahr?	46
4.2	Wann wurden die Menschen erwähnt?	47
4.3	Welche Emotionen wurden geäußert?	47

4.4	In welchem Kontext wurden die Emotionen erwähnt?	48
4.5	Welche Möglichkeiten wurden aufgezeigt, um den Gemütszustand der betroffenen Personen auf den Bildern zu verbessern?	48
5	Conclusio und Reflexion	50
	Literatur	54
	Abbildungen	67
	Eidesstattliche Erklärung	69

1 Einleitung

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der sensiblen Personengruppe von fremduntergebrachten Kindern aus alkoholbelasteten Familien und ihren Emotionen. Durch die berufliche Tätigkeit bei der Wiener Kinder- und Jugendhilfe (MAG ELF) kam die Forscherin immer wieder in Kontakt mit der Zielgruppe der Forschungsarbeit. Die Arbeit mit den Kindern wurde zum Anlass genommen, die Emotionen der Zielgruppe näher zu erforschen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Fachkräfte in pädagogischen Einrichtungen, Kinder bestärken können.

Im ersten Teil wird die Suchterkrankung „Alkoholabhängigkeit“ beleuchtet und im darauffolgenden Teil wird die familiäre Atmosphäre in suchtbelasteten Familien beschrieben. Der Fokus wird besonders auf die Gefühlswelt der betroffenen Kinder gelegt.

Überleitend wird das Kind in seiner Entwicklung psychoanalytisch in der Latenzphase näher erforscht, da die Altersgruppe der Kinder zwischen sieben und elf Jahren im Mittelpunkt der Forschung steht.

Ein Einblick in die Fremdunterbringung wird gegeben und der Lebensraum von Kindern in sozialpädagogischen Wohngemeinschaften der Wiener Kinder- und Jugendhilfe wird veranschaulicht. Dabei werden auch die rechtlichen Rahmenbedingungen einer Fremdunterbringung vorgestellt.

Das anschließende Kapitel widmet sich dem Thema „Emotionen“, dem (sprachlichen) Emotionsausdruck sowie der Emotionsregulation und der Emotionalen Intelligenz.

Daraufhin aufbauend werden die Bindungstheorie und die Folgen einer Bindungsstörung analysiert.

Zuletzt werden die Resilienz und ihre Förderung, die essentiell für die psychische Gesundheit der Kinder ist, dargestellt.

Abschließend folgt der empirische Teil meiner Forschung. Bei den Interviews mit den Kindern wurden Situationsbilder angewandt. Die Ergebnisse, die nach Philip Mayring ausgewertet wurden, werden im letzten Kapitel der Masterthesis diskutiert.

2 Theoretischer Teil

Zum Einstieg in die Theorie werden die Schlüsselbegriffe, die in Bezug auf die Zielgruppe relevant sind, definiert. Die Autorin erläutert die Substanz „Alkohol“ und stellt die Voraussetzungen für eine Alkoholabhängigkeit dar. Im Anschluss werden der Alkoholismus und die fünf Typen nach Jellinek umrissen.

2.1 Die Suchterkrankung

„Etymologisch leitet sich das Wort Sucht von „siech“ (=krank) ab. Es hat eine Doppelbedeutung: Krankheit (im allgemeinen Sprachgebrauch) Laster (z.B. Habsucht, Eifersucht u.ä.). Eine wichtige Voraussetzung für die Entstehung einer Sucht ist die Gewöhnung (habituation) [...]. Bei der Gewöhnung handelt es sich ganz allgemein um eine spezifische Reaktionsminderung nach fortgesetzter Reizwiederholung“. (Feuerlein et al. 1998:5)

Die Sucht beschreibt ein starkes, unverzichtbares Verlangen nach einem bestimmten Zustand. Diese äußert sich in stoffgebundene oder stoffungebundene Süchte. Die betroffenen Personen verlieren die Kontrolle und somit auch die Verantwortung. Die Sucht muss immer wieder von neuem befriedigt werden. Es kann zu einer Dosissteigerung kommen. Psychische, soziale und wirtschaftliche Schäden können ebenfalls die Folge sein (vgl. Stimmer 2000:581).

Auf Grund der begrifflichen Vielfalt und der daraus resultierenden möglichen störenden Konnotationen mit dem Begriff hat die World Health Organization, WHO, den Begriff „Sucht“ durch den der „Abhängigkeit“ ersetzt (vgl. Grüsser / Thalemann 2006:16; zit. in Barth 2011:27-28).

Die Begriffe „psychoaktive Substanz“ oder „psychotrope Substanz“ beschreiben Wirkstoffe, die die Psyche beeinflussen. Aus dem Altgriechischen übersetzt wird der Begriff „psyche“ als „Seele“ bezeichnet und unter „trope“ wird „die Hinwendung“ verstanden (vgl. Oberhauser 2015:7).

Im folgenden Kapitel wird die Substanz „Alkohol“ vorgestellt. Die Zielgruppe stammt aus Familien, in welchen der Alkohol eine zentrale Rolle spielte. Forschungen, die den Alkoholkonsum in Österreich erhoben haben, ergänzen das Kapitel.

2.2 Der Alkohol

„Alkohol wird aus dem arabischen al-kul (feines Pulver, die Augenschminke) abgeleitet: Paracelsus übertrug den Begriff „Alkohol“ auf eine Substanz, die sich aus der Destillation von Wein gewinnen ließ. [...] Unter Alkohol versteht man im allgemeinen [sic!] das Äthanol, das auch Äthylalkohol genannt wird. Äthanol ist eine klare, farblose, leicht bewegliche, brennend schmeckende, leicht entzündliche Flüssigkeit. [...] Alkohol für den Genuss durch Menschen entsteht entweder bei der Gärung von Zuckerarten, die durch Hefe in Alkohol und Kohlendioxid gespalten werden (z.B. Bier, Wein) oder durch die Destillation [sic!] (z.B. Branntweine)“.
(Stimmer 2000:16)

Alkohol kann als ein Nahrungsmittel mit einem hohen Energiegehalt oder als ein aromaverleihendes Getränk eingenommen werden. Bewusstseinsänderungen können durch die psychoaktive Substanz hervorgerufen werden. Als Pharmakon wurde es früher verwendet und noch heute wird es in begrenztem Umfang als Heilmittel eingesetzt (vgl. Stimmer 2000:16).

Nach Messungen des Durchschnittskonsums pro Kopf ist laut dem Global Information System on Alcohol and Health der WHO, Österreich, ein Hochkonsumland. Der Konsum findet integriert statt. Häufig, aber meist in geringen Mengen wird die psychoaktive Substanz getrunken (vgl. Strizek et al. 2021:51).

Ergebnisse der Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch zeigen, dass etwa 18 Prozent der befragten Bevölkerung aus verschiedenen Altersgruppen im letzten Jahr (fast) jeden Tag Alkohol konsumierte. Dabei treten die männlichen Befragten mit 25 Prozent häufiger auf als die weiblichen Personen mit zwölf Prozent (vgl. ebd.:55).

Der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol ist laut Produktions- und Verkaufstatistiken, seit den 70er Jahren, rückläufig. Über die letzten 15 Jahre erweisen sich nur minimale Schwankungen, was den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum, betrifft. Im Jahr 2020 konsumierten Personen ab einem Alter von 15 Jahren pro Tag 25 Gramm Alkohol. Diese Menge ähnelt etwas mehr als einem großen Bier oder eines Weines mit 0,25 Liter (vgl. Anzenberger et al. 2021: 66-67).

2.2.1 Die Alkoholabhängigkeit und der Alkoholismus

In der Fachliteratur tritt häufig der veraltete Begriff des Alkoholismus auf. Dieser wird im nachstehenden Kapitel näher beleuchtet. Es folgt ein Überblick über die verschiedenen Trinktypen nach Jellinek, welche mit dem Alkoholismus in Verbindung stehen und in der heutigen medizinischen Klassifikation noch an Bedeutung haben. Die Alkoholabhängigkeit und die daraus resultierenden Trinkmuster werden in dem vorliegenden Kapitel vorgestellt. Aktuelle Zahlen zu alkoholabhängigen Personen in Österreich runden das Kapitel ab.

Seit über 100 Jahren wird der Begriff des Alkoholismus im deutschen und internationalen Sprachgebrauch unterschiedlich definiert. Darunter werden folgende Beschreibungen verstanden: ein Laster, eine Strafe für Alkoholkonsum, ein Verstoß gegen mächtiges Trinken, ein erlerntes Fehlverhalten und somit eine Reaktionsvariante auf soziale und psychische Belastungen (vgl. Schmidt 1993:22).

Schmidt (vgl. ebd.) beschreibt Alkoholismus als eine Alkoholabhängigkeit, die chronischen Alkoholmissbrauch einschließt. Trotter (vgl. 1778:633) stellt Alkoholismus als eine Krankheit dar. In Nordamerika wurde wenig Übereinstimmung mit seiner Behauptung gefunden, viel mehr wurde es als ein moralisches Problem gesehen. In Europa wurde die Trunksucht, welche auch als Dipsomanie bezeichnet wird, als Ausdruck von Willens- und Charakterschwäche, seelischer Labilität und als ein Symptom psychischer und sozialer Grundstörung, gesehen.

Nach einer Auswertung einer Befragung mit 2000 Anonymen Alkoholikern erkannte Jellinek (vgl. 1960:295) den Krankheitscharakter des Alkoholismus. Er stellte eine Entwicklung ihres krankhaften Trinkens fest, diese stellte er in einem Phasenmodell auf. Jellinek unterschied fünf verschiedene Typen von Alkoholkonsumierenden:

- Alpha Alkoholiker
Diese Personen werden als Konflikt-, Wirkungs- und Erleichterungstrinker genannt. Der Konsum von Alkohol führt zu Entspannung, Entlastung, vermehrte Sicherheit und ein besseres Durchsetzungsvermögen. Diese Erfahrungen werden als positiv empfunden, welche dazu führen, dass die konsumierende Person erneut, Alkohol zu sich nimmt. Es entsteht eine psychische Abhängigkeit, dessen Fortschreiten aber gering ist. Die Person kann jederzeit mit dem Trinken aufzuhören (vgl. Schmidt 1993:28-35).
- Beta Alkoholiker
Die Alkoholkonsumenten suchen häufig Gelegenheiten zu trinken. Sie werden als Gewohnheitstrinker bezeichnet, die sich körperlich mit dem Konsum, Schaden hinzufügen, aber jederzeit mit dem Trinken aufhören können (vgl. ebd.).
- Gamma Alkoholiker
Die Konsumenten entwickeln ein Krankheitsbild, dessen Symptomfolge in Phasen zusammengefasst wurde. In der „voralkoholischen Phase“ wird das Trinken als Erleichterung wahrgenommen. In weiterer Folge kommt es zu einer Toleranzabnahme für seelische Belastungen, der Alkohol wird als Kompensationsmittel genutzt. In der „Prodromalphase“, die in einem Zeitraum von sechs Monaten bis fünf Jahren durchlaufen wird, kann es bereits bei geringen Alkoholmengen zu einer Erinnerungslücke, einem „Filmriss“, kommen. Gamma Trinker haben eine höhere Toleranz gegenüber

der Substanz, ohne einen Rausch zu erleben. In der „Kritischen Phase“ kommt es zu einem Kontrollverlust. Die Abhängigkeit wird vom Umfeld wahrgenommen. Kleinste Alkoholmengen lösen einen vermehrten Drang nach weiterem Konsum. In der „Chronischen Phase“ trinkt die Person bereits in der Früh Alkohol und es kommt zu einem tagelangen Rausch. Dies führt zu seelischen, körperlichen und sozialen schweren Folgen. Nach möglichen Versuchen, eine Trinkpause einzulegen, kann es zu lebensbedrohlichen Situationen, wie Krampfanfällen, Halluzinationen und eines Delirium tremens auftreten. Das Trinken wird wichtiger als die Nahrungsaufnahme. Folgeschäden können Invalidität, Hospitalisierung oder gar der Tod sein (vgl. ebd.).

- Delta Alkoholiker
Diese Personen, die als Spiegeltrinker näher beschrieben werden, erleben durch ihre Trinksitten kaum psychische Wirkungen. Nach Trinkpausen erleben sie körperliche Entzugserscheinungen, die bei den Betroffenen dazu führen, einen bestimmten Blutalkoholspiegel, zu haben. Durch ihre starken, körperlichen Entzugserscheinungen kann es bei Betroffenen zu toxischen Organschäden kommen (vgl. ebd.).
- Epsilon Alkoholiker
Das Trinkverhalten ist episodisch, weshalb diese Personen auch als Quartaltrinker bezeichnet werden. Nach einer wochenlangen Abstinenz kommt es bei einer depressiven Verstimmung zu regelmäßigen Rückfällen. Das Trinken führt zu tagelangen Exzessen (vgl. ebd.).

„Rund zehn Prozent der Österreicher*innen, nämlich 14 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen, werden im Laufe ihres Lebens von Alkohol abhängig und reduzieren so ihre Lebenserwartung um viele Jahre.“ (Uhl et al. o.A.:5).

In Österreich ist die häufigste Suchterkrankung die Alkoholabhängigkeit, diese findet sich in allen sozialen Schichten (vgl. Brunner et al. 2013:70). Im Jahr 2020 wurde die Alkoholerkrankung bei circa 14 600 Menschen in österreichischen Krankenanstalten diagnostiziert. Die Zahl entspricht etwa 191 Personen ab einem Alter von 15 Jahren unter 100 000 österreichischen Einwohnerinnen und Einwohnern (vgl. Anzenberger et al. 2020:72).

Die zwei risikobehafteten Trinkmuster sind der episodisch risikoreiche Konsum und der chronisch risikoreiche Konsum. Der episodisch risikoreiche Konsum, welcher auch als Rauschtrinken bezeichnet wird, führt zu Unfällen, zu Gewalt und zu Alkoholvergiftungen. Der chronisch risikoreiche Konsum, welcher einen langfristigen und einen regelmäßigen Konsum beschreibt, führt zur Abhängigkeit und zu weiteren psychischen und physischen Krankheiten. Manchmal treten beide Konsummuster zusammen auf. Der Alkohol, der zur Stressbewältigung konsumiert wird, verschafft zwar eine vorübergehende

Erleichterung, kann aber dazu führen, dass negative emotionale Zustände zwischen den Alkoholkonsumschüben verstärkt werden. Dies motiviert zu weiterem Alkoholkonsum und in Folge dann zu einer Abhängigkeit oder zu einem chronisch kranken Konsumverhalten. Neben dem situativ unangemessenen Konsum, wie zum Beispiel im Straßenverkehr oder im Sport, erweist sich der Mischkonsum von Alkohol mit anderen psychoaktiven Substanzen als problematisch. Werden psychoaktive Substanzen oder Cannabis mit Alkohol eingenommen, kann es beispielsweise unter anderem zu einem Atemstillstand kommen. Es gibt Lebensphasen, in denen der Körper besonders sensibel auf Alkohol reagiert. So kann es für ungeborene Kinder beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu einem hohen Gesundheitsrisiko führen, der sogenannten Fetalen Alkohol Spektrum Störung (FASD) (vgl. Meury 2022:5).

„Passive drinking“ beschreibt die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das soziale Umfeld der süchtigen Person. Neben den Ungeborenen, deren Mütter, Alkohol konsumieren, fasst dies auch Kinder, die in alkoholbelasteten Familien aufwachsen, zusammen. Auch wenn Erwachsene versuchen, ihren Alkoholkonsum zu verstecken, bemerken die Kinder, wenn mit ihren Eltern etwas nicht stimmt (vgl. Rummel 2022:12-13).

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Alkohol auf das nahe Umfeld der Alkoholiker, nämlich auf ihre Kinder.

2.3 Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Kinder werden als Angehörige von suchtkranken Personen gesehen. Die Definition eines Angehörigen findet sich im Strafgesetzbuch (StGB §72 (1) Z1) wieder und beschreibt Kinder als Verwandte ersten Grades. Das Kinder- und Jugendschutzgesetz (KJBG § 2 (1)) definiert ein Kind als eine Person, welches noch nicht 14 Jahre alt ist und einen Jugendlichen als eine Person zwischen der Vollendung des 14. und des 18. Lebensjahres.

Die Suchterkrankung der Eltern, insbesondere einer Alkoholabhängigkeit, stellt den gefährlichsten Risikofaktor hinsichtlich der psychischen und körperlichen Entwicklung ihres Kindes dar. Besonders die amerikanischen und skandinavischen Forschungen haben dies mehrere Male exponiert (vgl. Klein 1996:154-8 / Sher 1991 / Velleman und Orford 1999 / Windle und Searles 1990; zit. in Klein 2008:114).

Kinder aus alkoholbelasteten Familien haben das größte Risiko, einmal selbst, Alkohol missbräuchlich zu verwenden oder eine Abhängigkeit zu entwickeln. Es besteht ein

sechsfaches Risiko im Vergleich zu Kindern, die aus keiner Suchtfamilie, stammen (vgl. Klein 2001:90-104; zit. in Klein 2008:115).

Die elterliche Alkohol- oder Drogenabhängigkeit stellt eine Anhäufung von Stressfaktoren für die Kinder dar. Zu den sogenannten „adverse childhood facts“ zählen beispielweise Kindesvernachlässigung, sexuelle, physische und emotionale Gewalt an Kindern (vgl. Dube et al. 2001:1627-40; zit. in Klein 2008:114).

Bei einer bestimmten Konstellation der Stressoren wird von einer Traumatisierung der Kinder gesprochen (vgl. Klein 2006:9-16; zit. in Klein 2008:114).

Alkoholabhängige stammen oft aus Suchtfamilien, in denen mindestens ein Elternteil süchtig war. Wenn die Mutter oder der Vater alleinerziehend war, erhöht sich das Risiko beim Nachwuchs (vgl. Lachner und Wittchen 1997:43-89; zit. in Klein 2008:114).

Kinder von Suchtkranken zählen zu der größten Risikogruppe hinsichtlich der Entwicklung von Suchtstörungen (vgl. Klein 2008:114).

Zudem besteht ein zwei bis fünffaches Risiko an einer psychiatrischen Störung im Kinder- und Jugendalter zu erkranken, da sie, wie bereits erwähnt, erhöhten Stressfaktoren ausgesetzt sind und diese schwer zu bewältigen sind (vgl. Dube et al. 2001:1627-40; zit. in Klein 2008:114).

2.3.1 Der familiäre Kontext in alkoholbelasteten Familien

Das vorliegende Kapitel veranschaulicht sowohl die familiäre Atmosphäre in der Herkunftsfamilie auch die Emotionen, die die Kinder prägten.

1969 wurde mit dem Werk von Cork „the forgotten children“ erstmals auf jene sensible Personengruppe aufmerksam gemacht, die in Suchtfamilien aufwachsen und aufgrund dessen Auffälligkeiten zeigen. In den darauffolgenden Jahren publizierten Autor*innen wie Wegscheider (1981), Black (1982), Woititz (2003) und Lambrou (1990) Werke, die das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ aufgriffen. Kennzeichnend für Suchtfamilien seien vorherrschende Stimmungen, ungeschriebene Gesetze und atmosphärische Spannungen. Der suchtkranke Elternteil bestimme den Alltag der Familienmitglieder (vgl. Lambrou 1990; zit. in Zobel 2006:22).

Aufgrund der abwechselnden Abstinenz- und Trinkphasen erleben Kinder zwei Väter oder zwei Mütter, die unterschiedlich agieren. Fürsorge und Versprechungen gegenüber dem Kind wechseln sich mit Desinteresse und Ablehnung ab. Je nachdem wieviel die alkoholkranke Person getrunken hat, wird das Kind bei gleichem Verhalten, wie beispielweise beim Erbringen von Schulleistungen, gelobt oder bestraft. Der Elternteil setzt seine klar definierten Grenzen gegenüber dem Kind, das Kind wird weder angeleitet

noch in seinen Kompetenzen gefördert. Der Alkohol bestimmt das Leben der süchtigen Person. Dem Kind gegenüber werden widersprüchliche Botschaften mitgeteilt, einerseits wird „Ich liebe dich“ andererseits „Jetzt lass‘ mich in Ruhe“ kommuniziert. Beim Kind entstehen durch das unberechenbare Verhalten des Elternteils Unsicherheiten. Die Tochter oder der Sohn beobachten den suchtkranken Elternteil sehr genau, ob Alkohol konsumiert wurde, um dann angemessen reagieren zu können. Da das Suchtproblem in der Familie tabuisiert wird, können die Kinder nicht über ihre Gefühle reden. Sie passen sich der Situation an (vgl. Zobel 2006:23).

Die Kinder trauen ihren eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen nicht mehr. Gefühle wie Angst, Wut und Trauer werden abgespalten. Die anhaltende Atmosphäre von Anspannung und Aggression im Elternhaus bleibt erhalten (vgl. ebd.).

Die Kinder leiden sehr unter den instabilen Verhältnissen, die von emotionaler Kälte, unklaren Grenzen, einer Respektlosigkeit und dem mangelnden Interesse gegenüber dem Kind, geprägt ist (vgl. Woititz 2003; zit. in Zobel 2006:23).

Sharon Wegscheider fasst unausgesprochene Familienregeln in Suchtfamilien zusammen. Sie beschreibt als erste Regel, dass der Alkohol das bestimmende Wesensmerkmal in Suchtfamilien ist. Sowohl die Stimmung als auch die häusliche Atmosphäre wären dadurch geprägt, ob die abhängige Person Alkohol konsumierte. Als nächstes gilt es zu beachten, dass der Alkohol nicht als Ursache von Problemen genannt werden darf, da es „offiziell“ kein Alkoholproblem gibt. Es darf nicht darüber gesprochen werden, dass der Vater oder die Mutter ein Alkoholproblem haben. Irrtümlich wird vermutet, dass alles nur schlimmer werden würde. Auch über die eigenen Gefühle darf nicht geredet werden. Der Alkoholismus wird durch ungünstige Lebensumstände, wie zum Beispiel „Stress am Arbeitsplatz“, entschuldigt. Die Verantwortung liegt nicht bei der süchtigen Person, die Schuld für die Suchterkrankung tragen andere oder bestimmte Umstände seien schuld daran. Dieses Verhalten hält die Sucht aufrecht und verhindert Veränderungen. Der Status quo wird in der Familie aufrechterhalten. Veränderungen sind einerseits erwünscht, andererseits werden sie auch als bedrohlich wahrgenommen (vgl. Zobel 2006:23-24).

Kinder erleben das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil als einen chronischen kranken Zustand (vgl. Cork 1969 / Klein und Zobel 2001:90-104 / Zobel 2006; zit. in Klein 2008:115).

Petermann, F. und Petermann, U. 2005:o.A. sehen ein weiteres Risiko in der Entwicklung des Kindes, wenn das elterliche Erziehungsverhalten eher inkonsistent und widersprüchlich ist und die Erziehung mit ausgeprägter Strenge und Härte geprägt ist. Beispielsweise ziehen Elternteile ihre Konsequenzen beim „Quengeln“ der Kinder zurück und die Heranwachsenden werden somit bestärkt. In alkoholbelasteten Familien treten

diese Verhältnisse häufig auf. Das Verhalten der süchtigen Person ist willkürlich und widersprüchlich. Das Verhalten des nicht süchtigen Elternteils aufgrund der schwierigen Belastung ist ebenfalls nicht konstant. Das Kind erhält kaum klare Information über ein angebrachtes Verhalten oder Konsequenzen bei unangemessenem Verhalten (vgl. Zobel 2006:25-26).

Klein fasst zusammen, dass die Zielgruppe dieser Arbeit mehr Disharmonie und somit mehr Konflikte zwischen den Eltern erlebt als jene Heranwachsenden aus nicht suchtkranken Familien. Die Kinder sind extremen Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt. Loyalitätskonflikte und das Brechen von Versprechungen prägen den Alltag. Verlässlichkeit und Klarheiten im familiären Ablauf sind nicht gegeben. Die Kinder können auch psychische, physische und sexuelle Gewalt und Vernachlässigung erleben (vgl. Klein 2001:119-120).

2.3.2 Mögliche Auswirkungen der Sucht auf Kinder

In diesem Kapitel werden die emotionalen Auswirkungen näher beleuchtet.

Die Sucht der Eltern spiegelt sich bei Kindern in den Schulleistungen, in der Intelligenz, den sprachlichen Fähigkeiten, sowie bei den Verhaltensstörungen, wider (vgl. Zobel 2006:34-50).

Verhaltensstörungen werden in externalisierende und internalisierende Störungen unterteilt. Als störend vom Umfeld wahrgenommen, werden externalisierende Störungen, wie die Hyperaktivität und die Störung des Sozialverhaltens, während internalisierende Störungen, wie Ängste und Depression, von der Umwelt kaum registriert werden (vgl. Scheithauer / Petermann 2002; zit. in Zobel 2006:37).

Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität (ADHS) treten in der Regel bis zum fünften Lebensjahr auf. Das Kind zeigt einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die es kognitiv beansprucht. Auch das ständige Wechseln zwischen den Tätigkeiten fällt auf. Das Verhältnis zum Erwachsenen ist distanzlos, unter Gleichaltrigen sind sie eher unbeliebt und isoliert. Die Verhaltensstörung tritt gemeinsam mit Leseschwierigkeiten und anderen schulischen Auffälligkeiten auf. Buben sind häufiger betroffen als Mädchen (vgl. Dilling et al. 1993; zit. in Zobel 2006:37).

ADHS tritt im Kindes- und Jugendalter bei sechs bis neun Prozent der Kinder auf und im Erwachsenenalter haben etwa fünf Prozent die Diagnose (vgl. Biederman 1998; zit. in Zobel 2006:37).

Das Vorliegen von ADHS beschleunigt die Entwicklung von Alkohol- und Drogenmissbrauch (vgl. Wilens 1998; zit. in Zobel 2006:37).

Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien haben laut Untersuchungen mehrmals Symptome von ADHS und weiteren externalisierendem Verhalten gezeigt (vgl. Christensen / Bilenberg 200 / Wilens et al. 1996; zit. in Zobel 2006:38).

Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Eltern, die Alkohol konsumieren und kindlichen Symptomen von ADHS konnte nicht belegt werden. Hierfür müssten weitere Umstände wie Komorbiditäten und sozioökonomische Verhältnisse berücksichtigt werden (vgl. Zobel 2006:38).

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, (ICD-10), definiert die Störung des Sozialverhaltens als „ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens“ (Dilling et al. 1993:o.A.) und hebt den Zusammenhang mit „schwierigen psychosozialen Umständen, wie unzureichende familiäre Beziehungen und Schulversagen“ (ebd.).

Es gibt erhebliche Überschneidungen mit den Symptomen von ADHS. Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens wachsen oft eher in sozioökonomisch ungünstigen Wohnverhältnissen auf und haben öfter Eltern mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (vgl. Scheithauer / Petermann 2002; zit. in Zobel 2006:38).

Mehrere Studien zeigen eine Kohärenz zwischen elterlicher Alkoholabhängigkeit und externalisierenden Störungen bei Kindern (vgl. Christensen / Bilenberg 2000/ Loukas et al. 2001 / Lynskey et al. 1994 / Markowitz / Craig 1992 / McCauley Ohannessian et al. 2004; zit. in Zobel 2006:39).

Im Kindes- und Jugendalter tritt am häufigsten die Angststörung als psychische Erkrankung ein (vgl. Petermann et al. 2002; zit. in Zobel 2006:40).

Kinder und Jugendliche können ähnliche Symptome von Depressionen haben wie Erwachsene. Studien belegen, dass die Heranwachsenden aus alkoholbelasteten Familien, Kennzeichen von Angst und Depression zeigen (vgl. Chassin et al. 1991 / Christensen / Bilenberg 2000 / Markowitz / Craig 1992 / McCauley Ohannessian et al. 2004 / Puttler et al. 1998; zit. in Zobel 2006:41).

Auch bei diesen Studien lassen sich die kindlichen Auffälligkeiten nicht eindeutig von der Alkoholerkrankung des Elternteils ableiten. Vielmehr kann die Zerrüttung der Familie als Folge der Alkoholabhängigkeit und eine mögliche psychiatrische Komorbidität beim trinkenden Elternteil als mögliche Ursache für ängstliches und depressives Verhalten bei Kindern gesehen werden (vgl. Hill / Hruska 1992 / Johnson et al. 1991; zit. in Zobel 2006:41).

Nach Quast (vgl. 2012:175-176) sind folgende Auswirkungen auf Kinder möglich:

- **Loyalitätskonflikte**
Konflikte werden meist über die Kinder ausgetragen. Das Kind hat dann das Problem, dass es zwischen beiden Elternteilen steht. Kinder benötigen ein Familienklima, in dem sie von beiden Elternteilen Anerkennung und Liebe erhalten (vgl. ebd.).
- **Parentifizierung**
Heranwachsende können in die Position eines Ersatzpartners treten und die Mutter oder den Vater nach einem Konflikt trösten oder beraten. Dies führt bei Kindern zu einer emotionalen Überforderung. Die kindlichen Bedürfnisse werden nur bedingt gestillt, da sie für ihre Mutter und Vater verfügbar sein müssen. Daraus resultiert eine emotionale Bedürftigkeit, die sich im späteren Leben zu einem Suchtverhalten entwickeln kann (vgl. ebd.).
- **Koalition**
Wenn es mehrere Kinder gibt, kann es zu Aufteilungen zwischen den Elternteilen kommen. Überschneidende, generationsübergreifende Koalitionen bilden sich. Nach familientherapeutischen Auffassungen zeigt sich das Kind gegenüber dem Elternteil loyal, welches die Unterstützung am meisten benötigt. Die Folge ist meist, dass das Kind auf die Zuneigung vom anderen Elternteil verzichten muss und aus der Geschwisterloyalität heraustritt. Es kann eine angespannte und feindliche Geschwisterbeziehung auftreten (vgl. ebd.).
- **Rollen**
Entsprechend der Geschwisterfolge können Kinder aus alkoholbelasteten Familien bestimmte Rollen und Aufgaben innerhalb der Familie übernehmen. Sie entwickeln bemerkenswerte Ressourcen und Talente, blenden aber gleichzeitig andere Facetten ihrer Persönlichkeit aus (vgl. ebd.).

2.4 Fremduntergebrachte Kinder im präpubertären Alter

In diesem Abschnitt der Masterthese wird die Zielgruppe der Forschungsfrage vorgestellt. Einleitend beschäftigt sich das Kapitel mit der Entwicklung des Kindes. Das Modell psychosexueller Entwicklung nach Sigmund Freud wird vorgestellt, an dem auch das präpubertäre Alter veranschaulicht wird. Am Ende des Kapitels wird in die umfassende Thematik der Fremdunterbringung eingetaucht. Neben den Bedingungen und den Ursachen für eine Unterbringung beschäftigt sich das Kapitel mit den fachlichen Standards der Wiener Kinder- und Jugendhilfe und den Qualitätsstandards, die für alle stationäre Einrichtungen in Österreich gelten. Die sozialpädagogische

Wohngemeinschaft der Wiener Kinder- und Jugendhilfe wird am Ende des Kapitels beleuchtet.

2.4.1 Das Kind und seine Entwicklung

„Entwicklung bezieht sich auf relativ überdauernde intraindividuelle Veränderungen des Erlebens und Verhaltens über die Zeit hinweg“ (Trautner 1992; zit. in Lohaus et al. 2010:2).

Dabei handelt es sich um Veränderungen innerhalb eines Individuums im Laufe seiner Jahre. Die einzelnen Entwicklungsschritte müssen aufeinander bezogen werden. Durch die Folgen eines plötzlich eintretenden Ereignisses kann es sein, dass sich das Individuum neu anpassen muss, dies erfordert neue Entwicklungsprozesse (vgl. Lohaus et al. 2010:2-3).

Vielfältige Wechselbeziehungen machen sich zwischen den Entwicklungssträngen bemerkbar. Ein sich entwickelndes Kind wird vom Erziehungsverhalten seiner Eltern, seiner sozialen Umgebung, beeinflusst. Umgekehrt werden auch die Eltern von ihrem Kind beeinflusst (vgl. ebd.).

Die gesunde Entwicklung verläuft in Entwicklungsphasen, welche durch verschiedene Entwicklungsaufgaben gekennzeichnet sind. Diese sind durch die normativen Erwartungen der Gesellschaft auf den jeweiligen Entwicklungsstand geprägt. Dazu zählen beispielweise der Kindergartenbesuch, die Schulreife und das Eintreten der Pubertät. Nur wenige Entwicklungsprozesse sind reifungsabhängig. Generell gelingt es den Kindern, ihre phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, ohne psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (vgl. Bitzer et al. 2010:2-3).

2.4.2 Das vorpubertäre Alter nach Freud

Die Zielgruppe der Forschungsfrage umfasst Kinder im vorpubertären Alter. Diese Altersspanne ist laut dem Psychoanalytiker Sigmund Freud die Latenzphase. Das Kapitel beschreibt die Besonderheiten dieser Lebensphase und die Auffälligkeiten bei Buben und Mädchen.

In der veralteten Fachliteratur tritt für die Altersspanne der Vorpubertät auch der Begriff „Flegeljahre“ auf. Der Begriff „Flegeljahre“ taucht das erste Mal 1770 in einem Roman von einem Pfarrer namens „Johann Timotheus Hermes“ auf. 1817 beschreibt der Autor im „Schwarz’schen Buch“ die Flegeljahre beginnend ab dem siebten Lebensjahr und setzt sie mit dem „Ablegen der Kinderschuhe“ gleich. 1829 legt Schwarz die Flegeljahre auf das Alter zwischen dem zwölften und dem 15. Lebensjahr fest (vgl. Muchow

1953:10). Vorwahl (vgl. 1929:11) setzt die Flegeljahre zwischen dem zehnten und dem 14. Lebensjahr fest.

Sigmund Freud bezeichnet die Vorpubertät als Latenzphase, diese findet zwischen dem 6. und dem 11. Lebensjahr statt. Nach der Freud'schen Entwicklungskonzeption sind keine Entwicklungsprobleme bei Kindern in dieser Altersspanne anzunehmen, wenn die Bedürfnisse in den einzelnen Entwicklungsphasen altersgerecht erfüllt wurden (vgl. Lohaus et al. 2010:11).

Sigmund Freud begründete Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts die Tiefenpsychologie. In seinem Modell wird menschliches Verhalten als Konsequenz menschlicher Erfahrungen betrachtet. Hervorzuheben sind seines Erachtens die ersten Lebensjahre. Eine wesentliche Rolle für die Entwicklung spielt die Sexualität. Seiner Auffassung nach, ist die frühe menschliche Entwicklung durch eine Abfolge bestimmter irreversibler Phasen beschrieben. Durch die Befriedigung oder Nichtbefriedigung eines zentralen Bedürfnisses wird die Entwicklung beeinflusst. Eine Nichtbefriedigung eines Bedürfnisses hat zur Folge, dass sich im späteren Leben eine Fixation bilden kann. So kann eine Person, dessen Bedürfnisse in der oralen Phase nicht erfüllt worden sind, sich später zu einem starken Raucher entwickeln (vgl. Wisniewski 2013:41-42).

In der nachfolgenden Tabelle werden die Entwicklungsphasen nach Sigmund Freud angeführt und beschrieben.

Phase und Zeitraum	Kennzeichen	Folgen einer Störung
Orale Phase (erstes Lebensjahr)	Mundregion als primäres Bezugsorgan, Spannungsreduktion und Lustgefühl durch normalen Gebrauch (Essen, Trinken) oder künstliche Reizung (Daumen lutschen)	Niedrige Frustrationstoleranz
Narzisstische Phase (zweites Lebensjahr)	Entdeckung des eigenen Körpers, Autoerotismus	vermindertes Selbstvertrauen und verminderte Selbstachtung
Anale Phase (zweites bis drittes Lebensjahr)	Lustgewinn durch den Vorgang der Defäkation (Ausscheiden und Zurückhalten der Exkreme), Einüben von Kontrollmechanismen	Entwicklung manischer und zwanghafte Persönlichkeit, Überkontrolliertheit, Geiz, Aggression

Phallische Phase (viertes bis fünftes Lebensjahr)	Genitalien werden zu erogenen Zonen, Penisneid und Kastrationsangst, Rivalitätsgefühle mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil	Entwicklung auffälligen sexuellen Gebarens, Meidung sexueller Kontakte
Latenzphase (sechstes Lebensjahr bis Pubertät)	scheinbare Unterbrechung der sexuellen Entwicklung, Verdrängung sexueller Regungen, Suche des Kontaktes von Gleichgeschlechtlichen	--
Genitale Phase (Adolszenz)	Wiederaufleben der Sexualität, Hinwendung zum anderen Geschlecht, Diskrepanz zwischen beschleunigter körperlicher und verzögerter emotionaler Reifung	Beziehungsstörungen

Abb. 1: Phasen psychosexueller Entwicklung nach Freud (vgl. Wisniewski 2013:42)

Blos (vgl. 1962:71) bezeichnet die Altersspanne in seinem psychoanalytischen Werk als Präadoleszenz. Kennzeichnend für diese Phase seien die Zunahme des Triebdruckes. Es ist nicht notwendig einen sexuellen Reiz zu erfahren, um eine genitale Erregung hervorzurufen. So können es bei reiferen Buben bei Wettkämpfen wie Ringen zu einer spontanen Ejakulation kommen. Dies zeigt, dass bei Buben das Geschlechtsteil als unspezifisches Organ für Spannungsabfuhr dient. In der Adolszenz kommt die Empfindlichkeit für heterosexuelle Reize hinzu.

Blos erwähnt in seinem Werk Erikson, der einen Unterschied bei beiden Geschlechtern in der präadolszenten Spielstruktur herausfand. Er beschreibt, dass ein bewusstes oder unbewusstes Interesse an den Sexualorganen, an ihrer Funktion, ihrer Unversehrtheit und an ihrem Schutz herrscht, aber nicht an Liebesbeziehungen und ihrer Erfüllung. Erikson stellte beim Spielverhalten in der Ausnutzung des Spiel-Raumes von Buben, fest, dass ihnen Höhe, Herunterfallen und Bewegung, wichtig sind. Als Beispiel wird der Polizist genannt. In den Spielräumen von Mädchen bemerkte Erikson statische Innenräume, die offen stehen, eingeschlossen oder blockiert sind und in die eingedrungen werden kann (vgl. ebd.:72-74).

Für Mädchen ersetzt das Flüstern und die Geheimnistuerei die offene Neugier. Buben zeigen eine mädchenfeindliche Einstellung, sie versuchen das Gegengeschlecht zu meiden und in der Konfrontation treten Buben protzig auf. Sie neigen dazu das andere

Geschlecht zu necken. Die Ängstlichkeit wird verborgen, anstatt mit Mädchen in Beziehung zu treten (vgl. ebd.).

Bei Mädchen ist ein „Aktivitätsschub“ zu beobachten, bei dem Agieren und jungenhaftes Benehmen auffällig wird (vgl. Deutsch 1944; zit. in Bloss 1962:74).

Garbe (vgl. 2018:93) beschreibt, dass Kinder in der Latenzphase damit beschäftigt sind, sich in das Schulsystem zu integrieren, Freunde zu finden, zu lernen und Hobbys zu entwickeln. Sowohl das Elternhaus als auch die Schule, Freunde und andere wichtige Bezugspersonen haben einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung der Kinder. Mobbing und Beliebtheit haben große Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbstwert- und des Bindungssystems. Gute Freunde und weitere Bindungspersonen, die Schule und interessante Hobbys können eine große Ressource für das Kind werden und helfen, frühe traumatische Erfahrungen zu beruhigen (vgl. ebd.).

Kinder, die sich in der Latenzphase befinden, sind von den reflexiven Funktionsfähigkeiten ihrer Mutter und ihres Vaters abhängig (vgl. Jemerin 2004; zit. in Springer / Lueger-Schuster 2020:10).

Eltern sind im Stande, die Gefühle des Kindes zu ertragen, durch Spiegelung können sie der Emotion eine Macht geben und das Gefühl neu einordnen. Kinder können von dieser non-verbalen Art von Interaktion durch Anerkennung profitieren. Die „Reflexive Funktion“ ermöglicht es Kindern die mentalen Zustände anderer zu erfassen, somit können sie die Handlungen anderer besser hervorsehen (vgl. Springer / Lueger-Schuster 2020:11).

2.4.3 Die Fremdunterbringung in eine stationäre Einrichtung der Wiener Kinder- und Jugendhilfe

Die Autorin dieser Masterthese beleuchtet zunächst die Begriffe. Danach werden die möglichen Ursachen einer Fremdunterbringung beschrieben. Anschließend wird der Lebensraum der Zielgruppe vorgestellt. Die wichtigsten Arbeitsschwerpunkte der Fachkräfte werden näher angeführt.

Unter Betreuung wird die Unterstützung von Kindern bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben, beispielsweise beim Einkaufen, bei der Haushaltsführung, bei der Ernährung, bei der Erhaltung sozialer Kontakte, verstanden. Ziele einer Betreuung sind die Entwicklung von Fähigkeiten zur Strukturierung des Alltags, die eigenverantwortliche Lebensplanung, Verantwortungsübernahme und die Entwicklung eines stabilen sozialen Netzwerks. Die Unterbringungsleistungen treten meist in der Form des betreuten Wohnens auf, wie etwa der Wohngemeinschaft (vgl. Dimmel / Schmid 2013:22).

Stationäre Dienste versorgen Personen, denen nicht nur vorübergehend, sondern auch längerfristig, Hilfe zusteht. Neben dem Betreuungsbedarf ist auch der Bedarf nach

Wohnen und Unterbringung gedeckt. Eine stationäre Einrichtung kann ein Heim, eine Wohngemeinschaft, eine Notschlafstelle oder ein Internat sein. Diese sind entweder voll- oder teiltbetret (vgl. Dimmel / Schmid 2013:19).

Es gibt drei Ursachengruppen für die Fremdunterbringung. Die Erste beschreibt die volle und teilweise inadäquate Versorgung des Kindes, verursacht durch Krankheit oder Tod der Eltern, Armut, Desinteresse der Eltern am Kind, persönliche Krisen und Störungen der Eltern. Die zweite Gruppe beschreibt Kinder, die missbräuchlich von erwachsenen Bezugspersonen funktionalisiert wurden. Beispielweise bei der Durchsetzung des eigenen Interesses im Falle von einer Scheidung der Eltern, den Einsatz der Kinder bei kriminellen Handlungen, sexueller Missbrauch oder Prostitution von Kindern. Bei der dritten Ursachengruppe wird das Kind durch sein Verhalten oder durch seine Störung seiner Persönlichkeitsstörung selbst als Verursacher*in für die Fremdunterbringung gesehen. Gründe können Schulverweigerung, Aggressionen oder Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen sein. Die meisten Auffälligkeiten zeigen sich im frühen Kindesalter. Sie sind auf frühe Bindungsstörungen zurückzuführen (vgl. Johnson, Helmut / Johnson, Ursula; zit. in Posch / Hilweg 2008:34).

Der Grund für die Unterbringung der Kinder, die aus alkoholbelasteten Familien stammen, ist eine Bündelung von Problemen, die negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder hat. Die Lebensumstände der Familien sind von schlechten oder beengten Wohnverhältnissen, Arbeitslosigkeit, Armut und Verschuldung, Bildungsdefiziten und anderen sozialen Benachteiligungen geprägt. Hinzu kommen biografische Faktoren, wie individuelle Traumatisierungen, geringes Selbstwertgefühl und mangelnde Problemlösekompetenzen. Diese Verhältnisse wirken sich auf die Beziehungsstrukturen, Erziehungsprobleme und auf die emotionale und körperliche Vernachlässigung der Kinder aus (vgl. Quast 2012:172).

Viele Eltern denken, dass Kinder das Alkoholproblem der Eltern nicht bemerken würden. Kinder merken sehr früh, dass in der Familie etwas nicht stimmt. Es fehlt ihnen an emotionaler Zuwendung und an der Erfüllung ihrer kindlichen Bedürfnisse (vgl. Quast 2012:173-174).

Die Wohngemeinschaft ist für Kinder ein Lern- und Lebensraum, in dem ihre individuellen Bedürfnisse nach psychosozialer Entwicklung und vereinbarte Veränderungsnotwendigkeiten berücksichtigt werden. Grundlegend für Sozialpädagog*innen, die als wertschätzende Vorbilder hervortreten, ist die Beziehungsarbeit mit den Kindern. Das Kind soll neue Erfahrungen mit Erfolgen, Scheitern und den Konsequenzen daraus machen. Schützende sozialpädagogische Interventionen, die lösungs- und ressourcenorientiert sind, zeichnen die Arbeit mit den Eltern und Kindern aus. Dabei stehen die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche des

Kindes im Mittelpunkt. Das Kind fungiert als „Ko-Produzent*in“. Das Ziel ist es, dem Kind ein entwicklungsförderndes Umfeld zu bieten, in dem ein gedeihliches Aufwachsen, solange die Eltern dazu nicht in der Lage sind, zu ermöglichen. Durch Selbstbestimmtheit und ein gelingendes Alltagsmanagement wird das Kind unterstützt und die Teilhabe an Bildung, Ausbildung und Kultur gewährt. Dabei stehen die Lebensweltorientierung und das Empowerment, die selbstverantwortliche Gestaltung des Alltags im Fokus. Die Kinder werden von den jeweiligen Bezugsbetreuer*innen bei den Fallverlaufskonferenzen und anderen wichtigen Terminen begleitet und unterstützt. Die Pädagog*innen schreiben die sozialpädagogischen Entwicklungsberichte und gestalten die Entwicklungsdokumentation in der Biografie Mappe. Das zentrale Ziel ist die Rückführung von Kindern in ein wertschätzendes Familiensystem (vgl. Mayer 2015:17-19).

2.4.4 Rechtliche Grundlagen für eine Fremdunterbringung

Im nachstehenden Kapitel werden die Kinderrechtskonvention und die wichtigsten österreichischen Gesetze, die bei einer Fremdunterbringung in Frage kommen, vorgestellt. Aktuelle Zahlen von der Wiener Kinder- und Jugendhilfe ergänzen das Kapitel.

Die Kinderrechtskonvention, KRK, ist jener Menschenrechtsvertrag, der von allen Staaten bis auf die USA, als rechtlich verbindlich, anerkannt wurde. In 54 Artikeln werden Standards zu fast allen Lebensbereichen von Kindern formuliert, öfters werden sie als die „3 Ps“ bezeichnet, diese stehen für die „Rights to protection, provision, participation“ (vgl. Sax 2019:20).

Die UN-Kinderrechtskonvention, welche für die Rechte fremduntergebrachter Kinder entsteht, basiert auf vier Grundprinzipen, jenes der Nichtdiskriminierung (Artikel 2), jenes des Kindeswohls (Artikel 3), das Recht auf Leben, Überleben und auf bestmögliche Entwicklungschancen (Artikel 6) und jenes der Beteiligung (Artikel 12). Die UN-Mitgliedstaaten müssen dem Ausschuss der UN, Information darüber geben, ob dem höchsten Prinzip, der Wahrung des Kindeswohls, höchste Priorität, eingeräumt wurde (vgl. Posch / Hilweg 2008:70).

2011 wurden die grundlegenden Grundsätze der Kinderrechtskonvention in ein österreichisches „Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der Rechte des Kindes“ (BVG Kinderrechte, BGBl. I Nr. 4/2011) adaptiert (vgl. Grabenwarter 2014; zit. in Sax 2019:23)

Dieses muss nun als verfassungsrechtlich verankertes Prinzip im Schul- und Gesundheitswesen, in Fragen der Sozialversicherung oder im Asyl- und Fremdenrecht,

berücksichtigt werden. Genauso gilt das Kinderrecht auf Partizipation und kindgerechter Gerichtsverfahren. Die Kinder- und Jugendhilfe gewährt den Kindern ein sicheres, gewaltfreies und förderndes Umfeld ohne jede Diskriminierung. Ebenso bekennt das BVG das Recht auf eine Erziehung ohne Gewalt, Schutz vor Kinderarbeit und dem Kontakt zu beiden Elternteilen (vgl. ebd.).

„Ergibt sich ein begründeter Verdacht auf eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohls durch einen Elternteil, dann liegt eine vorübergehende staatliche Verantwortung zur Intervention als Handlungspflicht vor, die auch Eingriffe in das ansonsten geschützte Privat- und Familienleben legitimiert. Das ist geltendes Recht in Österreich (vgl. § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz) wie auch Anspruch der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (Artikel 9 Abs 1)“. (Fice Austria 2019:20-21)

Nachstehend werden die wichtigsten österreichischen Gesetze, die bei einer Fremdunterbringung von Kindern gelten, dargestellt. Die Autorin exponiert auch aktuelle Zahlen aus dem Quartalsbericht 2023 der Wiener Kinder- und Jugendhilfe.

Bevor es zu einer Fremdunterbringung kommt, wird folgendes Gesetz in Betracht gezogen.

Das Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz bietet Personen, die eine berufliche Tätigkeit in den Einrichtungen Gerichte, Behörden und Organe der öffentlichen Aufsicht, Einrichtungen zur Betreuung oder zum Unterricht von Kindern und Jugendlichen, Einrichtungen zur psychosozialen Beratung, privaten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Kranken- und Kuranstalten und Einrichtungen der Hauskrankenpflege, ausüben die rechtliche Grundlage, wenn der begründete Verdacht besteht, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder ihr Wohl in anderer Weise erheblich gefährdet ist und wenn die Gefährdung anders nicht verhindert werden kann, unverzüglich schriftlich eine Mitteilung an den örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten (vgl. B-KJHG 2013 § 37(1)).

Im Jahr 2023 gab es im ersten Quartal 3147 (vgl. Kinder- und Jugendhilfe in Zahlen 2023:o.A.) und im zweiten Quartal 3283 Gefährdungsabklärungen der Wiener Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Kinder- und Jugendhilfe in Zahlen 2023:o.A.).

Die Kinderrechtskonvention, KRK Art. 9, (1), besagt folgendes:

„Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird. Es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist. Eine solche Entscheidung kann im Einzelfall notwendig werden, wie etwa, wenn das Kind durch die Eltern mißhandelt [sic!] oder

vernachlässigt wird oder wenn bei getrenntlebenden Eltern eine Entscheidung über den Aufenthaltsort des Kindes zu treffen ist“.

Ein weiteres Gesetz, welches bei einer Fremdunterbringung zur Anwendung kommt, ist das Wiener-Kinder- und Jugendhilfegesetz, WKJHG 2013 § 30 (1):

„Im Falle einer Kindeswohlgefährdung, die nur durch Betreuung außerhalb der Familie oder des sonstigen Wohnumfeldes abgewendet werden kann, gewährt das Gesetz, Kindern und Jugendlichen, die volle Erziehung, sofern der Kinder- und Jugendhilfeträger mit der Pflege und Erziehung zur Gänze betraut ist“.

Im Jahr 2023 sprach die Wiener Kinder- und Jugendhilfe im ersten Quartal 172 und im zweiten Quartal 162, Kindern und Jugendlichen, die volle Erziehung, zu. Davon wurden im ersten 152 und im zweiten Quartal 139 Kinder und Jugendliche, in stationäre Einrichtungen, fremduntergebracht (vgl. Kinder- und Jugendhilfe in Zahlen 2023:o.A.).

„Trägern sozialpädagogischer Einrichtungen wird innerhalb der „vollen Erziehung“ die Gewährleistung der Pflege und Erziehung von Kindern im umfassenden Sinn übertragen.“ (B-KJHG § 17)

„Daraus ergeben sich eine Verpflichtung zur Sicherstellung von Kinderrechten, wie der Gewährleistung eines angemessenen, der kindlichen Entwicklung fortwährend angepassten Lebensstandards.“ (KRK, Art. 5).

„Dazu zählen beispielsweise eine adäquate Wohnsituation, Ernährung und Pflege.“ (KRK Art. 27)

„Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, einschließlich psychosozialer Dienste und Therapieangebote“ (KRK, Art. 24), „der Sozialversicherungsschutz“ (KRK Art. 26), „der Zugang zur Bildung“ (KRK, Art. 28) „sowie zu Freizeit- und kulturellen Angeboten“ (KRK, Art. 31) und die Achtung der Privatsphäre von Kindern (KRK, Art. 16) sind ebenfalls verpflichtend (vgl. Sax 2019:24).

Fachkräfte, die in stationären Einrichtungen in Österreich arbeiten, orientieren sich an den Qualitätsstandards von Fice Austria, einem Konzept, welches im Herbst 2017 initiiert wurde (vgl. Fice Austria 2019:9).

„Die wichtigsten Standards sind die Orientierung am Kindeswohl, Professionalität, Haltung der (Selbst)-Reflexion, Haltung der Offenheit und des Respekts, Beziehungsorientierung, systemische Grundhaltung, Beteiligungsorientierung, Lebensweltorientierung, Ressourcenorientierung, gesundheitsfördernde Ausrichtung, Gleichstellung und Pluralitätsorientierung und das gesellschaftliche Selbstverständnis.“ (ebd.:37-42)

Jede stationäre Einrichtung hat den Zweck den Kindern, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, Religion, Hautfarbe, Geschlecht, sexueller Orientierung, Schutz und optimale Versorgung und bestmögliche Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Sie erfüllen einen

gesellschaftlichen Auftrag, benachteiligten Kindern, eine Chance auf gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung zu gewährleisten (vgl. Fice Austria 2019:42-44).

2.5 Die Emotionen

Zunächst folgt eine Begriffsdefinition, danach wird der Prozess, in dem Emotionen entstehen, beschrieben. Im weiteren Abschnitt des Kapitels werden die Begriffe „Emotionale Kompetenz“ und „Emotionale Intelligenz“ vorgestellt. Abschließend werden die „Emotionsregulation und ihre Strategien“ näher angeführt.

„Emotionen sind vorübergehende psychische Vorgänge, die durch äußere und innere Reize ausgelöst werden und durch eine spezifische Qualität und einen zeitlichen Verlauf gekennzeichnet sind. Sie manifestieren sich auf mehreren Ebenen: Der des Ausdrucks (Stimme, Mimik, Gestik, Körperhaltung), der des Erlebens, der von Gedanken und Vorstellungen, der des Verhaltens und der der somatischen Vorgänge [...]“ (Janke 2007:347; zit. in Leschnik 2021:9)

Eine Emotion ist ein umfassendes Interaktionsgefüge, welches affektive Erfahrungen, wie Erregung, Lust oder Unlust erleben lässt und kognitive Prozesse wie Bewertungen schafft. Physiologische Abstimmungen können durch Emotionen in Bewegung gesetzt werden und sie können zu einem Verhalten führen, das ausdrucksstark, zielgerichtet und wandlungsfähig ist (vgl. Kleinginna, P.R. 1981 und Kleinginna, A.M. 1981; zit. in Merten 2003:13).

Wir treffen auf einen emotionalen relevanten Reiz, wir richten unseren Fokus auf diesen und bewerten ihn anschließend. Daraus resultiert eine emotionale Reaktion, die aus Erfahrungs-, Verhaltens- und physiologischen Bestandteilen besteht (vgl. Gross / Jazaieri 2014; zit. in Riechmann et al. 2017:146).

Zwei wesentliche Merkmale einer Emotion sind die Handlungsbereitschaft und das Erleben eines spezifischen der Emotion zugehörigen Zustands der Person. Kommt es zu einer Emotion, so erhält die dazugehörige Handlungsbereitschaft eine höhere Priorität. Diese wirkt sich nicht nur auf die Person selbst aus, sondern auch auf die sozialen Beziehungen der Person. Körperliche Veränderungen, Ausdrucksverhalten und subjektives Erleben werden als Begleiterscheinungen angesehen (vgl. Merten 2003:15).

2.5.1 Die Emotionale Kompetenz

Petermann und Gust (vgl. 2016:o.A.) meinen, dass sich die Entwicklung und Differenzierung grundlegender emotionaler Kompetenzen zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr entwickelt.

Zu den emotionalen Kompetenzen zählen die Fähigkeiten, sowohl eigene als auch fremde Emotionen festzustellen und zu benennen. Ebenso gehört dazu, die Gabe zu besitzen, Emotionen zu steuern und zu verstehen, Empathie zu empfinden und sich prosozial zu verhalten. Bei allen Kindern durchläuft emotionale Kompetenz eine prozesshafte Entwicklung (vgl. Leschnik 2021:6).

2.5.2 Die Entwicklung des (sprachlichen) Emotionsausdrucks

Bei der Entwicklung des Emotionsausdruck wird zwischen primären Emotionen, welche auch als Basisemotionen bezeichnet werden und den sekundären Emotionen unterschieden. Die Primäremotionen entwickeln sich ab dem dritten Lebensmonat und beinhalten Gefühle wie Freude, Ärger, Traurigkeit, Angst, Überraschung und Interesse (vgl. Petermann / Wiedebusch 2016:37).

Ab dem Ende des zweiten Lebensalters kommen selbstbezogene, soziale Emotionen wie Stolz, Scham, Schuld, Neid, Verlegenheit und Empathie dazu (vgl. ebd.).

Die neurobiologischen Voraussetzungen sind von Geburt an gegeben, damit Babys verschiedene Gesichtsausdrücke produzieren können (vgl. Cole & Moore 2015; zit. in Petermann / Wiedebusch 2016:37).

Nach Lewis (vgl. 2008; zit. in Petermann / Buschmann 2016:37) verfügen Neugeborene zunächst über ein bipolares emotionales Erleben, welches Distress und Zufriedenheit beinhaltet. Das emotionale Erleben wird weiterentwickelt und aus diesem entstehen die Basisemotionen. Face-to-face-Interaktionen beschreiben Interaktionen zwischen Säuglingen, die sich in der Altersspanne von drei bis sechs Monaten befinden und mit ihren Müttern durch verschiedene Emotionen interagieren. So können Säuglinge ihren Müttern ein Lächeln zurücksenden, wenn ein wechselseitiger Blickkontakt und/oder ein wechselseitiges Lächeln besteht. Still-face-Situationen kennzeichnen stressauslösende Ereignisse bei Säuglingen, in denen die Mutter in der Interaktion einen unbewegten und teilnahmslosen Gesichtsausdruck zeigt. Säuglinge versuchen durch ihr eigenes Lächeln eine positive Emotion bei der Bezugsperson zu erzeugen oder sie zeigen negative Emotionen, wie Schreien (vgl. Petermann / Wiedebusch 2016:39).

Auch eine eigenständige Regulation der Säuglinge ist möglich, in dem sie den Blick abwenden und sich durch Saugen beruhigen (vgl. Moore, Cohn & Campbell 2001; zit. in Petermann / Wiedebusch 2016:40).

Der Spracherwerb hilft Kindern, ihre eigenen und die Gefühle anderer zu deklarieren, sowie ihre Bedürfnisse und Emotionen in der Interaktion mitzuteilen. Bei Kindern ist der

nonverbale, mimische Emotionsausdruck für das Emotionsverständnis von Bedeutung (vgl. Salisch 2000; zit. in Petermann / Wiedebusch 2016:46).

Diese Erkenntnis verdeutlichen die Ergebnisse der Studie von Strayer und Roberts (vgl. 1997:o.A.), die bei Fünf-, Neun- und Dreizehnjährigen nur eine geringe Übereinstimmung zwischen dem mimischen und sprachlichen Ausdruck von Emotionen feststellten. 60 Prozent der Kinder zeigten einen Gesichtsausdruck, der ihren verbal geäußerten Gefühlen entsprach. Die größte Übereinstimmung zeigte sich bei der Emotion Freude (vgl. Petermann / Wiedebusch 2016:46).

In der nachstehenden Tabelle wird der sprachliche Emotionsausdruck im Entwicklungsverlauf eines Kindes dargestellt (Petermann / Wiedebusch 2016:48).

Alter	Entwickelte Fähigkeit zum Emotionsausdruck
18. bis 20. Lebensmonat eines Kindes	-Basisemotionen können in einfachen Worten wiedergegeben werden. -rarer Ausdruck eigener Emotionen wie, „ich freue mich“ -passives Verständnis von einfachen Emotionswörtern
bis zum 2. Lebensjahr	-Emotionswortschatz reicht für einfache Gespräche über Emotionen -größeres passives Verständnis als aktiver Gebrauch von Emotionswörtern
Bis zum 4. Lebensjahr	-Benennung von Emotionen Anderer kommt häufiger vor -Gespräche über Ursachen und Konsequenzen von Emotionen möglich
Bis zum 6. Lebensjahr	Erweiterung des Emotionswortschatzes durch komplexe Emotionen wie „eifersüchtig“, „nervös“ und „empört“.
Bis zum 12. Lebensjahr	Erweiterung des Emotionsvokabulars, Synonyme für bereits bekannte Gefühlswörter kommen dazu.

Abb. 2: Sprachlicher Ausdruck im Entwicklungsverlauf (Petermann / Wiedebusch 2016:48).

2.5.3 Emotionale Intelligenz

„Emotionale Intelligenz: Das ist die Fähigkeit, unsere eigenen Gefühle und die anderer zu erkennen, uns selbst zu motivieren und gut mit Emotionen in uns selbst und in unseren Beziehungen umzugehen.“ (Goleman 2000:387)

Goleman (vgl. ebd.:387-388) hat das Modell von Salovey und Mayer überarbeitet und eine Ausführung mit fünf grundlegenden emotionalen und sozialen Kompetenzen erstellt:

- **Selbstwahrnehmung**
Diese bezeichnet das aktuelle Befinden eines Individuums und bezieht dieses in Entscheidungen ein. Die Person verfügt über ein Selbstvertrauen und eine greifbare Auffassung der eigenen Begabungen (vgl. ebd.).
- **Selbstregulierung**
Sie beschreibt die Fähigkeit einer Person, eigene Emotionen zu kontrollieren, ohne dass diese an der Erledigung von Aufgaben gehindert wird. Der Umgang mit Emotionen erleichtert bei der Verrichtung von Tätigkeiten (vgl. ebd.).
- **Motivation**
Die Motivation ist ein Zustand, die es ermöglicht, sich von seinen eigenen Interessen leiten zu lassen, um ein Ziel zu verfolgen. Sie verhindert bei Rückschlägen gleich aufzugeben und beinhaltet den Wunsch sich stetig zu verbessern.
- **Empathie**
Die Empathie ist die Gabe, sich in andere Menschen hineinzusetzen und nachzuspüren, was diese empfinden (vgl. ebd.).
- **Soziale Fähigkeiten**
Sie beschreiben die Kunst, in Interaktionen Emotionen gut beherrschen zu können und Beziehungsgeflechte genau zu erkennen (vgl. ebd.).

2.5.4 Emotionsregulation und Regulationsstrategien

Die Emotionsregulation beinhaltet alle Abläufe, die es begünstigen, Einfluss darauf zu haben, welche Gefühle ein Individuum hat, wann es diese hat und wie diese von der Person erlebt und ausgedrückt werden (vgl. Riechmann et al. 2017:146).

Das wichtigste funktionalistische Modell stammt von Gross (vgl. 1998:o.A.), welches den Prozess einer Emotionsentstehung in vier aufeinander folgenden Phasen beschreibt. Zunächst findet eine Situation statt, in der ein Reiz aus eigenem Antrieb oder sich ein Reiz von außen befindet. Dieser lenkt die Aufmerksamkeit auf sich und wird vom Individuum in Beachtung der eigenen Ziele bewertet. Infolgedessen bilden sich positive oder negative Emotionen. Auf Emotionen wie Freude oder Wut kommt es seitens der Person zu einer Reaktion, die reguliert werden kann. Mit zunehmendem Alter gelingt es

Kindern, ihre Emotionen zu beeinflussen und diese ebenfalls zu bewältigen (vgl. Lohaus / Vierhaus 2018:168-171).

Die Regulationsfunktion von Emotionen verändert sich im Laufe der Entwicklung einer Person, nämlich von einer interpersonalen Regulation bei Neugeborenen zu einer intrapersonalen Regulationsfähigkeit bei Erwachsenen (vgl. Holodynski 2006 / Kullik & Petermann 2012 / Sroufe 1996; zit. in Holodynski et al. 2013:197).

Kinder eignen sich vier Regulationsstrategien an, die sie im Alter zwischen drei und sechs Jahren erwerben und in nachfolgenden Entwicklungsphasen weiterentwickeln:

- **Interpersonale Regulation:**
Wie bereits oben angeführt ist die primäre Regulationsstrategie, die Kinder im Säuglingsalter und im Alter von achtzehn bis vierundzwanzig Jahren anwenden, die interpersonale Regulationsstrategie (vgl. Diener / Mangelsdorf 1999; zit. in Holodynski et al. 2013:200). Diese Regulationsstrategie hebt sich dadurch hervor, dass sie von Heranwachsenden keine psychologische Distanzierung von dem Zustand erfordert (vgl. Holodynski 2006; zit. in Holodynski et al. 2013:200).
- **Die Lenkung der Aufmerksamkeit**
Die erste Regulationsstrategie, die Heranwachsende eigenständig zur reflexiven Emotionsregulation einsetzen, ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit vom emotionsauslösenden Reiz. Besonders bei Aufgaben mit Belohnungsaufschub gelingt es Kindern durch die Anwesenheit der Mutter im selben Raum, sich mit einer Beschäftigung abzulenken (vgl. Bridges / Grolnick et al. 1995; zit. in Holodynski et al. 2013:201). Ab einem Alter von drei Jahren schaffen es Kinder, Aufgaben mit einem Belohnungsaufschub, ohne der Anwesenheit der Mutter im selben Raum. Eine spontane Wartezeit der Kinder ist ein Symptom für die zukünftige selbstständige Regulationskompetenz (vgl. Shoda / Mischel / Peake 1990; zit. in Holodynski et al. 2013:201).
- **Die Kontrolle des Emotionsausdrucks**
In bestimmten Situationen werden entsprechende Emotionsausdrücke einer Person erwünscht. Beispielsweise sollte Dankbarkeit auch bei einem enttäuschten Geschenk gezeigt werden. Bei dem experimentellen Paradigma des enttäuschenden Geschenks von Saarni (1984) zeigten Vierjährige ein Lächeln wie Neunjährige, die Ausdruckskontrolle in diesem Altersabschnitt zeigt keine Verbesserung (vgl. Cole 1986 / Baaken 2005 / Davis 1995; zit. in Holodynski et al. 2013:201).
- **Umdeutung der Situation**
Diese Regulationsstrategie beschreibt den Perspektivenwechsel, die Bagatellisierung, sozialen Abwärtsvergleich und positive Selbstinstruktionen (vgl. Larsen / Prizmic 2004; zit. in Holodynski et al. 2013:201)

Im Alter von sieben Jahren entwickelt das Kind die Fähigkeit, verschiedene Perspektiven zu unterscheiden. Das Kind kann sich jedoch nur auf eine Perspektive konzentrieren und nicht verschiedene Gesichtspunkte verknüpfen (vgl. Vogl 2015:17).

2.5.5 Die Sprache

Um eine Emotion zu steuern, muss das betreffende Individuum vom Handlungsimpuls der Emotion zurücktreten und eine andere Handlung in Erwägung ziehen. Solch eine psychologische Distanzierung wird durch (Sprach-)Zeichen ermöglicht (vgl. Giesbrecht et al. 2010; zit. in Holodynski et al. 2013:201).

Durch den Gebrauch von sprachlichen Symbolen, wie Wörter oder Gesten der Gebärdensprache, werden Erinnerungen und Deutungsmuster aktiviert, die einen anderen Bezugsrahmen herstellen. Dies führt dazu, dass die Aufmerksamkeit gelenkt werden kann (vgl. Müller et al. 2009 / Vygotsky / Luria 1994; zit. in Holodynski et al. 2013:201).

Durch ihre Repräsentationsfunktion wird durch Sprache, Kenntnis über die Emotionen und deren Steuerung, erhalten. Die Steuerungsfunktion ermöglicht durch sprachliche (Selbst-)Instruktionen die eigenen Handlungen zu kontrollieren. Die Planungsfunktion ermöglicht durch Sprache Umdeutungen einer gegebenen Situation.

Theory of Emotion bezeichnet bei Kindern den Erwerb von metakognitivem Wissen über Emotionen und ihre Regulation. Dieses Wissen wird bei Kindern im Alter von vier bis acht Jahren angeeignet. Auch das Wissen über Regulationsstrategien und wie eigene Emotionen und die der Anderen verändert werden können, kennzeichnen die Theory of Emotion (vgl. Cole et al. 2009 / Janke 2010 / Lagattuta 2005 / Pons, Harris & de Rosnay 2004 / Stegag & Meerum Terwogt 2007; zit. in Holodynski et al. 2013:202).

2.5.6 Folgen von dysfunktionaler Emotionsregulationen

Wenn negative Emotionen zu lange oder zu stark erlebt werden, können sie schädlich werden, da sie zu einem selektiven und inneren Fokus werden, der alle Informationsverarbeitungs- und Kommunikationsprozesse steuert (vgl. Cicchetti et al. 1995; zit. in Caroline Braet et al. 2014:1).

Das Regulieren von intensiven Emotionen ist für die Gesundheit eines Individuums wesentlich. Wenn die Emotionsregulierung nicht erfolgreich gelingt, können psychische Probleme, wie Depressionen und Angststörungen, entstehen (vgl. Caroline Braet et al. 2014:1).

Studien zeigen, dass körperlicher oder emotionaler Missbrauch in der Kindheit eine negative Rolle in der Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien haben und dies dazu führen kann, dass die Person in der Adoleszenz Stimmungsstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität und Substanzkonsum entwickeln kann (vgl. Cloitre et al. 2008 / Weissman et al. 2019 / Heleniak et al. 2016; zit. in Zaorska et al. 2020:5).

Kindheitstraumata beeinflussen das spätere allgemeine Wohlbefinden und können somatische Erkrankungen sowie eine veränderte Wahrnehmung von akuten und chronischen Schmerzen hervorrufen (vgl. Zaorska et al. 2020:5)

2.6 Die Bindung

Im vorliegenden Kapitel werden die Bindungstheorie und die Auswirkungen von Bindungsstörungen vorgestellt. Das Störungsbild der Bindungsstörung tritt bei der Zielgruppe der Forschungsarbeit oft auf. Fremduntergebrachte Kinder sind mit Bindungsabbrüchen sehr oft konfrontiert. Diese äußern sich auch auf ihr Emotionsverhalten.

„Bindung (attachment) ist die besondere Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern oder Personen, die es ständig betreuen. Sie ist in den Emotionen verankert und verbindet das Individuum mit anderen, besonderen Personen über Raum und Zeit hinweg.“ (Ainsworth 1973a; zit. in Grossmann, K. / Grossmann, K.E. 2005:29)

Für Kinder sind soziale Beziehungen von Anfang an lebensnotwendig. Bindung wird als ein langandauerndes affektives Band zu einer bestimmten Person definiert. Diese Person kann nicht so leicht ersetzt werden, es besteht ein Verlangen nach der körperlichen, psychischen Nähe und Unterstützung der Person. Besonders, wenn das Kind, Situationen von Furcht, Trauer, Verunsicherung, Krankheit und Fremdheit nicht selbstständig bewältigen kann (vgl. Bitzer et al. 2010:4).

Eine Bindungsperson ist eine primäre Bezugsperson für ein Kind. Mit dieser hat sie die meisten sozialen Interaktionen. Kommt es zu einer unfreiwilligen Trennung löst es beim Kind Leid und physiologische Stressreaktionen aus (vgl. Becker-Stoll / Grossmann 2002 zit. in Grossmann, K. und Grossmann, K.E. 2005:71).

2.6.1 Die Bindungstheorie nach John Bowlby

Der Psychoanalytiker, John Bowlby, begründete in den 60er Jahren die Bindungstheorie. Die Bindungstheorie verbindet vier Ebenen miteinander, nämlich eine phylogenetisch-

ethologische, eine psychologische, eine ontogenetische und eine klinische. Es wird ein angeborener Bedarf zur Bindung des Menschen angenommen. Die Grundlage darauf basiert auf stammesgeschichtlichen Selektionsbedingungen. Psychologisch gesehen, kann die wirkliche Erfahrung jedes einzelnen Menschen unterschiedlich sein und somit auch die Qualität der Bindung des Kindes an seine Eltern. Diese Unterschiede haben Auswirkungen auf die Person während seines Lebens. Die Art der individuellen Verinnerlichung der Bindungserfahrungen hat Auswirkungen auf das Gefühlsleben, das Verhalten und die Ziele einer Person. Die klinische Betrachtungsweise veranschaulicht, dass im Falle von Fehlentwicklungen, es Versuche in Partnerschaften gibt, Bindungserfahrungen zu korrigieren (vgl. Grossmann, K. und Grossmann, K.E. 2005:29-30).

Bowlby (vgl. Grossmann 2005:67-68) beschreibt in seiner Bindungstheorie fünf zentrale Postulate. Diese werden wie folgt beschrieben:

1. Postulat: Das zu entwickelnde Kind benötigt für die seelische Gesundheit kontinuierliche und feinfühliges Fürsorge (vgl. ebd.).
2. Postulat: Auf Grund der biologischen Notwendigkeit soll mindestens eine Bindung zu einer erwachsenen Person aufgebaut werden. Diese dient dazu, der Person Sicherheit zu vermitteln und gegen Stress zu schützen. Die erwachsene Person wird als stärker und weiser empfunden und bietet somit Schutz und Versorgung (vgl. ebd.).
3. Postulat: Der Unterschied einer Bindungsbeziehung und zu anderen Beziehungen ist jener, dass beim Gefühl Angst, das Bindungsverhaltenssystem aktiviert ist und die Nähe der vertrauten Bezugsperson gewünscht ist (vgl. ebd.).
4. Postulat: Die Qualität einer Bindung wird an dem Ausmaß, wie viel Sicherheit vermittelt wird, erkannt (vgl. ebd.).
5. Postulat: Früh erlebte Bindungserfahrungen werden geistig verinnerlicht und prägen ein Individuum (vgl. ebd.).

Als wichtige Voraussetzung für die Entwicklung des Kindes ist das Entstehen einer sicheren Bindung zu einer Bezugsperson. Gelingt dieser Aufbau nicht genügend, sind erhebliche Beeinträchtigungen die Folge. So kann ein unsicherer, vermeidender Bindungsstil oder eine reaktive Bindungsstörung beim Individuum entstehen. Erfährt das Kind während der frühen Phase der Bindungsentwicklung traumatische Erfahrungen, kann zusätzlich ein desorganisierter Bindungsstil entstehen (vgl. Brisch 1999; zit. in Garbe 2018:47).

Die eigenen Erfahrungen und Überzeugungen über Emotionen von Eltern und Erziehungspersonen prägen die emotionale Interaktion mit dem (fremduntergebrachten) Kind (vgl. Thomsen et al. 2017 zit. in Springer / Lueger-Schuster 2020:10).

Die Qualität der aktuellen Beziehung zwischen dem Kind und der Betreuungsperson hat einen großen Einfluss, wie gut Kinder körperliche, emotionale und mentale Traumata,

die sie in ihrer Herkunftsfamilie erlebten, überstehen. Unbewältigte Traumata spiegeln sich im Bindungsverhalten von fremduntergebrachten Kindern gegenüber ihren Betreuer*innen wider (vgl. Müller et al. 2012; zit. in Springer / Lueger-Schuster 2020:10).

2.6.2 Bindungsstörungen und ihre Auswirkungen

Bindungsstörungen sind klinische Störungsbilder, die im Katalog der Krankheiten der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (vgl. World Health Organization 1992 zit. in Nowacki / Remiorz 2018:90) und im Diagnostisch-Statistischen Handbuch der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (vgl. American Psychiatric Association 2000, 2013 zit. in Nowacki / Remiorz 2018:90) niedergeschrieben sind.

Eine Bindungsstörung tritt dann auf, wenn Kinder bereits in der frühen Kindheit keine feste, verlässliche Ansprechperson hatten. Die Kinder reagieren darauf mit Symptomen wie emotionaler Zurückgezogenheit, auffälligem Sozialverhalten und auch mit dem Zugehen auf fremde Personen, um von diesen genauso wie von bekannten Personen, Trost und Aufmerksamkeit zu erhalten.

Das Störungsbild kann bei Kindern, die in großen Heimeinrichtungen und Waisenhäusern aufwachsen, auftreten, da die Betreuungspersonen mehrere Kinder zu betreuen haben und keine exklusive Bindungsbeziehung anbieten können. Eine Bindungsstörung kann auch bei Kindern, die bei ihrer Familie leben, auftreten, wenn sie keine verlässliche fürsorgliche Bezugsperson haben und ihre Bedürfnisse nicht oder unzureichend erfüllt wurden (vgl. Nowacki / Remiorz 2018:90-91).

Sowohl Säuglinge als auch Kleinkinder sollten die Erfahrung einer intimen und konstanten Beziehung zur Mutter oder zu einer Mutter-Ersatz-Person machen. Diese Beziehung soll für beide Befriedigung und Genuss bedeuten. Verfügt ein Kind diesen Zustand nicht, so wird dieser als Mutterentbehrung bezeichnet. Ein Kind kann auch unter Mutterentbehrung leiden, wenn es in der Familie oder bei einer Mutter-Ersatz-Person lebt, diese essenzielle mütterliche Zuwendung aber nicht bekommt. Eine leichte Entbehrung ist es, wenn ein Kind von einem ihm bekannten Menschen betreut wird und um es handelt sich um eine schwere Entbehrung, wenn die Pflegemutter zwar liebevoll, aber dem Kind unbekannt ist. Das Kind erhält eine gewisse Befriedigung, dies wird als partielle Deprivation bezeichnet. Die Folgen können Angst, exzessive Liebesansprüche und Hassgefühle sein. Da sich das Kind mit diesen Gefühlen noch nicht auseinandersetzen kann, besteht die Möglichkeit, dass sich nervöse Störungen und charakterliche Labilität bilden. Totale Deprivation beschreibt einen Zustand bei Kindern,

die in Institutionen wie Säuglingsheimen oder in Krankenhäusern leben und keine Menschen haben, die ihre individuellen Bedürfnisse erfüllen oder bei dem sie sich geborgen fühlen können. Die Folgen totaler Deprivation auf die charakterliche Entwicklung sind gravierend und können den Kontakt zu anderen Menschen völlig zerstören (vgl. Bowlby 2010:11-12).

Häufige Bindungsabbrüche haben massive Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung in den darauffolgenden Jahren. Entsteht ein erneuter Beziehungsabbruch, kann dieser die bestehende Bindungsstörung verstärken und die Bewältigung der Pubertät und Adoleszenz deutlich erschweren. Mögliche Folgen im Erwachsenenalter sind schwere Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und Somatisierungsstörungen (vgl. Garbe 2018:47).

Kinder übernehmen in der Phase vom Schulalter bis zur Pubertät bestimmte Verhaltensmuster von ihrer Familie oder Bezugspersonen. Wenn die Bindungsproblematik nicht ausgeglichen wird, treten nun Verhaltens- und Entwicklungsstörungen auf. Nacht- oder Einschlafängste treten öfter auf. Kinder, die keine Anbindung an einen Erwachsenen haben, möchten in dieser Phase allein durch das Leben gehen, sie orientieren sich an aggressiven Vorbildern. Diese Kinder laufen weg oder kommen nicht nach Hause, manche werden in dieser Phase zu Straßenkindern. Sie tätigen selbstsicher Aussagen wie „schlag mich doch tot“, sind aber ängstlich und hilflos. Ein Kind kann die Problematik seines psychisch kranken Elternteils durch Projektion nachleben. Das Kind schafft es nicht, sich beispielsweise von der Depression des Erwachsenen abzugrenzen. Massive Symptome beim Kind können das Einkoten und Aggression sein. Das Kind wird in das psychotische Erleben des Elternteils eingezogen. Ein stark sexualisiertes Verhalten bei einem Kind, welches sowohl verbal als auch mit den Taten einer erwachsenen Person vergleichbar ist, kann ein Kennzeichen für die Folge einer Bindungsstörung sein (vgl. Johnson / Johnson 2008:37-38).

2.7 Die emotionale Intelligenz stärken

Im nachstehenden Kapitel werden pädagogische Ansatzmöglichkeiten vorgestellt, die im Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien beachtet werden sollten.

2.7.1 Pädagogische Ansatzmöglichkeiten nach Quast (vgl. 2012:195-198)

- **Gefühle und Bedürfnisse**
Grundlegend für die pädagogische Arbeit ist es, dass Heranwachsende wieder ein Gespür für ihre eigenen Emotionen und Bedürfnisse erhalten und diese auch ausdrücken dürfen. Aufgrund des Familienklimas wurden die Gefühle stark unter Kontrolle gehalten. Sehnsüchte, Ängste, Schwächen, Aggressionen und Abgrenzungsimpulse wurden unterdrückt. Ihren Bedürfnissen wurde kaum Raum gegeben. Besonders für Kinder, die in Familien Verantwortung übernehmen mussten, kann das Nachholen von kindlicher Unbeschwertheit sehr wertvoll sein. Gibt es keine gute Zusammenarbeit mit den Eltern, so ist dies hinderlich, dass das Kind bestimmte Entwicklungsschritte macht, da es der inneren Einwilligung der Eltern bedarf. Ansonsten kann es zu Loyalitätskonflikten zwischen den Eltern und den Pädagog*innen kommen (vgl. ebd.).
- **Nähe-Distanz-Regulation**
Es ist wichtig, dem Kind zu vermitteln, dass das Bedürfnis nach Abgrenzung und Alleinsein gelebt werden darf. Für die Betreuer*innen ist es sehr wichtig, gut auf die eigenen Grenzen und die der Kinder Acht zu geben. Gegenüber dem Kind sollte dies positiv kommuniziert werden, damit das Kind ein Gefühl für den Umgang mit anderen Menschen entwickelt. Kinder sollen erfahren, dass Abgrenzung nichts mit Ablehnung zu tun hat (vgl. ebd.).
- **Grenzen**
Auf Grund der Unbeständigkeit oder mangelnder Regeln in der Herkunftsfamilie hat das Kind keine verlässlichen Grenzen, an denen es sich orientieren kann. Für den pädagogischen Alltag ist es wichtig, dass das Kind klare Grenzen erfährt (vgl. ebd.).
- **Konflikte**
Da in den Suchtfamilien der Raum für eine offene und direkte Konfliktlösung nicht gewährt wurde, ist es umso wichtiger, den Kindern, eine Möglichkeit anzubieten, in der ein Ausdruck von Aggression gefördert und als Ressource aufgegriffen wird. Nach einer Konfliktlösung verbessert sich meist die Beziehung zwischen den Betroffenen. Konflikte mit rational-kommunikativen Mitteln zu lösen, kann sich suchtpreventiver erweisen (vgl. ebd.).
- **Verantwortung**
Hervorzuheben ist es, dass Kinder in ihrer Verantwortung entlastet werden müssen. Viele Kinder aus alkoholbelasteten Familien haben viele Aufgaben ihrer Eltern und Geschwister zuhause übernehmen müssen. Kontrolltendenzen haben sich ausgeprägt. Die Kinder fühlen sich für ihre Eltern und Kinder verantwortlich. Dieses Verantwortungsgefühl führt zu einer Überforderung der Kinder (vgl. ebd.).

- Schuld- und Schamgefühle
Die Kinder durchleben Versagensgefühle, Selbstwertprobleme und Depressionen. Versuche, den alkoholabhängigen Elternteil zu retten, scheitern. Zum anderen Elternteil entstehen ambivalente Gefühle. Beim Kind herrscht Verunsicherung, ob es seine Eltern lieben darf oder ob es diese auf Grund des Trinkens ablehnen soll (vgl. ebd.).
- Tabu
In der Arbeit mit Kindern ist die Enttabuisierung vom Sprechen der Sucht mit Anderen wesentlich. Kinder verstehen nicht, warum ihre Eltern trinken und sie so vernachlässigen. Kinder fühlen, als würden sie ihre Eltern verraten, wenn sie offen darüber sprechen. Wichtig ist, dass den Kindern ein Raum gegeben wird, über ihre ambivalenten Gefühle gegenüber ihren Eltern zu sprechen (vgl. ebd.).

Die Traumatheorie differenziert zwischen Typ 1 und Typ 2 Traumata (vgl. Terr 1995; zit. in Schmid 2007:21). Das Typ 1 Traumata umfasst isolierte monotraumatische Erfahrungen, wie Unfälle, Überfälle, Kriegserlebnisse oder ein einmaliger sexueller Übergriff durch einen Fremden. Das Typ 2 Traumata bezeichnet chronisch traumatische Erfahrungen durch langjährige sich wiederholende Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen im Kindesalter. Kinder aus der stationären Jugendhilfe sind enormen psychosozialen Risiken und Verkettungen von Typ 2 Traumata ausgesetzt (vgl. Schmid 2007:21).

2.8 Die Resilienz

Das bevorstehende Kapitel beleuchtet den Begriff und gibt danach einen Überblick über die Resilienz-, sowie Schutz-, und Risikofaktoren.

„Resilienz“ leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ ab und bedeutet übersetzt „Elastizität“ und „Widerstandskraft“ (vgl. Klein 2012:15).

Der Vertreter dieses Forschungszweigs, Rutter (1985:608) beschreibt Resilienz folgendermaßen:

„Schützende Wirkungen liegen nicht primär im abpuffernden Effekt irgendeines schützenden Faktors, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen Zeitraum wirksam wird. Vielmehr liegt die Qualität von Resilienz darin, wie Menschen mit Lebensveränderungen umgehen und was sie hinsichtlich ihrer Lebenssituation tun. Diese Qualität ist durch frühe Lebenserfahrungen, durch das, was in der Kindheit, im Jugendalter geschieht und durch die Lebensumstände im Erwachsenenalter beeinflusst.“ (Rutter 1985:608 zit. in Opp / Fingerle 2007:15)

Resilienz ist auch immer an zwei Bedingungen geknüpft. Einerseits muss mindestens eine Risikosituation bestehen und andererseits muss das Individuum diese positiv bewältigen (vgl. Fröhlich Gildhoff et al. 2009:10 zit. in Klein 2012:16).

2.8.1 Die Resilienzfaktoren

Klein (vgl. 2008:124) beschreibt Resilienz als eine hohe Stressresistenz bei einer starken Entwicklungsplastizität. Einerseits haben die Kinder eine hohe Toleranz gegenüber ihrer stressreichen Umwelt, andererseits weisen sie eine gute Anpassungsfähigkeit an ihren verändernden Lebensbedingungen auf.

Wolin, S. und Wolin, S. 1995; zit. in Klein 2008:124 haben durch ihre klinischen Interviews, sieben Resilienzfaktoren festgestellt, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können:

- „Einsicht: etwas stimme mit dem alkoholabhängigen Elternteil nicht (ebd.)
- Unabhängigkeit: sich von der Stimmung in der Familie nicht beeinflussen zu lassen (ebd.)
- Beziehungsfähigkeit: in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufbauen (ebd.)
- Initiative: Ausübung von sportlichen und sozialen Aktivitäten (ebd.)
- Kreativität: künstlerischer Ausdruck (ebd.)
- Humor: Als Methode der Distanzierung in Form von Sarkasmus und Ironie (ebd.)
- Moral: in Form eines von der Familie unabhängigen stabilen Wertesystems.“ (ebd.)

Resilienz ist ein wichtiger Schutzfaktor. Resiliente Kinder haben das Gefühl, dass sie Kontrolle über ihre Umwelt verfügen und haben somit eine positive Selbstwirksamkeitserwartung. Kinder, die diesen Schutzfaktor nicht haben, fühlen sich in ihrer Umwelt ohnmächtig und hilflos (vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien 2021:32).

2.8.2 Die Schutzfaktoren

Protektive Faktoren, auch als Schutzfaktoren bezeichnet, beschreiben Prozesse, die das Kind unterstützen, sich trotz einer Gefährdung, gesund zu entwickeln. Die Resilienz ist das Resultat (vgl. Werner zit. in Opp / Fingerle 2007:20).

Werner (vgl. 2007:22-23) fand in seinen Langzeitstudien folgende Schutzfaktoren bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien heraus:

- **Temperament des Kindes**
Zeigen sich Kinder in einem frühen Alter aktiv, gutmütig und liebevoll, so löst dies bei Erziehungspersonen positive Reaktionen aus. Diese Kinder hatten in einem späteren Erwachsenenalter ein hohes Antriebsniveau, waren gesellig und wirkten ausgeglichen (vgl. ebd.).
- **Kommunikations- und praktische Problemlösungsfähigkeit**
Die Volksschullehrer*innen meldeten in der Kauai-Studie zurück, dass die Kinder zwar nicht hochbegabt waren, aber die Talente, die sie hatten, effektiv nutzten (vgl. ebd.).
- **Intelligenz und schulische Kompetenz**
Ein Zusammenhang zwischen schulischer Kompetenz und der Widerstandskraft wurde gezeigt. Kinder, die intelligent sind, schätzen Lebensereignisse realistisch ein und zeigen flexibler Bewältigungsstrategien im Alltag und in Notsituationen (vgl. ebd.).
- **Fähigkeit zu überlegen und zu planen**
Die Kinder, die die Gabe besitzen, ihre Lebensumstände anzunehmen und diese positiv zu beeinflussen (vgl. ebd.).
- **Selbstvertrauen**
Durch die Meisterung von herausfordernden Situationen durch Eigeninitiative oder mit der Hilfe anderer Menschen entwickeln die Kinder Vertrauen in sich selbst (vgl. ebd.).
- **Kein stereotypes Verhalten**
Die Buben und Mädchen zeigten kein klischeehaftes Verhalten, sie zeigten viel mehr Fürsorglichkeit und Sympathie (vgl. ebd.).

Laut Körner / Deegener (2011:219) können folgende Schutzfaktoren eine gesunde Entwicklung ermöglichen, auch wenn bereits Traumatisierungen vorliegen. Folgende Eigenschaften sind beim Kind förderlich:

- „Das Selbstwertgefühl ist hoch (ebd.)
- Ein sicheres Bindungsverhalten (ebd.)
- Das geringe Gefühl der Hilflosigkeit (ebd.)
- Starke Überzeugungen der Selbstwirksamkeit (ebd.)
- Das Kind pflegt positive soziale Kontakte und erhält soziale Unterstützung (ebd.)
- Die Person besitzt eine hohe soziale Kompetenz und pflegt eine gute Kooperations- und Kontaktfähigkeit (ebd.)
- Das Kind besitzt ein gutes Einfühlungsvermögen (ebd.)
- Das Kind verfügt über Kreativität und viele Interessen, Talente und Hobbys (ebd.)
- Die Person hat gute kognitive Funktionen (ebd.)

- Das Kind hat ein geringes Gefühl der Hilflosigkeit, es besitzt das Gefühl der starken Kontrolle seines Lebens und seiner Umwelt (ebd.)
- Das Kind hat eine optimistische Lebenseinstellung.“ (ebd.)

Die nachfolgende Tabelle stellt die sozialen Ressourcen nach Wustmann (vgl. Wustmann 2007; zit. in Körner / Deegener 2011:218) dar. Er ordnet die Schutzfaktoren und die sozialen Ressourcen nach Familie, dem sozialen Umfeld und der Bildungsinstitution ein.

Soziale Ressourcen innerhalb der Familie	Soziale Ressourcen in den Bildungsinstitutionen	Soziale Ressourcen im weiteren sozialen Umfeld
Mindestens eine stabile Bezugsperson, diese fördert Vertrauen und Autonomie beim Kind	Es ist für das Kind förderlich, wenn klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen herrschen.	Fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen und Zusammengehörigkeitssinn fördern und als positive Vorbilder dienen. Dies können beispielsweise Lehrer, Freunde oder andere Personen sein.
Das Erziehungsverhalten soll emotional positiv, unterstützend und strukturiert sein.	Das Klima sollte wertschätzend und geprägt durch Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind sein.	Ressourcen auf kommunaler Ebene können Angebote der Familienbildung und Gemeindearbeit beinhalten.
In der Familie sollte Zusammenhalt, Stabilität und eine konstruktive Kommunikation herrschen.	Eine hohe Anstrengungsbereitschaft sollte stets positiv verstärkt werden.	Das Vorhandensein von prosozialen Rollenmodellen, Normen und Werten in der Gesellschaft kann ebenso förderlich sein. Gemeint ist ein gesellschaftlicher Stellenwert von Kindern, Erziehung und Familie.
Enge Geschwisterbindungen	Das Kind soll positive Freundschaftsbeziehungen pflegen.	
Es sollte ein unterstützendes familiäres Netzwerk zwischen Verwandtschaft, Freunde und Nachbarn geben.	Die Resilienzfaktoren sollten stets gefördert werden	

Abb. 3: Soziale Ressourcen nach Wustmann 2007; zit. in Körner / Deegener 2011:218)

Ein weiterer Schutzfaktor ist die Fähigkeit zur Mentalisierung. Mentalisierung ist die menschliche Fähigkeit, sein eigenes und das Verhalten anderer in Bezug auf Gedanken und Gefühle nachvollziehen zu können. Diese lässt sich besonders in der Latenzzeit

beobachten, wenn die intensive Bindung zu den Eltern aufgelöst wird und andere Personen außerhalb der Familie eine wichtigere Rolle bekommen (vgl. Springer / Lueger-Schuster 2020:9-10).

Durch die kognitive und emotionale Kapazität der internen Emotionsregulierung gelingt es Personen, Gefühle wie Ärger, Angst, Scham und Traurigkeit anzunehmen (vgl. Allen et al. 2008 / Ensink et al. 2017 zit. in Springer / Lueger-Schuster 2020:9-10).

Mentalisieren ist wesentlich für das gegenseitige Verstehen, umso wichtiger ist es, diese Fähigkeit zu verbessern. Dies gelingt am besten in einem Gruppensetting. Wichtig ist es auch, die Aufmerksamkeit auf Situationen zu lenken, wo Mentalisierung zusammenbricht (vgl. Midgley et al. 2017 zit. in Springer / Lueger-Schuster 2020:10).

2.8.3 Die Risikofaktoren

Risikofaktoren bezeichnen genetische und umweltbedingte Faktoren, die ein Risiko aufrechterhalten. Genetische Faktoren können biologisch oder psychologisch sein, beispielsweise gibt es bereits eine Alkoholabhängigkeit oder Schizophrenie in der Familie (vgl. Appel 1994:49).

Risikofaktoren beschreiben Umstände, die das Risiko erhöhen, in einem späteren Alter, Substanzen zu konsumieren. Dabei kann ein missbräuchlicher oder ein abhängiger Konsum entstehen (vgl. Jordan, S./ Sack, P.-M. in Thomasius et al. 2009:127).

Ein bekannter Risikofaktor stellt eine Suchterkrankung des Elternteils dar.

2.8.4 Resilienzförderung

Resilienzförderung verfolgt das Ziel, eine Person auf der individuellen Ebene und auf der Beziehungsebene zu fördern. Wustmann (vgl. 2005:o.A.) fordert für vulnerable Kinder, auf frühe, intensive und langandauernde Förderprogramme und Angebote zu setzen, bei denen wichtige Basiskompetenzen, die für die Bewältigung von schweren Lebensbelastungen förderlich sind, entwickelt werden können.

Wustmann (2005:14; zit. in Klein 2012:46) hebt im pädagogischen Kontext auf folgende Faktoren hin, die bei einem Kind gestärkt werden sollen. Auf der anderen Seite veranschaulicht er Förderungsmaßnahmen im pädagogischen Alltag mit dem Kind. Diese Ansatzpunkte dienen besonders den Erziehungspersonen, die in Beziehung mit dem Kind stehen.

Resilienzförderung auf individueller Ebene	Resilienzförderung auf der Beziehungsebene
Problemlösefertigkeiten und Konfliktlösestrategien	Autoritativer Erziehungsstil
Eigenaktivität und persönliche Verantwortungsübernahme	Konstruktive Kommunikation zwischen Erziehungsperson und dem Kind
Selbstwirksamkeit und realistische Kontrollüberzeugungen	Positives Modellverhalten
Positive Selbsteinschätzung des Kindes	Effektive Erziehungstechniken
Kindliche Selbstregulationsfähigkeiten	Kompetenzgefühl der Erziehungsperson
Soziale Kompetenzen: besonders Empathie	Konfliktlösestrategien der Erziehungsperson
Effektive Coping-Strategien	
Körperliche Gesundheitsressourcen	

Abb. 4: Resilienzförderung nach Wustmann 2011:125; zit. in Klein 2012:47

Als Präventionsmaßnahme für die Zielgruppe der Forschungsfrage dienen Gruppenangebote, die die Resilienzförderung aufgreifen. Kinder aus suchtbelasteten Familien erfahren positive Gruppenerfahrungen, in denen sie Unterstützung beim Umgang psychischer und emotionaler Probleme bekommen. Darüber hinaus bekommen sie die Möglichkeit über den Substanzkonsum der Eltern und die Folgen dessen zu sprechen. Bisher gibt es keine überprüften wissenschaftlichen Belege, dass diese Komponenten das Risiko wirksam reduzieren (vgl. Jordan 2010:343-344).

Klein sieht neben der Stärkung der protektiven Faktoren des Kindes auch die Notwendigkeit der Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Hilfssektoren. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Sucht- und Erziehungsberatungsstellen, Kinderschutzdienste und weitere Dienste sollten einen guten Austausch pflegen. Unterstützend für die Kinder sind Einzel- und Gruppenarbeit, begleitende Elternarbeit und freizeitpädagogische Aktivitäten (vgl. Klein 2008:125).

3 Forschungsdesign

Im aktuellen Kapitel wird nach Darstellung der Forschungsfragen, die Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode exponiert. Anschließend werden die Ergebnisse nach Philip Mayring ausgewertet und die daraus folgenden Kategorien gebildet und näher beleuchtet.

3.1 Forschungsfrage

Durch die langjährige Tätigkeit in der Wiener Kinder- und Jugendhilfe war die Forscherin immer wieder mit der Zielgruppe der Forschungsfrage konfrontiert. Durch die zusätzliche Ausbildung als Suchtberaterin sollte eine Parallele zu der beruflichen Tätigkeit hergestellt werden.

Eine Hauptfrage sowie drei Unterfragen wurden formuliert, um die Emotionsregulation bei fremduntergebrachten Kindern aus alkoholbelasteten Familien zu erforschen.

Wie erfolgt die Emotionsregulation bei fremduntergebrachten Kindern aus alkoholbelasteten Familien?

- Welche Emotionen werden von den Kindern wahrgenommen?
- Wie reagieren die Kinder auf bestimmte Emotionen?
- Welche Auswirkungen haben Emotionen auf die Kinder?

3.2 Vorgangsweise und methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird der Zugang zum Feld beschrieben und die Autorin exponiert die Art und Weise, wie die Interviews mit den Kindern durchgeführt worden sind.

„Die Tatsache, dass Kinder selbst zu ihrer Lebenswelt befragt werden, ist eine relativ neue Entwicklung. [...] Kinder werden als selbstständige Akteure („actors in their own right“), als aktive (Ko-)Konstrukteure der gesellschaftlichen Wirklichkeit wahrgenommen und nicht mehr als „unvollständige“ Erwachsene. [...] Als Folge werden öfter und auch immer jüngere Kinder selbst in Forschungen einbezogen.“ (Wilk 1996 zit. in Vogl 2015:11)

Da es sich bei der Zielgruppe um fremduntergebrachte Kinder bei der Wiener Kinder- und Jugendhilfe handelt, war der erste Schritt der Autorin, die Abteilung „Wissenschaft“

der Stadt Wien anzufragen, ob Interviews mit Kindern aus Wohngemeinschaften geführt werden dürfen. Nach der Zusendung des Exposés kam eine Zusage der zuständigen Mitarbeiterin. Um an die Zielgruppe heranzutreten, galt es durch die pädagogische Leitung der Wiener Kinder- und Jugendhilfe, weitere pädagogische Führungskräfte anzufragen, ob Kinder aus alkoholbelasteten Familien im Alter von sieben bis elf Jahren in der Wohngemeinschaft wohnen würden und diese für Interviews mit drei Situationsbildern einverstanden wären. Es bedurfte der Zustimmung des Kindes, der Pädagog*innen der Wohngemeinschaft und der pädagogischen Leitung.

3.3 Leitfadengestützte Interviews

Die Forscherin wollte zunächst drei Mädchen und drei Buben in der Altersspanne von sieben bis zwölf Jahren interviewen. Die Auswahl der Interviewpartner musste auf sechs Mädchen verändert werden, da es bei der Suche nach Interviewpartner nur einen Buben gab, der der Zielgruppe entsprach.

Die Befragung erfolgte durch Leitfadeninterviews. Folgende sechs Kriterien müssen laut Helfferich 2009; zit. in Vogl 2015:56 erfüllt werden:

- „Berücksichtigung des Prinzips der Offenheit (ebd.)
- begrenzte Anzahl an Fragen (ebd.)
- Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit (ebd.)
- Orientierung am natürlichen Erinnerungs- oder Argumentationsfluss (ebd.)
- Kein Ablesen von Fragen (ebd.)
- Priorisierung spontanen Erzählens.“ (ebd.)

Die Durchführung der Interviews erfolgte sowohl mit den bereits erwähnten Leitfadeninterviews als auch mit drei Situationsbildern, auf denen monsterartige Wesen abgebildet waren, die verschiedene Emotionen darstellten.

Bilder können durch ihren zusätzlichen Reiz eine kommunikationsanregende Funktion haben. Durch Bilder wird der Gegenstand viel konkreter und das Kind versteht vielmehr, was die Forscher*innen meinen (vgl. Scott 2000; zit. in Vogl 2015:71).

Illustrationen können als eine Methode zur Motivierung der Kinder beitragen (vgl. Lohaus 1989; zit. in Vogl 2015:71) und zusätzlich Erinnerungstützen sein (vgl. Scott 2000; zit. in Vogl 2015:71).

Die Autorin hat sich für ein Face-to-Face-Setting entschieden, da der persönliche Kontakt besonders bei sieben bis Neunjährigen Kindern ausschlaggebend für das bessere Gelingen von Interviews ist. Eine mögliche Erklärung sind die in der Altersspanne erworbenen Fähigkeiten zum Perspektivenwechsel. Dieses Setting bietet mehr Hinweise und schafft mehr Sicherheit (vgl. Vogl 2012a; zit. in Vogl 2015:87).

Die Interviews fanden in den jeweiligen Kinderzimmern der Wohngemeinschaft statt. Das befragte Kind durfte sich davor ein Kuscheltier aussuchen, um die Interviewsituation so angenehm wie möglich zu gestalten.

Ersatzbindungsobjekte wie Lieblingskuscheltiere unterstützen die emotionale Anpassung (vgl. Vogl 2015:99).

3.4 Beschreibung der Interviewpartner*innen

Die Namen wurden anonymisiert, die sechs Interviews werden unter „Kind 1-6“ in der Forschung bezeichnet. Wie bereits erwähnt sind alle interviewten Personen Mädchen. Es wurden jeweils vier Geschwister interviewt.

Kind 1 ist acht Jahre alt ist. Sie ist die Schwester von Kind 5. Die Mutter ist seit mehreren Jahren alkoholabhängig. Die beiden Mädchen sind seit 2020 in der Wohngemeinschaft fremduntergebracht. In ihrer Freizeit malt sie gerne mit Buntstiften. Das Kuscheltier, welches sie beim Interview dabeihaben wollte, war ein gelber Pikachu.

Kind 2 ist elf Jahre alt. Sie ist die Schwester von Kind 4. Der Vater ist seit mehreren Jahren alkoholabhängig. Die Mädchen sind seit 2019 fremduntergebracht. In ihrer Freizeit spielt sie am liebsten Fußball, Volleyball und Faustball.

Kind 3 ist zehn Jahre alt. Beide Elternteile sind alkoholabhängig, sie ist seit fünf Jahren fremduntergebracht. Kind 3 hat immer wieder angegeben, dass ihr langweilig sei, sowohl vor dem Interview als auch nach dem Interview. Hobbies konnte sie keine nennen. Sie meinte, dass ein warmes Essen in der Früh und ausreichend Schlaf ihr am meisten eine Freude machen würden. Einem Kuscheltier war sie abgeneigt, stattdessen nahm sie ein abgerissenes goldenes Papier und bezeichnete es als „Blattgold“. Die Farbe und der Glitzer würden ihr sehr gefallen.

Kind 4 ist zwölf Jahre alt. Beim Kind 4 wurde die Diagnose ADHS gestellt, sie wird auch medikamentös behandelt. Sie kotet täglich ein, weshalb sie auch täglich eine Windel trägt.

Kind 5 ist acht Jahre alt. Am liebsten spielt sie mit ihren Kuscheltieren. Beim Interview hatte sie einen „Koala“ dabei.

Kind 6 ist elf Jahre alt. Während der Schwangerschaft, konsumierte ihre Mutter bereits Alkohol. Der Konsum der Mutter spiegelt sich bei Kind 6 sowohl körperlich als auch auf die geistig-intellektuellen Fähigkeiten wider. Die Wohngemeinschaft nimmt an, dass das Kind das FAS-Syndrom hat, die Diagnose ist fachärztlich noch nicht gestellt

worden. Das Kind ist ein Flüchtlingskind aus der Ukraine, es hatte beim Interview eine Sprachbarriere. Es besteht auch der Verdacht, dass sie in der Familie sexuell missbraucht worden ist. Sie ist seit 2022 in der Wohngemeinschaft fremduntergebracht. Im Alltag fällt sie der Wohngemeinschaft durch ein sexualisierendes Sprechen und Verhalten auf. Sie verwendet öfters sexualisierte Wörter.

3.5 Auswertungsmethode

Alle sechs Interviewaufnahmen wurden transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philip Mayring ausgewertet. Nach Mayring (vgl. 2016:118) ist die inhaltsanalytische Technik eine Kontextanalyse. Nachdem eine Paraphrase aus dem Kontextmaterial gebildet worden ist, gilt es ein Kategoriensystem zu definieren, so dass eine eindeutige Zuordnung vom Text zu den Kategorien immer möglich ist.

3.5.1 Kategorienbildung

Um die Emotionen der sensiblen Zielgruppe zu erforschen, wurden die nachstehenden Kategorien gebildet.

- Erste Kategorie: Was nahmen die Kinder zuerst am Bild wahr?
- Zweite Kategorie: Wann wurden die Menschen erwähnt?
- Dritte Kategorie: Welche Emotionen wurden geäußert?
- Vierte Kategorie: In welchem Kontext wurden die Emotionen erwähnt?
- Fünfte Kategorie: Welche Möglichkeiten wurden aufgezeigt, um den Gemütszustand der betroffenen Personen auf den Bildern zu verbessern?

4 Ergebnisse

Im nachstehenden Kapitel werden die Ergebnisse anhand der Kategorien erläutert.

4.1 Was nahmen die Kinder zuerst am Bild wahr?

Fünf von sechs Kindern nahmen zuerst leblose Objekte wahr. So wurde „die Sonne“, „Bäume“, „ein kaputtes Skateboard“ sowie der Ort, in denen sich die Personen befanden, zuerst wahrgenommen. Ansonsten wurden die Personen, die eine Handlung ausüben, beschrieben. Zwei Kinder erwähnten als Erstes die Emotion, die sie auf dem Bild, von

der Person aus, interpretierten. Die Personen, die auf den Bildern gezeichnet waren, waren Fantasiewesen, sie wurden von den Kindern als „Monster“, „Aliens“, „komische Wesen“ oder auch als Personen wahrgenommen und bezeichnet.

4.2 Wann wurden die Menschen erwähnt?

Vier Kinder sahen zuerst die Person auf dem Bild. Kind 1 beschreibt „ein Monster, welches weint und ein Monster, welches lacht“. Kind 2 erwähnt zwei Aliens, wobei der eine den anderen fotografiert. Kind 3 zählt nur die Anzahl der „komischen Wesen“ auf, welches es wahrnimmt. Kind 4 beschreibt die Tätigkeit der Personen und fügt eine Emotion dazu: „Ich sehe auf dem Bild ein Monster, das ein anderes Monster fotografiert, aber das andere fühlt sich nicht wohl dabei. Und es hat, so glaube ich, ein bisschen Angst. Es scheint, den anderen, glaube ich, Spaß zu machen, ihn zu fotografieren, obwohl er das nicht will.“ Kind 5 und Kind 6 nehmen die Personen erst, nach zwei leblosen Objekten, wahr.

4.3 Welche Emotionen wurden geäußert?

- „Angst“
Die Emotion, die am meisten von den Kindern genannt wurde, ist die Angst. Wörter wie „ängstlich“ und „beängstigend“ wurden ebenso genannt. In fünf von sechs Interviews ist das Gefühl mehr als viermal genannt worden. Kind 4 sagte folgendes: „Aber das gelbe Monster hat Angst und will nicht springen. Und das andere ist, glaube ich, auch so ängstlich und hat Angst.“ Kind 6 meinte: „Die zwei haben Angst von dem“ und einige Zeilen später sagte es erneut „Sie haben Angst“ und „Dass die beiden keine Angst mehr vor ihm haben“. Kind 3 nannte die Emotion mehrfach, indem sie, auf die Frage, wie es der Person auf dem Bild gehe, antwortete: „Beängstigend. Weil sie sieht, wie hoch dieser Turm ist und auch Angst hat, dass irgendetwas den anderen passiert.“ Kind 3 führte fort: „Und dieses komische Monster Nummer drei, Gelb, dem geht es auch beängstigend, weil er sieht, wie hoch es ist und er einfach Angst hat, dass er runterfällt und er sich irgendetwas bricht.“
- „Traurig“
Diese Emotion wurde von den Kindern nur ein- bis zwei Mal genannt. Kind 1 beschrieb ein „Monster“ auf dem Bild mit folgenden Worten: „Das der Gelbe gelb ist und halt traurig ist.“ Kind 3 fügte hinzu: „Deswegen ist er auch traurig, weil er angeschrien wurde.“

- „Wütend“, „Böse“
Zwei Kinder bezeichneten den Gefühlszustand der zu beschreibenden Personen am Bild mit „wütend“. Kind 3 gab folgendes an: „Diesem komischen Pinken, der wieder neu auf dem Bild ist, dem geht es wütend.“ Kind 1 erklärte die Emotion von einer Person am Bild: „Weil er ihn anschreit und halt die ganze Zeit böse ist“.
- „Glücklich“, „zufrieden“, „sich freuen“, „gut gehen“
Diese positiven Emotionen wurden in jedem Interview zumindest einmal genannt. Kind 4 antwortete: „Also, das Eine ist glücklich.“ Kind 2 äußerte: „Er ist glücklich und zufrieden.“ Kind 2 beschrieb das Wohlergehen der Person auf dem Bild mit den Worten: „Also, ihm geht es gut, weil er fotografiert sie.“
- „Stolz“
Diese Emotion wurde nur von einem Kind genannt und dies zwei Mal. Kind 3 behauptete: „Dem geht’s stolz.“ und als die Forscherin nach dem Wohlbefinden der Person auf dem Bild fragte, antwortete Kind 3 mit: „Stolz“.
- „Fühlt sich nicht wohl“
Kind 4 war das einzige Kind, welches diesen Ausdruck nützte. Sie beschrieb das Gefühl für eine Person auf dem Bild: „Und das andere fühlt sich nicht wohl.“

4.4 In welchem Kontext wurden die Emotionen erwähnt?

Kind 2 meinte, der Person würde es gut gehen, weil sie jemanden fotografiere. Kind 2 fügte hinzu, dass das Wesen am Bild Angst habe, dass ihm etwas passieren könne. Kind 2 sagte ebenfalls: „[...] der Gelbe hat Angst vom Runterspringen“ und dass das Wesen mit der Masche vielleicht Angst habe, dass ihm etwas passieren könnte. Kind 6 äußerte die Emotion gemeinsam mit den Objekten und den Personen, die sie auf dem Bild beschrieb: „Die Zwei haben Angst vor dem.“ Kind 6 erwähnte auch, dass die eine Person auf die andere Person „böse“ sei, weil das Skateboard „kaputt“ gemacht worden ist. Kind 4 meinte, dass die Person am Bild traurig sei, weil sie einen Fehler gemacht habe. Kind 1 gab an, dass das Wesen am Bild traurig sei, weil es keine Freunde hätte.

4.5 Welche Möglichkeiten wurden aufgezeigt, um den Gemütszustand der betroffenen Personen auf den Bildern zu verbessern?

- Zuwendung
Kind 1 schlug vor, dass die andere Person auf dem Bild zu der verletzten Person „nett sein könnte“ und sie „trösten“ könnte. Kind 6 und Kind 2 meinten,

dass die Personen am Bild sich beieinander entschuldigen könnten und sich wieder versöhnen sollten. Kind 2 äußerte, dass die Person, der es unangenehm ist, fotografiert zu werden, gefragt werden sollte, ob sie dem Fotoshooting zustimmen möchte

- Ablenkung
„Beruhig dich oder geh weg und mach was anderes mit den anderen.“, nannte Kind 1 ebenso als Vorschlag.
- Hilfsmittel
Kind 3 meinte, dass den Wesen am Bild Schwimmflügel helfen würden, damit ihnen ihre Angst genommen wird.
- Äußere Umstände verändern
Kind 3 empfahl, dass der Springturm am Bild mit Farbe angemalt werden sollte, damit es den Beteiligten am Bild besser gehe. Kind 3 fiel auf, dass die Dusche am Situationsbild im Schwimmbad noch laufen würde, diese sollte abgedreht werden. Generell meinte Kind 3, dass das Bild so weiß sei, es schlug vor, dass es farbenfroher gestaltet werden sollte. Kind 3 begründete es folgendermaßen: „Könnte sein, dass es ihnen dann besser geht, wenn ich in einem weißen Raum bin, dann laufe ich irgendwann mal gegen eine Wand und weiß nicht, wo ich bin.“
- Gegenstand reparieren
Kind 3 und 5 äußerten, dass es der Person wieder gut gehen würde, wenn das Skateboard repariert werden würde.
- Gegenstand ersetzen
Kind 4 schlug auch vor, dass das kaputte Skateboard am Bild ersetzt werden solle, damit die betroffene Person sich wieder besser fühlt.
- Emotion vermeiden
Kind 4 riet, dass die Person am Bild das Sprungbrett verlassen könnte, dann würde es keine Angst mehr vor dem Springen haben und auch das andere Wesen, welches in der Nähe stehe, solle auch nicht springen.

5 Conclusio und Reflexion

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war es neben der Forschung der Emotionen auch einen Überblick über die wichtigen Aspekte, die in der Arbeit mit fremduntergebrachten Kindern aus suchtbelasteten Familien zu beachten sind, zu geben.

Nach genauer Analyse der Forschungsergebnisse, werden Resultate, die die Forschungsfrage und ihre Unterfragen beantworten, im Folgenden dargestellt.

Die Forschungsergebnisse zeigen eine Parallele zwischen der sozialen und emotionalen Kompetenz. Um dies zu verdeutlichen, bedarf es eines Vergleiches der Antworten der interviewten Kinder mit dem Modell von Goleman, der die grundlegenden emotionalen und sozialen Kompetenzen, zusammenfasst.

Die Selbstwahrnehmung, die in Korrelation zum Perspektivenwechsel steht, ist bei den Forschungsergebnissen, teilweise zur Geltung gekommen. Fragen über Hobbies oder das Wohlbefinden der Kinder wurden nicht ausreichend beantwortet. Kind 3 meinte beispielsweise durchgehend, dass ihr langweilig sei. Sie könne kein anderes Gefühl wahrnehmen als das der Langweile. Als sie nach ihren Hobbies gefragt wurde, meinte sie, dass sie am liebsten etwas Warmes im Bauch habe und ausreichend Schlaf bevorzuge. Die Untersuchungen der Forschung zeigen, dass die Grundbedürfnisse in der Herkunftsfamilie vermutlich nicht ausreichend gedeckt worden sind und dass das Kind nun versucht diese Emotionen primär zu stillen.

Den befragten Pädagog*innen fällt bei ihren Schützlingen ein ungesundes Nähe-Distanz-Verhältnis auf. Die eigenen Grenzen scheinen noch nicht gut wahrnehmbar zu sein. Nach Goleman ist die zutreffende Selbsteinschätzung bei der Selbstwahrnehmung von Bedeutung. Laut der Betreuer*innen zeigt Kind 6 ein stark sexualisiertes Verhalten, dieses äußert sich sowohl in Worten als auch in Taten. Dies könnte unter anderem ein Zeichen für die Folge einer Bindungsstörung sein.

Nach einer Analyse der Ergebnisse der Kategorie „Welche Möglichkeiten wurden, aufgezeigt, um den Gemütszustand der betroffenen Personen auf den Bildern zu verbessern?“ wird festgestellt, dass Zuwendung überwiegend vorgeschlagen wurde. Dies könnte mit den eigenen Gefühlen und nicht erfüllten Bedürfnissen der Kinder in Relation gebracht werden. Das Kind hat das Bedürfnis, dass seine Gefühle wahrgenommen werden und es auf Grund seiner Erfahrungen getröstet wird. Kontinuierliche und feinfühliges Fürsorge stützt sich auf das erste Postulat der Bindungstheorie nach John Bowlby (vgl. Grossmann 2005:67-68).

Auf die Interviewfrage „Was kann verändert werden, dass es den Personen auf dem Bild besser geht“? meinte Kind 4, dass Hilfsmittel, wie Schwimmflügel, dem Wesen auf dem Bild helfen könnten. Dies könnte ein unbewusster Hinweis darauf sein, dass das Kind Hilfe von außen einfordert, um Sicherheit zu erlangen. Ebenso könnte der Rat von Kind 3, die Dusche solle abgedreht werden, weil sie noch laufen würde, ein Anzeichen darauf sein, dass das Kind zuhause Verantwortung übernehmen musste oder dass die Familie mit Armut zu kämpfen hatte.

Kind 4, welches eine Diagnose des Aufmerksamkeitsyndroms hat, zeigt neben ihren psychischen Auffälligkeiten auch physische. Sie trägt eine Windel, da sie jeden Tag einkotet. Nach Goleman ist die Selbstregulierung hier nicht erfüllt. Kind 4 hat Schwierigkeiten bei der Selbstkontrolle, nämlich seine eigenen Emotionen unter Kontrolle zu halten. Laut dem Psychoanalytiker Biermann 1951/1952:619-621 weist das Einkoten auf ein regressives Verhalten hin. Dieses dient der Angstbewältigung. Ferner meint er, dass das Einkoten als ein lustvolles Empfinden wahrgenommen wird und auf einen Milieuschaden hinweisen kann. Daraus lässt sich ableiten, dass es bei dem Kind auf Grund der Nichtbefriedigung eines zentralen Bedürfnisses in der Analen Phase eine Fixation gebildet hat. Das Einkoten kann auch damit zusammenhängen, dass das Kind möglicherweise die Depression seines Elternteils nachlebt. Beim Kind 4 ist somit eine internalisierende und externalisierende Störung vorhanden.

Die Aussagen der Kinder finden nur teilweise Übereinstimmung mit der Empathie nach Goleman. Die abgebildeten Emotionen wurden zwar von den befragten Personen erkannt, es zeigten sich jedoch Schwierigkeiten im sprachlichen Ausdruck von Emotionen. Auf den sprachlichen Ausdruck wird im unteren Abschnitt des Kapitels näher eingegangen. Die sozialen Situationen und die Beziehungsgeflechte von den Personen auf den Situationsbildern wurden ebenfalls nicht genau erfasst.

Die Forscherin wählte für die Interviewmethode ausschließlich Situationsbilder, bei denen die Kinder die Emotionen der dargestellten Wesen beschreiben und erfassen sollten. Die Kinder konnten sich zwar in die Monster auf den Situationsbildern hineinversetzen, die Empfindungen der betroffenen Personen konnten kaum nachgespürt werden. Eigene Wünsche wie jenes von Kind 3 mit „dem Finden von Freunden“ wurden projiziert. Dieses Ergebnis wird mit der Motivation nach Goleman in Relation gebracht. Ergebnisse aus der Forschung wie, „Äußere Umstände sollten verändert werden“ und „das Reparieren oder Ersetzen des Skateboards“ könnten damit zusammenhängen, dass die befragten Kinder, den Wunsch haben, ihre Lebensumwelt zu verändern und sich wünschen, dass Personen aus ihrer Umfeld Hilfe bekommen. Das Ergebnis „Emotion vermeiden“ deutet daraufhin, dass das Kind die Situation verlassen will, um die Emotion nicht zu spüren.

Wie bereits in der Theorie erwähnt, dient Sprache als Mittel der psychologischen Distanzierung. Abschließend wird die entwickelte sprachliche Fähigkeit zum Emotionsausdruck reflektiert. Die Untersuchung der Forschungsergebnisse zeigen, dass Kind 6, welches elf Jahre alt ist, sich altersmäßig in der Tabelle des sprachlichen Verlaufs „bis zum zweiten Lebensjahr“ befindet. Sie konnte Emotionen mit nur einfachen und sich wiederholenden Wörtern nennen. Dabei verwendete sie die Wörter „Angst“ und „Böse“. Sie konnte zwar die Situation auf dem Bild nachvollziehen, hatte aber Schwierigkeiten, geeignete Wörter für ihre Emotion zu finden. Dies könnte einerseits mit ihrer vorhandenen Sprachbarriere als auch mit ihren traumatischen Erfahrungen in Verbindung gebracht werden. Allen anderen Kindern gelang es komplexere Emotionen zu nennen und auch Synonyme anzuwenden. Sie antworteten altersadäquat.

Die Autorin kommt zum Ergebnis, dass Angst in der Forschung am häufigsten genannt wurde. Möglicherweise ist es die Emotion, welches die fremduntergebrachten Kinder, am häufigsten, in der Herkunftsfamilie, empfanden.

Das dritte Postulat nach John Bowlby besagt, dass bei Angst das Bindungsverhalten aktiviert ist und die Nähe der Bindungsperson gesucht wird (vgl. Grossmann 2005:67-68).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Bindungsverhalten aufgrund der früheren Erfahrungen der Kinder die Emotionsregulation stark beeinflusst und diese darunter leiden. Häufige Diagnosen der Störung des Sozialverhaltens gehen auf die gestörte Emotionsregulation zurück.

Machen Kinder positive Bindungserfahrungen und werden ihre Resilienzfaktoren ausreichend gestärkt, so wirkt sich dies auf ihre Emotionsregulation aus. Pädagog*innen in der Wohngemeinschaft sollten die Resilienzförderung in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien berücksichtigen. Wünschenswert wäre es, wenn die Resilienzförderung auch in den Bildungsinstitutionen stattfinden würde. Im Kindergarten und in Schulen können Pädagog*innen durch positives Modellverhalten, transparenter Konfliktlösestrategien und durch eine konstruktive Kommunikation die Resilienz eines Kindes stärken. Die Förderung kann auf Beziehungsebene Heranwachsende bei ihren Problemlösefähigkeiten, persönlicher Verantwortungsübernahme, Selbstwirksamkeit, sozialen Kompetenzen und bei ihren Selbstregulationsfähigkeiten stärken. Durch die Frühförderung erlangt das Kind Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und es bekommt ein Übungsfeld, um mit seinen Emotionen wertfrei mit Gleichaltrigen aber auch auf individueller Ebene umzugehen. Emotionen können auch spielerisch ausgelebt werden. Pädagog*innen müssen darauf Acht geben, dass sie in der Resilienzförderung klare Strukturen und Grenzen vorgeben.

Für Kinder aus suchtbelasteten Familien kann der Austausch über die eigenen Lebensrealitäten und Emotionen in einer Gruppe mit Gleichgesinnten nützlich sein. Die positive Gruppenerfahrung, die es ermöglicht über den Konsum der Eltern und dessen Folgen zu sprechen, kann sowohl auf emotionaler als auch auf psychischer Ebene entlastend wirken.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien sehr früh mit Emotionen, die sie teilweise überfordern, konfrontiert sind. Die Forscherin zieht das Fazit, dass eine Suchtprävention im Kindergarten und an Volksschulen unerlässlich ist, um zur psychischen Gesundheit der Kinder beizutragen.

Zusätzlich zu bereits vorhandenen Programmen zur Lebenskompetenzförderung können regelmäßige Entwicklungsgespräche zwischen Elementarpädagog*innen und Eltern oder Betreuer*innen als Präventionsmaßnahme dienen, um bereits auftretende Auffälligkeiten zu thematisieren. Um die Zusammenarbeit besser auszubauen, sind geplante Gesprächstermine angebracht, da diese qualitativer als die üblichen Tür-und-Angel-Gespräche sind. Im Anlassfall sollte ein unterstützendes Netzwerk aus Psychagog*innen, Psychotherapeut*innen, Pädagog*innen und Eltern hergestellt werden, um Kinder professionell zu unterstützen.

Literatur

Ainsworth, M.D.S. (1973a): Introductory remarks to the symposium on Anxious Attachment and Defensive Reactions. Symposium at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Philadelphia, March 30, 1973.

Allen, J. / Fonagy, P. / Bateman, A. (2008): *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Tillmann, Angela (2006): *Doing Identity: Selbsterzählung und Selbstinszenierung in virtuellen Räumen*. In: Vollbrecht, Ralf (Hrg.) (2006): *Abenteuer Cyberspace: Jugendliche in virtuellen Welten*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 33-50.

Anderson, P. / Scafato, E. (2010): *Alcohol and older people: A public health perspective vintage project report*. Instituto Superiore di Sanita.

Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Gaiswinkler Sylvia / Klein, Charlotte/ Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja / Strizek, Julian (2021): *Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wissenschaftlicher Bericht*. In: *Epidemiologie Bericht Sucht*, 2021, 66-67. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ff73060e-3235-4aa1-bf08-811e5c261d07/Epidemiologiebericht%20Sucht%202021_bf.pdf [15.01.2023].

Barth, Volker (2011): *Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Suchttherapie special*, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Becker-Stoll, F. / Grossmann, K.E. (2002): *Bindungstheorie und Bindungsforschung*. In: D. Frey & M. Irle (Hg*in): *Theorien der Sozialpsychologie*, Band 2. Bern: Huber, 247-274.

Bennett, L.A / Wolin, S.J. / Reiss, D. / Teitelbaum, M.A. (1987): *Couples at risk for transmission of alcoholism: Protective influences*. *Family Process*, 26, 111-129.

Biederman, J. (1998): *Attention-deficit/hyperactivity disorder: A life span perspective*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 4-16.

Biermann, G. (1951/52): *Einkotende Kinder. Kasuistische Beobachtungen*. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 5, 618-627.

Black, C. (1982): *It will never happen to me*. Denver, Colo.: M.A.C. Printing and Publications.

Blos, Peter (1963): *Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Bowlby, John (2010): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. Band 13, 6. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Braet, Caroline / Theuwis, Lotte / Van Durme, Kim / Vandewalle, Julie / Vandevivere, Eva / Wante, Laura / Moens, Ellen / Verbeken, Sandra / Goossens, Lien (2014): Emotion Regulation in Children with Emotional Problems. In: Springer Science+Business Media New York. DOI: 10.1007/s10608-014-9616-x.

Brunner, Lisa/ David, Alexander/ Dressel, Michael/ Jäger, Andrea/ Kalwoda, Dominik/ Kohlhofer, Wolfgang/ Lochner, Ewald/ Pumberger, Dortis/ Schmidhofer, Hermine/ Schroers, Artur/ Stöger, Wilbirg/ Wagner-Wasserbauer, Gabriele/Wimmer, Eva-Maria (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie. Sucht und Drogenkoordination Wien. Online https://sdw.wien/wp-content/uploads/20130909_WSD_Strategie_web_ES.pdf [18.11.2022].

Carle, A.C. / Chassin, L. (2004): Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation to internalising symptomatology and positive effect. *Applied Developmental Psychology*, 25, 577-595.

Chassin, L./ Rogosch, F. / Barrera, M. (1991): Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449-463.

Christensen, H.B. / Bilenberg, N. (2000): Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 219-226.

Cicchetti, D. / Ackerman, B. P. / Izard, C. E. (1995): Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. In: *Development and Psychopathology*, 7, 1–10.

Cloitre M. / Stovall-McClough C. / Zorbas P. / Charuvastra A. (2008): Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. In: *J Trauma Stress*, 2008 21:282–9. DOI: 10.1002/jts.20339.

Cole, P. M. (1986): Children's spontaneous control of facial expression. In: *Child Development*, 57, 1309-1321.

Cole, P. M. / Dennis, T. A. / Smith-Simon, K. E. / Cohen, L. H. (2009): Preschoolers' emotion regulation strategy understanding: Relations with emotion socialization and child self-regulation. In: *Social Development*, 18, 324-352.

Cole, P.M. & Moore, G.A. (2015): About face! Infant facial expression of emotion. *Emotion Review*, 7, 116-120. DOI 10.1177/1754073914554786.

Cork, Margaret R. (1969): *The Forgotten Children: A Study of Children with Alcoholic Parents*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Davis, T. L. (1995): Gender differences in masking negative emotions: Ability or motivation? In: *Developmental Psychology*, 31, 660-667.

Dialog-on (o.A.): Kleiner Leuchtturm. Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien von 7-12 Jahren. kleiner_leuchtturm_ii_flyer_2021.pdf (dialog-on.at) [10.09.2023].

Diener, M.L. / Mangelsdorf, S.C. (1999): Behavioral strategies for emotion regulation in toddlers: Associations with maternal involvement and emotional expressions. In: *Infant Behavior & Development*, 22, 569-583.

Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M.H. (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.

Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (2013): *Soziale Dienste in Österreich*. Innsbruck: Studienverlag.

Deutsch, H (1944): *Die Psychologie der Frau*, Bern: Huber, 1948-54.

Dube, SR / Anda, RF / Felitti, VJ / Croft, JB / Edwards, VJ / Giles, WH (2001): Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 25.

Ehrenfried, Th. / Heinzelmann, C. / Kähni, J. / Mayer, R. (1999): *Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker*. 3. Auflage, Balingen.

Elderton, E. / Pearson, K. (1910): A first study of the influence of parental alcoholism on the physique of the offspring. *Eugenics Laboratory Memoirs X*, 1-46.

Ellis, DA / Zucker RA / Fitzgerald, HE (1997): The role of family influences in development and risk. In: *Alcohol Health Res World*, 21, 218-26.

Ensink, K. / Begin, M. / Normandin, L. / Godbout, N. / Fonagy, P. (2017): Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. In: *Journal of Trauma and Dissociation*, 18 (1), 2017, 11-30. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536>.

Erikson, E. H. (1951): Sex Differences in the Play Configurations of Preadolescents, *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. XXI.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (2019): *Austria Country Drug Report 2019*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/austria_en [25.12.2022].

Feldstein Ewing, S. W. / Sakhardane, A. / Blakemore, S.-J. (2014): The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. In: *Neuroimage Clinical*, 5. (o.A.).

Feuerlein, Wilhelm / Kufner, Heinrich / Soyka, Michael (1998): *Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung-Folgen-Therapie*. 5. Auflage, Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag.

FICE Austria (Hg*in) (2019): *Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe*. 1. Auflage, Freistadt: Verlag Plöchl.

Fröhlich-Gildhoff, K. / Rönnau-Böse, M. (2009): *Resilienz*. München: Reinhardt.

Fuchs, C. (2011): Kinderrechte in der Verfassung: Das BVG über die Rechte von Kindern. In: Lienbacher, G./ Wielinger, G. (Hg*in): *Öffentliches Recht. Jahrbuch 2011*. Wien: NWV, 91-110.

Garbe, Elke (2018): *Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen*. 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cola.

Giesbrecht, G. F. / Müller, U. / Miller, M. R. (2010): Psychological distancing in the development of executive function and emotion regulation. In: B. W. Sokol, J. I. M. Carpendale, A. R. Young & G. Iarocci, *Self and social regulation: Social interaction and the development of social understanding and executive functions*, 337-357. New York: Oxford University Press.

Goleman, Daniel (2000): *Der Erfolgsquotient*. Ungekürzte Ausgabe, München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Grabenwarter, Ch. (2014): Zur Frage der Integration der Garantien der Kinderrechtskonvention in das österreichische Bundesverfassungsrecht. In: Berka, W./Grabenwarter, Ch./Weber, K. (Hg*in) (2014): *Studien zur Kinderrechtskonvention und ihrer Umsetzung in Österreich*. Beauftragt vom Bundesministerium für Familien und Jugend für das Kinderrechte-Monitoring-Board, Wien.

Gross, J. J. / Jazaieri, H. (2014): Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. In: *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.

Grossmann, Karin / Grossmann, Klaus E. (2005): *Bindungen-das Gefüge psychischer Sicherheit*. 2.Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.

Grüsser, Sabine / Thalemann, Carolin (2006): *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber.

Heleniak, C. / Jenness, J.L. / Stoep, A.V. / McCauley, E. / McLaughlin, K.A. (2016): Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: a transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. In: *Cognit Ther Res.*, 2016, 40:394–415. DOI: 10.1007/s10608-015-9735-z.

Helferich, C. (2009): *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Hill, S.Y. / Hruska, D.R. (1992): Childhood psychopathology in families with multigenerational alcoholism. *Journal of Academical Child Adolescence Psychiatry*, 31, 1024-1030.

Holodynski, Manfred (unter Mitarbeit von Friedlmeier, W.) (2006): *Emotionen. Entwicklung und Regulation*. Heidelberg: Springer.

Holodynski, Manfred (2013): Entwicklungspsychologische Grundlagen der Emotionsregulation. In: *Psychologische Rundschau*, 64 (4), 2013, 196-207. DOI: 10.1026/0033-3042/a000174.

Holthaus, Marianne (2018): Familie aus dem Gleichgewicht. Sucht betrifft die ganze Familie. In: *Spektrum Sucht*, 2018, 13.

Janke, B. (2007): Entwicklung von Emotionen. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie*, 347–358. Göttingen: Hogrefe.

Janke, B. (2010): Was kannst du tun, um Dich nicht mehr zu fürchten? Strategien zur Furchtregulation im Kindergartenalter. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 561-575.

Jellinek, E. M. (1960): Alcoholism, a genus and some of its species. In: *Canad. Med. Ass.*, 83, 1341.

Jemerin, J. (2004): Latency and the capacity to reflect on mental states. *Psychoanalytic Study of the Child*, 59, 211-239.

Johnson, J.L. / Sher, K.J. / Rolf, J.E. (1991): Models of vulnerability to psychopathology in children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 15, 33-42.

Johnson, Helmut / Johnson, Ursula (2008): Was Kinder brauchen. Aspekte zur psychosozialen Entwicklung von fremd untergebrachten Kindern. In: Hilweg, Werner / Posch, Christian (Hg*in): *Fremd und doch zu Hause. Qualitätsentwicklung in der Fremdunterbringung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag, 25-38.

Jordan, S. (2010): Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 2010, 343-344. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1035-x>.

Keenan, K. (2000): Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 418–434.

Kinder- und Jugendhilfe in Zahlen Quartalsbericht (2023): 2. Quartal 2023. Stadt Wien.

Klein, Anna (2012): Resilienz und protektive Faktoren. Sozialpädagogische Hilfen für Kinder und Jugendliche am Beispiel einer stationären Jugendhilfeeinrichtung. 1. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Klein, Michael (1996): Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtblasteten Familien- eine Bestandsaufnahme. *Psychomed*, 8.

Klein, Michael (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. In: *Suchttherapie*, 2, 2001, 119-120.

Klein, Michael / Zobel, Martin (2001): Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Familien-Ergebnisse einer Modellstudie. In: Zobel, Michael (Hg*in): *Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Klein, Michael (2008): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen*. Stuttgart: Schattauer.

Kleinginna, P.R. jr. und Kleinginna, A. M. (1981): A categorized list of emotion definitions with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345-379.

Knop, J. / Teasdale, T. W. / Schulsinger, F. / Goodwin, D. W. (1985): A prospective study of young men at high risk for alcoholism: School behavior and achievement. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 273-278.

Körner, Wilhelm / Deegener, Günther (Hg*in) (2011): *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Kullik, A. / Petermann, F. (2012): *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.

Lachner, G. / Wittchen, Hans-Ulrich (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl H, Rockstoh B (Hg*in). *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe.

Lagattuta, K. H. (2005): When you shouldn't do what you want to do: Young children's understanding of desires, rules, and emotions. In: *Child Development*, 76, 713-733.

Lambrou, Ursula (1990): *Familienkrankheit Alkoholismus*. Hamburg: Rowohlt.

Larsen, R. J. / Prizmic, Z. (2004): Affect regulation. In: R. F. Baumeister / K. D. Vohs, Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications, 40-61. New York: Guilford.

Leschnik, Andreas (2021): Emotionale Kompetenzen. Grundlagen, Clinical Reasoning und Interventionen im Kindes- und Jugendalter. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Lewis, M. (2008): The emergence of human emotions. In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones & L. Feldman Barrett (Eds.), Handbook of emotions (3rd ed., pp. 304-319). New York: Guilford.

Lohaus, A. (1989): Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie: Problemstellungen und Forschungsperspektiven. Bern: Huber.

Lohaus, Arnold / Vierhaus, Marc / Maass, Asja (2010): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Berlin: Springer Verlag GmbH.

Loukas, A. / Fitzgerald, H.E. / Zucker, R.A. / Eye, A. (2001): Parental alcoholism and cooccurring antisocial behavior: prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. Journal of Abnormal Child Psychology, 29, 91-106.

Lynskey, M.T. / Fergusson, D.M. / Horwood, L.J. (1994): The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. Addiction, 89, 1277-1286.

MacNicholl, T.A. (1905): A study of the effects of alcohol on school children. The Quarterly Journal of Inebriety, 27, 113-117.

Markowitz, P. / Craig, R.J. (1992): Conscious and unconscious perceptions of self in children of alcoholics. The International Journal of the Addictions, 27, 1187-1196.

Mayring, Philip (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

McCauley Ohannessian, C. / Hesselbrock, V.M. (2004): Do alcohol expectancies moderate the relationship between parental alcoholism and adult drinking behaviors? Addictive Behaviors, 29, 901-909.

Meury, Markus (2022): Alkohol in der Gesellschaft-aktueller Stand und Trends. In: SuchtMagazin, 4&5, Jg. 48, 5.

Midgley, N. / Ensink, K./ Lindquist, K./ Malberg, N./ Muller, N. (2017): Mentalization-based treatment for children. A time-limited approach, Washington, DC: American Psychological Association.

Moesgen, Diana / Schulz, Wolfgang / Klein, Michael (2012): Elterliche Alkoholprobleme: Kognition der Kinder und Verhaltensauffälligkeiten. In: SUCHT, 58 (2), 2012, 109-118. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000170>.

Moore, G. A., Cohn, J. F. & Campbell, S. B. (2001): Infant affective responses to mother's still face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviours at 18 months. *Developmental Psychology*, 37, 706-714. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.706>.

Moss, H.B. / Vanyukov, M. / Majumder, P.P. / Kirisci, L. / Tarter, R.E. (1995): Prepubertal sons of substance abusers: Influences of parental and familial substance abuse on behavioral disposition IQ, and school achievement. *Addictive Behaviors*, 20, 345-358.

Muchow, Hans Heinrich (1953): Flegeljahre. Beiträge zur Psychologie und Pädagogik der „Vorphubertät“. 2. Auflage, Tuttingen: J.F. Bofinger.

Muller, N. / Gerits, L. / Siecker, I. (2012): Mentalization-based therapies with adopted children and their families. In: Midgley, N / Vrouva, I. (Hg*in): *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London: Routledge.

Müller, U. / Jacques, S. / Brocki, K. / Zelazo, P. D. (2009): The executive functions of language in preschool children. In: A. Winsler, C. Fernyhough / I. Montero, *Private speech, executive functioning, and the development of verbal selfregulation*, 53-68. New York: Cambridge University Press.

Musalek, Michael / Psota, Georg / Springer, Nadja / Tretter, Felix (o.A): Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Alkohol und mögliche Folgen. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0aa6a3ed-15d7-4f8f-8f93-169ffb146049/200212_BMSGPK_Alkoholkonsum%20und%20m%C3%B6gliche%20Folgen_pdfUA.pdf [21.11.2022].

Nigg, J.T. / Glass, J.M. / Wong, M.M. / Poon E. / Jester, J.M. / Fitzgerald, H.E. / Puttler, L.I. / Adams, K.M. / Zucker, R.A. (2004): Neuropsychological executive functioning in children at elevated risk for alcoholism: findings in early adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 302-314.

Nowacki, Katja / Remiorz, Silke (2018): *Bindung bei Pflegekindern. Bedeutung, Entwicklung und Förderung*, 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Oberhauser, Sabine (2015): *Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=543> [18.11.2022].

Opp, Günther / Fingerle, Michael (Hg*in) (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Petermann, F. / Gust, N. (2016): Emotionale Kompetenz im Vorschulalter fördern. Das EMK-Förderprogramm. Hogrefe.

Petermann, Franz / Petermann, Ulrike (2005): Training mit aggressiven Kindern. Weinheim: Beltz.

Petermann, Franz / Wiedebusch, Silvia (2016): Emotionale Kompetenz bei Kindern. Klinische Kinderpsychologie. Band 7, 3. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Pons, F. / Harris, P. L. / de Rosnay, M. (2004): Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. In: European Journal of Developmental Psychology, 1, 127-152.

Poon, E. / Ellis, D.A. / Fitzgeralds, H.E. / Zucker, R.A. (2000): Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics during the early school years: differences related to subtypes of familial alcoholism. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24, 1020-1027.

Puttler, L.I. / Zucker, R.A. / Fitzgerald, H.E. / Bingham, C.R. (1998): Behavioral outcomes among children of alcoholics during the early and middle childhood years: Familial subtype variations. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1962-1972.

Quast, Anja (2012): Alkoholbelastete Familien-Gefährdungslagen für Kinder und sozialpädagogische Hilfeansätze. In: Schone, Reinhold / Tenhaken, Wolfgang (Hg*in): Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag, 172-198.

Rennert, Monika (1990): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 2., unveränderte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Riechmann, Elke / Sattler, Frank A. / Christiansen, Hanna / Chavanon, Mira-Lynn (2017): Emotionsregulation. Konzepte, Modellvorstellungen und aktuelle Befunde bei ADHS. In: Lernen und Lernstörungen, 6(3), 2017, 145-155. DOI 10.1024/22350977/000178.

Rummel, Christina (2022): Passivtrinken als gesamtgesellschaftliches Problem. In: SuchtMagazin, 4&5, Jg. 48, 5.

Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.

Saarni, C. (1984): An observational study of children's attempts to monitor their expressive behavior. In: Child Development, 55, 1504-1513.

Salisch, M. von (2000): Wenn Kinder sich ärgern: Emotionsregulierung in der Entwicklung. Göttingen: Hogrefe.

Sax, Helmut (2019): Kinderrechtlicher und fachlicher Kontext der Qualitätsstandards. Empowerment durch Kinderrechte – Warum Kinder und die Kinder- und Jugendhilfe von einem Kinderrechtsansatz profitieren. In: Fice Austria (Hg*in): Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. 1.Auflage, Freistadt: Verlag Plöchl, 20-24.

Sax, Helmut (2011): Kinderrechte in der Verfassung - was nun? Zur Umsetzung internationaler Normen im nationalen Recht am Beispiel des BVG Kinderrechte 2011 - enttäuschend, aber mit Potential. In: EF-Z,127, 2011, 204-210.

Scheithauer, H. / Petermann, F (2002): Aggression. In: F. Petermann (Hg*in), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, o.A.

Schmidt, Lothar (1993): Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Definition-Ursachen-Folgen-Behandlung-Prävention. 3. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schneewind, Klaus A. (1991): Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Scott, J. (2000): Children as respondents: The challenge for qualitative methods. In: P. M. Christensen A. James (Eds.), Research with children. Perspectives and practice (pp. 98-119). London und New York: Falmer Press.

Sher, Kenneth J. (1991): Children of Alcoholics. A Critical Appraisal of Theory and Research. Chicago: University of Chicago Press.

Sher, Kenneth J. (1997): Psychological characteristics of children of alcoholics. Alcohol Res Health, 2, 247-254.

Shoda, Y. / Mischel, W. / Peake, P.K. (1990): Predicting adolescent cognitive and self-regulatory competencies from preschool delay of gratification. In: Developmental Psychology, 26, 978-986.

Southam-Gerow, M. A. / Kendall, P. C. (2002): Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. In: Clinical Psychology Review, 22, 189–222.

Springer, Nadja / Lueger-Schuster (2020): Der familiäre Hintergrund „suchtbelastete Familie“ und dessen Auswirkung auf Mentalisierungsprozesse fremduntergebrachter Kinder. In: Psychotherapie Forum, 2020, 9-11. <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00136-3>.

Sroufe, L.A. (1996): Emotional development: The organization of emotional life in the early years. New York: Cambridge University Press.

Stegge, H. / Meerum Terwogt, M. (2007): Awareness and regulation of emotion in typical and atypical development. In: J.J. Gross, Handbook of emotion regulation, 269-286. New York: Guilford.

Stimmer, Franz (2020): Suchtlexikon. Unter Mitarbeit von Petra Andreas-Stiller (Redaktion und Kurzstichwörter). München, Wien, Oldenbourg: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Sting, Stephan (2019): Kinderrechtlicher und fachlicher Kontext der Qualitätsstandards. Qualitätsstandards als Medium der Qualitätsentwicklung in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in Österreich. In: Fice Austria (Hg*in): Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. 1.Auflage, Freistadt: Verlag Plöchl, 30.

Strayer, J., Fraser, S. & Roberts, W. (2004): Children's anger, emotional expressiveness, and empathy: Relations with parents' empathy, emotional expressiveness, and parenting practices. Social development, 13, 229-254. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.000265.x>.

Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien. <https://www.sozialministerium.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Berichte-und-Statistiken/%C3%96sterreichische-Repr%C3%A4sentativerhebung-zu-Substanzgebrauch/GPS-2020/Repr%C3%A4sentativerhebung-zu-Konsum--und-Verhaltensweisen-mit-Suchtpotenzial.pdf> [01.09.2023].

Sucht- und Drogenkoordination Wien. (2021) (o.A.): In: Institut für Suchtprävention: Grundlagen Sucht und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Skriptum, 2021, 32. 210316_Skriptum Grundlagen Sucht KiJu_final.pdf (sdw.wien) [07.02.2023].

Teesson, Maree/ Degenhardt, Louisa/Hall, Wayne (2002): Suchtmittel und Abhängigkeit. Formen-Wirkung-Interventionen, Klinische Praxis. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber Verlag.

Thomasius / Schulte-Markwort / Küstner / Riedesser (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Thomsen, T. / Lessing, N. / Greve, W. (2017): Transgenerationale Emotionsregulation. Kindheit und Entwicklung, 26, 7-18. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000211>.

Trautner, Hans Martin (1992): Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Grundlagen und Methoden. Band 1, Göttingen: Hogrefe.

Trotter, Thomas (1778): An Essay, Medical, Philosophical and Chemical, on Drunkenness and its Effects on the Human Body. London.

Uhl, Alfred / Strizek, Julian / Brunner, Lisa / Hojni, Marcus / Eisenbach-Stangl, Irmgard / Geishofer, Manfred H. / Haller, Reinhard / Haring, Christian / Kahr, Claudia / Baumgartner, Roswitha / Korbel, Christian / Lagemann, Christoph / Lemonis, Leonidas / Winter-Sporn, Maya Vivian / Mechtcheriakov, Sergei / Musalek, Michael / Psota, Georg / Springer, Nadja / Tretter, Felix (o.A): Alkoholkonsum und mögliche Folgen. In: Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, (o.A.), Seite 5. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0aa6a3ed-15d7-4f8f-8f93-169ffb146049/200212_BMSGPK_Alkoholkonsum%20und%20m%C3%B6gliche%20Folgen_pdfUA.pdf [26.08.2023].

Velleman, Richard / Orford, Jim (1999): Risk and Resilience. Adults who were the children of Problem Drinkers. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Viernickel, S. (2016): Zur Bedeutung der professionellen Haltung in der pädagogischen Arbeit. Eine Spurensuche in Theorie und Praxis. Vortrag an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Vogl, Susanne (2015): Interviews mit Kindern führen. Eine praxisorientierte Einführung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Vogl, Susanne (2012a): Alter und Methode: Ein Vergleich persönlicher und telefonischer Leitfadeninterviews mit Kindern. Wiesbaden: VS Verlag.

Vorwahl, Heinrich (1929): Psychologie der Vorpubertät eine Einführung in das Innenleben der Halbwüchsigen. Berlin und Bonn: Dümmlers Verlag.

Vygotsky, L. S. / Luria, A. R. (1994): Tool and symbol in child development. In: R. v. d. Veer & J. Valsiner, The Vygotsky reader, 99-174. Oxford: Blackwell.

Wegscheider, Sharon (1981): Another chance: Hope and health for the alcoholic family. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Weissman, DG. / Bitran, D. / Miller, AB. / Schaefer, JD. / Sheridan, MA / McLaughlin, KA. (2019): Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. In: Dev Psychopathol, 2019, 31:899–915. DOI: 10.1017/S0954579419000348.

Werner, Emmy E. (2007): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, Günther / Fingerle, Michael (Hg*in): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, 20-23.

Wilens, T.E. / Biederman, J. / Spencer, T. (1996): Attention deficit hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorders. In: S. Jaffee (Ed.): Pediatric substance

use disorders: Child Psychiatric Clinics of North America. Philadelphia: Saunders, 73-91.

Wilens, T. E. (1998): AOD use and attention deficit/hyperactivity disorder. Alcohol Health and Research World, 22, 127-130.

Wilk, L. (1996): Die Studie "Kindsein in Österreich". Kinder und ihre Lebenswelten als Gegenstand empirischer Sozialforschung- Chancen und Grenzen einer Surveyerhebung. In: M.-S. Honig / H. R. Leu / U. Nissen (Eds.), Kinder und Kindheit: Soziokulturelle Muster- sozialisationstheoretische Perspektiven (S. 55-76). Weinheim und München: Juventa.

Windle, Michael / Searles, John D. (eds.) (1990): Children of Alcoholics: critical perspectives. New York: Guilford Press.

Woititz, J.G. (2003): 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. In: J Child Adolesc Subst Abuse, 42, 415-29.

Wustmann, C. (2005): So früh wie möglich! Ergebnisse der Resilienzforschung. Gewalt gegen Kinder, 1-2, 14-18.

Wustmann, C. (2006): Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln. In Bohn, I. (Hg*in): ISS Aktuell. Dokumentation der Fachtagung, „Resilienz-Was Kinder aus armen Familien stark macht.“, 2, 2006, 6-15.

Wustmann, C. (2007): Resilienz. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg*in), Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung, 119-289. [o.A.].

Wustmann, C. (2011): Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 3.Auflage, Berlin: Cornelsen-Scriptor, 125.

Zaorska, Justyna / Kopera, Maciej / Elisa M. Trucco / Suszek, Hubert / Kobylinski, Pawel / Jakubczyk, Andrzej (2020): Childhood Trauma, Emotion Regulation, and Pain in Individuals with Alcohol Use Disorder. In: frontiers in Psychiatry 11. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.554150.

Zobel, Martin (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Band 2, 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Abbildungen

Abb. 1:	19-20
Abb. 2:	28
Abb. 3:	40
Abb. 4:	42

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Jasmina Tomasevic, geboren am 10.02.1988 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Wien, 11.09.2023

Signiert von: Jasmina Tomašević
Datum: 11.09.2023 17:32:26
 <p>Dieses Dokument ist digital signiert! Dieses mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehene Dokument hat gemäß Art. 25 Abs. 2 der Verordnung (EU) Nr 910/2014 vom 23. Juli 2014 ("eIDAS-VO") die gleiche Rechtswirkung wie ein handschriftlich unterschriebenes Dokument.</p> <p><small>Prüfinformation: Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: www.a-trust.at/pdf</small></p>

Unterschrift