



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Resilienz und Rollenverhalten bei erwachsenen Kindern
alkoholbelasteter Eltern –
eine quantitative Erhebung unter Bezugnahme auf die
Alkoholismus-Typologie nach Lesch“

Verfasserin

Iris Rausch

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Prof. Dr. Moritz Rosenmund

Danksagung

In erster Linie möchte ich meinem Betreuer Hrn. V.-Prof. Dr. Moritz Rosenmund danken, der mein Thema angenommen und mit Interesse und Zuversicht meine Fortschritte im Diplomarbeitsprozess begleitet hat.

Ebenso gilt mein Dank Hrn. Ao.Univ.-Prof. Dr. Otto-Michael Lesch, der mein Interesse an der Thematik geweckt und mir den Zugang zu Kontaktdaten ermöglicht hat, ohne die mein empirischer Teil nicht zustande gekommen wäre. Darüber hinaus hatte er besonders in der Anfangsphase ein offenes Ohr, wenn es galt bürokratische Hürden zu meistern.

Ich danke auch Fr. Ao.Univ.-Prof. Dr. Henriette Walter, deren Unterstützung in der Rekrutierungsphase meine Forschung bedeutend vorantrieb.

Besonderer Dank wird Hrn. Ronald Bauer zu teil, der mich durch die Höhen und Tiefen des Diplomarbeitsgeschehens begleitet hat und mir in zeitintensiven und angespannten Phasen immer wieder das Ziel vor Augen führte, das oftmals in weiter Ferne schien. Des Weiteren wäre ohne seine Hilfe die Layoutierung der vorliegenden Arbeit nicht annähernd in diesem Ausmaß vollbracht worden.

Auch meiner Familie und meinem Freundeskreis möchte ich Dank aussprechen, die mir in den letzten Monaten meiner soziale Abwesenheit immer wieder Zuspruch und aufmunternde Worte zukommen ließen.

Zuletzt sollen noch meine lieben Arbeitskolleginnen und Freundinnen Erwähnung finden, die mir nicht nur mit Rat und Tat zur Seite standen, sondern auch in selbstloser Art ihre Zeit zum Korrekturlesen zur Verfügung stellten. Im Speziellen möchte ich mich bei Mag.^a Daniela Pertl und Mag.^a Regine Daniel für ihre emotionale und fachliche Unterstützung bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	11
1.1. Hinführung zum Thema	11
1.2. Forschungsinteresse	12
1.3. Forschungsfrage	12
1.4. Gliederung der Arbeit	12
2. Die Alkoholerkrankung	15
2.1. Das Suchtdreieck	16
2.2. Die Geschichte des Alkohols	17
2.2.1. Die erste Alkoholkrise	17
2.2.2. Die Industrialisierung oder die zweite Alkoholkrise	18
2.2.3. Der Erste und Zweite Weltkrieg	19
2.2.4. Von 1945 bis heute oder die dritte Alkoholkrise	19
2.2.5. Die Familie und das Kind im Zentrum der Sucht- und Alkoholismusforschung	20
2.3. Der Alkohol	22
2.3.1. Zusammensetzung alkoholischer Getränke	24
2.3.2. Der Alkoholmetabolismus	24
2.3.2.1. Resorption	24
2.3.2.2. Elimination	25
2.3.3. Flushing-Syndrom	25
2.4. Alkoholerkrankung	26
2.4.1. ICD-10	26
2.4.1.1. Schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom & Alkoholentzugssyndrom	26
2.4.2. Das Suchtgedächtnis und Craving	28
2.5. Die Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze	29
2.6. Alkoholismus und Konsum in Österreich	30
2.6.1. Konsum bei Kindern und Jugendlichen	31
2.6.1.1. Trinkmotive bei Kindern und Jugendlichen	32
2.6.2. Die vier Trinkkulturen	34
2.7. Alkoholtransmission	36
2.7.1. Die genetische Disposition	36
2.7.2. Komorbidität	38
2.8. Alkoholismustypologien	39
2.8.1. Alkoholismustypologien von Jelinek bis Schuckit	40
2.8.2. Die Lesch-Alkoholismus-Typologie (LAT)	41
2.9. Zusammenfassung	43

3.	Die alkoholbelastete Familie und ihr Rollenverhalten	45
3.1.	Al-Anon & Alateen	45
3.1.1.	Al-Anon & Alateen Österreich.....	45
3.2.	Die Familiensituation	47
3.2.1.	Alkoholismus als Familienerkrankung.....	47
3.2.2.	Der Alltag des Kindes	48
3.2.3.	Der nicht abhängige Elternteil	48
3.2.4.	Vorherrschenden Effekte in der Familie.....	49
3.2.4.1.	Gewalt	51
3.2.5.	(Unbewusste) Gesetzmäßigkeiten in der Familie	52
3.2.6.	Die Eltern als Erzieher.....	54
3.3.	Die Dysfunktionalität (des Familienklimas)	54
3.4.	Das Rollenmodell	56
3.4.1.	Der Begriff „die (soziale) Rolle“	57
3.4.2.	Allgemeines zu den Rollen in dysfunktionalen Familien	60
3.4.2.1.	Das Rollenmodell nach Richter.....	61
3.4.3.	Die Rollen in alkoholbelasteten Familien	62
3.4.4.	Die Rollen nach Black und Wegscheider-Cruse	64
3.4.4.1.	Der Held/der Verantwortungsbewusste.....	64
3.4.4.2.	Der Sündenbock/das ausagierende Kind.....	66
3.4.4.3.	Das verlorene Kind/der Fügsame	67
3.4.4.4.	Das Maskottchen/der Friedensstifter.....	68
3.5.	Das erwachsene Kind	70
3.5.1.	Der Auszug und was kommt danach?	70
3.5.2.	Die erwachsenen Rollenmodelle	72
3.5.2.1.	Der erwachsene Held/der erwachsene Verantwortungsbewusste.....	72
3.5.2.2.	Der erwachsene Sündenbock/das erwachsene ausagierende Kind	73
3.5.2.3.	Das erwachsene verlorene Kind/der erwachsene Fügsame	73
3.5.2.4.	Das erwachsene Maskottchen	74
3.5.3.	Das Brechen des Schweigens – auf dem Weg der Besserung.....	74
3.6.	Zusammenfassung.....	75
4.	Resilienz	77
4.1.	Erste Begriffsbestimmungen	77
4.2.	Resilienzforschung.....	78
4.2.1.	Das Resilienzkonzept in der Erziehungswissenschaft	80
4.3.	Das Resilienzphänomen und ihre Problemlagen	82

4.3.1.	Das Verortungs- und Abgrenzungsproblem.....	82
4.3.2.	Resilienz als Personenmerkmal oder Fähigkeit?	85
4.4.	Resilienzfaktoren.....	87
4.4.1.	Resilienzfaktoren bei COA und ACOA.....	91
4.4.2.	Biologische Resilienzfaktoren.....	93
4.5.	Entstehungsmodelle von Resilienz.....	94
4.5.1.	Das „Challenge-Modell“ und das „Damage-Modell“	94
4.5.1.1.	Modell der Kompensation	95
4.5.1.2.	Modell der Interaktion	96
4.5.1.3.	Modell der Kumulation	96
4.5.1.4.	Das Schutzfaktorenmodell.....	96
4.5.1.5.	Modell nach Kumpfer.....	96
4.6.	Ausgewählte Resilienzstudien und ihre Ergebnisse.....	98
4.7.	Kritische Auseinandersetzung	99
4.8.	Forschungslücken	101
4.9.	Resilienz-Alkohol-Definition im Kontext der (A)COA.....	102
4.10.	Pädagogische Bedeutung des Resilienzkonzepts.....	103
4.10.1.	Interventionsprogramme bei COA.....	104
4.10.2.	Ausgewählte Resilienz-Förderprogramme	106
4.11.	Zusammenfassung	107
5.	Empirie.....	109
5.1.	Zielsetzung und Hypothesen	109
5.2.	Methodisches Vorgehen.....	110
5.2.1.	Die Erhebungsinstrumente.....	110
5.2.1.1.	Erhebungsinstrumente zur Beforschung der Alkoholkrankung.....	111
5.2.1.1.1.	Der CAGE-Fragebogen.....	112
5.2.2.	Erhebungsinstrument zur Beforschung des Rollenverhaltens.....	113
5.2.2.1.	Das Children´s Roles Inventory	113
5.2.3.	Erhebungsinstrumente zur Beforschung der Resilienz	115
5.2.3.1.	Die Resilienzskala	116
5.3.	Durchführung der Studie	117
5.3.1.	Die Rekrutierung der Stichprobe und Erhebung der Daten.....	117
5.3.1.1.	Demografische Daten zur Stichprobe	118
5.3.2.	Ausschlusskriterien	120
5.4.	Statistische Auswertungsverfahren	120
5.4.1.	Korrelationsanalyse.....	121

5.4.2.	Vergleich von Mittelwerten	121
5.4.3.	Häufigkeiten	122
5.5.	Ergebnisse der Studie	122
5.5.1.	Ergebnisse zur Beforschung der Alkoholerkrankung bei ACOA.....	123
5.5.2.	Ergebnisse zur Beforschung des Rollenverhaltens der ACOA	126
5.5.3.	Ergebnisse zur Beforschung der personellen Resilienz bei ACOA	132
5.6.	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	138
5.7.	Kritik und Ausblick.....	142
5.8.	Conclusio	145
6.	Quellenverzeichnis	149
6.1.	Literaturverzeichnis	149
6.2.	Zeitschriftenverzeichnis	154
6.3.	Online-Literatur	156
Anhang.....		159
1.	Zusammenfassung	159
2.	Abstract	160
3.	Kontaktbogen	162
4.	Teilnahme-Information an die Eltern	163
5.	Informationsblatt an die ProbandInnen	164
6.	Fragebogen	165
7.	Lebenslauf	168

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Suchtdreieck	13
Abb. 2: Suchtdreieck detailliert	16
Abb. 3: Balkendiagramm Alkoholkrankung – gemeinsamer Haushalt	124
Abb. 4: Kreisdiagramm Rollenverteilung innerhalb der ACOA	127
Abb. 5: Balkendiagramm Rollentypen – Alkoholismus Typ 2 und Typ 3	129
Abb. 6: Balkendiagramm Rollentypen – Alkoholkrankung	131
Abb. 7: Kreisdiagramm Resilienztypen	132
Abb. 8: Balkendiagramm Alkoholkrankung – Resilienztypen	134

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alkoholgehalt bei Speisen und Getränke (vgl. Pfannhauser zit. n. Uhl et al. 2008, S. 30 [Online])	23
Tabelle 2: Der Alkoholgehalt in Bier, Wein und Spirituosen (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 30f)	23
Tabelle 3: Pro-Kopf-Konsum bei AlkoholikerInnen ab dem 15. Lebensjahr (vgl. ebd., S. 31 [Online]).....	31
Tabelle 4: Die Rollenmodelle im Überblick (in Anlehnung an Zobel 2006, S. 29)	62
Tabelle 5: Kreuztabelle Geschlecht – Alter	118
Tabelle 6: Häufigkeitstabelle alkoholkranker Elternteile	119
Tabelle 7: Häufigkeitstabelle Anzahl der Kinder in der Herkunftsfamilie.....	119
Tabelle 8: Kreuztabelle Anzahl der Kinder in der Herkunftsfamilie.....	120
Tabelle 9: Häufigkeitstabelle Alkoholkrankung der ACOA	123
Tabelle 10: Kontingenzkoeffizient gemeinsamer Haushalt – Alkoholkrankung	124
Tabelle 11: Kreuztabelle alkoholkranker Elternteil – Alkoholkrankung der ACOA	125
Tabelle 12: Chi-Quadrat-Test alkoholkranker Elternteil	125
Tabelle 13: Berechnung des Phi-Koeffizients alkoholkranker Elternteil – Alkoholkrankung.....	126
Tabelle 14: Chi-Quadrat-Test Rollentypen.....	127
Tabelle 15: Chi-Quadrat-Test Rollentypen der alkoholkranken ACOA.....	128
Tabelle 16: Chi-Quadrat Test Alkoholismus Typ 2 – Rollentypen	130
Tabelle 17: Chi-Quadrat Test Alkoholismus Typ 3 – Rollentypen	130
Tabelle 18: Berechnung des Kontingenzkoeffizients Alkoholkrankung der ACOA – Summenscore der Rollentypen	131
Tabelle 19: Mittelwertvergleich Resilienzskala 1 und 2 bei resilienten ProbandInnen	133
Tabelle 20: Mittelwertvergleich Resilienzskala 1 und 2 bei nicht resilienten ProbandInnen.	133
Tabelle 21: Mittelwertvergleich Resilienzskala 1 und 2 bei Personen im Normbereich	133
Tabelle 22: Statistik vom T-Test Alkoholkrankung der ACOA – Resilienzscore	135

Tabelle 23: Einfaktorielle ANOVA Alter – Resilienzscore.....	135
Tabelle 24: Statistik vom T-Test Resilienzscore – psychiatrische Erkrankung	136
Tabelle 25: Mittelwertvergleich Resilienzscore – psychiatrische Erkrankung	136
Tabelle 26: Mittelwertvergleich des Resilienzscore bei Rollentypen.....	137
Tabelle 27: Einfaktorielle ANOVA Rollentypen – Resilienzscore	138

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
u. a.	unter anderem
ACOA	Adult Children of Alcoholics
COA	Children of Alcoholics
bspw.	beispielsweise
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel
LAT	Lesch- Alkoholismus- Typologie
ebd.	Ebenda
AKH	Allgemeines Krankenhaus

1. Einleitung

1.1. Hinführung zum Thema

„Im Grunde hat mich die Krankheit meines Vaters stark gemacht und mir gezeigt, wie wichtig es ist, zu kämpfen. Aber da ich leider so wie er zu Depression neige, gibt es Phasen in der [sic] ich sehr schwach bin und sicher ist das auch eine Folge meiner Vergangenheit. Aber durch meinen Vater weiß ich, dass ich nicht aufgeben darf und so komme ich meistens auch mit dieser Seite von mir klar.“

(Verfasserin: anonym)

Dieses Zitat stammt von einer erwachsenen Frau eines alkoholmissbrauchenden Vaters. Im Zuge der Fragebogen-Untersuchung nutzte sie am Ende des Bogens die Möglichkeit, eine Anmerkung zu hinterlassen und ihr eigenes Befinden niederzuschreiben. Sie ist ein erwachsenes Kind, aufgewachsen in einer Alkoholikerfamilie (ACOA¹), das aus den aversiven Familienverhältnissen selbst eine Erkrankung entwickelt hat. In dieser Arbeit soll genau diese Zielgruppe der ACOA ins Auge gefasst und deren Lebenssituation in Kindheit als auch im Erwachsenenleben nachgezeichnet werden. Allerdings gilt es hier nicht nur die pathogenen Umstände offenzulegen sondern viel mehr die Entwicklung eines gesunden erwachsenen Kindes trotz vorliegender Umstände aufzuzeigen. In Publikationen wird dabei von ungefähr 1/3 der Kinder ausgegangen, die ungeachtet traumatischer Familienerlebnisse psychische Gesundheit ausbildeten und somit als resiliente bzw. widerstandskräftige Kinder bezeichnet werden können (vgl. Zobel 2006; Ehrenfried/Mayer 2008; Gschwandtner 2004 [Online], Jordan 2010[Online]).

Einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der COA und folglich bedeutsam für das Leben als Erwachsener sprechen Black, Wegscheider-Cruse und Lambrou dem innerhalb der Alkoholikerfamilien vorzufindenden Rollenverhalten zu (vgl. Black 1988, Wegscheider-Cruse 1989, Lambrou 2010). Die von Kindern aus Notwendigkeit und dem Gefühl der Sicherheit heraus übernommen Rollen werden von den Autorinnen als pathogen bezeichnet und deren Weiterführung im Erwachsenenleben als Beitrag zu problematischen Lebensstilen angesehen. Da jedoch auch gesunde Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien hervorgehen, stellt sich die Frage, ob von pathogenen Rollen und pathogener Rollenübernahme noch die Rede sein kann. Welcher differierende Umgang ermöglicht es den resilienten Kindern, die familiäre Situation gesund zu überstehen? Übernehmen sie möglicherweise keine spezifische, einzelne Rolle und können so eine gewisse Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an den Tag legen, die den alltäglichen Schwierigkeiten trotzen? Diese offenen Fragen führen schließlich zur eigentlichen Fragestellung dieser Arbeit und werden,

¹ ACOA steht allgemein für „Adult Children of Alcoholics“ und meint erwachsene Kinder von alkoholerkrankten Eltern. Diese Bezeichnung wird auch in einschlägiger Literatur derartig verwendet (vgl. Woititz 2007). Der Einfachheit halber bezeichnet deshalb COA die Kinder mit elterlicher Alkoholerkrankung.

nachdem der Ursprung des Forschungsinteresses an dieser Thematik aufgezeigt worden ist, expliziert.

1.2. Forschungsinteresse

Der Anfang für die wissenschaftliche Neugier an Resilienz und Rollenverhalten von ACOA war durch die Vorlesung Hrn. Ao.Univ.-Prof. Dr. Leschs zum Thema „Alkoholismus und süchtiges Verhalten“ gesetzt worden. Ein anschließendes, fast zweimonatiges Praktikum an der Ambulanz für Alkoholismusgefährdete des Allgemeinen Krankenhauses Wien gewährte zur theoretischen Auseinandersetzung einen wertvollen Einblick in den Umgang mit SuchtpatientInnen und deren einzelne Schicksalsschläge. Besonders prägend gestalteten sich die einzelnen Angehörigenbesuche der PatientInnen. Der geläufigen Alltagsmeinung zum Trotz, erwachsene Kinder alkoholerkrankter Eltern seien prädestiniert für eine eigene Suchterkrankung oder zumindest psychische Erkrankung, fanden sich während der Besuchszeiten augenscheinlich gesunde Kinder ein. Warum aber erkranken manche trotz negativer Erfahrungen im Elternhaus an Alkoholismus und andere wiederum nicht? Inwiefern unterscheiden sich die beiden Gruppen von Kindern?

Angeleitet von diesen Fragen eröffnete sich im Zuge der Recherchen ein breites Themengebiet. Angefangen mit zahlreichen Publikationen zur Alkoholerkrankung per se über die beeinträchtigte Entwicklung der Kinder bis hin zu meist negativen Erfahrungsberichten in einschlägigen Internetforen, führten diese schließlich weg von einer pathologisierenden Sichtweise und hin zur Resilienzforschung. Entscheidende Ansätze konnten in diesem Forschungsgebiet gefunden werden und Antworten zu folgender Forschungsfrage liefern:

1.3. Forschungsfrage

Inwiefern unterscheiden sich alkohol-resiliente erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien hinsichtlich ihrer Resilienzfähigkeit und Rollenübernahme von jenen selbst suchterkrankten erwachsenen Kindern? Für die Beantwortung dieser Frage wird eine quantitative Erhebung mit erwachsenen Kindern alkoholerkrankter Eltern durchgeführt.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es demnach, einen möglichen Zusammenhang zwischen Rollenverhalten und Resilienzfähigkeit aufzudecken. Dafür werden in vier Kapiteln theoretische Debatten zu Alkoholismus, zu alkoholbelasteten Familien und ihren Kindern und zu Resilienz besprochen, sodass schließlich im letzten die Durchführung und Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden können.

1.4. Gliederung der Arbeit

Um die Entwicklung resilienter erwachsener Kinder aus alkoholbelasteten Familien nachvollziehen zu können, bedarf es einem Verständnis der Problemlagen, unter denen diese aufgewachsen sind. Es bedarf in erster Linie einer Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung Alkoholismus, denn nur das kombinierte Wissen um krankheitsauslösende

und gesundheitserhaltende Faktoren kann das Resilienzkonzept in seiner Fülle erfassen (vgl. Wustmann 2004, S. 26).

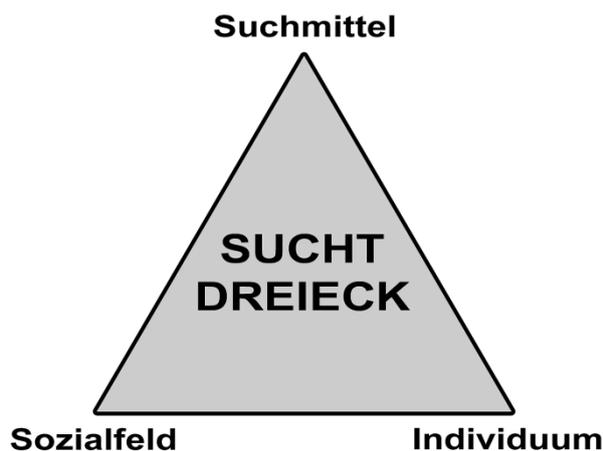


Abb. 1: Suchtdreieck

Für eine umfassende und differenzierte Darstellung des komplexen Phänomens der Suchterkrankung wird deshalb das Konzept des „Suchtdreiecks“, das sich in Fachdiskursen durchgesetzt hat, herangezogen (vgl. Singer 2002, Feuerlein 2008, Soyka/Küfner 2008). Darüber hinaus soll dieses sicherstellen, dass im dargestellten Themenkomplex der „rote Faden“ klar sichtbar wird. Das Suchtdreieck fasst dafür zahlreiche Einflussfaktoren zur Entstehung einer Sucht bzw. Abhängigkeit

auf drei entscheidende und gegenseitig bedingende Kräfte treffend zusammen: Suchtmittel, Individuum, Sozialfeld (vgl. Kapitel 2.1.).

Infolgedessen kann das zweite Kapitel als oberste Spitze dieses Dreiecks betrachtet werden, indem das Suchtmittel mit fortwährendem Rückbezug auf COA fokussiert wird. Dazu wird vorerst ein geschichtlicher Rückblick den heutigen Umgang mit Alkohol als Resümee unterschiedlicher Faktoren aufzeigen. Gleichmaßen wird auf die Jahrhunderte andauernde Entwicklung bis zur Anerkennung von Alkoholismus als psychiatrisches Krankheitsbild hingewiesen. Darauf aufbauend können das heutige Verständnis der und Kenntnisse zur Alkoholerkrankung nachvollzogen und so das Verhalten des alkoholbelasteten Elternteils der ACOA auch im Sinne einer physiologischen Reaktion auf diese Erkrankung sichtbar gemacht werden. Alkoholismustypologien sollen hierbei ein tieferes Verständnis liefern und besonders die Lesch-Typologie, nach der die Eltern und somit auch deren Kinder für die empirische Untersuchung ausgewählt wurden, Eindrücke vom Leben der ProbandInnen gewähren. Schließlich soll eine Schilderung zur Situation von Alkoholkonsum in Österreich und im Speziellen bei Kindern und Jugendlichen den Status quo belegen und über die Risiken einer Weitergabe von Alkoholismus an die nachfolgende Generation informieren.

Im dritten Kapitel wird in Weiterführung des Suchtdreiecks vorrangig das Individuum, also das Kind bzw. die/der Erwachsene und tangential auch das Sozialfeld, in dem die ACOA aufgewachsen sind, ins Auge gefasst. Für die Entstehung des Suchtverhaltens bedarf es neben dem Suchtmittel und den individuellen Faktoren, wie es im Fall der ACOA auf deren Rollenverhalten zutreffen kann, auch pathogenen Umweltbedingungen, wie sie in alkoholbelasteten Familien vorzufinden sind. Der Alkoholikerhaushalt hält mit eigenen Regeln und Rollen die Sucht der/des Betroffenen aufrecht, um die durch die Droge aus dem

Gleichgewicht geratene familiäre Stabilität wiederzugewinnen. Diese Gesetzmäßigkeiten und die Rollenmodelle der (A)COA nach Wegscheider-Cruse und Black sollen in diesem Abschnitt geklärt und als Teil der Fragebogenerhebung ersichtlich werden.

Das letzte Theoriekapitel wird sich schließlich mit dem Thema Resilienz befassen und stellt das Pendant zum Suchtdreieck dar, denn Resilienz in dieser Arbeit wird als Widerstandskraft gegen die Entwicklung einer Alkoholsucht verstanden. In diesem Sinne soll die pathologisierende Sichtweise verlassen werden und das resiliente Kind bzw. der Erwachsene in den Mittelpunkt treten. Dafür ist es vonnöten, das Gebiet der Resilienz einzugrenzen und in Bezug auf Alkoholismus zu klären. Der Versuch einer Begriffsbestimmung wird dabei die Abgrenzungsschwierigkeiten zu ähnlichen Termini aufdecken und gleichzeitig die Kritik an diesem Resilienzkonzept nachvollziehbar machen. Der Hauptteil dieses Kapitels wird sich mit möglichen Resilienzfaktoren beschäftigen und aus physiologischer Sicht die Existenz eines Resilienz-Gens hinterfragen.

Ausgehend von den in den Kapiteln über Alkoholismus, Rollentypen und Resilienz gewonnenen Erkenntnissen werden im empirischen Teil Hypothesen formuliert, die an vorliegender Stichprobe überprüft werden. Dafür werden die zur Datenerhebung herangezogenen Fragebögen vorgestellt und mittels demografischer Daten über die teilnehmenden Testpersonen ein Einblick in die Stichprobe dieser Studie geboten. Nachdem schließlich die statistischen Auswertungsverfahren angewandt und die Ergebnisse präsentiert wurden, erfolgen einerseits die Interpretation und andererseits ein Vergleich zwischen den Ergebnissen aus dem Theorieteil und jenen aus der vorliegenden Studie. Da in jeder empirischen Beforschung wie auch hier Mängel und Fehler auftreten, werden diese allgemein in Hinblick auf die quantitative Sozialforschung und im Speziellen auf die vorliegende Studie diskutiert. Darauf aufbauend können Anregungen für weitere Forschungsarbeiten zu diesem Thema gegeben werden. Als Abschluss wird ein Rückbezug zu den drei Hauptthemen hergestellt und nochmals die Bedeutung dieser theoretischen und praktischen Auseinandersetzungen mit den ACOA für die Erziehungswissenschaft belegt.

2. Die Alkoholerkrankung

Nach diesem Überblick zur Gliederung wird beginnend mit dem Kapitel Alkohol und Alkoholismus direkt in die umfangreiche Thematik übergeleitet. Dies bedeutet, den Fokus auf das Suchtmittel zu legen und theoretisches Hintergrundwissen zu Alkoholismus, dem Verhalten der Betroffenen sowie ihren möglichen Alkoholismustypen zu erarbeiten und über die Gefahr der Transmission zu informieren.

Dazu soll zuvorderst ein Szenario skizziert werden, das den heutigen, oft widersprüchlichen Umgang mit Alkohol in unserem Kulturkreis in etwa darstellt. An einem abendlichen Sommertag wird den Kindern einer vier-köpfigen Familie ein Spaziergang zum nächstgelegenen Eissalon versprochen, um sich dort ein schmackhaftes Eis zu gönnen. Wie es der Zufall so will, möchte eines der Kinder aus dem gesamten Sortiment die eine alkoholhaltige Eissorte. Nun kommt es zur Diskussion zwischen Kind und Eltern, die das Eis dem Mädchen aus gesundheitlichen Gründen verbieten. Mittlerweile wartet die bereits ungeduldige Bedienung auf die Bestellung und meldet sich zu Wort, nachdem das Kind auf das Eis besteht. Sie ergreift die Partei des Mädchens und meint, dieses Eis habe nur wenig Alkohol und von einem „Schluck“ sei noch niemand zum Alkoholiker geworden. Dieser kurze Auszug beinhaltet bereits mehrere Aspekte, die sich in der Bevölkerung, obwohl unzutreffend, als Allgemeinwissen kritiklos verbreitet haben. Es handelt sich dabei um die Debatte der schädlichen Wirkung von Alkohol auf Kinder und um die Ätiologie des Alkoholismus´.

Zunächst soll auf die unüberlegte Relation Kind- Erwachsener hingewiesen werden, die im vorangegangenen Szenario angenommen wurde. Die Wirkung einer gewissen Alkoholmenge bei einem Erwachsenen eins zu eins auf Kinder umzulegen, ist ein trügerischer Fehlschluss. Ein Vergleich kann erst mit einer „äquivalenten“ Alkoholmenge angestellt werden, die das Körpergewicht berücksichtigt und so die tatsächliche personenbezogene Blutalkoholkonzentration hervorruft. Die Eisverkäuferin hat die „absolute Alkoholmenge“ als Bezugspunkt herangezogen und dadurch einen für einen Erwachsenen unbedenklichen Schluck auf ein Kind mit geringer Größe und niedrigerem Gewicht übertragen. (vgl. Uhl et al. 2008, S. 7f [Online]) Genau diese Thematik einer Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen bei Alkoholkonsum haben in einer Expertise des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung Uhl et al. untersucht und mit Hilfe eines Vergleichs die Annahme, bei identem Konsum die Blutalkoholkonzentration eines Erwachsenen mit jener eines Kindes gleichsetzen zu können, als folgenschweren Trugschluss entlarvt. Unter Berücksichtigung von Geschlecht und Konstitution (vgl. ebd., S. 7 [Online]), würde beispielsweise der Konsum von eines Achtelliters Eierlikör bei einem Kind, einer Menge von bis zu zweimal 0,7 Liter bei einem Erwachsenen entsprechen. Dass bei dieser Quantität lebensbedrohliche Folgen drohen, steht außer Frage (vgl. ebd., S. 17 [Online]).

Eine weitere Behauptung im Zusammenhang mit kindlichem Alkoholkonsum ist, dass Alkohol bei Kindern und Jugendlichen besonders gesundheitsschädigende Wirkung zeigt. In der Expertise wird eine reine Bejahung dieser Behauptung für vorschnell gehalten, denn grundsätzlich sind Hirnschäden unabhängig vom Alter nachgewiesen. Sie können, aber müssen sich nicht durch die Intensität bei jungen Menschen unterscheiden (vgl. ebd., S. 23 [Online]).

Für den zweiten Aspekt des dargestellten Szenarios – der Ätiologie des Alkoholismus – wird auf die anschließenden Unterkapitel verwiesen, die sich dieser komplexen Thematik widmen. Insbesondere kann dabei über das Suchtdreieck entscheidendes Wissen zur Entstehung der Erkrankung gewonnen und so die Auswirkungen des Suchtmittels auf den missbrauchenden Elternteil und infolgedessen auf die Familie aufgezeigt werden.

2.1. Das Suchtdreieck

Für die Entwicklung einer Suchterkrankung kommen zahlreiche Einflussfaktoren zum Tragen, die aufeinander einwirken und sich im Zuge der Erkrankung auch verändern können. Zobel spricht hier von einer multikausalen Bedingtheit des Alkoholismus (vgl. Zobel 2006, S. 111). Diese multiplen Einflüsse werden im Modell „Suchttrias“ auf drei entscheidende Faktoren zusammengeführt und ergeben das genannte Dreieck (vgl. Tabelle 1). Wechselwirkungen finden zwischen den Bereichen Suchtmittel, Sozialfeld und Individuum, die selbst wieder zahlreiche Subkategorien aufweisen, statt.

In der vorliegenden Arbeit werden diese Aspekte in erster Linie in Bezug auf den Alkohol angeführt und bereits in Verbindung mit nachfolgenden Themen erklärt. Das Suchtmittel

Alkohol mit seiner psychoaktiven Wirkung, seiner Verfügbarkeit und seinem Abhängigkeitspotenzial, lässt die Konsumenten abwägen, sich für oder gegen die Einnahme zu entscheiden. Diese Entscheidung hängt u. a. vom Temperament, der eigenen Komorbidität und Coping-Strategien des Individuums ab. Das sich ebenso in Interaktion mit



Abb. 2: Suchtdreieck detailliert

dem sozialen Umfeld befindliche Individuum unterliegt der dortigen Trinkkultur, in der auch Freunde auf Konsum und Konsumierende reagieren. Gleichmaßen ist es eingebettet in die alkoholbelasteten, familialen Umstände (vgl. Feuerlein 2008, S. 18f; Soyka/Küfner 2008, S. 20f; Uhl 2009, S. 71). Dieses Ineinandergreifen der einzelnen Faktoren zeigt die Multikausalität für die Entstehung einer Suchterkrankung auf. Erst „durch die Interaktion von Agens (Alkohol), Zustand des Betroffenen und der Umwelt“ kann sich bei COA pathologisches Konsumverhalten ausbilden (vgl. Agarwal-Kozlowski/Argarwal 2002, S. 61). Auf Basis dieser vielschichtigen Einflussfaktoren kann ein einzelner Schluck niemals als suchterzeugend, aber in Zusammenhang mit weiteren Faktoren als mitauslösend bezeichnet werden. Für alkohol-resiliente Erwachsene kann daraus geschlussfolgert werden, dass diese auf gewisse Einflussfaktoren widerstandskräftiger oder anders reagieren als jene, die selbst alkoholerkrankt sind.

Nach dieser Erörterung des Suchtdreiecks soll bereits dessen oberste Spitze – das Suchtmittel – in den Blick genommen werden und anhand einer geschichtlichen Auseinandersetzung der gegenwärtige Umgang mit Alkohol als Resümee jahrhunderte währender Entwicklungen herausgearbeitet werden.

2.2. Die Geschichte des Alkohols

In prähistorischer Zeit entstanden bereits die ersten alkoholischen Getränke und wurden aus Fruchtsäften, Getreide, Honig oder Milch gewonnen (vgl. Feuerlein 2008, S. 12, Soyka/Küfner 2008, S. 2). Angeblich wusste bereits der Cro-Magnon-Mensch um 40.000 v. Chr. die Gärprozesse für alkoholische Getränke zu nutzen (vgl. Schneider 2009, S. 40). Einem arabischen Gelehrten wird die erstmalige Herstellung dieser Getränke zugesprochen, nachdem er die dafür nötigen Gärungsprozesse zufällig entdeckt hatte. Bezeichnet wurde der Alkohol damals als das Edelste und Feinste (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 23f). Die anfänglich hergestellten wein- und bierartigen Getränke bzw. Met enthielten 15–18 % Alkohol und waren im Altertum und Mittelalter als alltägliche Getränke den oberen Schichten vorbehalten. Den ärmeren Schichten blieb nur das verunreinigte Wasser. Neben der Funktion als Grundnahrungsmittel schätzte die damalige, wohlhabende Bevölkerung die psychoaktive Wirkung, den Rauschzustand infolge des Alkohols. (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 2). Erstmals gebrauchte Paracelsus 1520 das arabische Wort alkool und übersetzte es als „feines Pulver“, bis 1616 die deutsche Bezeichnung im Sinne von Branntwein eingeführt wurde. (vgl. Feuerlein 2008, S. 11).

2.2.1. Die erste Alkoholkrise

Dieser Bedeutungswandel von feinem Pulver zu Branntwein kann, ungefähr zeitgleich mit der ersten Alkoholkrise im 16. Jahrhundert, u. a. auf die Verbreitung der Destillation in Europa zurückgeführt werden. Ab diesem Zeitpunkt gelang auch die Herstellung

höherprozentiger Getränke, die unter der Bevölkerung zu regelrechten Besäufnissen bis zur Besinnungslosigkeit führten (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 27f).

Der neue, durch Destillation erzeugte Branntwein ermöglichte durch Beimischung zu mildereren Getränken deren bessere Haltbarkeit und versprach, wo bisher alkoholhaltige Getränke nur zu den Anbauzeiten saisonal und lokal begrenzt verfügbar waren, dem täglichen Konsum auch in entfernteren Gebieten Tür und Tor zu öffnen. Diese Verbreitungsmöglichkeit des neuen Schnapses verhalf auch den unteren Schichten zu Ablenkung von den damaligen miserablen Zuständen, dem Dreißigjährigen Krieg. Schnell war von der „Branntweinpest“ die Rede, vom Aufkommen Tausender täglich berauschter Trinker. Während dieser ersten Alkoholkrise im 16., 17. Jahrhundert entstanden auch erste Abstinenzvereine, die auf die Gefahren von Alkohol hinwiesen und für Mäßigung plädierten. Auch die erste Alkoholsteuer wurde eingeführt und Trunkenheit mit Geldstrafen belegt. Die damaligen Herrscher entdeckten dadurch auch Alkohol als Einnahmequelle. Diese erste Alkoholkrise dauerte noch weitere 150 Jahre an, bis sie schließlich aufgrund vornehmerer Manieren an den Höfen zum Erliegen kam. Alkoholkonsum fand nunmehr in gesittetem und kontrolliertem Maße statt. Nur bestimmten Bevölkerungsschichten war der Zugang zu Alkohol erlaubt (vgl. ebd., 27–31).

2.2.2. Die Industrialisierung oder die zweite Alkoholkrise

Basierend auf unterschiedlichen vorangegangenen Entwicklungen erfuhr der Alkoholkonsum mit Beginn des 19. Jahrhunderts einen weiteren Aufschwung bis zu einer jährlichen Pro-Kopf-Konsumation von 10 Litern (vgl. ebd., S. 31). Der Alkoholhandel florierte mehr denn je durch die Erfindungen der Kältemaschine und des Bierautomaten. Zur Förderung des Durchhaltevermögens der Arbeiter waren auch während der Arbeitszeit Alkoholika erlaubt, und durch diesen Alkoholoptimismus kam es auch unter Kindern bereits ab dem sechsten Lebensjahr zur Alkoholkonsumation. Aus diesen Entwicklungen heraus formten sich schließlich Gegenbewegungen, die einen entscheidenden Perspektivenwechsel einleiteten. Alkoholsucht wurde nunmehr als Erkrankung, weniger als Sünde wahrgenommen und Spezialkrankenhäuser, sogenannte Trinkerheilstätten, zur Heilung errichtet (vgl. ebd., S. 31–34; Feuerlein 2008, S. 14). Bis zu diesem Zeitpunkt waren „Trunksüchtige“ mit anderen Straftätern, Bettlern, Verrückten usw. vor der Gesellschaft weggesperrt und zur Kostendeckung zu Zwangsarbeit verpflichtet worden (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 30). Diese neue Krankheitsperspektive geht laut Lindenmeyer im amerikanischen Raum auf den Arzt Benjamin Rush zurück, der um 1774 Alkoholismus als „Krankheit des Willens“ bezeichnete und ihn so in den Blick medizinwissenschaftlicher Forschung rückte. Für Rush zeichnete sich dabei besonders die Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankten ab. (Lindenmeyer 2005, S. 2) Feuerlein sieht als den europäischen Urheber des willensabhängigen Krankheitskonzeptes des Alkoholismus den schottischen Arzt Trotter, der sechs Jahre nach Rush folgendes

verfasste: Die “Begierde [sei] nach häufiger Trunkenheit eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit“ (Feuerlein 2008, S. 13). Mit Beginn des 19. Jahrhunderts fanden sich auf dem Markt auch erstmals Arzneien zur Behandlung, die allerdings keine oder sogar suchtvorstärkende Wirkung zeigten. In dieser Zeit wurde ferner die Herstellung von Fruchtsäften und Limonaden möglich, wodurch alkoholische Getränke und verunreinigtes Wasser sukzessiv ersetzbar wurden. (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 33f)

2.2.3. Der Erste und Zweite Weltkrieg

Der Erste und Zweite Weltkrieg brachten einen starken Rückgang des Alkoholkonsums mit sich. Während die Lebensmittel immer knapper wurden, wurde auch auf die Herstellung von Alkohol fast gänzlich verzichtet. Unter dem nationalsozialistischen Regime galt Alkoholismus als Erbkrankheit und Alkoholikerkrankte mussten verpflichtend zur Anzeige gebracht werden. In Konzentrationslagern kam es deshalb auch zu vielen Zwangssterilisationen und gezielten Einlieferungen von Alkoholikerkrankten. Genauso wurden Schließungen von Heilstätten veranlasst und Abstinenzverbände verboten. Diese, wenngleich sehr erschreckende Entwicklung, brachte einen drastischen Rückgang des Alkoholkonsums und dessen Problematik mit sich (vgl. ebd., S. 34f).

In den USA erreichte zwischen den beiden Weltkriegen die bestehende Mäßigkeitsbewegung ein allgemeines Alkoholverbot, das den Gesamtkonsum zurückgehen und den illegalen Verkauf in die Höhe schnellen ließ. Mit dem Andauern der Weltwirtschaftskrise von 1928 wurde schließlich das Verbot wieder aufgehoben, denn über hoch besteuerte Alkoholika waren vermehrt Steuereinnahmen zu erwarten. Trotz der hohen Steuersätze nahm der Konsum rasant zu. (vgl. ebd., S. 35f)

2.2.4. Von 1945 bis heute oder die dritte Alkoholkrise

Nach jahrelangem Verbot des Schnapsbrennens kam es in den 60er-Jahren zur „nassen Generation“ und somit zur dritten Alkoholkrise, von der dieses Mal alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen betroffen waren. Nur geschlechtsspezifische Unterschiede gab es bezüglich der Konsummenge und den Örtlichkeiten, an denen konsumiert wurde. Männer tranken mehr als Frauen und vermehrt an öffentlichen Plätzen. Obwohl Lindenmeyer mit 1979 den Kumulationspunkt der dritten Alkoholkrise festlegt (vgl. ebd., S. 36–39), kann dies mit der Repräsentativerhebung von Uhl et al. zumindest für Österreich nicht bestätigt werden. In Österreich kam es bis zu den Jahren 1990 und 1991 zum stetigen Anstieg des Alkoholkonsums. Lag der Jahreskonsum 1979 noch bei 11,5 Liter, so stieg dieser bis Anfang der 90er auf 12,3 Liter Alkohol pro Kopf an. Seither ist der Jahreskonsum rückläufig. (vgl. Uhl et al. 2011, S. 45 [Online]) Die heutige Situation lässt sich als Weiterentwicklung der Geschehnisse interpretieren, indem das damalige Krankheitskonzept zur gesetzlichen Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit geführt hat und im internationalen Klassifikationssystem publiziert wurde. Neue wirksame Medikamente

konnten entwickelt und auf individuelle Alkoholismustypologien (siehe Kapitel 2.7.) basierende Behandlungsmethoden angeboten werden. Darüber hinaus entstanden Selbsthilfegruppen (siehe Kapitel 3.1.), die sich nicht mehr nur an die Betroffenen selbst, sondern auch an die Angehörigen wenden (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 37ff). Wie aus dieser geschichtlichen Aufarbeitung ersichtlich wird, unterlag das Konsumverhalten der Gesellschaft vielen Schwankungen, die auch die gegenwärtige nationale und internationale Bandbreite vom exzessiven Alkoholkonsum bis zur vollständigen Abstinenz erklärt.

2.2.5. Die Familie und das Kind im Zentrum der Sucht- und Alkoholismusforschung
Trotz dieser vorherrschenden Unterschiede gilt eines als stabiles Moment und ist seit Jahrtausenden bekannt: die schädlichen Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums. Bereits vor Jahrtausenden wurde vor maßlosem Weingenuss gewarnt, als sich bei freien Bürgern, die zur Teilnahme an Trinkgelagen verpflichtet waren, die Entwicklung des Suchtverhaltens und deren Folgen zeigte (vgl. Feuerlein 2008, S. 12f). Auf die Gefahren für Angehörige per se machte bereits in der Antike der griechische Philosoph Plutarch durch seinen Leitsatz aufmerksam: „Trinker zeugen Trinker“. (Gschwandtner 2002, S. 2 [Online]; Klein 1998, S. 3 [Online]; Zobel 2006, S. 13) Darüber hinaus verwies schon Platon auf die Schädigung des ungeborenen Kindes bei Konsum in der Schwangerschaft (vgl. Lesch 2011, S. 6).

Für lange Zeit waren weder in wissenschaftlicher noch alltäglicher Hinsicht die Familie bzw. Angehörige und Kinder von Alkoholkranken von Interesse. Erst mit dem 18. Jahrhundert kam es durch die „Branntweinpest“ und weiteren Alkoholkrisen zur systematischen Thematisierung der Familie. (vgl. Gschwandtner 2002, S. 2 [Online]; Zobel 2006, S. 13) So legten kindliche Fehlentwicklungen und erhöhte prä- und postnatale Sterblichkeit aufgrund des damals erhöhten Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen ein Konsumrisiko nahe (vgl. Klein 2008, S. 21). Aber die gewonnenen Kenntnisse aus Wissenschaft und Forschung im Bereich der psychoaktiven Substanzen – wie das fetale Alkoholsyndrom (vgl. ebd., S. 21) – hatten mit Mitte des 19. Jahrhunderts kaum Einfluss auf Politik oder Medizin genommen. Auch in der häuslichen Privatsphäre kam es zu keiner Veränderung im Umgang. So beispielsweise war es für österreichische Bauern üblich, Säuglingen und Kleinkindern zur Beruhigung opiumhaltige Mohnsauger zu reichen. Zur allgemeinen gesundheitlichen Stärkung erhielten kranke Kinder wein- und bierhaltige Speisen. Erst mit der Illegalisierung verschiedenster Drogen kam Anfang des 20. Jahrhunderts auch das Verbot, an Kinder Alkohol und Nikotin auszugeben. Jahrzehnte später entwickelte sich in den 60er-Jahren die professionelle Suchtprävention und versuchte, anfangs mit einseitigen Informationen Kinder und Jugendliche vom Konsum abzuschrecken. (vgl. Uhl et al. 2008, S. 6) Im Laufe der Zeit wurde diese Methodik des Abschreckens als wenig wirkungsvoll erkannt und an ihrer Stelle die Gesundheitsförderung als Ziel der Suchtprävention definiert (vgl. Uhl 2005, S. 44).

Erst in den 70er- bis 90er-Jahren richtete sich der Fokus gezielt auf die Beforschung der Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Dieses Interesse entstand in erster Linie durch Schilderungen von Klienten, die als Angehörige von Alkoholikerinnen und Alkoholikern Unterstützung suchten.² Im Zuge dieser Behandlungen kristallisierten sich bei vielen gemeinsame Charakteristika –„geringes Selbstwertgefühl, Unfähigkeit zur Intimität usw.“- heraus, die schließlich bei den behandelnden Experten zur tieferen Auseinandersetzung führten (vgl. Williams zit. n. Appel 1994, S. 119). Vor allem Black, Woititz und Wegscheider-Cruse ist in Amerika dieser neue Blickwinkel zu verdanken, genauso wie Lambrou im deutschsprachigen Raum (vgl. Gschwandtner 2002 [online], S. 2; Zobel 2006, S. 13).

In der heutigen Suchtprävention hat sich aus dieser Perspektive in Österreich eine große Strömung mit Blick auf das mündige anstelle des unmündigen Kindes etabliert: der demokratisch-emanzipatorische Ansatz. Dieser Ansatz möchte einen problematischen Substanzkonsum verringern, indem sich Kinder „Fähigkeiten [aneignen], die sie in die Lage versetzen, ihre Lebensbedingungen selbst aktiv zu gestalten bzw. zu verbessern.“ (Uhl 2005, S. 42) Innerhalb dieses Ansatzes finden sich derzeit zwei grobe Richtungen in der österreichischen Praxis wieder. Erstere setzt auf die Lebenskompetenzsteigerung des Kindes mittels „Empowerment“. Die zweite Strömung kombiniert die Kompetenzstärkung mit Informationsvermittlung zu suchtaktiven Substanzen und deren Suchtmechanismen. Erst das Wissen über das Suchtmittel und die eigene Kompetenz können Prävention ausmachen. (vgl. ebd., S. 44) Im Zuge der Fokussierung auf die Kinder kam es zur Zunahme von Interventionsprogrammen und je nach aktuellem Wissensstand zu Erweiterungen und entsprechenden Ausführungen. In Österreich finden bspw. folgende Präventionsprogramme derzeit statt: „clever & cool“³ (vgl. Institut Suchtprävention Pro Mente OOE; [Online]), „Jugend und Alkohol“⁴ (vgl. Kärntner Landesregierung 2012, [Online]).

Anhand dieses Rückblicks zeigt sich, dass erst im 20. Jahrhundert Drogenkonsum als problematisch erkannt und der Schutz des Kindes gesetzlich festgehalten wurde. Das Jugendschutzgesetz ist vom jeweiligen Bundesland geregelt und untersagt z. B. in Wien Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr den Konsum und Erwerb von Alkoholika in der Öffentlichkeit, außer sie dienen medizinischen Zwecken. Unternehmer und Veranstalter können bei Übertretung dieses Alkoholverbotes belangt werden. (vgl. Häupl/Theimer 2007, S. 3f [Online]) Obwohl diese Gesetzgebung und der Perspektivenwechsel, dank dem sich Publikationen zum Thema Alkoholismus mittlerweile auch mit Angehörigen und im Speziellen

² Aus den anfänglichen Angehörigentreffen entstanden schließlich erste Selbsthilfegruppen, die einander gegenseitige Hilfe boten und sich so zusehends Gehör verschafften (vgl. Kapitel 3.1.).

³ „clever & cool“ ist ein Kooperationsprojekt der Polizei Oberösterreich und dem Institut Suchtprävention zu den Themen Sucht, Prävention und Gewalt an Oberstufen.

⁴ Dieses in 4 Phasen verlaufende EU-Projekt versucht in regionalen Institutionen und Einrichtungen Kinder und junge Erwachsene für das Thema Alkohol zu sensibilisieren. Dieses nationenübergreifende Projekt gründet auf dem Austausch der teilnehmenden Staaten Österreich und Italien und soll zu dichter Informationsfülle führen.

mit Kindern befassen, Bestandteile unserer Gesellschaft geworden sind, schreibt Klein, dass die Alkoholismusforschung mit Fokus auf die Nachkommen der Missbrauchenden im Vergleich zu den USA und Skandinavien immer noch hinterherhinkt. (vgl. Klein 2008, S. 114) In Anbetracht des österreichischen Jahreskonsums (siehe Kapitel 2.5.) stellt sich weniger die Frage nach der Notwendigkeit, sondern mehr nach den Gründen der Hindernisse, die einer näheren Beforschung der Kinder im Weg stehen. Es steht jedenfalls fest, dass im Vergleich zum jahrtausendealten Wissen über das Suchtmittel, die Folgen für Kinder und Angehörige aus alkoholbelasteten Familien erst spät beforscht wurden.

Zur bisherigen Bestandsaufnahme der Geschichte des Alkohols und dem daraus resultierenden Umgang mit COA und den Erkrankten per se, bedarf es nun einer genaueren Auseinandersetzung mit dem Suchtmittel und seinem Krankheitsbild. In diesem Sinne verstehen sich die beiden folgenden Unterkapitel einerseits als Abhandlung zur chemischen Substanz und zum Genussmittel Alkohol, andererseits als Überblick zum Alkoholismus als psychische Erkrankung.

2.3. Der Alkohol

Alkohol gilt angesichts seiner frühen Entdeckung als die älteste Droge der Menschheit (vgl. Lindenmeyer 2010, S.24). Nicht nur für seine Rauschwirkung, sondern auch für seine sakrale Funktion, für die Förderung sozialer Kontakte und für seine heilsame Wirkung wurde bzw. wird Alkohol in vielen Kulturen und Nationen konsumiert (vgl. Feuerlein 2008, S. 11). Heute ist die gesundheitsfördernde Wirkung des Alkohols bereits wissenschaftlich nachgewiesen, wie z. B. die deutsche Weinakademie belegt. Bei 200 bis 400 ml mäßigem, aber regelmäßigem Weingenuss zeigen sich gefäßschützende und thrombosevorbeugende Effekte. Sogar eine um 13 % geringere Sterblichkeit wird der angegebenen Weinmenge nachgesagt (vgl. Deutsche Weinakademie 2011 [Online]).

Neben der dargestellten heilsamen Funktion, die früher als weiter reichend angenommen wurde, zeigt sich der Alkohol ebenso gesundheitsgefährdend bis tödlich. Als toxische Substanz führt jeder durch Alkohol induzierte Rauschzustand zu physischen Konsequenzen wie irreversiblen Gehirnzellensterben. Bei anhaltendem Konsum tritt das der Demenz ähnliche Korsakow-Syndrom auf (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 57). Weitere Folgeerkrankungen wie Leberzirrhosen, Alkoholhalluzinose, Magenschleimhautentzündung usw. können die Lebenserwartung radikal verkürzen (vgl. Feuerlein 2008; Uhl 2009; Lindenmeyer 2010; Soyka/Küfner 2008).

Alkohol wird im herkömmlichen Sinne als Flüssigkeit begriffen, entsteht aber ursächlich, bei Gärprozessen in täglichen Speisen. Nachfolgende Tabelle zeigt Lebensmittel, deren Alkoholgehalt oft nicht bedacht wird oder bekannt ist.

	Vol.-% Alkohol	Gramm Alkohol (Promille) pro Liter Flüssigkeit bzw. Kilogramm Speise
Apfelsaft frisch gepresst	0,25	2
Apfelsaft frisch gepresst nach 6 Stunden	0,75	6
Mischbrot	0,25–0,5	2–4
Reife Bananen nach 8 Tagen	0,63	5
Sauerkraut	0,63	5

Tabelle 1: Alkoholgehalt bei Speisen und Getränken
(vgl. Pfannhauser zit. n. Uhl et al. 2008, S. 30 [Online])

	Vol.-% Alkohol	Promille pro Liter Flüssigkeit
Alkoholfreies Bier	Max. 0,5	4
Weizenbier	~ 5	40
Weißwein	~ 11	90
Rotwein	~ 12,5	100
Liköre	25–45	200–355
Wodka	40	320
Whiskey	40	320
Rum	37,5–73	296–580

Tabelle 2: Der Alkoholgehalt in Bier, Wein und Spirituosen (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 30f)

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei auf die hier angeführten Promille-Angaben (‰) näher eingegangen, da sie nicht die tatsächlichen Promille (1 Milliliter reiner Alkohol pro Liter Blut; vgl. Lindenmeyer 2010, S. 43) von Konsumierenden darstellen. Für die Umrechnung bedarf es neben dem alkoholischen Getränk auch der Berücksichtigung vieler Einflussfaktoren, wie des Körperwassers, konsumierter Speisen, psychischer Faktoren, der individuellen Abbaugeschwindigkeit usw. Erst dadurch kann eine angemessene Angabe zur Blutalkoholkonzentration der jeweiligen Person errechnet und bestimmt werden, ob die in Österreich geltende 0,5-Promille-Grenze überschritten wurde. (vgl. Uhl et al. 2009, S. 69) Ausgenommen sind davon FahranfängerInnen, denn diese unterliegen in den ersten beiden Jahren der 0,1-Promille-Grenze. (vgl. Uhl et al. 2011, S. 63) Welche Konsequenzen und Strafen eine Übertretung mit sich bringen, kann z. B. auf den Internetseiten des ÖAMTC genauer nachgelesen werden (vgl. ÖAMTC 2012, [Online]).⁵

Als suchterzeugende Substanz wird Alkohol als psychotrope Droge klassifiziert, als die jene Stoffe gelten, „die unmittelbar verändernd auf die Funktionen des zentralen Nervensystems einwirken“. (Schneider 2009, S. 21) „Psychotrop“ wird dabei als „anregend, dämpfend oder ändernd auf die seelischen Vorgänge einwirken[d]“ verstanden (ebd., S. 21). „Eine solche

⁵ ÖAMTC bezeichnet den Österreichischen Automobil-, Motorrad- und Touring Club, der unter folgender Internetseite zu finden ist: <http://www.oeamtc.at/?id=2500,1108846>

Beeinflussung kann subtil sein und z. B. als Anregung [...] positiv“, aber bei entsprechend hoher Dosierung auch als negativ erlebt werden, wenn der Bewusstseinszustand weitreichend bis hin zur Bewusstlosigkeit oder zum Koma beeinträchtigt wird (ebd., S. 34). Zu diesen bewusstseinsverändernden Stoffen zählen neben Alkohol u.a. Opiode, Cannabinoide, Kokain, Koffein, Halluzinogene, Tabak (vgl. ebd., S. 21).

2.3.1. Zusammensetzung alkoholischer Getränke

Alkohol – chemisch auch als Ethylalkohol oder Ethanol bezeichnet (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 31) – wird aufgrund seiner einfachen chemischen Struktur auch als dummes Molekül bezeichnet, denn erst durch die beigefügten Fuselstoffe erhält der ansonsten unauffällige Geschmack erst den uns bekannten Charakter. (vgl. Lindenmeyer 2010, S.41) Die Bestandteile alkoholischer Getränke sind neben Ethanol und Wasser eben diese Begleit- bzw. Fuselstoffe wie das giftige Methanol und Butanol. Des Weiteren bestehen Alkoholika aus organischen Säuren, vor allem Wein- oder Apfelsäure. (vgl. Feuerlein 2008, S. 19f) Diese Ingredienzien nehmen die/der Konsumierende in Form von Bier, Wein, Spirituosen und Mischgetränken zu sich, die den Körper durchlaufen, bis ihre Elimination abgeschlossen ist.

2.3.2. Der Alkoholmetabolismus

2.3.2.1. Resorption

Zunächst gelangt der aufgenommene Alkohol über die Speiseröhre in den Magen, wo bereits 20 % des Alkohols von der Magenschleimhaut übernommen und in den Blutkreislauf abgegeben werden. 80 % hingegen gelangen im Dünndarm über die Darmschleimhaut in den Blutkreislauf. Von dort aus wird der Alkohol in den ganzen Körper transportiert und erreicht mitunter auch die Blut-Hirnschranke. Da er fett- und wasserlöslich⁶ ist, wird er als Suchtmittel besonders gefährlich eingestuft, denn er passiert problemlos diese „aus fettartigen Stoffen konstruierte“ Schranke und erreicht das Gehirn direkt (Lindenmeyer 2010, S.41f) Der Alkoholgehalt im Gehirn entspricht nun dem bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen Alkoholgehalt im Blut (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 34).

Uhl et al. unterscheiden bei der Alkoholaufnahme zwischen resorptiver und postresorptiver Phase. Erstere beschreibt die Dauer bis zur maximalen Blutalkoholkonzentration und kann nach der oralen Aufnahme zwischen 30 bis 60 Minuten andauern. (Uhl et al. 2009, S. 61f) Je nach Dosis, Alkoholkonzentration und Nahrungsaufnahme kann eine Verlängerung der Absorption bewirkt und so ein geringerer Spitzenwert im Blut erreicht werden (vgl. Haaren/Hendriks 2002, S. 41f). Die Verteilung des Alkohols im gesamten Körperwasser bis

⁶ Diese leichte Wasserlöslichkeit des Alkohols gilt auch als Mitgrund, weshalb Frauen stärker auf Alkohol reagieren als Männer. Da die Wassermenge eines Frauenkörpers niedriger ist, legt der Alkohol bei seiner Verteilung im Körper einen kürzeren Weg zurück und, kombiniert mit dem geringeren Körpergewicht einer Frau, ergibt sich im Vergleich zu Männern eine höhere Blutalkoholkonzentration bei gleicher Menge. (vgl. Haaren/Hendriks 2002, S. 43)

zum Kumulationspunkt der Blutalkoholkonzentration nach der letzten Aufnahme wird mit einer Gesamtdauer von 1 bis 1,5 Stunden angenommen. Daran anschließend beginnt die postresorptive Phase, die ab dem erstmaligen Absinken der Konzentration einsetzt und zeitlich sehr individuell verlaufen kann. (vgl. ebd., S. 43; Uhl 2009, S. 61f)

2.3.2.2. Elimination

Der Alkoholabbau verläuft hauptsächlich über die Leber (90–98 %), in der sich die größte Menge des Enzyms ADH (Alkoholdehydrogenase) befindet. Über die Lunge und andere Wege wie Urin und Schweiß werden nur ca. 2–10 % ausgeschieden (vgl. ebd., S. 44f). Im Vergleich zur Resorption verläuft die Elimination sehr langsam. Es wird davon ausgegangen, dass 0,1 bis 0,15 Promille in einer Stunde abgebaut werden können, nach Geschlecht variierend (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 43f). Dafür werden im Hauptorgan der Leber drei Enzymsysteme aktiv, die in Verbindung mit anderen Enzymen, Ethanol zu Kohlendioxid und Wasser oxidieren lassen: ADH, mikrosomales ethanoxidierendes System (MEOS) und Katalase. Zuerst beginnt über diese 3 Enzymsysteme die Umwandlung des Ethanols mit Hilfe des ADH zu Acetaldehyd. Unter der Beteiligung von Acetaldehyddehydrogenase (ALDH) oxidiert Acetaldehyd zu Acetat (Essigsäure), um schließlich im Citratzyklus unter Gewinnung von Energie zu Kohlenstoff und Sauerstoff veratmet zu werden. (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 34ff) Ein besonderes Augenmerk haben hierbei das MEOS und ALDH erhalten, da sich bei chronischem Alkoholkonsum „die MEOS- Aktivität erhöht und somit induzierbar ist.“ (ebd., S. 36) Diese gesteigerte Aktivität gilt auch als Auslöser für die bei Alkoholmissbrauchenden signifikante Alkoholtoleranz (vgl. ebd., S. 36; Uhl et al., S. 66f).

Erst nach der Metabolisierung des Ethanols – Resorption und Elimination – wird das toxische Methanol (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 29f) mit zeitlicher Verschiebung und mit der Produktion der giftigen Zwischenstufen Formaldehyd und Ameisensäure abgebaut (vgl. Uhl et al. 2009, S. 67). Diese Begleitstoffe bewirken den wohlbekannten Alkoholkater (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 30). Da zunächst die Alkoholmetabolisierung erfolgt, befindet sich das Methanol in Warteposition und scheidet bereits zu diesem Zeitpunkt geringe Mengen unverändert aus (vgl. Uhl et al. 2009, S. 67). Handelt es sich dabei um eine hohe Methanol-Konzentration, so führt dies zu Erblindung und sogar Todesfälle (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 30).

Derartige gravierende Folgen spüren in weniger drastischer Ausprägung auch Menschen mit dem „Flushing-Syndrom“, deren unangenehme Begleiterscheinungen sie auch zur Alkoholabstinenz veranlassen können.

2.3.3. Flushing-Syndrom

Bei manchen Menschen bzw. Populationen ist das aus einer Untergruppe des Enzyms ALDH stammende ALDH II inaktiv und bewirkt nach dem Alkoholkonsum einen erhöhten Acetaldehydspiegel, der sich für das sogenannte Flushing-Syndrom verantwortlich zeigt. 5 % der Europäerinnen und Europäer und sogar 80 % der mongoloiden und indogenen Völker

sind von dieser Alkoholunverträglichkeit betroffen (vgl. Uhl et al. 2009, S. 66), und erleiden bereits bei geringen Mengen Übelkeit, Schweißausbrüche, Arrhythmie usw. (vgl. Agarwal-Kozlowski/Agarwal 2002, S. 59f). Diese Auswirkungen aufgrund des inaktiven ALDH II zeigen das Flushing-Syndrom als Resilienz- bzw. Schutzfaktor auf (siehe Kapitel 4.4.), insofern es die Entwicklung einer Alkoholerkrankung verhindern kann.

Nachdem in diesem Unterkapitel Grundlegendes zur Metabolisierung des Alkohols ersichtlich wurde und sich das Flushing-Syndrom als möglicher Resilienzfaktor bei der Entwicklung der Alkoholerkrankung herausgestellt hat, soll nun die Erkrankung per se definiert und ausführlicher erörtert werden.

2.4. Alkoholerkrankung

2.4.1. ICD-10

Wenn von Alkoholerkrankung die Rede ist, dann ist darunter diagnostisch, also nach dem Diagnosesystem psychischer Störungen, dem ICD-10⁷, ein schädlicher Gebrauch mit Abhängigkeitssyndrom zu verstehen (vgl. Dilling/Freyberger 2010, S. 63). Begriffe wie Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch oder Alkoholabusus wurden aufgrund auftretender Unklarheiten in wissenschaftlichen Kontexten mit der 9. Version des in Europa gängigen ICD durch genannten schädlichen Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom ersetzt (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 11; Uhl et al. 2009, S. 73). Bis dahin war Alkoholismus als „primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst werden“ beschrieben, die häufig fortschreitet und tödlich enden kann (Soyka/Küfner 2008, S. 10). In wissenschaftlichen Publikationen und auch in jener Literatur zu dieser Arbeit sind sowohl ältere als auch neuere Bezeichnungen für die Alkoholerkrankung vorzufinden, die einen Vergleich der AutorInnen untereinander erschweren. Nachfolgende Definitionen beinhalten zwar mehrheitlich die Möglichkeit, neue Begrifflichkeiten synonym mit den älteren zu verwenden, decken aber nicht alle Ausdrücke ab. Um einer verfälschten Wiedergabe der Publikationen vorzubeugen, werden die Begriffe eins zu eins übernommen und im Zuge von Gegenüberstellungen auf mögliche Diskrepanzen hingewiesen.

2.4.1.1. Schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom & Alkoholentzugssyndrom

Der schädliche Gebrauch kann mit dem früheren Krankheitsbild des Alkoholmissbrauchs verglichen werden (vgl. Uhl et al. 2009, S. 82), ohne aber den Alkoholrausch zu inkludieren (vgl. ebd., S. 86). Bei diesem Gebrauch handelt es sich um ein Konsumverhalten, das körperliche wie psychische Schäden, etwa (Hirn-)Atrophien oder depressive Episoden, mit

⁷ Die Abkürzung ICD-10 steht für die Bezeichnung “International Classification of Mental and Behavioural Disorders Tenth Edition” (vgl. Dilling/Freyberger 2010, S.7). Die Bezifferung am Ende verweist auf die jeweils überarbeitete Version des Diagnosesystems. Derzeit liegt die 10. Version mit Neuerungen aus dem Jahre 2010 auf. In den österreichischen Krankenanstalten wurde dieses Diagnosesystem erstmals 1989 eingesetzt (vgl. Uhl et al. 2011, S. 13 [Online])

sich bringt. Quantitativ muss dieses verhängnisvolle Verhalten mindestens einen Monat lang oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten bestanden haben. Weitere Beeinträchtigungen drücken sich neben genannten Folgeschäden in der „eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder [im] gestörte[n] Verhalten“ aus, das sich schließlich auch in zwischenmenschlichen Beziehungen niederschlägt. Erst durch Zutreffen dieser Kriterien und in Abgrenzung zu anderen Substanzen, kann ein schädlicher Gebrauch durch Alkohol diagnostiziert werden. (vgl. Dilling/Freyberger 2010, S. 76)

Beim Alkoholabhängigkeitssyndrom wirkt der häufige Konsum verstärkt auf die drei Ebenen des Verhaltens, der körperlichen und der kognitiven Beschaffenheit von Konsumierenden. Dabei entstehen neben starkem Verlangen (Craving) auch Kontrollverluste über die Menge, den Beginn und die Beendigung des Konsums. Trotz wissentlicher Folgeschäden wird bei diesem Syndrom der Substanzgebrauch fortgeführt und demgemäß eine Toleranzentwicklung ausgelöst. Bei Reduktion oder Absetzen der Substanz treten teils heftige Entzugsserscheinungen, das sogenannte Alkoholentzugssyndrom auf. Aufgrund dieser Auswirkungen bzw. bereits vorhandener Dependenz werden Aktivitäten neben dem Konsum deutlich vernachlässigt (vgl. Dilling/Freyberger 2010, S. 76f). Die frühere Alkoholabhängigkeit (vgl. Uhl et al. 2009, S. 87) oder der (chronische) Alkoholismus (vgl. Dilling/Freyberger 2010, S. 77f) wird durch dieses Abhängigkeitssyndrom ersetzt.

Kommt es im Zuge einer anhaltenden Konsumation zu körperlichen Entzugssymptomen, so kämpfen Betroffene mit den Folgen des Alkoholentzugssyndroms, das sich u.a. durch Schwitzen, Erbrechen, Insomnie, Tremor, Halluzinationen äußert. Dieses Syndrom tritt nicht nur beim Entzug bzw. Entgiftung auf, sondern folgt immer auf die Entwicklung einer Toleranz. (vgl. ebd., 79f) Diese bedeutet in jedem Fall eine Dosissteigerung, um den Symptomen zu entgehen, und beruht nicht, wie viele annehmen, rein auf dem Gewöhnungseffekt. Der Körper versucht sich im Gegenteil zu schützen, indem er diese Toleranz entwickelt. Er reagiert darauf mit beschleunigtem Abbau der Substanz und induziert im Zentralnervensystem die Abschwächung der Wirkung (vgl. Schneider 2009, S. 189).

Diesem Prozess der Toleranzentwicklung kann nur durch Reduktion oder Abstinenz, die aufgrund der Abhängigkeit und des auftretenden Cravings zusehends schwerer durchzuhalten sind, entgegengesteuert werden. Dabei verspüren Konsumierende in der Anfangsphase der Reduktion und Abstinenz einen „mehr oder weniger starke[n] Drang und Wunsch, die Droge, in unserem Fall Alkohol, zu sich zu nehmen“ und erleben diesen Zustand als unüberwindbar. Dies bedeutet aber nicht, dem Craving hilflos ausgeliefert zu sein und es für Rückfälle immer verantwortlich machen zu können. Im Vergleich zu anderen Substanzen ist es sogar bei Alkoholabhängigen weniger häufig zu beobachten (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 126) Wie es zu diesem starken Verlangen überhaupt kommen kann, ist keine Frage des Willens, sondern ein komplexer, hirnpfysiologischer Prozess.

2.4.2. Das Suchtgedächtnis und Craving

Dabei spielt das mit Craving in enger Verbindung stehende Suchtgedächtnis eine bedeutende Rolle, denn das Suchtverlangen vermag diesen oft als unbezwingbar erlebten Zustand mit dem folgenreichen Griff zur Flasche nicht alleine und besonders nicht nach jahrelanger Abstinenz zu klären. Bei diesem Gedächtnis handelt es sich um aktivierte Gehirnregionen, ausgelöst durch „Erinnerungen an Menschen oder Plätze, die mit dem Drogenkonsum in Verbindung standen“ (Schneider 2009, S. 427f). Diese mit sinnlichen Eindrücken (Gerüche, Bilder, Geräusche) assoziierten Erinnerungen gelangen ins Langzeitgedächtnis, wo sie bei ähnlichen Reizen wieder aktiviert werden (vgl. ebd., S. 195–199). Aber wie Soyka & Kűfner darüber hinaus noch schreiben, müssen diese Schlüsselreize nicht zwingend einer alkoholspezifischen Erfahrung entspringen, sondern können auch von unspezifischer Natur sein, also „Umgebungsreize (bestimmte Situation, Ort, Stimmung) oder Stress“, die das Suchtgedächtnis bereits aktivieren und Verlangen auslösen (Soyka/Kűfner 2008, S. 51). Obwohl diese Erinnerungen verblassen mögen, erschwert bzw. verhindert besonders die Unauslöschbarkeit des Suchtgedächtnisses bei vielen den Weg der Heilung (vgl. Schneider 2009, S. 200f). Selbst nach jahrelanger Abstinenz kann ein entsprechender Schlüsselreiz körperliche Reaktionen induzieren und Veränderungen der Haupttemperatur, des Herzschlags, der Speichelproduktion und der Aktivität der Nervenzellen im Gehirn hervorrufen (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 124). Dennoch, wie Schneider schreibt, muss sich die/der ehemals Alkoholkrankte damit arrangieren und „die bisherigen Erfahrungen konsequent und ausnahmslos in allen Lebenssituationen durch konträre Erfahrungen überschreiben“. (Schneider 2009, S. 200f) Dadurch können die suchtblastenden Erfahrungen zwar nicht gänzlich verschwinden, aber zumindest erschwert reaktiviert werden (vgl. ebd., S. 201).

Dieser soeben dargestellte Vorgang der Aktivierung des Suchtgedächtnisses tritt zu Abstinenzbeginn, der von besonders häufigen Rückfällen geprägt ist, noch nicht ein. Für diese Zeit verantwortlich zeigt sich das auf einem reduzierten Endorphinhaushalt basierende Craving. Der mit der postresorptiven Phase beginnende Endorphinmangel entsteht aus dem ständigen Wechsel zwischen Ausschüttung der Neurotransmitter, bei der es u. a. zu Entspannung und Schmerzlinderung kommt, und deren Hemmung. Durch den andauernden Konsum und die folglich fortwährende Ausschüttung entsteht eine Unterproduktion (Hemmung) des Endorphins, was die für Alkoholabhängige typischen Nachwirkungen wie Unruhe, Gereiztheit, Depressivität aufkommen lässt. (vgl. ebd., S. 47ff) Gerade zu Abstinenzbeginn befindet sich dieser Endorphinmangel an seinem Tiefpunkt und kann erst nach Jahren wieder ausgeglichen werden (vgl. ebd., S. 125) Die zu dieser Zeit verstärkt auftretenden Entzugssymptome lassen die Abhängigen nun das Craving intensiv spüren und häufiger rückfällig werden. Bleibt diese Entzugssymptomatik nach dieser Phase weiterhin bestehen, dann tritt das Suchtgedächtnis den Dienst an.

Diese Ausführungen zu Definitionen und suchtbezogenen Begrifflichkeiten wie Toleranz, Craving und Entzugssymptome stellen die Grundlage für ein Verständnis der Problemlagen alkoholbelasteter Familien dar. Um sich in etwa eine Vorstellung über die Alkoholmengen machen zu können, die ein alkoholabhängiger Elternteil durchschnittlich konsumiert, werden zwei Richtlinien herangezogen, die zwischen harmlosem und gefährdendem Konsum unterscheiden. Mit Hilfe dieser Unterscheidung können auch im darauffolgenden Unterkapitel zum Konsumverhalten in Österreich bspw. angeführte Trinkmengen im Sinne dieser Richtlinien interpretiert werden.

2.5. Die Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze

Dafür hat das britische Health Education Council die bereits von der WHO⁸ übernommene Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze eingeführt, die die durchschnittlichen Trinkmengen reinen Alkohols pro Tag angeben. Erstere Grenze umfasst bis zu 24 g reiner Alkohol bei Männern und 16 g Alkohol bei Frauen und wird als gesundheitlich unbedenklicher Konsum und somit als harmlos eingestuft. Auf konkrete Alkoholika ausgelegt bedeutet dies, dass Männer 0,6 Liter Bier bzw. 0,3 Liter Wein und Frauen 0,4 Liter Bier bzw. 0,2 Liter Wein zu sich nehmen können, um sich unterhalb der Harmlosigkeitsgrenze zu befinden. Beträgt der Konsum hingegen mehr als 60 g bei Männern und 40 g bei Frauen, so gilt dieser als gesundheitsgefährdend. Ab umgerechnet 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein beim Mann und 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein bei einer Frau befinden sich Konsumierende über der Gefährdungsgrenze. Der Bereich zwischen beiden Grenzen umfasst Personen mit mittlerem Alkoholkonsum, bei denen mögliche gesundheitliche Probleme auftreten können. Jene Personen, die über der Gefährdungsgrenze liegen, gelten als problematische Trinkerrinnen und Trinker. Bei deutlicher Überschreitung der Menge von 60 g bzw. 40 g pro Tag sprechen Uhl et al. von chronischen AlkoholikerInnen. Letztere Gruppierung entspricht nach ICD dem ehemaligen Krankheitsbild Alkoholabhängigkeit. Hier korrigieren sich Uhl et al. aber, denn nicht immer kann eine Diagnose gestellt und somit das Klassifikationssystem angewandt werden. Zumindest aber sollten Konsumierende mit derartigen, regelmäßig eingenommenen Alkoholmengen als extreme AlkoholikerInnen gelten. (vgl. Uhl et al. 2011, S. 12f [Online])

Des Weiteren relativieren sie diese Unterteilung, denn trotz geringer Mengen können bei anfälligen KonsumentInnen Gesundheitsrisiken auftreten, wenn es sich um Personen handelt, die am Flushing-Syndrom leiden (vgl. ebd., S. 12ff). Wie sich hier deutlich zeigt, können auch unterschiedliche Modelle niemals alle Subjekte angemessen erfassen und somit Verallgemeinerbarkeit beanspruchen.

Damit ist die Darstellung der ersten Entstehungsbedingung – das Suchtmittel – einer Suchterkrankung vorerst abgeschlossen. Obwohl ein Rückbezug auf den Alkohol

⁸ WHO bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation). Näheres unter: <http://www.euro.who.int/de>

unumstößlich in diese Arbeit eingebettet ist, legen die nachfolgenden Kapitel den Fokus auf das Individuum mit seinem Konsumverhalten und Umfeld, wie die vorliegende Trinkkultur. Zunächst wird allerdings eine Annäherung an Zahlen und Fakten zu Österreichs alkoholkonsumierenden Erwachsenen als auch Jugendlichen und Kindern stattfinden, um das tatsächliche Verhalten aufzuzeigen.

2.6. Alkoholismus und Konsum in Österreich

Uhl et al. gehen nach einer Hochrechnung von einem jährlichen Pro-Kopf-Konsum von 10,4 Liter reinem Alkohol aus. Werden all jene bis zum 14. Lebensjahr aus dieser Berechnung ausgeschlossen, so liegt der durchschnittliche Konsum sogar bei 12,2 Liter (vgl. ebd., S. 46f [Online]). Im internationalen Vergleich besetzte Österreich mit 12,80 Liter im Jahre 2006 die 4. Stelle von insgesamt 34 teilnehmenden Ländern. Lediglich Litauen mit 12,90 Liter, Irland mit 13,36 Liter und Estland mit 14,94 Liter haben diesen Jahreskonsum noch übertroffen (vgl. ebd., S. 68).

Werden die Tagesmengen an Alkohol herangezogen, so zeigen sich starke Diskrepanzen zwischen Frauen und Männern. Während Frauen 13 g Alkohol zu sich nehmen, liegen die Mengen bei Männern bei mehr als dem Dreifachen, nämlich 43 g (vgl. ebd., S. 35 [Online]). Damit befindet sich der männliche Österreicher mit seinem Durchschnittskonsum über der Harmloskeitsgrenze und gilt als mittlerer Trinker mit eventuell auftretenden Gesundheitsproblemen. Diese Angaben aus einer vom Jahre 2008 stammenden Repräsentativerhebung in Österreich zeigten ebenfalls das Verhältnis von weiblichen und männlichen Alkoholkranken auf. 2,5 % aller Frauen ab dem 15. Lebensjahr gelten mindestens einmal an chronischem Alkoholismus erkrankt. Männer ab dem 15. Lebensjahr hingegen weisen eine Prävalenz von 7,5 % auf (vgl. ebd., S. 141 [Online]). Auch bei chronischem Alkoholismus bestätigt sich dieses Geschlechterverhältnis, denn von den ca. 340.000 Betroffenen (vgl. ebd., S. 33 [Online]) sind 4/5 Männer (vgl. Gschwandtner 2002, S. 4). Wenn Spitalsaufnahme-Statistiken herangezogen werden, so gehen Lesch & Walter sogar von einem Geschlechterverhältnis von „5:1 (m:w)“ aus (Lesch/Walter 2004, S. 218). Demnach kann auch heute noch von der „Männerkrankheit Alkoholismus“ ausgegangen werden. Allerdings ist der Frauenanteil im Anstieg begriffen. Waren im Jahre 2000 noch zwischen 20 und 25 % der stationär aufgenommenen Frauen als alkoholabhängig diagnostiziert worden, so betrug der Prozentsatz 2008 bereits zwischen 25 und 29 % (vgl. Uhl et al. 2011, S. 21 [Online]).

Der Pro-Kopf-Konsum von AlkoholikerInnen ab dem 15. Lebensjahr stellt sich dabei folgendermaßen dar:

Männer und Frauen	
Durchschnittliche Gramm pro Tag	200
Durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	92,5
Frauen	
Durchschnittliche Gramm pro Tag	130
Durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	60,1
Männer	
Durchschnittliche Gramm pro Tag	226
Durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	104,4

Tabelle 3: Pro-Kopf-Konsum bei AlkoholikerInnen ab dem 15. Lebensjahr
(vgl. ebd., S. 31 [Online])

Uhl merkt hierzu an, dass „200 g reinem Alkohols ca. 2,5 Liter Wein oder 5 Liter Bier“ entsprechen (ebd., S. 31). In Anbetracht dieser Mengen ist es erschreckend und zugleich nicht verwunderlich, wenn nach Hochrechnungen alkoholmissbrauchende Frauen ca. 20 Jahre und Männer ca. 17 Jahre früher sterben als die durchschnittliche nicht alkoholmissbrauchende Bevölkerung (vgl. Uhl et al. 2009, S. 103).

2.6.1. Konsum bei Kindern und Jugendlichen

Einer Schätzung nach finden sich in Österreichs Haushalten ca. 250.000 minderjährige Kinder, die mit mindestens einem alkoholabhängigen oder alkoholgefährdeten Elternteil zusammenleben (vgl. Springer zit. n. Pedross 2008, S. 3). Puhm et al. gehen dabei sogar von 50 % aller österreichischen Kinder aus, die mit dem Alkoholabusus des Elternteils oder naher Angehöriger und Freunde konfrontiert sind (vgl. Puhm et al. 2008, S. 37 [Online]). COA sehen sich also nicht immer einer nur elterlichen Alkoholproblematik ausgesetzt, sondern einer sozial deutlich weiter zu fassenden.

Der eigene Umgang von Kindern bzw. COA mit Alkohol konnte durch die weltweite Erhebung von Currie et al. 2005/06 auch für Österreich evaluiert werden. Liegt der wöchentliche Konsum von Elf- und 13-Jährigen noch an hinteren Plätzen, befindet sich jener der 15-Jährigen gemeinsam mit Italien und Bulgarien an fünfter Stelle. Die ersten drei Plätze nahmen in aufsteigender Reihenfolge Wales, Malta und die Ukraine ein (vgl. Currie zit. n. Uhl et al. 2011, S. 73 [Online]). Dieser frühe Alkoholkonsum, vor allem wenn er regelmäßig erfolgt und mit häufigen Rauschzuständen einhergeht, birgt ein steigendes Risiko zur Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. Uhl et al. 2008, S. 20). Enoch spricht sogar

vom Jugendalter als einer kritischen Zeit für die Entwicklung eines risikoreichen Trinkverhaltens (vgl. Enoch 2006, S. 199). Speziell für COA beinhaltet diese Zeit ein besonderes Risikopotenzial. Obwohl statistisch nachgewiesen ist, dass der derzeitige Alkoholkonsum bei Jugendlichen tendenziell im Fallen begriffen ist (vgl. Eisenbach-Stangl et al. 2008, S. 1 [Online]), zeigt sich ein immer niedrigeres Einstiegsalter. Bei Mädchen liegt dieses zwischen dem sechsten und achten Lebensjahr und bei Buben zwischen dem fünften und siebenten⁹ (vgl. Uhl et al. 2011, S. 43 [Online]). Wird die durchschnittliche tägliche Konsummenge österreichweit betrachtet, so liegt diese bei den 16- bis 29-Jährigen bei 24 g Alkohol (vgl. ebd., S. 35 [Online]) und rangiert im Vergleich zur Gesamtpopulation der 15- bis 99-Jährigen im unteren Drittel (vgl. ebd., S. 38 [Online]).

Da der Konsum meist geballt an einzelnen wenigen Wochentagen stattfindet, kann nachfolgende Spitalsstatistik zu Aufnahmen wegen Berausung auch im Sinne einer Hochrechnung des täglichen Konsums interpretiert werden. Dabei zeigt sich eine Zunahme der wegen Berausung – Alkoholmissbrauch, Intoxikation, schädlicher Gebrauch und toxische Wirkung – stationär aufgenommenen Zehn- bis 19-Jährigen bis 2008. Besonders bei Mädchen haben sich die Aufnahmen von 1992 auf 2008 vervierfacht. Die Zehn- bis 14-Jährigen Buben wurden 1,5-mal und 15- bis 19-Jährige dreimal öfters untergebracht. Werden die Geschlechter miteinander verglichen, so sind auch hier die weiblichen Alkoholkonsumierenden im Begriff, gegenüber ihren männlichen Altersgenossen aufzuholen bzw. partiell diese auch zu überholen. Die jüngsten Alkoholaufnahmen in den Spitälern liegen in der Gruppe der Null- bis Neunjährigen. (vgl. Uhl et al. 2011, S. 21 [Online]) Nach Hochrechnungen der Verfasserin fanden sich aus genannter Altersgruppe jeweils 84 Mädchen und Knaben im Krankenhaus ein. (vgl. dazu ebd., S. 21 [Online])

Gründe für Aufnahmen in so jungen Jahren finden sich u. a. im Umgang mit Alkohol innerhalb des Freundeskreises. Die sich dort bildenden Einstellungen zum Alkoholkonsum können die Trinkmotive der/des Einzelnen beeinflussen, wenn nicht sogar generieren. Je nach Art der Überzeugung können sich diese als förderlich für exzessiven Konsum oder als Schutzfaktor dagegen erweisen. Nachfolgendes Unterkapitel soll einen Einblick in die Motive von Kindern und Jugendlichen für risikoreiches Konsumverhalten bieten. Wie bereits erwähnt, stellt besonders für COA das Verhalten in der Kindheit und Jugend eine Gefahr zur eigenen Abhängigkeitsentwicklung dar.

2.6.1.1. Trinkmotive bei Kindern und Jugendlichen

Beweggründe für die Konsumation von Alkoholika und den Wunsch nach Rauschzuständen konnte das deutsche Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des

⁹ So scheint auch Thomasius' Analyse für Österreich zutreffend zu sein, wenn er von Alkohol als Einstiegsdroge ausgeht und ebenso wie Lehmkuhl folgende Reihung des legalen bzw. illegalen Drogenkonsums nachweisen konnte: Alkohol- Nikotin- Cannabis usw. (vgl. Thomasius 2005, S. 16; Lehmkuhl 2008, S. 55).

Suchtpräventionsprogramms „HaLT-Hart am Limit“ erheben. Die mit Alkoholintoxikation stationär untergebrachten Jugendlichen wurden u.a. zu ihren Trinkgewohnheiten und möglichen Folgen schädlichen Konsums befragt. Nur jede/r fünfte Jugendliche wusste über die Gesundheitsschäden bei exzessivem Alkoholkonsum Bescheid (vgl. Steiner et al. 2008, S. 71). Als Anlässe für dieses Konsumverhalten kristallisierten sich dabei folgende vier Aspekte bzw. Szenarios heraus: Langeweile, Wetten und Trinkspiele, zur Problembewältigung und aus Naivität und Unwissenheit. Letzteres resultiert aus dem fehlenden Wissen über die Wirkung und die eigene Verträglichkeit. (vgl. ebd., S. 66f)

Schneider spricht allgemein von einer positiven Erwartung, die in die Droge gesetzt wird und von Vermeidung oder Beseitigung unangenehmer Gefühlslagen, die so zum Konsum motivieren. Zusammengefasst zeigt sich ein ambivalentes Bild, das von Hoffnung auf und einem Bangen um eine angenehme Wirkung geprägt ist. Diese Motive gelten als den Drogenkonsum generell betreffend und können zusätzlich noch alkoholspezifisch derartig beschrieben werden: Lockerung des Zusammenlebens, Stressbewältigung, Stärkung des Selbstwertgefühls und Hilfe bei sexuellen Annäherungen. Diese angeführten Gründe stammen von Kindern, die den erwachsenen Alkoholkonsum miterlebt und die Veränderungen bei den Erwachsenen wie angeführt benannt haben. Die beobachteten Verhaltensweisen prägen sich mitunter als angenehme Erfahrung oder verzeihliche Ausrutscher bei Kindern ein und gestalten deren eigenes Konsumverhalten mit. (vgl. Schneider 2009, S. 119f) Anhand beider Ausführungen zeigt sich trotz unterschiedlicher Perspektiven die Funktion des Alkohols im Sinne eines Bewältigungsmechanismus. Durch ihn wird, ungeachtet der Folgen, die Beseitigung von Problemen und Stress erwartet.

An dieser Stelle seien auch noch die in Österreich erhobenen Motive offengelegt. In einer qualitativen Studie zur Trinkkultur von Jugendlichen konnten Eisenbach-Stangl et al. Motive je nach vorherrschendem Szenotyp vorfinden (vgl. Eisenbach-Stangl et al. 2008, S. 2 [Online]). Dabei sind drei Typen zu unterscheiden: Straßenszene, private Szene, Lokalszene (vgl. ebd., S. 5 [Online]). In den Straßenszenen wird von der dort ansässigen unteren Bevölkerungsschicht Alkohol aus Langeweile und als Ausdruck sozialen Unbehagens konsumiert. Während häufig auftretender Rauschzustände äußert sich dieses Unbehagen auch in destruktiven Handlungen. Die Mittelschicht hingegen trifft sich in Lokalen, um mit Alkohol ein Gefühl der Verbundenheit zu schaffen. Ihre Gewalthandlungen drücken dabei den scharfen Wettbewerb innerhalb ihrer Szene aus. Ähnlich stellen sich auch die Konsummotive der privilegierten Oberschicht dar, deren Mitglieder sich untereinander gleichermaßen zusammengehörig fühlen wollen. (vgl. ebd., S. 6 [Online]) Indem sie Alkohol als Verdienst interpretieren, sehen sie diesen als „verdiente (...) Belohnung für Leistung“ an (vgl. ebd., S. 6 [Online]). Gewalt in dieser Szene spiegelt die Anspannung durch kompetitive Situationen zwischen den Mitgliedern wider (vgl. ebd., S. 6f [Online]).

Die Auseinandersetzung von Eisenbach-Stangl et al. mit den Trinkmotiven in Unter-, Ober- und Mittelschicht fällt bereits sehr spezifisch aus und lässt dadurch die österreichische Situation gut nachvollziehen. Besonders das Zugehörigkeitsbedürfnis und die Gewaltbereitschaft als Ausdruckform unterschiedlicher Missstände bilden in Österreich wichtige Grundlagen für den jugendlichen Alkoholkonsum bzw. -rausch. Diese Darstellung soll allerdings nicht dazu verleiten, alle alkoholtrinkenden Jugendlichen mit exzessivem Alkoholkonsum und Gewaltausübung zu assoziieren. Außerdem gelten 20 % der 15- bis 24-Jährigen als fast abstinent und finden sich in den dargestellten Szenen kaum wieder (vgl. Uhl et al. 2011, S. 34 [Online]).

Aus dieser Österreich-spezifischen Bestandsaufnahme zu Trinkmotiven bei Jugendlichen zeigt sich der Szenetypus als Einflussfaktor auf den Alkoholkonsum. Dieser vorangegangen konnte gleichermaßen dargestellt werden, dass sich Erwartungshaltungen, Unwissenheit zur Wirkung und das gegenwärtige Befinden ebenso auf die Entscheidung zum Konsum auswirken. Nun soll der Blick weiter gefasst werden und anhand der vier weltweit vorherrschenden Trinkkulturen auf die kulturellen Einflüsse auf das Konsumverhalten aufmerksam gemacht werden.

2.6.2. Die vier Trinkkulturen

Diese nach Pittman (1964) unterschiedenen Trinkkulturen entwickelten sich aus dem sogenannten utilitaristischen Modell. Darin wird der Alkoholkonsum als vom Angstpegel der Gesellschaft abhängig beschrieben. „Wesentlich ist (...) die Frage, ob sie [Kultur; Anm. IR] eine Spannungsreduktion zulässt oder umgekehrt eine Angst davor erzeugt.“ (Feuerlein 2008, S. 41) Für diese Angstreduktion und Spannungsabfuhr sind die zur Verfügung stehenden Ersatzbefriedigungen von großer Bedeutung, denn sie können dem Rückgriff auf Alkohol und Drogen vorbeugen (vgl. ebd., S. 41; Soyka/Küfner 2008, S. 107). Des Weiteren wirkt nach Soyka/Küfner auch die gesellschaftliche Bewertung des „Genuss- und Rauscherleben[s] als erwünschte [oder unerwünschte; Anm. IR] Alltagsüberschreitung“ auf den Alkoholkonsumierenden ein (ebd., S. 107).

Diese Einstellungen zum Drogenkonsum finden sich in den vier Kulturformen wieder und charakterisieren den Umgang mit Alkohol in den verschiedenen Gesellschaften. Dabei wird zwischen Abstinenzkultur, Ambivalenzkultur, Permissivkultur und funktionsgestörter/extremer Permissivkultur unterschieden (vgl. ebd.; Feuerlein 2008; Uhl et al. 2009).

In der Abstinenzkultur gilt, wie aus dem Namen bereits hervorgeht, absolutes Alkoholverbot, das bei Überschreitung empfindliche Geld- und Gefängnisstrafen mit sich bringt. Kommt es dennoch zum Alkoholkonsum, so gilt die/der Betroffene als „unnormale“ und bei mehrmaligem Verstoß sogar als schwerer Säufer oder Trinker (vgl. Lindenmeyer 2010 S. 13; Soyka/Küfner S. 108; Feuerlein 2008, S. 41). Diese Kultur ist vorwiegend in buddhistischen, hinduistischen und islamischen Ländern zu finden (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 108).

Die Ambivalenzkulturen in England, Kanada, USA und in Teilen von Skandinavien sind aus dem englischen Protestantismus entstanden, der sich mit seinen Wertstrukturen in Konflikt mit dem Alkohol befindet. Deshalb unterliegen auch Vertrieb und Konsum von Alkohol lokalen, temporären Beschränkungen (vgl. ebd., S. 108; Feuerlein 2008, S. 41) und lassen die Konsumierenden aus der Öffentlichkeit in die Privatsphäre zurückkehren. In dieser Kultur finden sich häufiger Trunkenheit und hoher Alkoholkonsum als Gewohnheitstrinker (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 108).

In ähnlicher Weise zeigen sich auch Alkohol-Limitierungen in den Permissivkulturen. Es werden dabei „Trunkenheit und andere pathologische Erscheinungen des Alkoholkonsums“ abgelehnt, der Genuss des Alkohols aber toleriert (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 108). Zu bestimmten Anlässen wie Mahlzeiten wird Alkohol konsumiert, und Anwesende wie Kinder lernen, sich so an diese Gegebenheiten zu gewöhnen. Früher galten die mediterranen Staaten als Paradebeispiele für diese genussbetonte Kultur (vgl. Feuerlein 2008, S. 42; Soyka/Küfner 2008, S. 108), in der Uhl auch Österreich positioniert sieht (vgl. Uhl 2006, S. 9 [Online]). Zobel misst dieser Trinkkultur auch unterstützende Funktion für den Alkoholkonsum bei und vermutet einen Risikofaktor für die COA (vgl. Zobel 2006, S. 224)

Gibt es weder öffentliche Limitierungen noch Einsatzbeschränkungen, so handelt es sich um die Bedingungen einer permissiv-funktionsgestörten Kultur. Diese Bezeichnung sehen Uhl et al. als sehr unglücklich gewählt und plädieren für die Bezeichnung extreme Permissivkultur (vgl. Uhl 2006, S. 9 [Online]), die neben „normalem“ Konsum auch entsprechende Exzesse toleriert. Diese Kultur ist in ihrer Reinform nicht anzutreffen, sie kommt im Sinne von gemäßigten Unterformen bezüglich Quantität und Frequenz vor (vgl. Feuerlein 2008, S. 42). Hier scheint sich zum Teil auch Österreich beheimatet zu fühlen, wenn bspw. bestimmte Festivitäten wie Silvester oder Vereine wie Studentenverbindungen konsequent auf Alkoholberauschung abzielen. Daraus zeigt sich, dass in Österreich keine reine Permissivkultur vorherrscht, sondern sehr wohl auch extreme Ausformungen anzutreffen sind.

Diese vier genannten Trinkkulturen können sich untereinander auch annähern, sobald sich innerhalb eines Landes bestimmte Gruppierungen anderen Trinkkulturen angehörig fühlen (vgl. Feuerlein 2008, S. 42). Die Zugehörigkeit zur jeweiligen Trinkkultur ist als weiterer Einflussfaktor auf das Konsumverhalten anzusehen und spielt somit auch für die Trinkmotivation von Kindern und Jugendlichen eine bedeutende Rolle. Seien es Sanktionierungen, die in islamischen Ländern die Jugend davon abhalten soll, sich einer Berausung hinzugeben, oder der altersbeschränkte Zugang, der Minderjährigen den Kauf von Alkoholika erschwert.

Die in diesem Unterkapitel benannten Einflussfaktoren stellen bereits erste umfeld- und individuumsbedingte Aspekte einer Suchtentwicklung dar. Im Sinne des Suchtdreiecks

handelt es sich einerseits um die individuellen Trinkmotive der Kinder und Jugendlichen und andererseits um die von religiöser, nationaler und rassistischer Zugehörigkeit abhängigen Trinkkulturen. Wie sich im nächsten Kapitel zeigen wird, wirken sich auf das Konsumverhalten der Risikogruppe der COA auch spezifische genetische Faktoren, sogenannte Dispositionen aus und machen eine Übernahme der elterlichen Alkoholerkrankung wahrscheinlicher. Zusätzlich sind in alkoholbelasteten Familien häufiger komorbide Störungen vorzufinden, die zur Übernahme beitragen. Mit dieser Weitergabe der Erkrankung innerhalb einer Alkoholikerfamilie befasst sich die Forschung um die Alkoholtransmission und stellt dabei das Individuum mit seinen genetischen Anlagen in den Blickwinkel.

2.7. Alkoholtransmission

Unter Transmission wird nach Jordan „die intergenerationale Weitergabe der Alkoholerkrankung verstanden“. Damit expliziert er, dass Alkoholismus von Generation zu Generation, also von Mutter oder Vater an das Kind tradiert wird (Jordan 2010, S. 341 [Online]). Die Gefahr der Transmission sehen AutorInnen sehr unterschiedlich. Während einerseits die COA für die Gruppe mit erhöhtem Risiko gehalten werden (vgl. ebd., S. 34 [Online]; Woititz 2007, S. 150), gelten diese in anderen Publikationen wiederum als größte Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (vgl. Gschwandtner 2002, S. 6 [Online], Klein 2008, S. 114). Beziffert wird diese Alkoholtransmission mit einem ein- bis zu zehnfach höheren Risiko für Kinder aus Alkoholikerfamilien im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern. In diesem Kalkül wird auch die Möglichkeit impliziert, dass eine Weitergabe der Erkrankung nicht zwingend vonstattengehen muss oder, anders formuliert, eine gesunde Entwicklung gleichermaßen möglich ist (vgl. Jordan 2010; Klein 2008; Enoch 2006; Gschwandtner 2002). Diese variablen Angaben zur Weitergabe rühren u. a. daher, dass (trink-)kulturspezifische, erhebungsspezifische, individuelle, familiäre Unterschiede vorliegen und eine konkrete Bezifferung erschweren.

Eine weitere Erschwernis in der Forschung zur Alkoholismustransmission stellt die genetische Disposition dar. Unterschiedliche Ergebnisse in Studien liefern zwar einen ungefähren genetischen Anteil bei der Entwicklung einer Suchterkrankung, können aber noch keine konkreten Ursachen anführen. Mitunter scheitert dies an der Durchführbarkeit der Untersuchungen, wie sich sogleich zeigen wird.

2.7.1. Die genetische Disposition

In Tierversuchen nachgewiesen ist der genetisch festgelegte „Appetit auf Alkohol“. Dabei wurden Ratten auf eine Alkoholpräferenz geprägt und bei deren Nachkommen das Trinkverhalten beobachtet. Obwohl Ratten alkoholische Getränke im Normalfall verweigern, findet sich in der nächsten Generation die gleiche Neigung zu Alkohol wieder. Somit kann bei

Tieren jedenfalls eine genetische Weitergabe des Alkoholappetits angenommen werden (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 75).

Natürlich können diese Ergebnisse nicht auf den Menschen übertragen, geschweige denn durch Experimente überprüft werden. Ähnliche Effekte zeigen sich aber, wie sich noch herausstellen wird, auch beim Mensch. So finden sich in verschiedenen Publikationen nachgewiesene Zusammenhänge zwischen elterlichem Alkoholkonsum und kindlicher Verträglichkeit des Alkohols. D. h. Söhne alkoholmissbrauchender Väter konnten überhaupt höhere Alkoholmengen konsumieren und erlebten die Nachwirkungen als weit weniger unangenehm als Söhne nicht missbrauchender Väter (vgl. Klein 2008, S.120). Auch Schuckit konnte generell bei Jugendlichen mit moderatem Konsum beobachten, dass jene, die im „Stehen weniger stark schwankten und weniger starke Rauschempfindungen beschrieben, (...) ein erhöhtes Risiko für die spätere Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit aufweisen.“ (Schuckit zit. n. Scheurich 2009, S. 12). Eine mildere Alkoholwirkung trotz höherer Dosen kann demnach ein Prädiktor für zukünftiges Suchtverhalten darstellen. Des Weiteren wurde Alkohol bei männlichen Jugendlichen mit alkoholbelastetem Elternteil zusätzlich angenehmer und intensiver als Stressdämpfer wahrgenommen (vgl. Klein 2008, S. 120f; vgl. Zobel 2006, S.183f). Hiermit werden bereits erste Risikofaktoren bei Jugendlichen sichtbar, die den Weg zur Suchtentwicklung bahnen können. Anhand von Ergebnissen aus Zwillingsstudien wird derzeit in der Alkoholismusforschung von einer genetischen Beteiligung von ungefähr 55 % für die Entwicklung von starkem Alkoholkonsum (vgl. Heath et al. 2011, S.513; Enoch 2012, S. 150) und -abhängigkeit (vgl. Zobel 2006, S. 149; Soyka/Küfner 2008, S. 71) ausgegangen. Aus diesen Angaben lässt sich ein etwas geringerer Anteil für umfeld- und individuumsbezogene Risikofaktoren schlussfolgern. Maes et al. bewiesen ebenfalls anhand von Zwillingsstudien einen beachtlichen genetischen Anteil für die Ausbildung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit und erkennen auch, wie Zobel und Soyka/Küfner, die Söhne als besondere Risikogruppe (vgl. ebd., S. 71). Zusätzlich zeigt sich nach den Ergebnissen dieser Studie gemäßigter Alkoholkonsum größtenteils als Resultat von Umweltfaktoren. (vgl. Maes zit. n. KFH NW/LVR 2003, S. 17 [Online]) Den Töchtern konnte dieses signifikante Risiko nicht nachgewiesen werden. Es ist aber aufgrund geringerer Häufigkeiten (19,5 %) von erkrankten Töchtern aus Alkoholikerfamilien eine geringere Prävalenz anzunehmen. Männliche Nachkommen weisen im Vergleich dazu mit 42 % das doppelte Transmissionsrisiko auf und bestätigen damit auch das bereits bekannte ungleiche Geschlechterverhältnis von 1:5. (vgl. Enoch 2011, S. 18)

Weitere Transmissionsfaktoren wurden im Zuge der Auseinandersetzung mit genetischen Markern diskutiert. So wird angenommen, dass sogenannte Trait-Marker – „vererbare Indikatoren für die Disposition zur Erkrankung“ – als Risikogene oder -enzyme für die Weitergabe fungieren (Soyka/Küfner 2008, S.72). Wie bereits bei der Resorption von

Bedeutung werden hier ADH und ALDH als Marker vermutet. Genauso gelten das für das Belohnungssystem verantwortliche Dopamin (vgl. ebd., S. 71ff) und das Serotonin bei Mangel (vgl. Lesch et al. 2011, S. 23) als mögliche Indikatoren für den Alkoholismus. Weitere und ausgedehntere Untersuchungen versprechen, diesbezüglich immer exaktere Ergebnisse zu liefern.

Neben den genannten genetischen Faktoren tragen im Sinne des Suchtdreiecks auch Umweltfaktoren zur Alkoholtransmission bei (vgl. Moesgen/Klein 2010; Schneider 2009; Klein 2008; Zobel 2006; Soyka/Küfner 2008). Hier sei nur kurz als Umfeldbedingter Einfluss das Modelllernen genannt, das mitunter erklärt, weshalb 80 % der Erkrankten erst- oder zweitgradig alkoholkrankte Verwandte haben. Finden sich bei Familienmitgliedern ersten Grades Alkoholmissbrauchende, so steigt das Risiko sogar auf das Siebenfache an (vgl. Singer 2002, S. 101). Näheres zum Modelllernen findet sich unter 3.2.4.

Einen speziellen Umweltfaktor stellt dabei die Komorbidität dar, indem sie zugleich als umweltbezogener und individuumsbezogener Transmissionsfaktor fungiert und somit Dualität aufweist. Deshalb kann sie auch in zweierlei Richtungen die Suchtentwicklung bei COA fördern: bei Vorliegen einer elterlichen Komorbidität und/oder bei Erkrankung des Kindes selbst. An dieser Stelle soll die Komorbidität des Kindes diskutiert werden und auf das Kapitel 3.2.4. für die elterliche Komorbidität verwiesen werden.

2.7.2. Komorbidität

Wenn von Komorbidität die Rede ist, dann ergibt sich zunächst die Frage im Sinne des primären und sekundären Alkoholismus nach Schuckit, ob im Laufe der Erkrankung eine zusätzliche (psychische) Störung aufgetreten ist oder diese erst durch den Alkoholismus entstand (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 335).

Welge & Dulz & Forouher formulieren sehr allgemein, dass bei Drogenmissbrauch von Kindern und Jugendlichen „mit hoher Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten ausgegangen werden“ kann (vgl. Welge et al. 2005, S. 86) Ähnliches schreibt dazu Sher und kann bei 75 % der Alkoholabhängigen ein weiteres Krankheitsbild vorfinden (Sher zit. n. Zobel 2006, S. 203). Lehmkul spricht konkret eine Vorhersage von Störungen des Sozialverhaltens, von Angststörungen und Depressionen bei Drogen- und Alkoholmissbrauch im Jugendalter aus. Andererseits sieht der Autor neben dem zuvor angenommenen primären Alkoholismus ebenfalls einen sekundären, wenn er psychische Störungen als dem Drogenmissbrauch vorausgehend ansieht (vgl. Lehmkul 2008, S. 51). Wie sich zeigt, ist schwer feststellbar, ob sich vor oder nach dem Missbrauch eine komorbide Störung entwickelt. Fest steht jedenfalls, dass bei Kindern und Jugendlichen, die bereits Substanzmissbrauch betrieben haben, zu 28 bis 62 % ebenfalls psychische Störungen auftraten (vgl. Thomasius 2005, S. 18).

Puhm findet bei Alkoholabhängigen in erster Linie antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Suchtentwicklung zu anderen Substanzen, Angsterkrankungen bzw. affektive Störungen.

Des Weiteren können Impulskontrollstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen bei weiblichen Jugendlichen sowie Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen auftreten (vgl. Puhm et al. 2008, S. 50 [Online]). Aus dieser Reihe von komorbiden Krankheitsbildern findet Thomasius Verhaltensstörungen und affektive Störungen bei Missbrauchenden häufiger vor als bei nicht Missbrauchenden. Zeigt sich eine elterliche antisoziale Persönlichkeitsstörung, so ist belegt, dass diese Störung „mit einem Substanzmissbrauch assoziiert“ wird und auf einer im Kindesalter aufgetretenen Störung des Sozialverhaltens basiert (vgl. Thomasius 2005, S.18f). Demgemäß können Störungen im Sozialverhalten kombiniert mit Substanzabusus eine Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter fördern. Weitere Untersuchungen haben einen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und der Entwicklung von Schizophrenie verfolgt. Obwohl Alkohol als Auslöser für Schizophrenie angesehen wird und Alkoholmissbrauch dieser Erkrankung in 12–43 % der Fälle vorausging (vgl. Häfner 2005, S. 104), kann hier nur auf eine Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs hingewiesen werden (vgl. ebd., S. 119).

Sind psychische und familiäre Defizite gemeinsam mit Substanzmissbrauch vorzufinden, so kommt es bei Jugendlichen zu häufigen Suizidhandlungen. Lehmkuhl sieht dabei ein siebenfach höheres Risiko für Versuche und ein 15-fach höheres Risiko für den Vollzug der Selbsttötung. (vgl. Lehmkuhl 2008, S. 52) 80 % jugendlicher Suizide ereignen sich in Alkoholikerfamilien (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 244).

Diese Bandbreite an Konsequenzen und Erkrankungen zeigt die Ernsthaftigkeit des Suchtmittelmissbrauchs bei der Risikogruppe der COA. Ungefähr 2/3 dieser Kinder begehen selbst Missbrauch oder erleiden psychische Erkrankungen (vgl. Lehmkuhl 2008, S. 1f). Aber erst beim Aufeinandertreffen kritischer Bedingungen wie Komorbidität, Erziehungsdefizite, genetische Disposition kann sich eine Alkoholabhängigkeit ihren Weg bahnen. Zobel schreibt hierzu, dass sich die Auswirkungen der Erkrankung auf Familienmitglieder bzw. COA (siehe Kapitel 3) im Vergleich zum Alkoholismus per se folgenreicher darstellen. (Zobel 2006, S. 89). Diese Auswirkungen können nicht zuletzt auch auf den Grad des Missbrauches, auf Abstinenzphasen sowie Alkoholismus-Typen zurückgeführt werden. Im folgenden Unterkapitel sollen Alkoholismustypologien vorgestellt werden, die diesen Aspekten nachgehen und so das Suchtverhalten und Wesenszüge der Missbrauchenden abbilden.

2.8. Alkoholismustypologien

Diese Klassifikationssysteme können in der Arbeit mit Alkoholkranken individuelle Aspekte berücksichtigen und in Form von gezielter Intervention und/oder Therapie die Behandlung erleichtern. Dabei wird in diesem Kapitel neben den Typologien nach Jelinek, Cloninger, Barbor und Schuckit im Speziellen auf die für die Untersuchung relevante Lesch-Alkoholismus-Typologie eingegangen.

2.8.1. Alkoholismustypologien von Jelinek bis Schuckit

Jelinek gilt als der Pionier in der Alkoholismustypologie-Forschung. Seine nach dem Trinkverhalten unterschiedenen Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta- und Epsilon-Typen waren über viele Jahre die gebräuchlichsten Modelle, bis neuere Kenntnisse zu Alkoholabhängigkeit und Transmission diese ablösten. (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 334). Jelinek fand in seiner Untersuchung für die vorliegende Typologie zwei Stadien vor, in denen sich Alkoholikerkrankte befinden können: die Vorstufe der Alkoholabhängigkeit, der die Alpha- und Beta-Typen angehören, und die eigentliche Erkrankungsphase, in der sich süchtiges Verhalten wie beim Gamma-, Delta- und Epsilon-Typ zeigt (vgl. Uhl 2009, S. 74).

Der Alpha-Trinker wird auch als „Konflikttrinker“ bezeichnet und versucht, worauf der Name bereits verweist, körperliche und seelische Belastungen mit Alkohol zu bewältigen. Gleich dem Beta-Typ entwickelt er keine körperliche Abhängigkeit. „Der Gelegenheitstrinker“ – Beta-Typ – konsumiert aus sozialen Gründen und erleidet infolge gesundheitliche Schäden. Wenn starker Alkoholkonsum in unregelmäßigen Abständen vorliegt, handelt es sich um den Gamma-Typ. Während Rauschzuständen muss bei diesem Typ völliger Kontrollverlust befürchtet werden. Der auch als „süchtige Trinker“ benannte Gamma-Typ entwickelt körperliche und verstärkt psychische Abhängigkeit. Umgekehrt verhält es sich beim Delta-Typ. Da er eine erhöhte Alkoholtoleranz aufweist, liegt bei diesem „Gewohnheitstrinker“ eine ausgeprägte physische Dependenz vor, die nach regelmäßiger und täglicher Konsumation verlangt. Der Konsum des Epsilon-Typs beschränkt sich auf bestimmte Phasen, in denen auch Kontrollverluste vorkommen können. Durch seine Fähigkeit zur Abstinenz entwickelt der „Quartalssäufer“ keine körperliche, aber psychische Abhängigkeit. (vgl. ebd., S. 74f; Feuerlein 2008, S. 76; Soyka/Küfner 2008, S. 252). Von diesen fünf Typen nach Jelinek fanden der Gamma- und Delta-Typ wissenschaftliche Bestätigung (vgl. ebd. 2008, S. 252f; Feuerlein 2008, S. 76).

Wie bereits erwähnt wurde Jelineks Typologie von aktuelleren abgelöst, wie jener von Cloninger (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 334). Cloninger spricht von einem Typ 1 und Typ 2, die grob nach Alter des Krankheitsbeginnes und Funktion des Suchtmittels klassifiziert wurden (vgl. Uhl et al. 2009, S. 74ff). Der Typ 1 stellt sich in jungen Jahren als unauffälliger Trinker dar, bei dem sich nach dem 25. Lebensjahr eine psychische Abhängigkeit entwickelt. Alkohol wird hauptsächlich aus psychosozialen Gründen wie Angst und Schuldgefühlen konsumiert (vgl. Uhl 2009, S. 75, Feuerlein 2008, S. 76). Im Vergleich dazu entwickelt der Typ 2 bereits in Kindheit oder Jugend eine Alkoholproblematik, der häufig „eine genetische Disposition für soziale Anpassungsstörungen und Suchtmittelmißbrauch [sic!]“ vorausgeht (vgl. ebd., S. 77). Unter diesem Typus finden sich auch häufig die Kinder von alkoholabhängigen Vätern (vgl. ebd., S. 77).

In Anlehnung an Cloninger entwickelte Babor eine zweidimensionale Typologie nach Typ A und Typ B. Der Autor konnte neben dem Krankheitsbeginn auch noch ähnliche

psychosoziale Folgeerscheinungen innerhalb der Typen beobachten. Der Typ B weist dabei einen frühen Beginn der Alkoholerkrankung und einen zusätzlichen Substanzkonsum auf. Aus widrigen Umweltbedingungen in Kindheit und Jugend resultierende Schäden tragen zur Schwere der Abhängigkeit dieses Typus bei. Der Typ A nach Barbor kann als abgemilderte Form des B-Trinkers angesehen werden. Seine ab dem 30. Lebensjahr eintretende Alkoholerkrankung ist deutlich schwächer ausgeprägt und fordert somit weniger körperliche und soziale Folgeschäden. Seine Kindheit und Jugend verlief demgemäß weniger krisenhaft (vgl. ebd., S. 77; Soyka/Küfner 2008 S. 255f).

Eine weitere Typologie geht auf Schuckit zurück, der bereits 1979 das Thema Komorbidität in Zusammenhang mit Suchterkrankung sah. Dabei differierte er zwischen primärem und sekundärem Alkoholismus. Ersterer geht vom Alkoholismus als Grunderkrankung aus, die zu psychischen Auffälligkeiten bzw. Störungen führen kann (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 335). Der sekundäre hingegen sieht die Alkoholerkrankung als Folge von „psychischer, körperlicher und/oder sozialer Auffälligkeiten“ und benützt Alkohol zur Selbstmedikation von genannter Grundproblematik (vgl. Uhl 2009, S. 74). Auch bei Lesch findet Schuckits Klassifikation in zwei Subgruppen Anwendung, indem Typ I und IV nach Lesch dem sekundären und Typ II und III nach Lesch dem primären Alkoholismus nach Schuckit entsprechen (vgl. Lesch et al. 2011, S. 92).

2.8.2. Die Lesch-Alkoholismus-Typologie (LAT)

Die Lesch-Alkoholismus-Typologie (LAT) wird mittlerweile weltweit verwendet und liegt in insgesamt 12 Sprachen auf. Sie kann online abgerufen und zu wissenschaftlichen Zwecken oder internationaler Zusammenarbeit heruntergeladen werden.¹⁰ Entwickler dieser Typologie ist der österreichische Psychiater und Neurologe O. M. Lesch, der seine vierdimensionale Subtypologie annähernd zeitgleich mit Schuckit um 1985 erarbeitete. In mehreren Etappen und basierend auf einer Catchment-area-Langzeitstudie, ergaben sich vier Subgruppen von Typ I bis Typ IV (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 336), deren Verteilung sich unter den Alkoholerkrankten folgendermaßen verhält: Typ I 18,53 %, Typ II 25,56 %, Typ III 31,74 % und Typ IV 24,15 % (vgl. Lesch et al. 2011, S. 89).

Der unter den Alkoholerkrankten am seltensten auftretende Typ I ist geprägt durch seine biologische Vulnerabilität dem Alkohol gegenüber. Deshalb wird die Alkoholerkrankung bei diesem Typ auch im Sinne eines Allergiemodells verstanden. Die wahrscheinlich genetisch bedingte Alkoholunverträglichkeit bewirkt Veränderungen des Alkoholstoffwechsels, indem ein erhöhter Azetaldehyd-Spiegel beim Typ I vorzufinden ist. (vgl. Schlaff et al. 2011, S. 91). Die daraus resultierenden, rasch eintretenden und heftigen Entzugssymptome können ohne medizinische Unterstützung lebensbedrohlich verlaufen. Um diesem heftigen Entzugsverlauf

¹⁰ Unter folgender URL findet sich die Online-Version der Lesch-Alkoholismus-Typologie: <http://www.lat-online.at/>

zu entgehen, greift er bei ersten Symptomen zum Alkohol und befindet sich damit in ständigem Konsum. Zusätzlich löst bereits ein Schluck starkes Craving aus, das ihn noch weiter zum Trinken antreibt. Da diese biologische Vulnerabilität auch nach jahrelanger Enthaltbarkeit bestehen bleibt, scheint als dauerhaftes Therapieziel absolute Abstinenz unumgänglich. (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 339f) Durch zielgerichtete, verhaltensorientierte Behandlung kann dieser Teufelskreis durchbrochen werden und 85 % der PatientInnen zu zweijähriger Abstinenz verhelfen. (vgl. Schlaff et al. 2011, S. 92). Des Weiteren zeigen systemische Therapieansätze die erfolgreiche Aufarbeitung bei verschobenen Machtverhältnissen in Familien des Typ I (vgl. Lesch 2012, S. 19).

Im Gegensatz zu Typ I, der mit Alkohol die Entzugssymptomatik bekämpft, versucht der Typ II ungewollte Gefühlszustände zu beseitigen. Er setzt Alkohol gezielt als Medikation ein, um Konflikte, die Ängste auslösen, bewältigen zu können. Hinter diesem Angst- und Konfliktlösungsmodell wird eine primäre Störung der Persönlichkeit angenommen. (vgl. Schlaff et al. 2011, S. 93) Erscheint dieser Typus ohne Alkohol überangepasst und passiv, neigt er unter Einfluss zu aggressiven Ausbrüchen, die sich in der Familie entladen können (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 341). Das geringe Selbstwertgefühl des Typ II veranlasst ihn zu häufigem Ja-Sagen und dazu, seine eigenen Grenzen überschreitend sich um noch mehr Angelegenheiten zu kümmern (vgl. Lesch 2012, S. 19). Alkohol mit seiner angstlösenden und beruhigenden Wirkung stärkt sein eigenes Zutrauen und ermöglicht ihm, aus dieser sozialen, angepassten Rolle herauszutreten (vgl. Lesch 2006, S. 341). Ziel einer Behandlung stellt deshalb primär die Stärkung der schwachen, ängstlichen Persönlichkeit mit Hilfe von Psychotherapie dar. Während des Entzugs zeigte sich medikamentöse Unterstützung äußerst abstinenzfördernd (vgl. Schlaff et al. 2011, S. 94).

Die Symptomatik des Typ III entspricht dem Krankheitsbild der Depression und wird deshalb auch als Depressionsmodell bezeichnet. Dieser Typ konsumiert Alkohol gleichermaßen im Sinne eines Medikaments, mit dem er seine Befindlichkeit reguliert und glaubt, seiner chronobiologischen Störung entgegenwirken zu können (vgl. Lesch/Soyka 2006, S. 341). Alkohol jedoch zerstört die Schlafarchitektur des Konsumierenden mehr als diese zu verbessern (vgl. Lesch 2011, S. 94). Die Persönlichkeit der Typ-III-PatientInnen ist geprägt von rigiden, unflexiblen und starren Wertvorstellungen. Sie überfordern sich durch übersteigerte Erwartungen an sich selbst und verspüren alltägliche Gefühle der Frustration und Unzufriedenheit, den eigenen Vorstellungen nicht gerecht zu werden. (vgl. Schlaff et al. 2011, S. 94) In solchen Zuständen kann es zu affektiven Symptomen wie Depressionen mit suizidaler Einengung kommen. Depression versteht sich dabei als Ausdruck ihrer Rigidität und „stellt den Patienten als Person wieder in den Mittelpunkt und macht ihm bewusst, wie weit er vorher `nur für andere Systeme funktioniert hat“ (Lesch 2012, S. 20). Um dieser schmerzlichen Erfahrung zu entgehen, erfolgt der Griff zum Alkohol mit seiner

stimmungsaufhellenden Wirkung. Dieses genannte Funktionieren bspw. in Beruf, Gesellschaft, in der Familie lässt auf das eigene Wohlbefinden und Freizeitvergnügen vergessen, denn Leistung geht vor Vergnügen. Deshalb zeigt sich der/die Typ-III-PatientIn viel eher als ehrgeizig, kontrollierend und dominant als entspannt und ausgelassen (vgl. Lesch et al. 2011, S. 95). Unter den Typ-III-Alkoholerkranken finden sich häufiger Frauen als Männer, sie bilden insgesamt die größte Gruppe innerhalb der LAT (vgl. ebd. 2011, S. 90). Im Gegensatz dazu sind beim Typ IV mehr Männer als Frauen zu finden. Bei diesen kam es aufgrund zerebraler Schäden während und nach der pränatalen Phase und aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit zu Entwicklungsretardierungen (vgl. Schläff et al. 2011, S. 59f). Diese Vorschäden und sozialen Belastungen weisen auf eine mögliche genetische Vulnerabilität hin, die eine Alkoholerkrankung fördern. Alkoholismus kann also nicht als primärer Verursacher der im Erwachsenenalter auftretenden Symptomatik angesehen werden, sondern stellt die Folgeerscheinung der vorangegangenen aversiven Entwicklung dar. Der Typ IV befindet sich meist in einer alkoholbelasteten Umgebung, in der exzessiver Alkoholkonsum akzeptiert wird und sich weitere Alkoholmissbrauchende aufhalten. Dem dort herrschenden Trink-Druck fühlt sich dieser oft nicht gewachsen und gibt ihm nach. (vgl. ebd., S. 95) Aus der Summe der genannten Einflüsse ergibt sich eine ungünstige Kombination aus schwer kontrollierbarer Impulsstörung und zwanghaftem Verlangen nach Alkohol (vgl. Lesch 2012, S. 22). Die Behandlung ist deshalb von häufigen Rückfällen gekennzeichnet, die sich bei Rückkehr in die gewohnte alkoholgeprägte Umgebung verstärken.

Die LAT in ihrer Vierdimensionalität ermöglicht bei Alkoholabhängigen durch ihre Klassifizierung nach Typ I bis IV individuelle Interventionen, die, wie Lesch betont, vor einem starren Angebot „für `Alle`“ zu präferieren sind (vgl. ebd., S. 22). Im Vergleich zu anderen Typologien lässt jene von Lesch „prognostische und therapeutische Aussagen [zu]“, sodass Platz für die Begutachtung von Alkoholkranken die Verwendung dieses Klassifikationssystems fordert (Platz zit. n. Lesch/Soyka 2006, S. 335). Die ausführliche Darstellung der LAT resultiert aus der Bedeutung für die in Kapitel 5 näher nachzulesende Untersuchung. Kurz sei hier nur erwähnt, dass die an der Befragung teilnehmenden erwachsenen Kinder anhand des Trinktypus ihrer Eltern ausgewählt wurden.

Am Ende dieses ersten Theoriekapitels angelangt, sollen nun bedeutende Einflussfaktoren auf die Entwicklung der COA zusammengefasst und daraus ein Fazit in Hinblick auf das nächste Unterkapitel gezogen werden.

2.9. Zusammenfassung

Kinder aus alkoholbelasteten Familien waren bis Mitte des vorigen Jahrhunderts von der Alkoholismusforschung kaum beachtet worden. Sie galten als Kinder der Alkoholerkranken, aber nicht als Mitbetroffene, die im Zuge der familialen Verhältnisse eigene psychische

Störungen oder Suchterkrankungen entwickeln konnten. Mittlerweile finden sich wissenschaftliche Publikationen und Diskurse, in der anfangs diese Kinder mit elterlicher Alkoholerkrankung aus pathologisierender Perspektive betrachtet wurden. Mit zunehmendem Interesse an der Gruppe der COA konnten vermehrt Studien ihre Entwicklung untersuchen und einer als automatisch angenommenen Alkoholtransmission durch die Eltern auf die Kinder widersprechen. Aus den Ergebnissen ging hervor, dass die Erkrankung des Elternteils nur eine von vielen Einflussfaktoren darstellt; sie spielt sogar per se nur eine untergeordnete Rolle. Zusammengefasst zeigen sich drei spezifische Einflussfaktoren, die eine Ausbildung einer Suchterkrankung begünstigen: Suchtmittel, Individuum und soziales Umfeld. Nachgewiesen von der Transmissionsforschung, stellt dabei den entscheidenden Faktor für ein pathologisches Suchtverhalten die genetische Disposition des Individuums dar. Obwohl die genetischen Anlagen den größten Teil beitragen, bedarf es für deren Aktivierung das Individuum. Dieses Kind wiederum befindet sich täglich innerhalb eines sozialen Gefüges, deren Einfluss es sich nicht entziehen kann. Insbesondere ist es der alkoholbelasteten Familiensituation ausgesetzt. Im nachfolgenden Kapitel soll genau dieser umgebungsbedingte Aspekt, die Familie und die darin übernommenen alkoholspezifischen und gleichzeitig individuumsabhängigen Rollen aufgegriffen werden. Besondere Aufmerksamkeit erhalten dabei vier Rollentypen, die sich als sehr bedeutsam für eine spätere dysfunktionale Lebensweise und Ausbildung psychischer Auffälligkeiten bei ACOA erwiesen haben und somit zum Bestandteil der empirischen Untersuchung in dieser Arbeit wurden.

3. Die alkoholbelastete Familie und ihr Rollenverhalten

Entwickelt sich in einer Familie Alkoholismus, so ist das ganze Familiensystem betroffen, und jedes einzelne Mitglied versucht, mit den jeweils zur Verfügung stehenden Mitteln das aus dem Gleichgewicht geratene System zu restabilisieren. Mittels individueller Strategien, sogenannter Rollenmodelle, wird diese Restabilisierung ermöglicht und sichert das Überleben im Alkoholikerhaushalt. Im Sinne des Suchtdreiecks wird der Blick nun vom Suchtmittel abgewandt und auf individuumsbezogene Einflussfaktoren – die Rollenmodelle – und umfeldbezogene Einflussfaktoren – der Alkoholikerhaushalt – gelenkt. In diesem Kapitel rücken das (erwachsene) Kind und dessen Entwicklung innerhalb eines Alkoholikerhaushaltes in den Mittelpunkt.

Kinder in alkoholbelasteten Familien sehen sich Problemlagen bzw. multiplen Schwierigkeiten ausgesetzt, die sowohl die häusliche Atmosphäre als auch das berufliche, schulische Umfeld bis hin zu freundschaftlichen Beziehungen durchdringen. Ihre vertraute Umgebung ist geprägt von Erfahrungen ambivalenter Natur, unberechenbaren, schwankenden Verhaltensweisen der/des Alkoholmissbrauchenden (vgl. Zobel 2006, S. 26; Woititz 2007 S. 16; Black 1988, S. 21), inkonsistentem Erziehungsverhalten (vgl. Klein 2008, S. 123) starke Disharmonie zwischen den Eltern usw. (vgl. Gschwandtner 2002, S. 5 [Online]). Wäre die vorliegende Arbeit vor einigen Jahrzehnten verfasst worden, dann würde ein entscheidender Blickwinkel in dieser Thematik fehlen, nämlich der des Kindes. Wie bereits in der Geschichte des Alkohols (Kapitel 2.2.5.) zu lesen war, lag das Augenmerk bis ins vorige Jahrhundert in erster Linie auf der/dem AlkoholikerIn. Erst ab den 70er-Jahren veränderte sich der wissenschaftliche Fokus, und es wurden auch Folgen für Angehörige wie Kinder und PartnerInnen in Betracht gezogen. Diese späte Fokussierung zeigt sich auch in der Gründungsgeschichte von Selbsthilfegruppen.

3.1. Al-Anon & Alateen¹¹

Bevor noch wissenschaftliches Interesse an den Familienmitgliedern bestand, kam es bereits 1940 zu selbstorganisierten Zusammenkünften von PartnerInnen Alkoholkranker in den USA. Im Austausch mit anderen Betroffenen erkannten sie ihre eigene Notlage und gründeten die erste Selbsthilfegruppe für Angehörige im Jahre 1951 in New York: „Al-Anon“. In abgewandelter Form übernahmen sie die 12 Genesungsschritte und Traditionen der Gruppe der Anonymen Alkoholiker (AA) und konnten bereits ein Jahr später einen Zuwachs auf 300 registrierte Al-Anon-Gruppen verzeichnen (vgl. Al-Anon 2011, S. 1 [Online]).

3.1.1. Al-Anon & Alateen Österreich

Im deutschsprachigen Raum kam es 1964 erstmals in der Schweiz und 1975 in Österreich/Salzburg zur Gründung der Al-Anon-Gemeinschaft. Sukzessive nahm die Anzahl

¹¹ Die Informationen zu Geschichte und Zielsetzungen der jeweiligen Selbsthilfegruppe wurden der Verfasserin von Fr. Margreth Rauth, der Verantwortlichen bei Al-Anon in Form einer Broschüre online zugesandt.

dieser Selbsthilfegruppen in Österreich zu, sodass mittlerweile rund 100 Al-Anon-Gruppen bestehen, in denen Angehörige oder Freunde von Abhängigen Hilfe erhalten.

Eine ähnliche Organisation bietet Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien die Möglichkeit, Erfahrungen mit Alkohol und Abhängigkeit im Angehörigen- oder Freundeskreis offen anzusprechen: Alateen. Alateen entstand in Österreich 14 Jahre nach der Al-Anon-Gründung, im Jahr 1989, und bestand 2010 aus insgesamt sieben Gruppen (vgl. ebd., S. 1–5 [Online]). Dort lernen jungen Menschen sich von der Dominanz des Alkohols in der Familie zu befreien, die Freude am Leben wiederzugewinnen und vor allem, „sich von den durch Alkoholismus verursachten Problemen in der Familie zu lösen, ohne (...) die Familie zu verlassen.“ (vgl. ebd., S. 2 [Online]) Ungefähr zeitgleich mit der Gründung von Alateen wurden erste „Untersuchungen und Befragungen an und von Kindern von Suchtkranken“ durchgeführt (Lambrou 2012, S. 27). Darauf aufbauend entstanden schließlich neue Behandlungs- und Beratungskonzepte, in welchen Alkoholismus als Familienerkrankung wahrgenommen wurde (vgl. Zobel 2006, S. 13).

Neben Alateen bildete sich eine weitere Selbsthilfegruppe heraus, die auch den erwachsenen Kindern Unterstützung anbietet: die „Al-Anon Erwachsene Kinder von Alkoholikern“. Dort lernen Betroffene, inwiefern sich der konsequenzenreiche Alltag eines Alkoholikerhaushaltes in den Lebensbereichen der Erwachsenen niedergeschlagen hat und wie diesen Konsequenzen produktiv begegnet werden kann. (vgl. Al-Anon 2011, S. 2 [Online]).

Hier zeigt sich deutlich, in welchen unterschiedlichen Zeitabständen noch außerhalb wissenschaftlicher Diskurse Angehörige und Kinder als Mitbetroffene erkannt wurden und sich weltweite Selbsthilfegruppen herausbildeten. Laut einer Hochrechnung des Anton-Proksch-Instituts¹² leben derzeit 10 % der österreichischen Kinder bis zum 18. Lebensjahr entweder mit einem biologischen, alkoholerkrankten Elternteil oder mit beiden an Alkoholismus erkrankten Eltern im gemeinsamen Haushalt (vgl. Puhm et al. 2008, S. 34 [Online]). Werden neben den Eltern auch Stiefeltern, Geschwister, Großeltern, Verwandte herangezogen, so sind 50 % aller Kinder durch eine oder mehrere Bezugspersonen mit Alkoholmissbrauch konfrontiert (vgl. ebd., S. 37 [Online]). Wie sich nun ein Leben für diese Kinder innerhalb einer alkoholbelasteten Familie gestaltet, soll im folgenden Unterkapitel näher gebracht werden.

¹² Das Anton-Prosch-Institut ist die größte Suchtklinik Europas und bietet stationäre und ambulante Behandlungen für legale und illegale, stoffgebundene und stoffungebundene Suchterkrankungen an. URL des API: <http://www.api.or.at/-typo3/startseite.html>.

3.2. Die Familiensituation

3.2.1. Alkoholismus als Familienerkrankung

„Man ist so schutzlos den eigenen Eltern gegenüber, denn sie sind ja da, zu meinem eigenen Schutz. Sich selbst diesen Schutz zu geben, fällt schwer ... Ja, das war auch so eine Sache, als meine Mutter anfang zu trinken und als ich merkte, wie mein Vater sich veränderte, wie meine Mutter sich veränderte. Ich habe gespürt, dass ich für mich alleine verantwortlich war (...) Ich konnte überhaupt keinen fragen, auch nicht meine Freunde. Ich war auf mich ganz allein gestellt (...). (Yvonne, 17)“
(Lambrou 2010, S. 79)

Dieser kurze Einblick in die Gefühlswelt der 17-jährigen Yvonne beschreibt vielleicht das wichtigste Kennzeichen eines von Alkoholismus belasteten Familiensystems: nicht nur die Missbrauchenden, sondern alle sind betroffen. Die Pädagogin Ursula Lambrou betitelt ihr Buch sogar „Familienkrankheit Alkoholismus: Im Sog der Abhängigkeit“ und betont damit den großen Einflussbereich des Alkoholismus (vgl. Lambrou 2010). Genauso plädiert neben weiteren AutorInnen auch Wegscheider-Cruse für eine die ganze Familie der/des Alkoholabhängigen einbeziehende Intervention, um dysfunktionale Rollen zu erkennen und in eine produktive Richtung zu verändern (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 80; Black 1988, S. 83; Gemeinhardt 2008, S. 421). Gleichzeitig weist dieses Rollenverhalten neben seiner Dysfunktionalität in Alkoholikerfamilien auch Nützlichkeit für das Familienklima auf. Jedes Familienmitglied schafft in seiner Rolle das dringend notwendige und strukturgebende Gleichgewicht – die Homöostase –, die durch den Alkoholismus der Mutter oder des Vaters auseinanderzubrechen droht. Jakob meint sogar, Kinder unterstützen durch ihr Rollenverhalten die Familie, die– als Ganzes gesehen– wiederum den Alkoholismus „trägt und duldet.“ (Jakob 1991, S. 50)

Dieses Ungleichgewicht ergibt sich aus zahlreichen Belastungen, die der Alkoholismus mit sich bringt: finanzielle Schwierigkeiten, möglicher Jobverlust des/der Alkoholkranken und Überstunden der Partnerin, des Partners, Verletzung der Aufsichtspflicht beim Kind usw. (vgl. Gschwandtner 2002, S.4 [Online]). Diese Problemlagen greifen direkt in das Familienleben ein und machen alle zu Mitbetroffenen und Beteiligten. Wegscheider-Cruse sieht dabei mit betroffene Familienangehörige als Hüter des Geheimnisses, die die Abwesenheit des betrunkenen Elternteils vor Außenstehenden rechtfertigen und so versuchen, die Alkoholproblematik zu decken (Wegscheider-Cruse 1989, S. 83). Die Familie legt ihren ganzen Fokus auf die Erkrankung bzw. die/den Erkrankte(n), sodass sie andere (familiäre) Tätigkeiten aus den Augen verliert (vgl. Rennert 1990, S. 160ff). Dabei handelt es sich um keinen Fokus, der sich im Sinne eines klärenden Familiengesprächs ausdrückt, sondern vielmehr der Aufrechterhaltung eines scheinbar stabilen Familiensystems dient (vgl. ebd., S. 167; Lambrou 2010, S. 22ff).

3.2.2. Der Alltag des Kindes

Wie stellt sich nun aber konkret der Alltag für die Kinder in einer Alkoholikerfamilie dar, in der eine derartige Stabilität um jeden Preis erzwungen wird? Für Kinder mit alkoholkranken Eltern ist das familiäre Leben besonders gekennzeichnet durch Wechselhaftigkeit, Unberechenbarkeit und einer spannungsgeladenen Atmosphäre (vgl. Black 1988; Lambrou 2010; Wegscheider-Cruse 1989; Zobel 2006; Klein 2008). Strukturen und Regeln werden aufgestellt, aber in widersprüchlicher Weise umgesetzt. So kann die Mutter im nüchternen Zustand liebevoll und einfühlsam sein, im betrunkenen aber verbotend und erniedrigend (vgl. Zobel 2008, S. 42f). Aber genauso kann der Alkohol in der/dem Betroffenen auch Geselligkeit und Selbstbewusstsein hervorrufen und die eigene Introvertiertheit und Minderwertigkeit in der Zeit der Intoxikation vergessen lassen. Ohne Alkohol fühlt der Alkoholiker sich wieder niedergeschlagen, den eigenen Lebensumständen nicht gewachsen, zieht sich vor der Umwelt zurück und ist für die eigenen Kinder nicht mehr zugänglich. Der Zustand der Betroffenen unter Alkoholeinfluss muss für die Umwelt also nicht immer der unangenehmere sein (vgl. Lindenmeyer 2010, S. 192f). Für die Kinder steht jedenfalls außer Zweifel, dass das ambivalente Verhalten von Missbrauchenden eine weitere Belastung in der Familie darstellt. Im Laufe des Zusammenlebens entwickeln Kinder für diese wechselnden Stimmungslagen eine Art Sensor, der ihnen hilft, die Situation einzuschätzen und eine geeignete Reaktion auslöst. Auch der nicht abhängige Elternteil richtet sich nach dem alkoholabhängigen und versucht, mit dem eigenen Verhalten die Situation für sich erträglich zu gestalten (vgl. Klein 2008, S. 122f).

3.2.3. Der nicht abhängige Elternteil

Nelson konnte im Zuge seiner Erhebung zu LebenspartnerInnen von Suchtabhängigen spezifische Verhaltens- und Reaktionsweisen beobachten. Rennert übernahm diese Sichtweise und übertrug sie auf die Alkoholkrankung. Die Autorin betont dabei, dass PartnerInnen innerhalb einer Suchtbeziehung ein co-abhängiges Verhalten entwickeln und sogar die Rolle des Enablers¹³ übernehmen können. Diese zur Co-Abhängigkeit oder Rolle des Enablers führenden Verhaltensweisen dienen hier zum besseren Verständnis des nicht abhängigen Elternteils und vor allem seines daraus resultierenden Erziehungsstils. Durch die Dominanz des Suchtmittels und der Konsumierenden kann dieser als vernachlässigend in Bezug auf die Kinder und ihre Bedürfnisse bezeichnet werden. Folgende Reaktionsweisen treten bei PartnerInnen in ihrer Co-Abhängigkeit und verstärkt in der Enabler-Rolle auf: Sie können im Sinne von Vermeiden und Beschützen versuchen, den Konsum zu unterbinden oder Unannehmlichkeiten von Konsumierenden fernzuhalten. Ebenso kann ein Rationalisieren und Akzeptieren helfen, mit der Sucht der Partnerin oder des Partners

¹³ Auf die Rolle des Enablers soll hier nicht näher eingegangen werden. Die von Wegscheider-Cruse beschriebene Rolle sieht Rennert als suchstabilisierendes bis hin zu suchtförderndes Moment, das über die Co-Abhängigkeit hinausgeht und dem Suchthaushalt dienlicher ist (vgl. Rennert 1990, S. 53).

umzugehen, indem der Konsum mit dem geistigen oder körperlichen Gewinn durch die Droge gerechtfertigt wird. „Ich glaubte, (...) der Kokainkonsum meines Partners (...) half [ihm], glücklicher und weniger deprimiert zu sein.“ (Rennert 1990, S. 54) Eine Kooperation und Kollaboration legt auch deutlich den Nutzen offen, welchen Suchterkrankte aus den Verhaltensweisen der Familie ziehen können, wenn die/der PartnerIn z. B. das Geld für die Droge auslegt oder Spuren des Konsums beseitigt. Diese Verhaltensweisen zeigen den suchtfördernden Weg, den ein/e PartnerIn in derartigen Beziehungen bereit ist zu gehen. Anfangs geschieht dies aus Liebe und Loyalität, geht aber schließlich in Angst über, die Sucht vor anderen nicht mehr verheimlichen zu können. (vgl. ebd., S. 54–57)

Diese skizzierten Reaktionsweisen können natürlich auch zum Konfliktpotential zwischen den LebenspartnerInnen beitragen, wenn bspw. dem missbrauchenden Ehemann das Geld für weiteres Alkoholika verweigert wird. Diese Diskrepanzen bedeuten für die Kinder lautstarke Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, die vor ihnen ausgetragen werden und fallweise auch den Auszug aus dem Alkoholikerhaushalt mit sich bringen können.

Familiale Instabilität und Disharmonie zwischen den Eltern erschweren den Kindern, in einer sicheren Umwelt aufzuwachsen (vgl. Gschwandtner 2002, S. 5 [Online]; vgl. Jordan 2010, S. 1 [Online]). Diese dem Kind täglich entgegengebrachten, widersprüchlichen und konfliktgeladenen Verhaltensweisen bleiben nicht ohne Konsequenzen, denn ambivalente Reaktionen beim Elternteil erzeugen ambivalente Gefühle beim Kind. Eine ständige Mischung aus Liebe und Enttäuschung hinterlässt Spuren. Einer Mutter kann nicht nur Zuneigung entgegengebracht werden, wenn sie das Kind vernachlässigt und demütigt, sobald sie zur Flasche greift (vgl. Lambrou 2010, S. 120f).

3.2.4. Vorherrschenden Effekte in der Familie

Die bisher beschriebenen Merkmale einer Alkoholikerfamilie fasst Zobel treffend auf sechs Effekte zusammen: Alkoholeffekte, elterliche Komorbidität, Familieneffekte, Vernachlässigung und Misshandlung, Modell-Lerneffekte und biologische Effekte (vgl. Zobel 2006, S. 197–207). Sie zeigen die Tragweite der Krankheit auf und erhöhen bei gleichzeitigem Eintreten aller Faktoren die Gefahr für eine Suchterkrankung der Kinder.

Die Alkoholeffekte betreffen zuvorderst die Alkoholikerkrankten, deren exzessiver Alkoholkonsum einerseits Veränderungen im eigenen Verhalten und Erleben bewirkt und zusätzlich medizinische Folgen hervorruft. Diese Veränderungen spüren die Kinder und erfahren auch hier wieder Konsequenzen im Erziehungsalltag, wenn z. B. die Mutter zu Hause ihren Kater ausschlafen muss, während das Kind ihre Angelegenheiten übernehmen muss und der Vater berufstätig ist (vgl. ebd., S. 197f).

Des Weiteren wird jede Familiensituation durch eine elterliche Komorbidität erschwert, die sich bei COAs als weitere psychische Erkrankung zum Alkoholismus zeigt. Auftretende komorbide Störungen können laut Sehr sogar die Psychopathologie des Kindes mehr

beeinflussen als die Alkoholerkrankung selber (Sehr zit. n. Puhm et al. 2008, S. 50 [Online]). Bereits im vorangegangenen Kapitel 2.7.2., „Komorbidität“, ließ sich erahnen, an welchen Störungen der erkrankte Elternteil gelitten haben kann bzw. im Zuge des Missbrauches entwickelt hat. Die Komorbiditätsrate bei alkoholabhängigen Eltern legt Zobel mir rund 75 % fest. D. h. drei Viertel der COA erleben zur eigentlichen Drogenabhängigkeit des Elternteils zusätzliche Belastungen durch eine weitere psychische Erkrankung. Besonders bei antisozialer Persönlichkeitsstörung, die bei Suchterkrankten als komorbide Störung an erster Stelle steht (vgl. Rost 2008, S. 43; Thomasius 2005, S. 19), erhöht sich das Risiko beim Kind, an einer Angststörung zu erkranken (vgl. Zobel 2006, S. 203). Entwickelt dieses selbst eine Abhängigkeit, schließt sich der Kreis wieder und das Risiko, an ähnlichen psychischen Störungen zu leiden wie bereits die Eltern, erhöht sich signifikant.

Komorbidität führt darüber hinaus zu mangelnder Aufsicht der Kinder und stellt einen weiteren Stressor für das bereits ungünstige Familienleben dar. Diese Widrigkeiten der familiären Umstände steigern sich exponentiell, wenn neben der Alkoholerkrankung noch Komorbidität bei einem oder bei beiden Eltern vorliegt (vgl. ebd., S. 187). Klein spricht von der höchsten pathologischen Belastung für die Kinder. Im Vergleich zur Normalbevölkerung kam bei Kindern mit zwei missbrauchenden Eltern die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung ca. 15-mal und bei einem alkoholmissbrauchenden Elternteil rund fünfmal häufiger vor (vgl. Klein 2008, S. 117).

Als weiteres Wesensmerkmal in einer Alkoholikerfamilie führt Zobel die Familieneffekte an. Sie umfassen u. a. die soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten, die Abkehr von familiären Ritualen wie sonntäglichen Unternehmungen. Häufig vermeiden die Kinder Kontakte zu KlassenkollegInnen, NachbarInnen usw., um das Risiko eines Treffens bei sich zu Hause zu vermeiden – sei es aus Scham vor unberechenbaren Umständen infolge des Alkoholmissbrauchs oder um gezielt das Geheimnis des Alkoholismus zu bewahren. Sie weichen außerfamilialen Kontakten aus und isolieren sich so von anderen. Wird die alkoholbelastete Familie bereits aufgrund der Alkoholerkrankung und der damit einhergehenden Schwierigkeiten gemieden, so kann sie die finanzielle Situation zusätzlich ins Abseits drängen. Überschuldungen führen zu Einschränkungen im Haushalt, im Leben aller Mitglieder und fördern ihr Außenseitertum. (vgl. Zobel 2006, S. 198–201)

Kinder müssen zu diesen kränkenden Erfahrungen häufig auch Vernachlässigung und Misshandlung erdulden. Vor allem wenn die missbrauchende Person die Mutter ist, werden Grundbedürfnisse vermehrt vernachlässigt, wie die Körperpflege des Kindes oder die Versorgung mit Lebensmitteln (vgl. ebd., S. 207). Allgemein erweist sich die Alkoholabhängigkeit der Mutter weitaus konsequenzenreicher für die Kinder als jene des Vaters. (vgl. Klein, zit. n. Gschwandtner, S. 8; Christoffersen/Soothill zit. n. Zobel 2006, S. 27) Einen Grund dafür sehen Johnson und Rolf in der Rolle der Frau als Verantwortliche für

Haushalt und Familie. Weiterhin stellen Mütter im Vergleich zu Vätern vorwiegend den täglichen Ablauf, mögliche Familienrituale und die Pflege der Kinder sicher. Wenn sich die Zuständigkeit durch die Dominanz des Alkohols verändert, leiden Kinder nicht nur psychisch unter den Folgen des Abusus, sondern wie bereits erwähnt auch körperlich. (vgl. Johnson/Rolf 1994, S.22–42) Als gravierendste physiologische Auswirkung durch den mütterlichen Alkoholkonsum zeigt sich dabei die Alkoholembryopathie bzw. das Fetale Alkoholsyndrom (vgl. Soyka/Küfner 2008, S. 230).

3.2.4.1. Gewalt

Misshandlungen können sich in psychischer oder physischer Form ausdrücken. Ersteres spiegelt sich bspw. in ständiger Kritik am Kind wider. Anstelle des Lobs tritt die Überbetonung der Fehler oder Schwächen, die auch mit Bestrafungen dem Kind auszutreiben versucht werden. (vgl. Zobel 2006, S. 207) Diese Bestrafungen können sich in physischen Misshandlungen bzw. Gewalt äußern. „Jedes dritte Kind in einer alkoholbelasteten Familie erfährt regelmäßig physische Gewalt (als Opfer und/oder Zeuge)“ (vgl. Klein/Zobel 2008, S.98), nach Lippert wird sogar jede dritte Gewalttat unter Alkoholeinfluss begangen (vgl. Lippert 2010, S. 8). „Je mehr und häufiger Alkohol konsumiert wird, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten aggressiven Verhaltens.“ (Scheithauer et al. 2008, S. 225) Diese Aussage von Scheithauer et al. verweist auf den Zusammenhang von Gewalt mit der Konsummenge und dem Grad des Alkoholmissbrauchs. Erst bei Auftreten beider steigt die Wahrscheinlichkeit für gewalttätige Übergriffe. Zobel meint generell, Kinder seien in suchtblasteten Familien mehr Gewalt ausgesetzt als jene in dysfunktionalen Familien (vgl. Zobel 2006, S.26). Der Begriff „dysfunktional“ soll an dieser Stelle mit „funktionsabweichend“ verstanden und für die nähere Differenzierung auf das Kapitel 3.3. verwiesen werden. Wird ein Vergleich zwischen den einzelnen Suchtmitteln hergestellt, so zeigt sich des Weiteren, dass unter Alkoholeinfluss ein achtfach höheres Risiko besteht, dass jemand körperlich oder sexuell misshandelt wird, als unter Einfluss anderer Drogen (vgl. Kapella et al. 2011, S. 187). Allerdings kann Alkohol nicht nur als Auslöser von Gewaltakten betrachtet werden, sondern je nach Menge und Ziel der Wirkung genauso gewaltreduzierend sein, da der Konsum auch einen dämpfenden Effekt auf das Zentralnervensystem haben kann (vgl. Puhm et al. 2008, S.71 [Online]). Also auch hier induziert das Suchtmittel nicht automatisch Gewalt, vielmehr bedarf es dem Auftreten weiterer Faktoren. Appelt et al. schreiben dazu, dass nur 15 % der unter Alkohol auftretenden Gewalthandlungen auf den Konsum zurückzuführen seien. Alkohol stellt keinesfalls die Ursache, sondern mehr den „Auslöser bzw. Risikofaktor“ für Gewalt dar (vgl. Appelt et al. 2001, S. 393). Ebenso muss die Gewaltausübung laut Black nicht zwingend von der/vom Abhängigen ausgehen, sondern auch PartnerInnen können tötlich werden (vgl. Black 1988, S. 171).

In einem derartigen Familienumfeld, in welchem das Kind exzessivem Alkoholkonsum, psychischem, physischem oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt ist, lernt es eigene Schlüsse aus diesen Verhältnissen zu ziehen. Es beobachtet und ahmt die Familie mit ihren Verhaltensweisen nach, bis sich erfolgreiche Handlungen herauskristallisiert haben und in das eigene Verhaltensrepertoire aufgenommen werden können. Diesen Vorgang des Modelllernens impliziert die Entwicklung eines jeden Kindes, kann aber aufgrund eines negativen Modells auch pathogene Konsequenzen mit sich bringen. Da sich in seiner Nähe vorwiegend eine betrunkene Mutter oder ein betrunkenener Vater als erwachsenes Vorbild befindet, lernt es von ihrem bzw. seinem dysfunktionalen Bewältigungsmechanismus, den Alkohol zur Gefühlsregulation einzusetzen. Wenn adäquate Mechanismen in einer Familie fehlen und somit nicht erlernt werden können, wird das Kind auch seine Schwierigkeiten mit Alkohol zu lösen versuchen (vgl. Zobel 2006, S. 202f). Da sich die Familie aus Angst, Scham usw. von der Außenwelt isoliert, verringert sich die Möglichkeit, ausgeglichene Erwachsene anzutreffen und von ihnen zu lernen, denn „je mehr positive Rollenvorbilder sie [Kinder] haben, desto leichter fällt es ihnen, deren Verhaltensmuster anzunehmen und sich positive Ausdrucksformen zu eigen zu machen“ (Black 1988, S. 107) Durch diese Nachahmung lernen Kinder in gesunder Weise, „Gefühle zu erkennen und mit ihnen umzugehen“ (ebd., S. 107). Diese gesunde Weise bleibt den meisten Kindern aus alkoholbelasteten Familien verschlossen, solange das Familiengeheimnis sie zwingt, im Stillen zu leiden und enge Beziehungen von sich fernzuhalten.

Alle bisherigen Effekte verdeutlichen auch das bereits erwähnte erhöhte Risiko für Kinder aus alkoholbelasteten Familien, selbst eine Alkoholkrankung zu entwickeln. Biologische Effekte, wie sie bereits im Kapitel 2.7.1.1. diskutiert wurden, bewirken bei COA erhöhte Toleranzentwicklung und verstärkte Stressdämpfung. Deshalb wird ihnen Achtsamkeit dem Alkoholkonsum gegenüber nahegelegt. (vgl. Zobel 2006, S. 202)

Diese auf die Familie einwirkenden Effekte bestehen so lange, wie die Dysfunktionalität gemeinsam mit dem vorherrschenden Suchtverhalten aufrechterhalten bleibt. Diese Dysfunktionalität und zum Teil die genannten Effekte beruhen ihrerseits wieder auf Bausteinen, die die Komplexität eines alkoholbelasteten Haushaltes widerspiegeln: den (teils) selbst auferlegten rigiden und kompromisslosen Regeln des Familiensystems.

3.2.5. (Unbewusste) Gesetzmäßigkeiten in der Familie

Black präsentiert in ihrem Buch „Mir kann das nicht passieren“ aus ihrer praktischen Arbeit mit Alkoholabhängigen und deren Kindern abgeleitete Gesetzmäßigkeiten, die dem gemeinsamen Zusammenleben mit seinem chaotischen Charakter wieder eine gewisse, sehr eigentümliche Ordnung geben (vgl. Black 1988). Diese Regeln werden dabei von jener Person aufgestellt und kontrolliert, die die meiste Macht innerhalb der Familie inne hat, die/der Abhängige (vgl. Wegscheider-Curse 1989, S. 81). Der Vollständigkeit halber werden

einzelne Punkte mit den durch die „grounded theory“ gewonnenen Erkenntnissen von Lambrou ergänzt (Lambrou 2010, S. 12f).

Einer der Grundsätze in diesen Familien ist das Verschweigen der eigentlichen Suchtproblematik nach außen hin und das Verleugnen oder Ignorieren nach innen. Die Erkrankung nimmt dabei die Form eines Geheimnisses an, das alle Mitglieder hüten. Den Verrat an der Familie, den Kinder empfinden, würden sie sich jemandem anvertrauen, begehen sie äußerst selten. (vgl. Black 1988, S. 46–49) Paradoxerweise fürchten sie gleichzeitig auch, dass niemand ihnen Glauben schenkt, wenn sie das Schweigen brechen. Mit dem Glauben an „Wenn man einfach die Augen davor verschließt, tut es vielleicht nicht so weh; irgendwann [wird es] einmal einfach aufhören“, versuchen sie die Vorkommnisse zu ertragen (Black 1988, S. 49). Mit ehelichen Konflikten wird in ähnlicher verdeckter Weise verfahren. Wenn Eltern versuchen, ihre Kinder vor Konfliktaustragungen zu bewahren, vergessen sie, wie feinfühlig diese sind und unausgesprochene Spannungen spüren können (vgl. Lambrou 2010, S. 86). Dieses Schweigen über Gefühle führt schließlich zu deren Unterdrückung und zum Vorzug jener Emotionen, die den familialen Regeln nicht widersprechen, auch wenn sie zur eigenen Gefühlswelt im Gegensatz stehen. Diesen Vorgang übernehmen Kinder und bringen ihren Gefühlen aufgrund der Diskrepanz zwischen erwarteten und eigenen, realen Gefühlsregungen kein Zutrauen mehr entgegen. Zusätzlich wird der Glaube an die eigenen Gefühle durch widersprüchliche Botschaften der Eltern erschüttert. Erwachsene Kinder beschreiben diesen Zustand als Eindruck, einer Einbildung zu unterliegen. Sie verspüren einen Affekt, der einer vergangenen Situation entsprungen zu sein scheint und in die gegenwärtige projiziert wurde, aber nicht hierhergehört. Das Misstrauen in die eigenen Gefühle und der anderer verstärkt sich durch die offene oder verdeckte Manipulation seitens der Eltern. Um in Beziehungskonflikten Verbündete gegen den jeweils anderen Elternteil zu bekommen, wird dem Kind kurzweilig besondere Zuneigung entgegengebracht und versucht, es so auf die eigene Seite zu ziehen. Dadurch findet sich das Kind in einem Beziehungskampf involviert, der für es niemals zufriedenstellend ausgehen kann. Es steckt in einem Dilemma, welche Seite es einnehmen soll. (vgl. Lambrou 2010, S. 89–104) Hat sich das Kind für ein kurzfristiges Bündnis entschieden, nützt es der Erwachsene aus, um der/dem PartnerIn „eins auszuwischen“ oder sich sogar zu rächen (vgl. Kowitz 2000, S. 183). Letztlich endet dieser Beziehungsstreit und ein nächster, mit neuem Versuch, das Kind auf die eigene Seite zu ziehen, beginnt.

Dieses fehlende Zutrauen beschränkt sich nicht nur auf Gefühle, sondern kennzeichnet das dysfunktionale Familienklima von Alkoholikerfamilien im Allgemeinen. Die dem Vertrauen vorausgehende Sicherheit, die ein Kind in einem stabilen Umfeld erfährt und ein (Ur-) Vertrauen entwickeln lässt, erlebt es innerhalb einer alkoholbelasteten Familie nicht. Durch

Demütigungen, Missbrauch, Feindseligkeiten und Manipulation wird vermittelt, niemandem zu vertrauen, auch der eigenen Familie nicht (vgl. Black 1988, S. 52–55).

3.2.6. Die Eltern als Erzieher

„Eltern sind nicht grundsätzlich defizitär als Erzieher. Sie verhalten sich als Teilnehmende am Alkoholismussystem eben nur so, daß [sic!] sie zu vielen dieser Anforderungen an ihr Erziehungsverhalten zu selten gerecht werden.“ (Jakob 1991, S. 52) Jakob betont damit, dass die Elternschaft in Zusammenhang mit der Alkoholismusproblematik gesehen werden soll, und die für die Eltern daraus entstandenen unrealistischen Erziehungsziele nur zur Überforderung führen können. Diesen zahlreichen, auferlegten Ansprüchen können Vater und Mutter nicht gerecht werden, denn zur herausfordernden Aufgabe des Aufziehens eines Kindes kommen die umfassenden Diskrepanzen des alkoholbelasteten Paares hinzu. Dem Kind fällt es aufgrund häufiger Meinungsverschiedenheiten zwischen den beiden schwer, sie in Zusammenarbeit als kompetente Erziehende zu erleben. Intervenieren nun auch noch die Großeltern auf Bitte oder auf Verdacht der Unzulänglichkeit der Eltern, werden diese negativ besetzte Identifikationsobjekte. Anstelle der Eltern erscheinen die Großeltern kompetenter, autoritativer und mächtiger für die Kinder (vgl. Jakob 1991, S. 52).

Durch die permanente Fixierung der Missbrauchenden auf das Suchtmittel oder der Nichtabhängigen auf die Missbrauchenden kommt es darüber hinaus zur Vernachlässigung der Kinder. Wo doch der betrunkene Vater schon keine Zeit aufbringt, das tolle Schulprojekt zu begutachten, so findet auch die permanent beschäftigte Mutter aus ihrer Überforderung heraus keine. (vgl. Klein 2008, S. 122) Der alkoholbelastete wie der nicht alkoholbelastete Elternteil versäumen auch hier die Pflichten der Erzieherin bzw. des Erziehers. Das Kind bleibt in jedem Fall mit den eigenen Bedürfnissen und Kränkungen alleine gelassen. Wie sich anhand der skizzierten Familiensituation zeigt, wachsen Kinder in alkoholbelasteten Familien auf mehreren Ebenen in schwierigen Lebensbedingungen auf, die sich im Laufe der Zeit als Beeinträchtigung niederschlagen können. Diese Beeinträchtigungen resultieren weniger aus der Alkoholerkrankung per se, sondern deuten auf ein dysfunktionales Familienklima hin, wie Zobel aus einer Gegenüberstellung unterschiedlicher und eigener Studien zeigen konnte (vgl. Zobel 2006). Aber was umfasst dieser Begriff der Dysfunktionalität? An dieser Stelle darf eine Auseinandersetzung mit dieser Begrifflichkeit nicht fehlen, soll aber, um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, kurz und prägnant verlaufen.

3.3. Die Dysfunktionalität (des Familienklimas)

Nach Benton stellt sich die Unterscheidung zwischen funktionaler und dysfunktionaler Familie folgendermaßen dar: Dysfunktionale Familien entwickeln sich während krisenhafter Zustände, in der sich Problemlagen zunehmend als chronisch darstellen und die Wünsche der Kinder nur unzureichend befriedigt werden. Die Verhaltensweisen der Eltern den Kindern

gegenüber neigen zu dominanten Ausprägungen (vgl. Benton 1993 [Online]). Ausgelegt auf eine alkoholerkrankte Familie lässt sich eine Chronifizierung einer Krise im Sinne einer Alkoholerkrankung oder dieser sogar vorangegangenen Problematik als psychische Störung feststellen. Gleichmaßen treten, wie bereits erörtert, Wünsche der Familienmitglieder, insbesondere der Kinder, hinter die der Missbrauchenden. Satir et al. bieten vier Kategorien an, die eine klarere Abgrenzung zwischen funktional und dysfunktional ermöglichen sollen: Produktivität oder Effizienz der Familie, bestehende Führungsmuster, Ausdruck von Konflikten und die Klarheit der Kommunikation innerhalb der Familie (Satir et al. 2000, S. 55). Werden diese Kategorien mit den Charakteristika einer Alkoholikerfamilie verglichen, so zeigen sich deutliche Gemeinsamkeiten, wie die durch Instabilität und Widersprüchlichkeit gekennzeichnete Ineffizienz der Familie oder die indirekte, von Geheimhaltung geprägte Kommunikation.

Für diese Arbeit wird synonym von dysfunktionaler oder (alkohol-)belasteter Familie die Rede sein. Auf eine gleichwertige Verwendung verweist auch Zobel, der anhand von Ergebnissen unterschiedlichster Studien zeigt, dass alkoholbelastete Familien und dysfunktionale Familien „mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede“ aufweisen (Zobel 2006, S. 88). Eine dieser Ähnlichkeiten betrifft das Vorkommen des Rollenverhaltens in beiden Systemen und lässt demgemäß auch den Schluss zu, im Sinne von alkoholbelasteten Familien von dysfunktionalen zu sprechen (vgl. Zobel 2006, S. 31). Des Weiteren verstehen Schindler et al. den Substanzmissbrauch als dysfunktionale Strategie, indem Suchterkrankte emotionaler Belastung mittels Vermeidungsverhalten zu entgehen versuchen. „Substance abuse has been described as a ‘self-medication against emotional distress‘“. (Schindler et al. 2007, S. 113). Durch diese Bewältigungsstrategie kommt es zu rigiden Familienregeln, die den Substanzmissbrauch begünstigen und die Missbrauchenden unterstützen. Deshalb spricht der ehemals selbst alkoholerkrankte Sohn einer alkoholabhängigen Mutter und jetzt Psychologe und Therapeut von dysfunktionalen Regeln in belasteten Familien anstelle von dysfunktionalen Familien. Die in diesen Familien internalisierten Verhaltens- und Umgangsformen basieren auf pathogenen Regeln, wie z. B. „Lass alles am besten so, wie es ist“, die dem Zweck dienen, jedes Familienmitglied „voreinander zu schützen, zu isolieren bzw. sie vor dem Risiko zu bewahren, einander nahe zu kommen“ (Subby zit. n. Rennert 1990, S.163ff). Wie sich anhand letzterer Autoren zeigt, gilt die Alkoholikerfamilie nicht von vornherein als dysfunktional. Erst im Zuge der Alkoholerkrankung können einzelne Mitglieder oder die gesamte Familie zu pathogenen Verhaltensweisen bzw. Bewältigungsstrategien greifen, die die Dysfunktionalität bewirken. Aus der Summe dieser Handlungen resultiert schließlich die alkoholbelastete, dysfunktionale Familie. Als weiteres Indiz für die Dysfunktionalität soll das Rollenverhalten in alkoholbelasteten Familien ausführlich diskutiert werden.

3.4. Das Rollenmodell

Mit Beginn der Auseinandersetzung mit dem Rollenmodell bei (A)COA wurde angenommen, sie würden sich nur in einem Alkoholhaushalt bilden und so ein Spezifikum dieser Suchterkrankung darstellen. Rollenverhalten kommt aber nicht nur in dysfunktionalen oder suchterkrankten Familien vor, sondern ist Bestandteil jeder funktionalen, gesunden Familie. Toman spricht dabei von Geschwisterpositionen, die als Rollen aufzufassen sind und auch außerhalb der Familie ausgeführt werden können. Hier zeigt sich auch der Unterschied zu dysfunktionaler Rollenübernahme, denn Kinder in funktionalen Familien weisen eine gewisse Flexibilität auf, die es ihnen ermöglicht, je nach Bedarf und Nutzen weitere Rollen einzunehmen. So steht diesen Kindern einerseits ein größeres Repertoire an Rollen zur Verfügung, und andererseits besitzen sie vor allem situative Anpassungsfähigkeit. Für die Übernahme einer Rolle innerhalb der Familie sieht der Autor die Geschwisterrangordnung als entscheidenden Faktor an (vgl. Toman 2002, S. 136ff). Dabei wird zwischen ein- und zweigeschlechtlichen Geschwisterkonstellationen und Einzelkindern unterschieden. Die einzelnen Rollenverhaltensformen können sich dabei folgendermaßen zeigen: So tritt bspw. der älteste Bruder von Brüdern gerne als Anführer und Verantwortungsträger auf. Er gilt als zuverlässig und zielstrebig. Mit seinen hohen Ansprüchen wirkt er aber gleichzeitig auch streng. (vgl. ebd.; S. 145–148) Bei der ältesten Schwester von Schwestern findet sich ein starker „Autoritäts- und Fürsorgeanspruch“ anderen Menschen gegenüber (vgl. ebd., S. 161). Sie kontrolliert gerne und betreibt dafür sogar fallweise einen übermäßig hohen Aufwand. Für ihre Kinder opfert sie sich auf und versucht, sie so in ihrem Bestreben nach Selbständigkeit zu beschneiden. (vgl. ebd.; S. 162ff) Für sogenannte „Sandwichkinder“ stellen sich die Verhaltenscharakteristika weitaus schwieriger dar. Indem alle Positionen bereits vergeben sind – jüngster und ältester Geschwisterteil – findet das mittlere Kind kaum seine Rolle. Toman meint dazu, dass bei solchen Kindern mindestens zwei Konstellationen festzustellen sind, da sie sowohl der ältere als auch der jüngere Geschwisterteil sind. Ab vier Kindern in der Familie erscheinen schließlich die Geschwisterkonstellationen unüberschaubar und können zusätzlich durch die Geschwisterrollen der Eltern verstanden werden. (vgl. ebd.; S. 178f) Diese Ausführung zeigt, dass Rollen innerhalb des Familiensystems ubiquitär sind und nicht pathologisch sein müssen.

Innerhalb des Alkoholikerhaushalts kommt es also nicht aufgrund der Erkrankung zu Rollenübernahmen, sondern angesichts der Existenz einer Familienkonstellation. Die pathogenen Rollentypen bei COA zeichnet also nicht die Alkoholikerfamilie oder der Alkohol per se aus, sondern sie sind auf die Dysfunktionalität des Familienklimas zurückzuführen. Durch die Suchterkrankung liegt im Vergleich zu nicht suchterkrankten Familien bei Rollen der COA ein verstärkter Ausprägungsgrad vor (vgl. Zobel S. 31; Rennert 1990, S. 185; Wegscheider-Cruse 1989, S. 85). Weshalb pathogene Rollen von (A)COA innerhalb der Familie übernommen werden, kann auf zwei markante Aspekte zurückgeführt werden:

Stabilisierung des Familiensystems und soziale Interaktion. Eine genauere Erörterung findet sich im Anschluss an dieses Unterkapitel.

Weshalb es im Rahmen dieser Arbeit zur Auseinandersetzung mit den Rollenmodellen bzw. mit dem Rollenverhalten der COA und ACOA kommt, liegt in der Relevanz für pädagogische Interventionen. Obwohl Kenntnisse über die Rollenmodelle im Alkoholikerhaushalt in wissenschaftlichen Diskursen Einzug gehalten haben, finden kaum praktische Umsetzungen statt. In Österreich wird in Untersuchungen zwar auf COA fokussiert, aber deren Rollen konnten hierzulande noch nicht einmal empirisch bestätigt werden. Gleichmaßen finden sich kaum Interventionsprogramme, die auf das dysfunktionale Rollenverhalten und somit spezifisch auf den Rollentypus eingehen. Deshalb erscheint es auch von großer Bedeutung, dass dieses Wissen zu den Rollen nicht nur vorliegt, sondern auch in diesem Kulturkreis untersucht und in Form von Intervention in der Praxis umgesetzt wird. Für die vorliegende Untersuchung soll ein erster Schritt gesetzt werden, indem in dieser Rollen innerhalb der Alkoholikerfamilie thematisiert und Grundlagen für präventive Arbeit geboten werden. Um aber Rollenmodelle empirisch bestätigen zu können, gilt es, zunächst den Begriff der „Rolle“ zu bestimmen.

3.4.1. Der Begriff „die (soziale) Rolle“

Wenn der Begriff der „Rolle“ im Zusammenhang mit Rollenmodell oder Rollenverhalten verwendet wird, so könnte sich der Eindruck ergeben, ihm brauche keine definitorische Beachtung geschenkt zu werden. Werden in der Literatur „Rollen“ oder daran anknüpfende Bezeichnungen in Verbindung mit Alkoholismus und Kindern aus alkoholbelasteten Familien gebraucht, finden sich kaum definitorische Erörterungen. Um diesen Mangel auszugleichen, soll eine Klärung der Bezeichnung Rolle aus verschiedenen Perspektiven versucht werden, um schließlich eine für diese Arbeit gültige Begriffsbestimmung festlegen zu können.

Aus erziehungswissenschaftlich-pädagogischer, aber auch psychologischer Sicht wird der Begriff der Rolle im Sinne von sozialer Rolle verwendet und meist im Kontext der Sozialisation besprochen. Eine soziale Rolle umfasst z. B. nach dem Wörterbuch der Erziehungswissenschaft bei Parson „ein Set an normativen Verhaltenserwartungen, an denen sich die Person in sozialen Interaktionen orientiert“, und die für das Ausüben einer Rolle internalisiert werden müssen. Rollenhandeln bedeutet bei Parson, basierend auf dem Erwerb einer gelungenen Orientierung an gesellschaftliche Normen, sozial zu interagieren. (vgl. Parson zit. n. Hörner et al. 2008, S. 165)

Wiswede lehnt sich an die vorangegangene Definition Parsons an und beschreibt im Wörterbuch der Psychologie die soziale Rolle als „Bündel normativer Erwartungshaltungen, die sich an Inhaber einer sozialen Position richten.“ (Wiswede zit. n. Jordan/Wendt 2010, S. 270f) Er unterscheidet u. a. zwischen „Berufs-, Geschlechts-, Alters-, familiale Rolle“. (vgl. ebd., S. 270). Werden diese beiden Zugänge dem Begriff (soziale) Rolle gegenübergestellt,

erscheint Parsons Auffassung von Rolleninhaberinnen und -inhabern eher passiv zu sein. Parson begreift die Rolle als vorwiegend nach außen hin orientiert und nimmt die aus den Interaktionen gewonnenen Kenntnisse in seine Persönlichkeit, im Sinne einer Rollenpersönlichkeit, auf. Die Möglichkeit der Ablehnung einer Rolle wird nicht erwähnt. Wiswede betont, dass das aktuelle Rollenverhalten aus „Erwartungen der Außenstehenden, aus der Rollenwahrnehmung und aus anderen Elementen“ resultiert. Die an die/den InhaberIn gerichteten Erwartungen sind bei diesem Autor nicht nur von außen bestimmt, sie bedürfen auch der Zustimmung oder Ablehnung durch diejenige bzw. diejenigen, die/der die Rolle wahr nimmt, die/der InhaberIn. (ebd., S.271). Mead erweitert diesen Ansatz und schreibt dem Mensch in seiner Rolle zusätzlich ein doppeltes Sehen zu, indem er sich für sich selbst und in den Augen der anderen wahrnimmt (vgl. Hörner et al. 2008, S. 166). In dieser dargestellten zweifachen Rollenreflexion bei Mead – Rollenerwartung von außen und doppeltes Sehen – erscheint das Rollenhandeln nicht mehr wie bei Parson, der dafür kritisiert wurde, durch Passivität der RolleninhaberIn/des Rolleninhabers der Stabilisierung des Gesamtsystems zu dienen, sondern unterstreicht die Handlungsmöglichkeiten der RolleninhaberIn/des Rolleninhabers.

An dieser Stelle soll diese Wahl für eine bestimmte Rolle wieder infrage gestellt werden, wenn ihr die Psychoanalyse das Unbewusste gegenüberstellt. Geulen erörtert den Zusammenhang anhand von Rollenzuschreibungen. Bereits im Kleinkindalter fängt die Übernahme sozialer Rollen an. Beginnend in der Familie, differenzieren sich mit zunehmendem Alter auch die möglichen Rollen (Plural!) immer mehr aus (vgl. ebd., S. 165). Die ersten Verhaltenserwartungen, die an das Kind gestellt werden, stammen vom wichtigsten Bezugssystem, der Familie, und führen auf unbewusster Ebene zur ersten Rollenzuweisung an das Kind. Dieser unbewusste Prozess verschafft dem Elternteil Entlastung von seinen eigenen psychischen Problemen. Das Kind übernimmt dabei stellvertretend für Vater oder Mutter diese zugeschriebene Rolle und bearbeitet so ihre ungelöste Problematik. Diese unbewusste Rollenzuschreibung beschränkt sich nicht nur auf die Familie, sondern kommt auch bei ganzen Bevölkerungsgruppen vor. Rassismus bspw. kann als konfliktbeladene Rollenzuschreibung auf Randgruppen interpretiert werden, die von Millionen von Menschen ausgeht (vgl. Lenzen et al. 2004, S.109–115).

Dieser kurze interdisziplinäre Einblick soll verdeutlichen, wie komplex sich Rollentheorie gestaltet. Zusätzlich wird ersichtlich, dass Rollenübernahmen auch unbewusst vonstattengehen können und Betroffene dem Drängen der z.B. Eltern unterliegen. Besonders Kinder sind diesen Vorgängen ausgeliefert und haben in ihren jungen Jahren noch keine ausgereifte Reflexionsfähigkeit entwickelt, um sich bestimmter Rollen bewusst zu werden und bei Bedarf entgegenzuwirken. Aber selbst im Erwachsenenalter scheint in bestimmten Situationen oder bei InteraktionspartnerInnen aus einem Repertoire an

Rollenmodellen eines unbewusst aktiviert zu werden, sodass eine Wahl nicht zur Verfügung steht. Auch bei Kindern alkoholerkrankter Eltern kann sich der Prozess der Rollenübernahme unbewusst entwickeln, um wie anfangs bereits ausgeführt ein familiales Gleichgewicht im Chaos des Alkoholismus wiederherzustellen. In der Literatur zu Kindern alkoholbelasteter Eltern und deren Rollenverhalten ist von Rollenübernahme die Rede, dem ein elterliches Drängen, wie es z. B. eine 30-jährige Frau in ihrer Kindheit erlebt hat, vorausgeht. Die Erwartungen ihrer Mutter waren von konkreter Natur und betrafen die Pflege und die Aufsicht ihrer jüngerer Geschwister: „Meine Mutter holte mich aus einem Kinderheim, in dem ich sechs Jahre gelebt hatte, nur damit ich mich zu Hause um meine zwei jüngeren Brüder kümmern konnte.“ (Black 1988, S.28) Dem damaligen Kind wird im Sinne einer Parentifizierung die Rolle einer Erwachsenen aufgezwungen, die dem Alter unangemessene Versorgungspflichten übernehmen soll. Diese Rolle wird als „verantwortungsbewusstes Kind, Held, Macher usw. beschrieben und wird mit allen weiteren im nächsten Unterkapitel ausführlicher erklärt. Nicht nur das Drängen von außen lässt das Kind eine Rolle übernehmen, genauso kann es von ihm selbst ausgehen.

„Meine Schwester war immer ziemlich laut, sie hat viel von sich erzählt und ihre Probleme auch nach draußen geplärrt (...) Dann dachte ich mir (...), dass ich eben dachte, na o.k., mit der haben sie eigentlich schon genug zu tun, soll ich auch noch Ärger machen oder losweinen.“

(Lambrou 2010, S. 195)

Hier schreibt die 17-jährige Yvonne, wie sie aufgrund von Beobachtungen eine passende Rolle in ihrer Familie gefunden hat. Wegscheider-Cruse misst bei der Rollenübernahme auch dem Temperament des Kindes Bedeutung zu, denn „we have to allow for the possibility that individual temperament plays some part in the choice of roles“ (Wegscheider-Cruse 1989, S. 132). Nähere Erklärungen, wie es zu dieser Übernahme kommt, waren in der Literatur allerdings nicht vorzufinden.

Eine Erweiterung der Rollentheorie findet sich bei Brocher, der neben sozialen Rollen auch von dysfunktionalen spricht. Er beschreibt diese Rolle innerhalb einer funktionalen Gruppe als gruppenstörend bis gruppenauflösend, die sich in destruktivem aggressivem Verhalten, im Blockieren, im Rivalisieren, in Clownerie oder Rückzug ausdrückt. Die Gruppe kann dabei zur Selbstdarstellung und/oder zur „egoistischen Suche nach Sympathie“ benutzt werden. (Köck/Ott 2002, S. 605) Diese Charakterisierung findet sich größtenteils auch in den jeweiligen Rollenmodellen nach Black, Wegscheider-Cruse und Ackerman bzw. Lambrou und Jakob wieder und lässt auch den Schluss zu, von dysfunktionalen Rollen innerhalb einer alkoholbelasteten Familie zu sprechen. Das ausagierende Kind bspw., das mit destruktivem Verhalten gegen sich und andere auffällt, oder der Held, der sich in seiner Leistungsorientiertheit in Rivalität mit anderen und besonders mit sich selbst befindet.

Als letzte Herangehensweise soll hier noch jene von Jakob Erwähnung finden, der sich als einer der wenigen Autoren mit dem Begriff der Rolle im Zusammenhang mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien beschäftigt hat. Er schlägt vor, die Rollen als Schemata dafür aufzufassen, wie Kinder in einer bestimmten Weise die Familie bzw. den Alkoholmissbrauch unterstützen und dulden. (vgl. Jakob 1991, S. 50) Hierbei wird erstmals die Funktion einer Rolle explizit erwähnt, nämlich zur Unterstützung und Duldung des alkoholbelasteten Klimas. Des Weiteren wird die Rolle als Konstrukt zur vereinfachten Realitätsabbildung offengelegt und, wie auch Wegscheider schreibt, bilden diese nur Extrempositionen ab (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 88).

Der Begriff „Rolle“ für diese Arbeit stellt sich als idealtypisches Konstrukt dar, das auf normativen, familialen und interpersonellen Erwartungen beruht und an Individuen in einem Sozialgefüge adressiert ist. In sozialen Interaktionen werden diese Verhaltenserwartungen aktiviert und erprobt, um dann von den RolleninhaberInnen bewusst oder unbewusst übernommen bzw. internalisiert zu werden. Bei neuen oder veränderten Erwartungshaltungen kann eine Rolle abgelegt und eine neue in Anpassung an die Gegebenheiten übernommen werden. In dieser für die vorliegende Arbeit gültigen Definition wird ein wichtiger Aspekt sichtbar, der bisher unbeachtet geblieben ist, nämlich welchen Zweck dieses Rollenmodell erfüllt. Als ein Konstrukt bildet es die Realität in vereinfachter Weise ab und lässt so eine Zusammenführung auf eine überschaubare Anzahl von Rollentypen zu. Natürlich bilden diese Rollen, wie sich noch zeigen wird, Extrempositionen ab, die in ihrer reinen Form kaum vorkommen. Diese Vereinfachung ermöglicht aber auch die Beforschung dieser Typen, allgemein und speziell in dieser Arbeit, mithilfe des Rolleninventars in den Fragebögen. Diese Klassifizierung der Verhaltensweisen ermöglicht des Weiteren ein tiefer gehendes Verständnis für die Kinder aus Alkoholikerfamilien und zeigt das etwaige Krankheitspotenzial dieser dysfunktionalen Familienverhältnisse auf.

3.4.2. Allgemeines zu den Rollen in dysfunktionalen Familien

Ein Rollenverhalten stellt sich nicht als stabiles Moment in einer Familie dar, sondern kann über die Jahre auch wechseln. Bei abweichenden Anforderungen in der Familie kann die/der Rolleninhaber entsprechend reagieren (vgl. Zobel 2006, S. 28; Black 1988, S. 80). Ein und dasselbe Kind kann auch zwei konträre Rollen einnehmen, wenn beispielsweise der verantwortungsbewusste Held das Heim verlässt und ihn die zurückgebliebene, im Stich gelassene Familie sukzessive zum Sündenbock degradiert. Die Übernahme einer (neuen) Rolle ereignet sich nicht plötzlich, sondern geschieht unmerklich und langsam (vgl. Rennert 1990, S. 69). Da die Rollen von der/dem TrägerIn vollständig internalisiert und als Bewältigungsstrategie übernommen wurden, führen sie das Kind bzw. der/die Jugendliche auch dann fort, wenn die/der Alkoholmissbrauchende nicht mehr trinkt. Obwohl Zobel schreibt, dass „[wenn] der abhängige Elternteil abstinent lebt, (...) die Kinder und

Jugendlichen kaum noch auffälliges Verhalten [zeigen]" (Zobel 2006, S. 41), widerspricht diese Aussage den vorangegangenen Formulierungen nicht. Sobald die Abstinenzbestrebung mit der Umformung der dysfunktionalen Familie in Richtung einer funktionalen einhergeht, werden die Rollen eines alkoholbelasteten Familiensystems nicht mehr gebraucht. Die Kinder haben nun die Chance, sich gesund zu entwickeln. Bleibt die Dysfunktionalität bestehen, werden die Rollen im Erwachsenenalter nicht einfach abgelegt, sondern es zeigen sich im Gegenteil oft die negativen Folgen der Rollenübernahme in ihrer vollen Tragweite erst, wenn die erwachsenen Kinder das Elternhaus verlassen und ihrer Umwelt im vollen Ausmaß begegnen (vgl. Black 1988, S. 125f; vgl. Zobel 2006, S. 41; Kolitzus 2000, S. 175). Die Gesundung der/des Alkoholkranken reicht allein nicht aus, dem pathogenen Rollenverhalten der Kinder entgegenzuwirken (vgl. Zobel 2006, S. 42).

3.4.2.1. Das Rollenmodell nach Richter

Die ersten Rollenbeschreibungen in wissenschaftlicher Literatur finden sich bei Richter in seinem aus dem Jahre 1963 stammenden Buch „Eltern, Kind und Neurose“. Aus psychoanalytischer Sicht geht der Autor der Frage nach, unter welchen Bedingungen sich Neurosen im Kindesalter entwickeln, und sieht eine Ursache in der elterlichen Rollenzuschreibung (vgl. Richter 1995, S. 16f). In diesem Prozess auferlegen die Eltern, je nach Art ihres eigenen inneren Konflikts, dem Kind gewisse Rollenvorschriften, die laut Richter als Ausdruck eines fehlenden Partners und/oder als „Aspekt des eigenen (elterlichen) Selbst“ aufzufassen sind. Für das Kind bedeutet Ersteres, das Substitut für eine Elternfigur, den Gatten oder eine Geschwisterfigur zu sein (vgl. Richter 1995, S. 81). Wird es als Ersatz für das eigene Selbst gebraucht, so soll es z. B. das ideale Selbst (der Mutter, des Vaters) oder die negative oder abgelehnte Identität („Sündenbock“) repräsentieren.

Wegscheider-Cruses verantwortungsbewußte [sic!] Kind bzw. Blacks Held scheinen an Richters Rollenzuweisungen des Substituts für einen fehlenden Partner angelehnt zu sein, denn ihre Rollen verstehen das Kind als Erwachsenenfigur, die Mutter oder Vater nachahmt und diesen gleichermaßen Erziehungsaufgaben wie haushälterische Angelegenheiten abnimmt. (vgl. Kapitel 3.4.4.1.) Bei dieser Konstellation kann es nach Richter auch zur Übertragung affektiver Einstellungen der Eltern, die aus den Beziehungen mit anderen stammen, auf die Kinder kommen. Besonders im Falle eines Ersatzes als PartnerIn besteht die Gefahr von schwerwiegenden Übergriffen wie Inzest (vgl. ebd., S. 108f). Betrachtet man die Leistungsorientiertheit und anspruchsvollen Zielsetzungen von Blacks Helden, so kann dieser als ideales Selbst der Mutter oder des Vaters interpretiert werden. „Das Kind soll das werden und leisten, was sie selbst nicht erreicht haben.“ (ebd., S. 200) Der Sündenbock spiegelt jene Aspekte des Elternteils wider, die verleugnet werden. Eltern sehen die negative Identität und das, „was sie um keinen Preis sein möchten“, in diesem Kind (ebd., S. 197). Ein Kind also, das – wie bei Wegscheider-Cruse der gleichnamige Sündenbock und bei Black

das ausagierende Kind – durch entsprechende unangepasste Verhaltensweisen und Handlungen negative Aufmerksamkeit auf sich zieht. (vgl. Kapitel 3.4.4.2.)

In dieser Urtypologie der Rollenmodelle zeigen sich bereits Überschneidungen und Deckungsgleichheiten mit jener, die für die Untersuchung herangezogen wurde. (vgl. Kapitel 3.4.4) Richter trägt darüber hinaus auch zur Frage der Selektion der Rolle Entscheidendes bei. Seines Erachtens gelten der innere elterliche Konflikt und die daraus resultierenden Erwartungshaltungen als Ursache für die Wahl der Rollen. Wie sich diese Erwartungshaltungen jedoch äußern, findet sich weder bei Richter noch anderen AutorInnen. Nur Zobel verweist in einem kurzen Absatz darauf, dass an Gesten und Blicke der Eltern gewisse Hoffnungen, Ansprüche und Emotionen gebunden sind, die das Kind als solches wahrnimmt und im Sinne einer Rolle umsetzt (vgl. Zobel 2006, S.27ff). Aus dieser allgemeinen Erörterung zum Begriff der „Rolle“, der daraus gewonnenen Definition für diese Arbeit und ihrem möglichen Ursprung in der Neurosentheorie soll nun auf die konkreten Rollentypen, die innerhalb einer Alkoholikerfamilie vorzufinden sind und in der Untersuchung erfragt wurden, eingegangen werden.

3.4.3. Die Rollen in alkoholbelasteten Familien

Das in heutigen Publikationen zu COA herangezogene Rollenmodell entwickelte sich im Zuge des Perspektivenwechsels von der/dem Erkrankten zum mitbetroffenen Kind (vgl. Lambrou 2010; Black 1988; Wegscheider-Cruse 1989; Jakob 1991). Aus der praktischen Tätigkeit als PädagogInnen, TherapeutInnen und PsychologInnen kristallisierten sich diese Rollenverhaltensmuster bei Kindern heraus (vgl. Zobel 2006, S.28). Beginnend mit Ackermann, der 1987 von acht verschiedenen Typen ausging, über Lambrou, in deren Praxis fünf unterschiedliche Rollen vorzufinden waren, bis hin zu Jakob 1991, der drei grobe Unterscheidungen akzentuierte. Die folgende Tabelle zeigt die unterschiedlichen Rollen im Überblick. Kursiv gesetzte Benennungen werden in den folgenden Unterkapiteln näher besprochen werden, da sie Bestandteil der empirischen Untersuchung sind.

Überblick über die Rollenmodelle:

Ackermann (1987)	Wegscheider- Cruse (1989)	Black (1988)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	<i>Der Held</i>	<i>Der Verantwortungs- bewußte[sic!]</i>	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	<i>Der Sündenbock</i>	<i>Das ausagierende Kind</i>	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorene Kind	<i>Das verlorene Kind</i>	Der Fügsame	Unsichtbares Kind	
Maskottchen	<i>Das Maskottchen</i>		Das unterhaltsame Kind	Nesthäkchen
Chamäleon Der Übererwachsene/ Distanzierte/ Unverletzte		<i>Der Friedensstifter</i>	Chamäleon	

Tabelle 4: Die Rollenmodelle im Überblick (in Anlehnung an Zobel 2006, S. 29)

Aus dieser Tabelle werden die Ähnlichkeiten in Benennung und bei Durchsicht der Literatur auch im Inhalt deutlich.

Diese in den 80er- und 90er-Jahren erschienenen Publikationen hinterlassen in der Rezeption schnell den Eindruck, Kinder aus Alkoholikerfamilien können kaum oder nur mit therapeutischer Hilfe das pathogene Rollenverhalten verändern und ein freies Leben führen. Rennert schreibt dazu Folgendes: Die durch die Rolle erworbenen Stärken können „zum Beispiel nach einer Therapie oder der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe mit ihren konstruktiven Teilen positiv und ohne Einschränkung durch Zwanghaftigkeit und Realitätsverkennung zur Geltung kommen“ (vgl. Rennert 1990, S. 76ff). Sie spricht hier von gewonnenen Stärken der ACOA, aber sieht für deren Ausbildung eine Problembearbeitung durch Therapie als unumgänglich. Kolitzus plädiert ebenfalls für die Betonung wichtiger Kompetenzen, die, durch ein rollentypisches Verhalten erlernt und angemessen eingesetzt, sehr wohl auch „im späteren Leben zu einem Fundus von Möglichkeiten werden“ (vgl. Kolitzus zit. n. Zobel 2006, S. 32) können. Mayer geht von Ressourcen im Sinne eines „seelischen »Bodybuilding[s]«“ aus, einer Anpassungsfähigkeit, die einen flexiblen Umgang mit fordernden Situationen ermöglicht (vgl. Ehrenfried/Mayer 2008, S. 115). Obwohl bei den

AutorInnen Ressourcen und Stärken Erwähnung finden, fehlt hier das resiliente Kind. Jenes Kind, das den Widrigkeiten des Alkoholikerhaushaltes trotz und im Erwachsenenalter nicht an Alkoholismus erkrankt. Diese Rolle hat außer bei Ackerman bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Arbeit keinen Einzug in die Literatur gefunden. Er berücksichtigt die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung und nennt diese Rolle „der Unverletzte“. Als Einziger sieht er in einer Rolle und natürlich in deren Ausübung keine Behandlungsbedürftigkeit, sondern vielmehr ein sich seelisch gesund entwickelndes Kind (vgl. Zobel 2006, S. 28f).

Aus allen in der Tabelle ersichtlichen Rollen wird in dieser Arbeit mit jenen vier bzw. fünf von Wegscheider-Cruse und Black gearbeitet, deren Existenz nachgewiesen ist und in Form des Children's Roles Inventory als Fragebogen bereits Anwendung findet: der Held/das verantwortungsbewusste Kind, der Sündenbock/das ausagierende Kind, das verlorene Kind/der Fügsame sowie das Maskottchen bzw. der Friedensstifter (vgl. Potter/Williams 1991, S. 77 [Online]). Zobel verweist ebenfalls auf diese Rollen, die alle als wissenschaftlich überprüfte Kernkonstrukte gelten (vgl. Zobel 2006, S. 30).

3.4.4. Die Rollen nach Black und Wegscheider-Cruse

Da sich die Rollenmodelle beider Autorinnen inhaltlich sehr ähneln, werden hier die jeweiligen Rollen getrennt nach Rollen und nicht nach deren Verfasserinnen beschrieben. Die einzige Ausnahme stellen das Maskottchen und der Friedensstifter dar. Obwohl die Entwickler des Rollen-Inventars Potter/Williams bei ihrer Studie die Umsetzung der Rolle des Maskottchens und des Friedensstifters als ein und dieselbe annahmen, stellte sich dies bei näherer Auseinandersetzung als Irrtum heraus. Beide Rollen waren nicht ident. Im weiteren Verlauf zeigte sich aber, dass das Autorenpaar zwar eine doppelte Benennung anwendete, aber dennoch nur das Maskottchen für die Studie heranzog (vgl. Potter/Williams 1991, S. 71). Trotz der verwirrenden doppelten Namensvergebung – das Maskottchen/der Friedensstifter – wird in dieser Arbeit inhaltlich der Intention von Potter/Williams entsprochen und der Fokus auf das Maskottchen gelegt. Deshalb findet sich zur Verdeutlichung der Unterschiede unter 3.4.4.4. eine Gegenüberstellung dieser beiden Rollen.

An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass nachfolgende Rollen Idealtypen entsprechen und in ihrer reinen Form kaum vorkommen (vgl. Rennert 1990, S. 70; Jakob 1991, S. 49; Wegscheider-Cruse 1989, S. 88). Die meisten nehmen nicht nur eine bestimmte Rolle ein, sondern Kombinationen von zwei oder mehr (vgl. Black 1988, S. 220).

3.4.4.1. Der Held/der Verantwortungsbewusste

Der erste dieser Rollentypen und gleichzeitig die/der Erstgeborene in der Familie ist der Verantwortungsbewusste nach Black bzw. der Held nach Wegscheider-Cruse. Als Ältester und Verantwortungsträger fühlt er sich für die gesamte Familie zuständig. Durch sein hohes Engagement ist er das Vorzeigekind der Familie, das den Haushalt schaukelt, sich um

jüngere Geschwister kümmert und darüber hinaus noch gute Leistungen in der Schule erbringt (vgl. Black 1988, S. 25–30). Da diese unzähligen Aufgabenbereiche dem Kind wenig freie Zeit lassen, ist es kaum verwunderlich, wenn diesem kindliche Ausgelassenheit oder Spielereien fremd erscheinen (vgl. Black 1988, S. 68). Das Ziel des Helden ist, sein ganzes Leben lang die Stabilität zu bewahren und allen zu zeigen, dass seine Familie in Ordnung ist. „I’ll show the world this family is okay. A family has to be okay to have a kid who can do things better than other people, doesn’t it?“ (Wegscheider-Cruse 1989, S. 106f). Dieses unerreichbare Ziel treibt den Helden an und lässt ihn durch seine zahlreichen Leistungen und errungenen Auszeichnungen nach außen hin erfolgreich und beliebt wirken. Ein Freundeskreis wird sich um den Helden herum entwickeln, den er nicht zu nahe an sich heranlassen kann. Für tiefe Freundschaften fehlt Vertrauen in Intimität. Auch seine kritischen und hohen Ansprüche an eine ideale Freundin oder Freund erschweren es ihm, bedeutungsvolle Beziehungen aufzubauen (vgl. ebd., S. 107–110).

Um den (leistungsorientierten) Anforderungen zu genügen, ist das verantwortungsbewusste Kind ein/e MeisterIn des Organisierens. Es plant und setzt Ziele geschickt um, nur um Stabilität in einer widersprüchlichen und unzuverlässigen Umgebung wiederzugewinnen. Diese Zielstrebigkeit lässt das Kind auch vor Manipulation nicht zurückschrecken, solange Ordnung und Struktur hergestellt und aufrechterhalten werden können. Dafür manipulieren Helden sogar die eigene Familie (vgl. Black 1988, S. 27–30). Der Leistungsanspruch an sich selbst ist so immens, dass der Held sich niemals selbst zufriedenstellen kann. Er fühlt sich niemals gut genug und kann niemals sein oberstes Ziel erreichen. Auch wenn er persönliche Errungenschaften erreicht hat, wird er seine Familie nicht heilen können (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 107).

Mit zunehmend negativen Erfahrungen durch die Eltern glaubt der Verantwortungsbewusste, auf Hilfe von Erwachsenen sei kein Verlass. Er organisiert und handelt lieber alleine, als sich auf Erwachsene, die weder Klugheit noch Empathie besitzen, zu verlassen. Für Eltern sind Helden unproblematisch und sehr hilfreich, denn sie entlasten die Familie, wo sie können, und ermöglichen dem erkrankten Elternteil so mehr Zeit für seinen problematischen Alkoholkonsum (vgl. Black 1988, S. 27–30). Da diese Helden meist die Erstgeborenen sind ist es diese Rolle, die am meisten durch die Geburtenfolge bestimmt wird. Sie wird vom Kind nicht gewählt, sondern ist im Familienskript niedergeschrieben (vgl. ebd., S. 27; Wegscheider-Cruse 1989, S. 104, 112). Wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte der Einfluss der Reihung auf die Rollenübernahme nicht (vgl. Veronie/Fruehstorfer 2001, S. 65), weshalb auch Wegscheider-Cruses Annahme, dass die Rollenübernahme mehr mit der Position in der Familie als mit den Persönlichkeitsfaktoren des Kindes zusammenhängt, infrage gestellt werden muss (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 87).

3.4.4.2. Der Sündenbock/das ausagierende Kind

Die Rolle des Sündenbocks bzw. des ausagierenden Kindes entwickelt sich aus der Tatsache heraus, dass die Rolle des Helden in der Familie bereits übernommen wurde und die Anstrengungen, es ihm gleichzutun, misslungen sind: Wie sehr sich der zukünftige Sündenbock auch bemüht, es wird ihm nicht die gleiche Aufmerksamkeit zuteil wie der älteren Schwester oder dem älteren Bruder. Als einzigen Ausweg sieht er deshalb nur den physischen und emotionalen Rückzug aus der Familie. Bei FreundInnen hofft er, sein unerfülltes Bedürfnis nach Zugehörigkeit befriedigen zu können (vgl. ebd., S.116f). Um Aufmerksamkeit in der Familie zu erhalten, beginnt der Sündenbock nun, negativ aufzufallen. Durch seine nach außen projizierten Verhaltensauffälligkeiten versucht das ausagierende Kind, die Alkoholproblematik aufzuzeigen, bewirkt aber in der Familie mehr eine willkommene Ablenkung (vgl. ebd., S.126; Black 1988, S.37). Außerhalb werden häufig Institutionen wie Schule oder Polizei auf ihn aufmerksam und verweisen ihn zu Professionalisten. So kann es entweder zur heilenden Intervention kommen oder bei deren Verweigerung zum Voranschreiten der Verhaltensauffälligkeiten bis hin zur Delinquenz. (vgl. ebd., 1988, S.38)

Geprägt ist das Leben des ausagierenden Kindes von Frustration, die es in destruktiven Handlungen auslebt. Seien es die Fehlstunden in der Schule, minderjähriges Autofahren, Stehlen, Drogenmissbrauch, frühe Schwangerschaft usw., die diese Rollentypen ohne Hilfe in Erziehungsheime oder in Psychiatrien führen (vgl. Black 1988, S.38). In letzter Konsequenz kann diese Destruktivität auch gegen sich selbst gerichtet sein und zum Suizid führen, wie nachfolgendes Beispiel zeigt:

„Home had become a lonely place (...) She started dating young, and by the time she was fifteen was sleeping with several boys. At sixteen she discovered she was pregnant (...) They both [parents; Anm. IR] blamed and shamed her, and argued (...) One thing they could not do, however- they could no longer ignore her. Karen had an abortion, but that did not end the matter. She immediately went into a suicidal depression that led her, and eventually the whole family, into treatment.“

(Wegscheider-Cruse 1989, S.121)

Karen als ausagierendes Kind versuchte die fehlende Aufmerksamkeit mit körperlicher Nähe zu kompensieren und wurde schwanger. Die darauffolgende Abtreibung löste Suizidgedanken und Depressionen aus, die sie letztlich in Behandlung führten. Diesen Zorn aufgrund der Nichtbeachtung, mit dem Karen bzw. ein Sündenbock zu kämpfen haben, verdeutlicht die negative Gefühlslage, die sich in destruktivem Verhalten gegen sich und die Gesellschaft ausdrückt. Hinter diesem Ärger, der Ablehnung und der Einsamkeit verbirgt sich ein weitaus größerer Schmerz, die erlebte Kränkung (vgl. ebd., S.122). Das bestrafende, erniedrigende Verhalten in der Familie hinterlässt seelische Wunden und ein Gefühl der Wertlosigkeit. Deshalb suchen Sündenböcke/ausagierende Kinder auch im Freundeskreis

und/oder durch Drogenkonsum Schmerzlinderung und positive Verstärkung. Da der Sündenbock bereits früh über die Wirkung des Alkohols Bescheid weiß und diese nützt, scheint der Weg zur eigenen späteren Abhängigkeit für das dieses Kind bereits vorgezeichnet (vgl. ebd., S. 125).

3.4.4.3. Das verlorene Kind/der Fügsame

Das verlorene Kind oder der Fügsame wird in eine vollständige Familie hineingeboren, in der bereits wichtige Rollen verteilt bzw. übernommen worden sind. „He has arrived in the middle of the play“ (ebd., S. 127). Für den Neuankömmling bedeutet dies ein Zurechtfinden in einer verwirrenden Familiensituation, über die niemand direkt sprechen möchte. Ohne Erklärungen und ohne seine Desorientierung wahrzunehmen, fühlt er sich verloren und alleine gelassen. Um diesen Umständen standzuhalten, versucht sich der Fügsame anzupassen, indem er sich zurückzieht. (vgl. ebd., S. 127) Für die Eltern ist dieses Verhalten erleichternd, denn deren Aufmerksamkeit wird bereits von den älteren Kindern in Anspruch genommen. Was augenscheinlich dem Fügsamen Schutz vor negativen Erfahrungen in der Alkoholikerfamilie bietet und den Eltern zugutekommt, besitzt auch eine Kehrseite. Sein zunehmender Rückzug bedeutet auch Isolation von positiven Interaktionen und Erlebnissen. (vgl. Black 1988, S. 31) Nicht umsonst nennt Wegscheider-Cruse dieses Kind auch das vergessene, denn sie lenken keine Aufmerksamkeit auf sich und scheinen in der Familie unsichtbar zu sein. (vgl. Wegscheider-Cruse 1988, S.128) “As he [Tim] got older he spent most of his time alone in his room, making models and listening to music. As the problems of his mother’s dependency mounted, he was glad to have his headphones to block out the rest of the world.“ (ebd., S. 131) Im Zuge der Entwicklung fühlt es sich von Eltern und Geschwistern immer befremdeter und trägt durch die gleichzeitige Vernachlässigung eine ungünstige Botschaft in sich: Du bist nicht wichtig, wertvoll und einzigartig. Dieses aus dem Gefühl des Nicht-Beachtens resultierende negative Selbstbild, sieht er als eigenen Verdienst an, der ihn wiederum in die Einsamkeit und eigene Wertlosigkeit führt (ebd., S. 131). Black schreibt der Isolation des verlorenen Kinds eine weitere Konsequenz zu: Die geringe Interaktion mit dem Umfeld bewirkt ein Blind-Sein für Gefühle anderer und löst eine hauptsächliche Fokussierung des Fügsamen auf sich selbst aus. Der Mangel an Aufmerksamkeit ihm gegenüber drückt sich im Mangel an Aufmerksamkeit anderen gegenüber aus und lässt ihn so als selbstsüchtig erscheinen. (vgl. Black 1989, S. 33) Daraus resultiert auch die Passivität dieser Rolle, in der die geringen Erwartungen der Eltern auch die eigenen niedrig halten lassen. Der Fügsame fühlt sich deshalb dem Leben hilflos ausgesetzt und nicht als frei zu entscheidende, aktive Person (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 132). Der Betroffene passt sich den Lebensumständen an, um letztlich Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen. Da das verlorene Kind handelt, bevor es überlegt, erfolgt diese Anpassung auf Kosten der

Verantwortungsübernahme, die es überfordern würde. Da erscheint es dem Fügsamen einfacher, über die Auswirkungen nicht nachzudenken. (vgl. Black 1988, S. 32f)

Kinder, die diese Rolle übernehmen, fühlen sich isoliert und unsicher, sobald sie in soziale Interaktionen verwickelt werden. Genauso wie beim Sündenbock sind Freundschaften oder Liebschaften oberflächlicher Natur und können, solange ihnen Intimität oder Nähe fremd ist, nicht in die Tiefe gehen. Ähnlich verhält es sich bei der Tendenz zum Alkohol- und Drogenmissbrauch. Das verlorene Kind neigt hierbei allerdings eher zu gelegentlichen Exzessen und weniger zur Suchtentwicklung. (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 135)

3.4.4.4. Das Maskottchen/der Friedensstifter

Das Maskottchen sieht sich verstärkt dem Risiko einer Abhängigkeit von chemischen bzw. verschreibungspflichtigen Drogen gegenüber. Mit der beruhigenden, antihyperaktiven Wirkung der Drogen möchte er so die eigenen Ängste in Schach halten. „Dad will be dependent on alcohol, Mom on tranquilizer, the Scapegoat on street drugs, the Lost Child on sugar, and the Mascot on Ritalin. Only the Hero escapes, and perhaps even he is sustained by the adrenalin from his own successes.“ (Wegscheider-Cruse 1989, S. 143f) Diese Charakteristika nach Wegscheider-Cruse legen das ganze Risiko von Mitgliedern einer alkoholbelasteten Familie, selbst in den Kreis der Abhängigkeit hineinzuschlittern, offen. Das Maskottchen ist meist das Jüngste in der Geschwisterreihe, und als Nachzügler ist der Altersunterschied am größten. Dem verlorenen Kind sehr ähnlich, fühlt es sich alleine gelassen und hilflos. Niemand erklärt ihm, was in dieser Familie vor sich geht. Es wird wie ein Baby behandelt und von Schwierigkeiten ferngehalten, obwohl es genau wie alle anderen Kinder die Spannungen und Widersprüche zwischen Gesagtem und den eigentlichen Verhaltensweisen sehr wohl spürt. In dieser verwirrenden und beängstigenden Umgebung muss sich das Maskottchen erst zurechtfinden. Wie diese Rolle das bewerkstelligt, lässt sich aus der Namensgebung leicht herauslesen: es albert herum. Wann immer schwierige, konfliktbeladene Situationen auf es zukommen, beginnt dieses Kind sich wie ein Clown zu verhalten. Derartige Reaktionen auf unangenehme Zustände bringen der Familie eine freudige Abwechslung und verschaffen der/dem Rolleninhabenden selber oft positive Aufmerksamkeit. Es begibt sich durch sein Herumkaspern in den Mittelpunkt, der ihm mehr Sicherheit bietet und von seiner Angst, deren Herkunft es nicht begründen kann, ablenkt (vgl. ebd., S. 137–140).

Blacks Friedensstifter lenkt im Gegensatz zum Maskottchen die ganze Familie durch Empathie ab, indem er den eigenen Kummer und den der anderen Familienmitglieder zu vertreiben versucht. Durch seine feinfühligkeit bemerkt er intuitiv, wann seine empathische Fähigkeit wieder Trost bietet. Der Friedensstifter verschafft so der ganzen Familie über einfühlsame Gespräche Entlastung und übernimmt dabei eine Art Therapeutenrolle, in der er sich um die Gefühlswelt der anderen kümmert. Deshalb wird er auch innerhalb und

außerhalb der Familie gerne um Rat gefragt und ist für seine Verantwortung gegenüber den emotionalen Bedürfnissen anderer beliebt. Ähnlich dem Held gilt er als Stolz der Familie. Ist Wegscheider-Cruses Maskottchen durch Albernheiten der Mittelpunkt vieler Familienszenarien, so bleibt der Friedensstifter gerne im Hintergrund und möchte keine Aufmerksamkeit auf sich lenken. (vgl. Black 1988, S. 26–37) „Würden sie riskieren, selbst einmal im Mittelpunkt zu stehen, dann müßten [sic!] sie sich mit ihrer eigenen Realität auseinandersetzen“, die sie eigentlich durch Gespräche vermeiden möchten (ebd., S. 37). Auch hier zeigt sich, dass diese Rolle wieder zur Stabilität des Alkoholikerhaushaltes beiträgt und die/der RollenausübendeIn sehr wohl den Nutzen einer Ablenkung von der eigenen problematischen Situation daraus zieht.

Beiden Rollen gemeinsam ist die Notwendigkeit von sozialen Interaktionen, um diese auch spielen zu können. Der Friedensstifter gewinnt aus diesen Begegnungen Beliebtheit (vgl. ebd., S. 36) das Maskottchen Aufmerksamkeit (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 146). Für Ersteren bedeutet das Herumalbern aber nicht in jeder Situation und zu jeder Zeit positive Rückmeldungen, denn das spaßige Verhalten entwickelt sich zu einer Bewältigungsstrategie, die schließlich immer zum Einsatz kommt, ob angebracht oder nicht. Diese ständigen Albernheiten können sich bis zur Entwicklung einer Hyperaktivität steigern (vgl. ebd., S. 144ff).

Die Gefühlswelt des Maskottchens ist geprägt durch Ängstlichkeit. Da es über den Zustand der Familie nicht Bescheid weiß und ausgesprochene Befürchtungen nicht ernst genommen werden, kann es darüber nur Mutmaßungen anstellen, die angesichts seiner Ungewissheit zu Existenzängsten führen. Trotz familialer Aufmerksamkeit verspürt das Maskottchen ein Alleinsein, das auf seine zwei Gesichter – das angstbesetzte Kind und der unbekümmerte Clown – gründet, denn keiner kennt den angstbesetzten, einsamen Clown wirklich.

Anhand dieser Erörterung beider Rollen, dem Maskottchen und dem Friedensstifter, konnten ihre Gegensätzlichkeiten aufgezeigt und die beiden als zwei unterschiedliche Typen ausgewiesen werden. Nachdem für die Untersuchung nur die Rolle des Maskottchens entscheidend ist, wird im weiteren Verlauf auf die des Friedensstifters verzichtet.

Wird die Verteilung der einzelnen Rollen betrachtet, so kommen die angeführten Rollentypen hauptsächlich in kombinierter Form vor. 63 % der Befragten übernehmen, nach eigenen Angaben, die Rolle des Friedensstifters und sehen sich zusätzlich noch in einer der anderen Rollen. 60 % beschreiben sich als verantwortungsbewusst, 43 % als fügsam und 21 % fühlen sich der Rolle des ausagierenden Kindes zugehörig (vgl. Black 1988, S. 220).

Transkulturell betrachtet, verweist Williams auf den bedeutenden Einflussfaktor der ethnischen Zugehörigkeit für die Familienrollen bzw. -funktionen. So seien jüdische und italienische Familien in das Familiengeschehen völlig verstrickt, überinvolviert, und bilden sehr weite persönliche Grenzen aus. Demgegenüber zeigen weiße, angelsächsische,

protestantische und auch matriarchalische schwarze Familien wenig Engagement, starke Rigidität und emotionale Distanz (vgl. Williams zit. n. Appel 1994, S. 110). Der Autor zeigt damit auf, dass sehr wohl auch Kultur und Ethnie einen wesentlichen Beitrag zu den zur Verfügung stehenden Rollentypen leisten. So kann angenommen werden, dass bspw. die Rolle des feinfühligem Friedensstifters im Vergleich zu den übrigen drei in weißen, angelsächsischen, protestantischen Familien seltener vorkommt. Weitere und aktuellere Ergebnisse sind bis dato leider nicht bekannt, könnten aber eine bedeutende Erweiterung zu kulturspezifischen und ethnischen Aspekten von Rollen darstellen. Möglicherweise zeigen sich bereits Unterschiede in den von Black erhaltenen Ergebnissen aus dem amerikanischen Raum von jenen aus der vorliegenden Untersuchung in Österreich. An dieser Stelle sollen allerdings nicht auf die Untersuchung näher eingegangen werden, sondern die Darstellung der erwachsenen Rollentypen und ihrer Konsequenzen für die ACOA.

3.5. Das erwachsene Kind

„Ich habe immer unter mir selbst gelitten, weil ich gedacht habe, ich mache was verkehrt in meinem Leben. Oder ich habe gedacht, ich bin nicht echt (...) Ich habe immer noch Angst vor Unberechenbarkeit. Ich fühle manchmal Panik. Und ich bin mir trotz der Vehemenz, mit der ich vertrete, dass meine Wahrnehmungen in Ordnung sind, in Wirklichkeit nicht sicher, ob sie o.k. sind.“

(Lambrou, 2010, S. 28)

Dieser Gedankenauszug stammt von Birke, einem 34-jährigen, erwachsenen Kind aus alkoholbelasteten Familienverhältnissen. Es ist gut nachzuvollziehen, mit welchen teils unbewussten Ängsten, Unsicherheiten und inneren Leitsätzen sie im Erwachsenenalter zu kämpfen hat. Gefühle, die viele ACOA nur allzu gut kennen. Jene ACOA, die als Erwachsene in einer Arbeitswelt Fuß fassen möchten, Liebesbeziehungen und Freundschaften aufbauen wollen und mit einem erhöhten Transmissionsrisiko zu kämpfen haben (vgl. Kowitz 2000, S. 175).

3.5.1. Der Auszug und was kommt danach?

Wenn sie im Jugendalter ihre alkoholbelastete Umgebung verlassen, dann verändern sie in erster Linie ihren Wohnsitz. Ein Auszug bedeutet kein Zurücklassen der übernommenen Rollenmuster und nicht automatisch eine Loslösung von der Familie. Sie verlassen lediglich die Wohnung oder das Haus der Eltern. Da den erwachsenen Kindern ihre eigene Rolle bisher das Überleben in der Familie gesichert hat, sehen sie keine Veranlassung, diese zu ändern. Meist empfinden sie auch beim Auszug einen gewissen Stolz, derartige Zustände überhaupt gemeistert zu haben (vgl. Black 1988, S. 67f). Viele sind sich darüber hinaus der negativen Folgen eines dysfunktionalen Familienklimas nicht bewusst (vgl. ebd., S. 125f) und reflektieren so auch ihre Denk- und Handlungsweisen erst jenseits der Lebensmitte (vgl. Kowitz 2000, S. 175). Kommt es schließlich zur Wahrnehmung der schmerzhaften

Nachwirkungen in ihrem Leben, so bringen sie diese oft gar nicht in Zusammenhang mit den belastenden Umständen in ihrer vom Alkoholismus geschädigten Familie (vgl. Lambrou 2010, S. 26).

Wenn doch, erkennen die Erwachsenen, wie sehr ihr erlerntes dysfunktionales Rollenverhalten ihr Leben nachteilig geprägt hat. (vgl. Black 1988; Kolitzus 2000; Lambrou 2010; Wegscheider-Cruse 1989; Woititz 2007; Zobel 2006)

Zobel spricht dabei von Mängeln in sozialer Kompetenz, in psychosozialer Anpassung, im Selbstwertgefühl usw. (vgl. Zobel 2006, S. 73). Lambrou sieht das Verhalten des erwachsenen Kindes als Fortsetzung der bisherigen Überlebenstechniken: „nichts hören, nichts sehen, nichts sagen“ (Lambrou 2010, S. 25). Woititz und Wegscheider-Cruse haben jeweils getrennt voneinander Charakteristika aufgelistet, die ACOA kennzeichnen, wenn sie aus den aversiven Familienverhältnissen psychische Beeinträchtigungen erlitten haben. Bei Woititz finden sich gesamt 13 Merkmale, die sich aus ihren eigenen Beobachtungen herauskristallisiert haben. Wegscheider-Cruse übernimmt von Perrin 20 Items, von denen 13 mit jenen von Woititz übereinstimmen. Hier werden aus beiden Auflistungen die gemeinsamen Wesenszüge angeführt, die auf ACOA zutreffen können:

1. „Erwachsene Kinder von Alkoholikern haben keine klare Vorstellung davon, was normal ist“: Es fehlen ihnen ein Bezugsrahmen, Ansprechpersonen bzw. Vorbilder, an denen sie eine gesunde Lebens- und Verhaltensweisen beobachten und internalisieren könnten.
2. „Ihnen fällt es schwer, ein Vorhaben von Anfang bis Ende durchzuführen“: Da den ACOA viele Versprechen ohne Umsetzung gegeben wurden, fehlt ihnen grundlegendes Wissen zur eigenen Durchführung.
3. „Sie lügen, wo es ebenso leicht wäre, die Wahrheit zu sagen“: Diese Lügen helfen den Betroffenen, sich mit der schmerzvollen Wirklichkeit nicht konfrontieren zu müssen. Aus einer Überlebensstrategie wird schließlich Gewohnheit, die auch in Situationen eingesetzt wird, in denen kein Anlass dazu besteht.
4. „Sie verurteilen sich gnadenlos“: Unter ständiger Kritik aufwachsend erleben sich die ACOAs als unzulänglich und entwickeln ein negatives Selbstbild.
5. „Ihnen fällt es schwer, Spaß zu haben“.
6. „Sie nehmen sich sehr ernst“: Im eigenen Haus kam es selten zu ausgelassener und freudiger Stimmung, die eine humorvolle Auseinandersetzung mit der eigenen Person und anderen bewirkt hätte.
7. „Sie haben Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen“: Die ständigen Widersprüchlichkeiten von Liebe und Zurückweisung spiegeln sich auch in ihren omnipräsenten Verlassensängsten wider.

8. „Sie zeigen eine Überreaktion bei Veränderungen, auf die sie keinen Einfluss haben“: Aus Angst vor Kontrollverlusten zeigen sie bei Veränderungen Überreaktionen. Deshalb gelten sie als rigide und kontrollierend.
9. „Sie suchen ständig Anerkennung und Bestätigung“: Widersprüchliche Botschaften in der Kindheit ließen ein Misstrauen der eigenen Urteilsfähigkeit gegenüber aufkommen und daraus eine dauernde Suche nach Anerkennung hervorgehen.
10. „Sie haben meistens das Gefühl, anders zu sein als andere Menschen“.
11. „Sie sind entweder übertrieben verantwortlich oder total verantwortungslos“: Das Streben nach Perfektion lässt sie permanent die eigene Grenze überschreiten und immer mehr und mehr leisten. Bei Verantwortungslosigkeit hemmen Gefühle der Überforderung und Angst das Aktivwerden.
12. „Sie sind extrem zuverlässig, auch wenn offensichtlich ist, dass etwas oder jemand diese Zuverlässigkeit gar nicht verdient“: Die Angst des Verlassenwerdens verhindert eine Auswahl der wertvollen Beziehungen.
13. Sie sind impulsiv: Handlungen werden ohne Bedenken möglicher Konsequenzen umgesetzt. Diese Impulsivität entzieht sich der Kontrolle der ACOA.

(Woititz 2007, S. 38–140; Wegscheider-Cruse 1989, S. 244)

Diese Wesenszüge kennzeichnen laut Woititz die ACOA und lassen sie die Folgen ihrer konfliktbeladenen Kindheit und Jugend täglich spüren.

3.5.2. Die erwachsenen Rollenmodelle

Wie bereits erwähnt, werden die Rollen im Erwachsenenalter nicht abgelegt, sondern unmerklich im täglichen Leben fortgesetzt. Darüber, wie sich diese Rollen bei ACOA äußern und im Speziellen zur Suchterkrankung beitragen können, soll dieses Unterkapitel Aufschluss geben.

3.5.2.1. Der erwachsene Held/der erwachsene Verantwortungsbewusste

Der erwachsene Held bzw. das verantwortungsbewusste Kind verlässt, wenn seine Leistungen ihm einen früheren Schulabschluss ermöglicht haben, das dysfunktionale Familienklima früh. An die bereits in der Kindheit ausgebildeten hohen, teils überfordernden Leistungsansprüche orientiert er sich auch im Erwachsenenalter. Für Außenstehende erscheint dieser Erwachsene als Besserwisser, der sich dem Perfektionismus verschrieben hat. Hinter dieser perfekten Fassade hält der Held seine empfundene Unzulänglichkeit unter Verschluss, nie gut genug zu sein. (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 107ff) Ihm fällt es schwer, diese Gefühle anzusprechen und sich deren Existenz einzugestehen. Eigene Gefühle werden als Gefahrenquelle wahrgenommen und besser unter Kontrolle gehalten, denn Kontrollverlust ängstigen den Helden weitaus mehr (vgl. Black 1988, S. 155f). Besonders in Liebesbeziehungen und bei späterer Elternschaft kann diese Verslossenheit

wieder zu dysfunktionalen Familien führen (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 115). Je nach Grad eigener aversiver Erfahrungen im Elternhaus kann er selbst innerhalb einer Liebesbeziehung zum Co-Abhängigen werden oder selbst eine abhängige Partnerin heiraten (vgl. Zobel 2006, S. 80).

Wird der berufliche Werdegang in den Blick genommen, so finden sich übermäßig viele Helden in helfenden Berufen, die ihnen die Möglichkeit bieten, das eigene Verantwortungsbewusstsein für das Wohlergehen anderer einzusetzen (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 109). Führt der Held seinen Lebensweg auf diese Weise fort, so können medizinische Folgen auftreten und sich als Migräne, Magengeschwür, Burn-out usw. manifestieren. Für Freizeit und Entspannung ist im Leben des geschäftigen, verantwortungsbewussten Erwachsenen keine Zeit (vgl. ebd., S. 114f).

3.5.2.2. Der erwachsene Sündenbock/das erwachsene ausagierende Kind

Der erwachsene Sündenbock oder das erwachsene ausagierende Kind wird häufig durch frühen Alkohol- und Drogenmissbrauch auffällig und gerät überdurchschnittlich oft mit dem Gesetz in Konflikt (vgl. Black 1988, S. 79). Durch das delinquente Verhalten werden Behörden aufmerksam, und die Möglichkeit einer Behandlung kann den Werdegang dieses Erwachsenen positiv beeinflussen. „For him, it [treatment] brings attention, importance, and some honest communication“ (Wegscheider-Cruse, 1989, S. 124). Verfolgt er jedoch das Experimentieren mit Alkohol und Drogen, findet er sich ähnlich dem alkoholabhängigen Elternteil in einer Substanzsucht wieder. Alkohol dient dabei als positiver Verstärker, der ihn seinen Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten vergessen lässt und den geringen Selbstwert hebt. Es wird ihnen oft erst im Erwachsenenalter klar, dass ihr bisheriges unangemessenes Betragen ihnen das Leben erschwert hat (vgl. Black 1988, S. 79).

3.5.2.3. Das erwachsene verlorene Kind/der erwachsene Fügsame

Die Rolle des erwachsenen verlorenen Kindes ist durch Einsamkeit und Rückzug gekennzeichnet. Da es auf soziale Interaktionen mit Flucht reagierte, blieben seine diesbezüglichen Kompetenzen mangelhaft (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 134f). Auch im Erwachsenenalter hält der Fügsame wenig Kontakt und besitzt so nur einen kleinen Freundeskreis. Da er sein Leben nach dem Motto „Das Leben ist leichter, wenn man nicht allzu sehr auffällt“ führt, entgeht er zwar Schwierigkeiten, wird aber für andere ebenso unsichtbar wie uninteressant. Ein Austausch über seine widersprüchlichen und ängstigenden Gefühle hat bei ihm deshalb nie stattgefunden. (vgl. Black 1988, S. 161) Diese Einsamkeit und seinen niedrigen Selbstwert versucht er mit Besitztümern zu kompensieren. Im Leben des Fügsamen finden sich deshalb u. a. auch teure Stereoanlagen, exotische Urlaube, Oldtimer (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 135).

Mit all seinen negativen Erfahrungen fühlt sich das verlorene Kind bzw. der Fügsame seinen Lebensumständen gegenüber hilflos ausgeliefert (vgl. ebd., S. 134ff). Durch den Konsum von

Alkohol erringt er aber Stärke, die ihm Alternativen zu seiner Ohnmacht den Umständen gegenüber entdecken lassen. (vgl. Black 1988, S. 74) Ohne Alkoholeinfluss fügt sich das erwachsene verlorene Kind den Entscheidungen anderer und fühlt sich ohne Richtungsanweisung von außen orientierungslos (vgl. ebd., S. 161).

3.5.2.4. Das erwachsene Maskottchen

Das erwachsene Maskottchen kann aufgrund seines Rollenhandelns in verschiedenen Aspekten eine verzögerte Entwicklung erfahren. Wegscheider-Cruse führt zwei wichtige Verhaltensweisen an, die diese Rolle am Heranwachsen hindern. Zunächst reduziert sich das Bewältigungsverhalten dieser Rolle vorwiegend auf Ablenkungsmanöver wie Herumtollen. Das Maskottchen versucht dadurch, von seinen Schwierigkeiten abzulenken und Auseinandersetzungen zu entgehen. Indem diese Verhaltensweise konsequent durchgehalten wurde, hat es nie gelernt, mit Stress und Frustration umzugehen. Diese inadäquate Bewältigung und die „hypersensitivity to stress“, wie Wegscheider-Cruse es nennt, können entweder zu körperlicher Erkrankung oder zur Selbsttäuschung, es sei alles in Ordnung, führen (vgl. Wegscheider-Cruse 1989, S. 143–147).

Das zweite retardierende Moment geht auf die frühere Angst des Maskottchens, dass eine unergündliche Gefahr den Familienmitgliedern und seiner Gesundheit droht, zurück. Im Erwachsenenalter verstärkt sich diese und kann zur Phobie bzw. zu ernsthafteren psychischen Problemen führen. Um diese Ängste im Zaum zu halten, greift das Maskottchen zu verschreibungspflichtigen Drogen. Die sich bereits im Kindesalter anbahnende Hyperaktivität versucht das erwachsene Maskottchen gleichermaßen mit Drogen zu bewältigen, bis sich schließlich eine Abhängigkeit entwickelt (vgl. ebd., S. 144–148). Besteht eine Hyperaktivitätsstörung über das frühe Erwachsenenalter hinaus – wie es beim Maskottchen der Fall sein kann –, so erhöht sich das Risiko für Substanzmissbrauch signifikant (vgl. Lehmkuhl 2008, S. 52).

Diese Darstellung der pathogenen Entwicklung der einzelnen Rollentypen zeigt auch hier wieder Extrempositionen auf. Dass diese Verhaltensmuster, die über Jahre hinweg erlernt wurden, hartnäckig auf ihre Existenz bestehen, ist nachvollziehbar. Dennoch kann mit der Bewusstwerdung dieses pathogenen Verhaltens und der Auseinandersetzung mit den damaligen Familienverhältnissen den Auswirkungen Einhalt geboten werden. Wie sich diese Konfrontation darstellen kann, zeigt das anschließende kurze Beispiel.

3.5.3. Das Brechen des Schweigens – auf dem Weg der Besserung

Die 34-jährige Birke wurde in diesem Kapitel bereits als erwachsenes Kind eines alkoholabhängigen Elternteils vorgestellt. Birke erkannte an einem ihrer körperlichen und psychischen Tiefpunkte, welche Beeinträchtigungen sie aus der familialen Situation mitgenommen hatte. Birke war magersüchtig und lebte nach einer Scheidung in Beziehung mit einem alkoholabhängigen Partner. Um diesen Teufelskreis durchbrechen zu können,

wendet sie sich an die bereits mehrmals genannte Pädagogin Lambrou. Anders als andere Betroffene weiß Birke dank dieser therapeutischen Intervention von den Auswirkungen des Alkoholismus auf Kinder und kann sich nun gezielt ihrer Vergangenheit stellen (vgl. Lambrou 2010, S. 28f).

Viele haben die familialen Geschehnisse vergessen, damit alte Wunden nicht mehr aufgerissen werden (vgl. S. 26f). Birke spricht nun über ihre Erlebnisse und Leiden, die sie zu dem gemacht haben, was sie ist. Aus dieser Zeit stammt auch ihr niedriges Selbstwertgefühl. Durch das Thematisieren ihres alkoholabhängigen Vaters und ihrer Kindheit sowie dem Austausch mit anderen Betroffenen kann sie ihre verwirrenden Gefühle und ihr Verhalten besser wahrnehmen und erklären. Den inneren Zwang, die Vorkommnisse geheim zu halten, hat Birke durchbrochen.

Ein Jahr später beschreibt Birke rückblickend, wie sehr sie unter ihrem schwachen Selbstbewusstsein gelitten hat und nahestehende Personen ihre Grenzen häufig überschritten haben. Diese letzte Ausführung lässt vermuten, dass durch Bewusstwerdung der schwerwiegenden Folgen alkoholbelasteter Familienverhältnisse in der Therapie bereits Erfolge in Richtung Genesung erzielt werden können.

3.6. Zusammenfassung

Wenn Kinder aus alkoholbelasteten Familien thematisiert werden, wird in erster Linie der problematische Alkoholkonsum eines Elternteils als für ihre psychischen Beeinträchtigungen und Benachteiligungen verantwortlich gesehen. Besonders außerhalb wissenschaftlicher Debatten wird häufig der Alkohol personalisiert und beschuldigt, alleinig kindliche Retardierungen oder Verhaltensauffälligkeiten verursacht zu haben. In diesem Kapitel ist sichtbar gemacht worden, dass neben der/dem Alkoholkranken und dem Suchtmittel die belasteten bzw. dysfunktionalen Familienverhältnisse einen weitaus größeren Einfluss auf die Entwicklung einer Alkoholkrankung beim Kind haben. Innerhalb der Familie sind unterschiedliche Effekte vorzufinden, die diese Erkrankung begünstigen. Sie zählen im Sinne des Suchtdreiecks zu den umgebungsbezogenen Faktoren, die von außen auf das Kind einwirken: Alkoholeffekte, die elterlichen Komorbidität, Familieneffekte, Vernachlässigung und Misshandlung und Modellernerffekte. Einen gesonderten Stellenwert wird dabei dem Rollenverhalten der (A)COA eingeräumt. Hierbei handelt es sich um einen Familieneffekt, der sehr wohl auch als individuumsbedingter Faktor beschrieben werden kann. In wissenschaftlichen Diskursen wird sogar von dysfunktionalen Rollen anstelle von dysfunktionalen, alkoholbelasteten Familien gesprochen. Dieses sehr wohl auch in funktionalen Familien auftretende Rollenverhalten, unterscheidet sich lediglich in der Übernahme durch die COA im verstärkten Ausprägungsgrad. Das Rollenmodell umfasst bis zu acht Typen, von denen jene vier der Autorinnen Black und Wegscheider-Cruse – der Held, der Sündenbock, das verlorene Kind und das Maskottchen – bereits validiert wurden.

Deshalb sind auch diese vier Rollen Bestandteil der quantitativen Untersuchung. In den Fragebögen soll das Rollenverhalten der ACOA evaluiert werden und u.a. darüber Aufschluss geben, welche Rollentypen vorzufinden sind bzw. wie sich ihre Verteilung im Vergleich zu Blacks Erhebung darstellt. Des Weiteren kann ein möglicher Zusammenhang zwischen den einzelnen Typen und ihrer psychischen Widerstandskraft, Resilienz ersichtlich werden, denn, obwohl es sich bei den (A)COA um eine Risikogruppe handelt, kann nicht zwangsläufig von einer Alkoholismustransmission an das Kind ausgegangen werden. Trotz ihres erhöhten Risikos bleibt ein beachtlicher Teil klinisch unauffällig. Laut empirischen Ergebnissen wachsen 1/3 der (A)COA zu psychisch gesunden Erwachsenen heran (vgl. Zobel 2006; Ehrenfried/Mayer 2008; Gschwandtner 2002 [Online]; Jordan 2010 [Online]). Dieser ressourcenorientierten Perspektive des gesunden Kindes aus alkoholbelasteten Familien wird sich das nächste Kapitel zur Resilienz widmen. Dies bedeutet, dass die Bearbeitung des Suchtdreiecks hiermit ihren Abschluss findet und die pathologisierende Sichtweise, die der Frage nach der Entstehung einer Suchterkrankung im weitesten Sinne und nach den negativen Einflüssen auf COA im engeren Sinne nachgeht, verlassen wird. Nun steht das gesunde Kind im Mittelpunkt, das widrigen Umständen trotzen konnte und keine Alkoholerkrankung entwickelt hat.

4. Resilienz

In diesem Kapitel wird die pathologieorientierte Sichtweise, in der krankheitsfördernde Faktoren und im Speziellen die Entstehungsbedingungen des Alkoholismus untersucht wurden, verlassen und jene Stärke in den Vordergrund gerückt, die es dem Kind trotz widriger Verhältnisse ermöglicht hat, eine gesunde Entwicklung zu durchlaufen: die Resilienzfähigkeit. In Bezug auf die vorliegende Arbeit heißt dies kurz gesagt, bei Ausbildung dieser Fähigkeit keine eigene Alkoholerkrankung zu entwickeln. Nach Wong laufen nämlich Kinder mit höherem Resilienzlevel weniger Gefahr, Alkohol als Coping-Strategie einzusetzen (Wong et al. zit. n. Johnson et al. 2011, S. 72) und somit Missbrauch zu begehen als jene mit niedrigeren Resilienzwerten. Diese Annahme erhöhter Werte bei nicht alkoholmissbrauchenden ACOA soll auch mittels Messung der Resilienz in der empirischen Untersuchung überprüft werden (siehe 5.2). Ziel dieses Kapitels wird demnach eine für diese Arbeit bzw. Untersuchung gültige Begriffsbestimmung von Resilienz sein. Dafür soll aus pädagogischer Perspektive das Resilienzkonzept vorgestellt und sein Wert für die Erziehungswissenschaft deutlich gemacht werden. Da sich dieses Konzept durch Heterogenität und Komplexität auszeichnet, darf eine kritische Auseinandersetzung gleichermaßen nicht fehlen. Zuvor findet eine Darstellung der Entstehungsgeschichte statt, um das heutige Verständnis von Resilienz und ihre praktische Umsetzung nachzeichnen zu können.

4.1. Erste Begriffsbestimmungen

Der Begriff Resilienz stammt vom lateinischen Wort „resilire“ ab und wird mit zurück-, abspringen oder abprallen übersetzt (vgl. Stowasser et al. 1994, S. 442). Bereits in dieser ursprünglichen lateinischen Bedeutung wird auf einen Widerstand hingewiesen, der das Subjekt zur Abkehr veranlasst. Scheint in den ersten beiden Übersetzungsvarianten mehr dem Objekt Aktivität zugeschrieben zu werden, so kann „abprallen“ dual verstanden werden. Indem das Subjekt selbst oder etwas an diesem abprallt, zeigt sich gleichermaßen seine Passivität als auch Aktivität in diesem Wort ausgedrückt. Unter dem Gesichtspunkt der gegenwärtigen Verwendung von Resilienz erscheint dieses Abprallen zutreffender zu sein, wenn resiliente Kinder gegen äußere Risiken Widerstand leisten oder abprallen.

Im englischen Sprachraum findet sich die Bezeichnung Resilienz im Wort „resilience“ und hat ein alltagssprachliches Bedeutungsfeld (vgl. Zander 2011, S. 9) um Schlagwörter wie „Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 9; Wustmann 2004, S. 18). Im wissenschaftlichen Kontext war Resilienz erstmals innerhalb der Naturwissenschaften vorzufinden, in der damit eine Materialeigenschaft angegeben wurde. Erst später ist „resilience“ „allgemein [als] die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen“, verwendet worden (Wustmann 2004, S. 18). Da je nach

Disziplin und Perspektive, wie sich anschließend zeigen wird, die Begriffsbestimmung von Resilienz variieren kann, erscheint vorerst jene basale eindimensionale Definition adäquat, in welcher Resilienz als allgemeine Widerstandsfähigkeit oder Widerstandskraft zu verstehen ist (vgl. Wagnild/Young zit. n. Schumacher 2005, S. 20; Wustmann 2004, S. 18; von Freyberg/Wolff 2011, S. 138). Aufbauend auf dieser generellen Begriffsbestimmung konnte sich im Zuge des Paradigmenwechsels von der Defizit- zur Ressourcenorientiertheit der Begriff der Resilienz etablieren und einen neuen Forschungszweig hervorbringen: die Resilienzforschung.

4.2. Resilienzforschung

Der Beforschung des Resilienzphänomens widmen sich seit nunmehr 50 Jahren PsychologInnen, SoziologInnen, TherapeutInnen und vermehrt ErziehungswissenschaftlerInnen (vgl. Wustmann 2004, Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011; Welter-Enderlin/Hildenbrand 2008; Boss 2008; von Freyberg/Wolff 2011; Zander 2009). Geleitet durch das Forschungsinteresse am gesund gebliebenen Menschen trotz vorherrschender Risikokonstellationen, wird in der Resilienzforschung versucht, allgemeine Schutzfaktoren für eine günstige Entwicklung nachzuweisen. Sie gilt als relativ junges Forschungsgebiet und hat zum Gegenstand ein Phänomen, das seit jeher existiert. Entstanden ist diese wissenschaftliche Fachrichtung innerhalb der Human- und Sozialwissenschaften, in welchen je nach Ausrichtung differierende Ansätze vorzufinden sind und unterschiedliche Ursprünge für die Entstehung dieser Forschungsrichtung angenommen werden (vgl. Wustmann 2004, S. 26; Zander 2011, S. 9).

So wird bspw. die Entwicklung der Resilienzforschung und folglich des Resilienzkonzepts in der Psychologie als Konsequenz auf die von Anthony ausgelöste Diskussion zur Frage der gesundheitsfördernden und nicht wie bisher der krankheitsgenerierenden Faktoren verstanden. Mit Ende der 1960er entstand so der Paradigmenwechsel, der nunmehr die salutogenetische der pathogenen Betrachtungsweise vorzog. (vgl. Petermann/Schmidt 2009, S. 49 [Online]) Als wahrscheinlicher Urheber des Begriffs Resilienz gilt der Psychologe Jack Block, der ihn in den 50er-Jahren bereits innerhalb der Persönlichkeitspsychologie eingeführt hatte (vgl. Zander 2011, S. 10).

Aus familiensystemischer Sicht gilt der Psychologe Garmezy als Begründer der Resilienzforschung. Er untersuchte erstmals gezielt die Stressresistenz und persönliche Kompetenz angesichts diffiziler Lebensbedingungen (vgl. Boss 2008, S. 75) und sah eine Verbindung zwischen Unverletzbarkeit (Invulnerabilität) und Resilienz (vgl. Elter-Enderlin 2008, S. 15). Seine wissenschaftlichen Ergebnisse führten schließlich zu der Einsicht, dass nicht von vornherein Pathologien zu erwarten sind, sondern auch Stärken und gesunde Entwicklungen. Infolgedessen kam es im letzten Jahrzehnt als Ersatz für den Begriff der

Unverletzbarkeit bzw. Kompetenz zusehends zur Übernahme jenes der Resilienz. (vgl. Boss 2008, S. 75f)

In der Soziologie wird dem Medizinsoziologen Antonovsky besondere Bedeutung beigemessen, der aus seinen Studien das dem Resilienzansatz nahestehende Konzept der Salutogenese entwickelte. Er fokussierte auf Menschen, die trotz ungünstiger Lebensbedingungen Gesundheit ausbildeten, indem sie das sogenannte Gefühl der Kohärenz aufwiesen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 13). Der von Antonovsky eingeführte Begriff „Kohärenz-Gefühl“ kann als globale Orientierung verstanden werden, mit deren Hilfe internale und externale Anforderungen im Sinne von Herausforderungen aufgefasst werden können. Diese Orientierung wird in Verbindung mit dem Vertrauen an die eigenen, zur Verfügung stehenden Ressourcen gesehen (Antonovsky zit. n. Göppel 2007, S. 253f). Demnach kann laut Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse dieses Gefühl als Schutzfaktor bezeichnet werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 14), Stressbedingungen produktiv zu begegnen bzw. zu bewältigen. (vgl. Boss 2008, S. 75). Das Resilienzkonzept umfasst ähnliche Annahmen und zeigt deshalb einen starken Bezug zur Salutogenese (vgl. Wustmann 2004, S. 26, Göppel 2007, S. 254, Schumacher et al. 2005, S. 19). Obwohl beide Richtungen gleichermaßen den Schwerpunkt auf eine Gesundheitsförderung legen, fokussiert nach Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse die Resilienzforschung auf den gesamten „Prozess der positiven Anpassung und Bewältigung“ und die Salutogenese auf protektive Faktoren, die den Prozess ermöglichen oder vorhersagen sollen (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 13f). Diese Basis für die soziologische Sichtweise des Resilienzkonzepts, die gegenwärtig das Phänomen im Sinne von Gruppenresilienz diskutiert (vgl. Zander 2011, S. 9), verwendet noch keineswegs den Begriff per se (Boss 2008, S. 77).

Die erste Beforschung dieses Phänomens unter der Verwendung des Begriffs Resilienz geht auf die Amerikanerin Emmy Werner und ihr Team zurück. Ihre mit 1971 datierte Studie gilt als Pionierstudie in der Resilienzforschung, obwohl sich im Anschluss noch zeigen wird, dass davor bereits thematisch ähnliche Untersuchungen stattgefunden haben (Zander 2011, S. 10). Hierzu gehört die Studie des Psychologen Jack Block, der den Resilienz-Begriff innerhalb der Persönlichkeitspsychologie eingeführt hatte und bereits in den 50er-Jahren in einer 30 Jahre lang andauernden Längsschnittstudie der Frage zur Wirkung von Umwelteinflüssen auf Kinder bzw. Jugendliche nachgegangen war (vgl. Zander 2011, S. 10). Zu dieser Zeit wurde zwar diese Widerstandskraft gegen Umwelteinflüsse noch nicht als Resilienz bezeichnet, aber von einer Neuentdeckung kann nicht die Rede sein. So fand man bereits in der Psychoanalyse, im Zuge der Holocaustforschung, dass die Existenz eines „guten inneren Objektes“ die Extremtraumatisierungen abschwächten (vgl. Leuzinger-Bohleber 2009, S. 19). Diese der Traumaforschung zugeschriebenen Untersuchungen versuchten bereits damals, seelischen Faktoren auf den Grund zu gehen, die die

Bewältigung von äußerst belastenden Umständen erklären sollten. Obwohl der Begriff Resilienz für derartige Bewältigungsstrategien noch nicht in Verwendung war (vgl. ebd., S. 19), ging diese Forschung bereits von Widerstandskraft und Widerstandsfähigkeit aus, „die schwer Traumatisierte (...) befähig[t], das Trauma zu überstehen und sich ein relatives Maß von seelischer Gesundheit und Stabilität zu erhalten.“ (von Freyberg/Wolff 2011, S. 137) Außerhalb wissenschaftlicher Auseinandersetzungen wurde eine gesunde Entwicklung trotz Risikoeinflüssen schon viel früher thematisiert. So interpretiert in diesem Sinne bspw. Schiffer die 1884 entstandene literarische Figur von Mark Twain, Huckleberry Finn. Der Sohn eines gewalttätigen Alkoholikers, der ohne die früh verstorbene Mutter aufwachsen musste, wäre nach heutigem Verständnis hochgradig gefährdet gewesen (vgl. Schiffer 2010, S. 12) Dennoch konnte er durch sein „aufsässig-schöpferisches Denken und Handeln“ die eigenen Schwierigkeiten bewältigen und zum Guten wenden (ebd., S. 13). Zander sieht in ähnlicher Weise Pippi Langstrumpf als Leitfigur für ein resilientes Kind, da sie als Einzelkind ohne Mutter und mit nur sehr sporadisch anwesendem Vater auf sich allein gestellt ist und dessen ungeachtet eine gesunde Entwicklung durchlaufen hat. Die Autorin relativiert jedoch diese Auffassung von Resilienz. Pippi scheint zwar ihre Lebensumstände aus eigener Kraft erfolgreich bewältigt zu haben, weist aber aufgrund ihres gesellschaftlichen Normvorstellungen zuwiderlaufenden Verhaltens eine nur einseitige Resilienzfähigkeit auf. Resilienzfähigkeit ist ohne Orientierung an der Gesellschaft zum Scheitern verurteilt. (vgl. Zander 2009, S. 15ff) Erst durch die Anknüpfung an gesellschaftliche Normen und Werte können sich innere Stärke bzw. Kompetenz des Kindes zur Resilienz hin erfolgreich entfalten. Zander sieht genau in diesem Brückenschlag „zwischen (...) Subjektperspektive und (...) vorherrschenden gesellschaftlichen Bedingungen“ das Ziel pädagogischer Interventionen (ebd., S. 17). Auf diesen Aspekt des Resilienzkonzeptes, seiner gesellschaftlichen Bedeutung, wird an dieser Stelle noch nicht näher eingegangen; stattdessen wird er später nochmals aufgegriffen und diskutiert (siehe Kapitel 4.7.). Da sich die vorliegende Arbeit aus Sicht der Erziehungswissenschaft dem Phänomen nähert, soll im nächsten Kapitel auf diese spezifische Perspektive näher eingegangen werden.

4.2.1. Das Resilienzkonzept in der Erziehungswissenschaft

In der Erziehungswissenschaft hat besonders die Sozialpädagogik das neue Paradigma übernommen und sich so der Frage nach möglichen Schutzmechanismen gewidmet (vgl. Petermann/Schmidt 2009, S. 49). Gleichmaßen kam es in dieser Fachrichtung zur unhinterfragten Übernahme des Resilienzkonzeptes. Heute, so schreiben der Soziologe von Freyberg und die Pädagogin Wolff, läuft kaum eine Debatte in der Pädagogik ohne Resilienz (vgl. von Freyberg/Wolff 2011, S. 137) ab – ob es nun um die Frage der Legitimität des Resilienzkonzeptes innerhalb der Pädagogik oder einer definitorischen Abgrenzung zu Nachbarkonzepten geht (vgl. Petermann/Schmidt 2009; Fingerle 2011; von Freyberg/Wolff

2011). Letztere Problematik betrifft in der Sozial- und Sonderpädagogik angesichts der verstärkten Inanspruchnahme des Resilienzkonzeptes den bereits seit Jahrzehnten begründeten Ressourcenansatz (vgl. ebd., S. 137). Resilienz wird in diesem Zusammenhang nicht als neuer Ansatz, sondern als „spezifische[r] Typus von Ressourcen“ verstanden (ebd., S. 138). So sieht das Autorenpaar den Ressourcenansatz dem Resilienzkonzept viel mehr als nur nahestehend, wenn sie beide als „Zwillingsstern[e] am pädagogischen Himmel“ erachtet (ebd., S. 137). Demgegenüber plädieren Petermann und Schmidt für eine Abgrenzung beider Begriffe und zeigen Differenzen ihrer Entstehung auf. Während Ressourcen als unterstützende, häufig verfügbare Potenziale bei Alltagsanforderungen bzw. Entwicklungsaufgaben betrachtet werden, wird Resilienz als erst erlernbarer Bewältigungsmechanismus angesehen, der sich angesichts hoher Belastungen aktivieren kann und so eine gesunde Entwicklung ermöglicht. Bei diesen einander ähnelnden Begriffsbestimmungen wird besonders das unterschiedliche Aktivierungsniveau betont. Während Ressourcen unter alltäglichen bis hin zu herausfordernden Umständen zum Einsatz kommen, liegt beim Resilienzansatz eine Risikokonstellation vor, die resilientes Verhalten auslöst. Obwohl eine Abgrenzung beider Konzepte gefordert wird, wird Resilienz als spezifisch und nicht näher ausgeführter Teilaspekt erworbener Ressourcen gesehen. (vgl. Petermann/Schmidt 2009, S. 50f) Da sich mit dieser Problematik der Abgrenzung das nächste Kapitel näher befassen wird, soll an dieser Stelle aus Sicht der Sonderpädagogik das Resilienzkonzept beleuchtet werden.

Die Sonderpädagogik fasst Resilienz folgendermaßen auf: Resilienz bezeichnet eine (psychische) Widerstandskraft von Kindern, die körperliche, psychische und psychosoziale Belastungen erfolgreich bewältigen. Sogenannte robuste Kinder meistern dabei als aktive Mitgestalter ihrer Lebenswelt weitestgehend unbeschadet Entwicklungs- und Lebensphasen (z. B. der Übergang von Kindergarten zur Schule), „aber auch plötzlich auftretende Belastungen (Traumata, Veränderungen im Familienleben“ usw.). (Bernitzke 2011, S. 29ff) In diesem Zusammenhang wird das Resilienzpotenzial des Kindes durch risikomindernde Faktoren, die in sechs unterschiedlichen Entwicklungsabschnitten zum Tragen kommen können, gestärkt. Übergeordnet differiert Bernitzke zwischen prä-, peri- und postnatalen Schutzfaktoren, wobei letztere innerhalb des Kleinkind-, Schulkind- und Jugendalters auftreten können. (vgl. ebd., S. 32f, Wustmann 2004, S. 96–107) Die Förderung der Resilienz wird als Ziel pädagogischer Intervention definiert und zielt auf die Stärkung der Schutzfaktoren ab (vgl. Bernitzke 2011, S. 36).

Eine weitere Annäherung bietet die Sozialwissenschaftlerin Margherita Zander an und assoziiert mit Resilienz aus sozialpädagogischer Sicht die „Bewältigungsfähigkeit“ eines Kindes, die sich im Zuge der Sozialisation ausbildet und zu einer gelingenden Entwicklung verhilft. Diese Fähigkeit der Lebensbewältigung basiert auf der günstigen Verarbeitung der

„inneren und äußeren Realität“ und vollzieht sich gleichermaßen in und durch die Anpassung an gesellschaftliche Gegebenheiten. (vgl. Zander 2009, S.21–27) Auch Zander spricht hierbei von Resilienz-kategorien – protektive Faktoren –, die auf drei Ebenen, im Kind, in der Familie oder in der Gemeinde, angesiedelt sind.

Werden beide pädagogischen Forschungsrichtungen miteinander verglichen, so zeigt sich ihre gleichermaßen kindzentrierte Auffassung des Resilienzkonzeptes. Des Weiteren wird die Handlungsfähigkeit des Kindes bzw. der/des Jugendlichen akzentuiert und ihr/ihm eine aktive Rolle zugeschrieben, die in Auseinandersetzung mit der Umwelt steht. Daraus entwickeln sich Schutzfaktoren, die sich im und um das Kind bilden. Diese Schutzfaktoren werden unter dem Begriff „Resilienz-faktoren“ zusammengefasst und bedürfen einer eigenen Auseinandersetzung (siehe Unterkapitel 4.4). Aus dieser Darstellung zeigen sich beim Phänomen der Resilienz innerhalb der Erziehungswissenschaft erste Schwerpunktsetzungen, die auch dementsprechend in pädagogischen Interventionen Umsetzung finden.

Anhand einer ersten Annäherung an das Phänomen der Resilienz lässt sich bereits die Heterogenität dieses Konzepts erahnen. Nicht nur interdisziplinär zeigen sich Unstimmigkeiten über Definition und Entstehung, sondern auch innerhalb einer Einzelwissenschaft. So wurde bspw. ein erstes Nachbarkonzept (Ressourcenansatz) vorgestellt, dessen Verbindung mit dem der Resilienz unterschiedlich aufgefasst wird. Im nächsten Kapitel sollen genau diese widersprüchlichen Auffassungen zu möglichen Grenzgebieten thematisiert werden und eine weitere Annäherung zu der Frage, was Resilienz im Kontext erwachsener Kinder alkoholbelasteter Familien bedeutet, erfolgen. Erst eine umfassende Darstellung des Themengebietes ermöglicht eine hinreichende Definition von Resilienz.

4.3. Das Resilienzphänomen und ihre Problemlagen

4.3.1. Das Verortungs- und Abgrenzungsproblem

Diese Problematik im Zusammenhang mit Resilienz zeigt sich bspw. am Nachbarbegriff Coping. Er beschreibt nach Wustmann eine allgemeine Stressbewältigung, die bei schädigenden Einflüssen eingesetzt wird, und Erholung, das eigene Wohlbefinden sowie ein positives Selbstbild sicherstellen soll. Mit Hilfe von konkreten Handlungs- und Verhaltensweisen, den sogenannten Coping-Strategien, wird entweder der Versuch unternommen, auf Herausforderungen aktiv zu reagieren oder ihnen auszuweichen. Besonders Kinder neigen zur zweiten Reaktionsweise, um das eigene somatische und emotionale Verhalten kontrollieren und regulieren zu können. Bewältigungsstrategien, die mehr zur Stressverstärkung beitragen, werden dysfunktionale Coping-Strategien genannt. Dazu zählen u. a. Gewaltanwendung und Drogenkonsum. (vgl. Wustmann 2004, S. 76–82) Im Vergleich dazu sprechen Schindler et al. erst bei Substanzmissbrauch von der

Anwendung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien und nicht bereits beim Konsum. (vgl. Kapitel 3.3.)

Das Verhältnis zwischen dem Konzept der Resilienz und dem Coping wird darin gesehen, dass Coping-Strategien Bestandteile des Resilienzkonzepts darstellen. Beide benennen das Kind als aktiven Bewältiger und „Mitgestalter“ seines Lebens, das gleichzeitig auch äußere Unterstützung in der Entwicklung bedarf (vgl. Wustmann 2004, S. 69). Resilienzförderung kann demnach nur im Sinne einer frühen, primären Prävention stattfinden und zielt auf eine aktive Auseinandersetzung mit Risikosituationen, die durch Coping-Fähigkeiten und sozialen Ressourcen gewährleistet werden kann, ab (vgl. ebd., S. 70f). Somit kann der synonymen Verwendung beider Begriffe der Resilienz und des Copings nicht beigeprägt werden, wenn sich Coping als ein Resilienzfaktor offenbart. Obwohl Resilienz und Coping synonyme Verwendung erfahren, kann anhand der Ausführung nachvollzogen werden, inwiefern sich Coping als Teil der Resilienzfaktoren offenbart und nicht dem umfassenden Konzept entspricht.

Ähnliche Differenzen zeigen sich auch in der Gegenüberstellung von Resilienz- und Ressourcenansatz. Bei Wustmann, wie soeben erörtert, stellt Resilienz einen Überbau für das Coping und gleichermaßen für Ressourcen, die in diesem Kontext als Schutzfaktoren verstanden werden, dar. Nach der Auffassung von von Freyberg und Wolff verhält es sich aber gegengleich, wenn Resilienz als spezifischer und erworbener Teilaspekt von Ressourcen verstanden wird (vgl. Kapitel 4.2.1.).

Auch der Erziehungswissenschaftler Fingerle nimmt sich der Verortungsproblematik des Resilienzphänomens an und stellt einen Vergleich mit dem Risikokonzept her. Obwohl dieses Konzept den Anschein erweckt, als Gegenpol zur Resilienz zu fungieren, geht aus der geschichtlichen Entwicklung des Risikobegriffs hervor, dass dem Risiko früher im gleichen Maße eine Chance innewohnte und es erst ab dem 18. Jahrhundert auf seine negative Konnotation reduziert wurde (vgl. Fingerle 2011, S. 22). Nach Fingerle übernimmt heute die Resilienz diese positive Funktion des Risikos im Sinne einer Chance. Resilienz erscheint somit „als positiv gewendetes Risiko“, das mit Hilfe pädagogischer Interventionen Gefahren gegen Null tendieren lassen soll (ebd., S. 123). Sie übernimmt also nicht allein eine Gegenposition zum Risikokonzept ein, sondern entspringt diesem auch gleichzeitig. Bei Fingerle erscheint Risiko nun nicht mehr als eine Gefahr, „die eintreten kann, aber nicht eintreten muss“, wie bspw. Opp et al. es definieren (Opp et al. 2007, S. 9). Im Buchtitel von Opp et al., „Erziehung zwischen Risiko und Resilienz“, lässt sich bereits erahnen, inwiefern sich das Verhältnis zwischen beiden Begriffen in diesem Zusammenhang gestaltet. Diese Autoren gehen von einem Wechselspiel beider Einflussfaktoren aus, die Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns sind und sich in ihrer schweren Vorhersagbarkeit ausdrücken. Diese gegenseitige Bedingtheit bedeutet: keine Existenz des einen Phänomens

ohne das andere (vgl. ebd., S. 9–13). Von diesem Zusammenhang geht Wustmann nicht aus; sie sieht die Risikoforschung als Gegenpol zur Resilienz an, denn sie rückt gemäß der defizitorientierten Sichtweise die Pathologie in den Mittelpunkt und beforscht Gefahren und Risiken bei Entwicklungsverläufen (vgl. Wustmann 2004, S. 26f). Deshalb kann der Risikoansatz ihres Erachtens nach nur als außerhalb beheimatet betrachtet werden.

Das eigentliche Antonym zur Resilienz wird von vielen AutorInnen in der Vulnerabilität gesehen (Schumacher 2005, S. 19). Mit Anfälligkeit, Verletzlichkeit (vgl. ebd., S. 177; Uhl et al. 2010, S. 8; Zander 2009, S. 33) oder Verwundbarkeit, Empfindlichkeit (vgl. Wustmann 2004, S. 22) übersetzt, ist darunter eine inadäquate, unproduktive oder gänzlich fehlende Verarbeitung von Belastungen zu verstehen, die zu den bereits vorhandenen Benachteiligungen hinzukommen (Hellgard 2007, S. 177). Damit sind Kinder gemeint, die von vornherein „mit biologischen oder sozial ungünstigen Startbedingungen“ an Entwicklungsaufgaben, Krisen, Trennungen usw. herangehen (ebd., 177f). Dabei weist eine hohe Vulnerabilität auf eine hohe Anfälligkeit gegenüber ungünstigen Faktoren bzw. risikoe erhöhenden Bedingungen hin. Nachgewiesene Vulnerabilitätsfaktoren sind entweder von Geburt an vorzufinden (primäre Faktoren) oder werden erst in Interaktion im Rahmen der Sozialisation erworben (sekundäre Faktoren). Einen primären Vulnerabilitätsfaktor stellt hierbei die genetische Disposition dar, wie bspw. die zerebralen Vorschäden bei Typ-I-Alkoholerkrankten oder die verminderte Alkoholwirkung bei ACOA. Ein unsicheres Bindungsverhalten beim Kind, das unter anderem im Zuge der Dominanz der Alkoholerkrankung im Leben der Familie entstehen kann, gilt als sekundärer Vulnerabilitätsfaktor (ebd., S. 37f; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 20f; Leuzinger-Bohleber 2009, S. 27). Im Laufe der Entwicklung „verlieren die biologischen Risiken an Bedeutung und der Einfluss psychosozialer Risiken (...) nimmt zu“. (Bernitzke 2011, S. 31) So nimmt also mit zunehmendem Alter die Wirksamkeit der Vulnerabilitätsfaktoren für die Entwicklung ab. Vulnerabilität wird in der Literatur häufig im Sinne von Risikofaktor oder risikoe erhöhender Faktor diskutiert und findet sich auch als Merkmal bei Risikokindern wieder (vgl. ebd., S. 32; Rauh 2007, S. 177). Darunter fallen auch jene in der vorliegenden Arbeit thematisierten Kinder aus alkoholbelasteten Familien, die angesichts ihrer Familienkonstellation und der Suchterkrankung des Elternteils von vornherein als gefährdet gelten. Wie sich in den vorangegangenen Kapiteln bereits herauskristallisiert hat, zeigen sie biologische und psychische Auf- und Anfälligkeiten, die zu psychiatrischen Erkrankungen wie dem Alkoholabhängigkeitssyndrom führen können. Für diese Arbeit als entscheidend erweist sich Resilienz im Sinne eines Personenmerkmals, das sich in persönlicher Kompetenz ausdrückt und als relativ stabil erweist. So wird von einem gewissen Minimum an Resilienzfähigkeit ausgegangen, worauf in Krisensituationen aufgebaut werden kann.

Neben der Schwierigkeit der Verortung und Abgrenzung des Resilienzphänomens stellt sich eine weitere Diskrepanz innerhalb der Resilienzdebatte dar: ihre Herausbildung. Die Auffassungen reichen dabei von einer angeborenen bis hin zu einer erworbenen, variablen Fähigkeit.

4.3.2. Resilienz als Personenmerkmal oder Fähigkeit?

Früher war Resilienz als angeborenes Persönlichkeitsmerkmal und somit als zeitlich stabil und kontextunabhängig begriffen worden (vgl. Opp et al. 2007, S. 15; Wustmann 2004, S. 29). Aufgrund markanter Einwände seitens der Resilienzforscher, Kinder würden so auf ein Haben oder Nicht-Haben dieser Eigenschaft reduziert werden, und zahlreicher Untersuchungen, die die Dauerhaftigkeit der Resilienzfähigkeit bei ehemals resilienten Kindern widerlegten, kam es zur Infragestellung ihrer hereditären Eigenschaft (vgl. Bernitzke 2011, S. 33; Aichinger 2011, S. 27). In der heutigen internationalen Literatur scheint es auch weiterhin keine Einigkeit über die Entstehung des Resilienzphänomens zu geben. Weitestgehend verabschiedet haben sich ResilienzforscherInnen von der angeführten Annahme, Resilienz sei über die Jahre hinweg wirksam, da eine ubiquitäre Invulnerabilität wissenschaftlich nicht bestätigt werden konnte. Der gegenwärtige Diskurs in der Resilienzforschung erstreckt sich demnach von Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal bis hin zu einer bereichsspezifischen Kompetenz.

So schreibt bspw. Boss, dass „manche Menschen (...) von Natur aus die Fähigkeit [besitzen; Anm. IR], sich wieder aufzuraffen und zu erholen – wenn man ihnen Zeit lässt.“ (Boss 2006, S. 70). Demnach ist Resilienz auf eine Fähigkeit zurückzuführen, die gegeben zu sein scheint und im Zuge eines längeren Prozesses zutage tritt (vgl. ebd., S. 70). D. h. ein gewisses Maß an Resilienz setzt die Autorin voraus, denn erst darauf kann aufgebaut werden. „Resilienz stärken wollen heißt auch, ein Minimum an Resilienz voraussetzen zu können“, wie auch von Freyberg und Wolff schreiben (von Freyberg/Wolff 2011, S. 139).

In unterschiedlicher Weise versteht Zander das Phänomen der Resilienz, wenn sie von einer Fähigkeit ausgeht, die sich erst aus Interaktionsprozessen zwischen Individuum und Umwelt herausbildet. Sichtbar wird diese Fähigkeit schließlich im Verhalten und in den Lebensmustern der resilienten Person (Zander 2009, S. 19). Dieser Aspekt der Sozialisation findet sich auch in weiteren anerkannten Publikationen wieder und verweist auf die Notwendigkeit einer adäquaten Auseinandersetzung mit und einer Verarbeitung von Umwelteinflüssen. Der Entwicklungsverlauf des Individuums innerhalb seines Umfeldes und die darin vorzufindenden belastenden Lebensereignisse bestimmen den Ausprägungsgrad der Resilienz. Resilienz unterliegt also unterschiedlichen Einflussebenen, die sich für ihre Stärke verantwortlich zeigen und ihre Variabilität hervorbringen. Bernitzke geht dabei von vier Einfluss- bzw. Interaktions-Ebenen, der Mikro-, Meso-, Exo- und Makro-Ebene aus, in welchen die Resilienzfähigkeit des Individuums bestärkt oder vermindert werden kann. Die

äußere Ebene umfasst dabei die Gesellschaft und Kultur und die innerste die individuellen Verhaltensweisen und Rollen (Bernitzke 2011, S. 33f). In diesem Sinne können darunter auch die Rollentypen einer Alkoholikerfamilie fallen. Nach der Auffassung Bernitzkes bilden sie gleichermaßen einen risikomindernden und -erhöhenden Faktor ab. So wird durch das Resilienzkonzept sichtbar, dass Rollenverhalten keineswegs eindimensional gedacht werden muss. So zeigen bspw. Ehrenfried und Mayer in ihrem Interventionsprogramm, welche Stärken in den einzelnen Rollen liegen (vgl. Kapitel 4.10.1.).

Von Resilienz als variabler Größe spricht auch Wustmann und betont für die Ausbildung dieser Widerstandsfähigkeit neben Interaktionsprozessen auch ihre Elastizität. Bei veränderten Bedingungen kann dieselbe, bisher resiliente Person auch Vulnerabilitäten herausbilden und so verwundbar erscheinen. Resilienz zeichnet sich nicht nur durch ihre Prozesshaftigkeit aus, indem sie sich in Interaktionen entwickelt, sie ist kontextabhängig und stellt sich als dynamischer Anpassungsprozess dar. Nicht in jedem Bereich kann es zur Ausbildung der Widerstandsfähigkeit und so zur Anpassung des Individuums kommen (vgl. Wustmann 2004, S. 28–32). Opp bezeichnet Resilienz demgemäß auch als temporäre Eigenschaft mit prozesshaftem und veränderlichem Charakter (vgl. Opp 2007, S. 15). Deshalb kann diese Kapazität nur als multidimensionales Konstrukt (kontextuell, temporär und prozesshaft) verstanden werden (vgl. Wustmann 2004, S. 33f), das durch zahlreiche Einflussgrößen bedingt ist.

Wenn die Vorgänge, die resiliente Kinder scheinbar verletzlich machen, näher betrachtet werden, so kann es sich dabei um kritische Perioden wie soziale Entwicklungsübergänge handeln, in denen sich neue Herausforderungen zeigen und mit denen eine erhöhte Vulnerabilität einhergeht. Diese Kenntnis über die jeweiligen Entwicklungsphasen erachtet Aichinger als entscheidend für die Auffassung des Resilienzkonzepts. Resiliente Eigenschaften können nur dann als resilient gelten, wenn sie der Bewältigung dieser Phase dienen (vgl. Aichinger 2011, S. 27). Der Autor ergänzt hier einen weiteren bedeutenden Aspekt in diesem Zusammenhang, wenn er von resilienten Eigenschaften im Plural spricht. „Obwohl bislang von Resilienz im Singular gesprochen wurde, gibt es tatsächlich eine Vielzahl von Resilienzen“ (Fingerle 2011, S. 124). So geht man heute bspw. von einer Familienresilienz (vgl. Boss 2008, S. 72; Walsh 2008, S. 43), individueller Resilienz (vgl. ebd., S. 44; Hildenbrand 2008, S. 20) oder Paar-Resilienz (vgl. Welter-Enderlin 2008, S. 80) aus. Auch Wolin und Wolin gehen von sieben Resilienzen (Plural!) aus, die sich über die Lebensspanne entwickeln (Wolin/Wolin zit. n. Zobel 2006, S. 57).

Hildenbrand spricht gleichermaßen von Resilienz im Sinne einer Eigenschaft. Besonderen Bezug stellt dieser Autor zur Krise her, indem sich Resilienz nur dort entwickeln kann, wo sich eine Krise abzeichnet. Bewältigung kann erst stattfinden, wenn eine Krise erfahren und als Herausforderung wahrgenommen wird. Dieser Prozess bildet sich in Form eines Dreiecks

ab, der durch Erfahrung, Herausforderung und Bewältigung entsteht (vgl. Hildenbrand 2008, S. 22f).

Fingerle steht der Debatte über Resilienz als Fähigkeit oder dynamischem Prozess distanziert gegenüber. Für ihn kann diese Auseinandersetzung nur erfolglos beendet werden. Aufgrund der Heterogenität des Resilienzkonzeptes und zum Teil gravierender Wissenslücken erscheint sie überflüssig. (vgl. Fingerle 2011, S. 124ff) Deshalb plädiert der Autor für eine definitorische Ablösung der Resilienz als (Widerstands-)Fähigkeit durch die des Bewältigungskapitals. „Dieses Kapital entsteht aus den vorhandenen personalen und sozialen Ressourcen, aber erst in ihrer (erfolgreichen) praktischen Anwendung.“ (ebd., S. 127) Der Frage nach Fähigkeit oder Prozess wird dadurch die Grundlage entzogen, denn mit der Bewältigung von Aufgaben und Entwicklungen entsteht eine Wissensbasis, die für nachfolgende praktische Anwendungen herangezogen wird und zu weiteren Problemlösungen führen kann. (vgl. ebd., S. 127) Dadurch zeigt sich Resilienz als fortschreitender Entwicklungsprozess, der erst bei erfolgreicher Umsetzung bzw. Bewältigung Wissenszuwachs ermöglicht und so Resilienz ausbilden lässt. Dadurch stellt sich nicht die Frage des Habens oder Nicht-Habens bzw. des Ausbildens oder Nicht-Ausbildens von Resilienz, sondern viel mehr jene nach dem Benutzen (der Wissensbasis). In diesem Zusammenhang führt Fingerle eine weitere ungelöste Problematik des Resilienzkonzeptes an, nämlich ab welchem Zeitpunkt von einer Resilienzfähigkeit gesprochen werden kann (vgl. ebd., S. 124). Innerhalb welchen zeitlichen Rahmens, nachdem Herausforderungen, Krisen oder Traumata aufgetreten sind, muss eine erfolgreiche Bewältigung stattgefunden haben, um von Resilienz sprechen zu können? In Anbetracht der Instabilität und Variabilität der Resilienzfähigkeit erscheint auf diese Frage eine ähnlich heterogene Antwort zu folgen. Darüber hinaus impliziert dieser zeitliche Aspekt gleichzeitig einen wertenden und möglicherweise normativen: Wer bestimmt eine positive Bewältigung und was gilt als angemessenes, resilientes Verhalten?

Anhand dieser ersten Kapitel sollte ein grober Überblick über die Resilienzforschung und ihr heterogenes Konzept nähergebracht worden sein. Bereits unterschiedliche Ursprünge, Definitionen, Auffassungen zu Nachbarbegriffen innerhalb und außerhalb der Erziehungswissenschaft kennzeichnen diesen Resilienzansatz. Selbst über die Bestimmung der Resilienz, ob sie sich als Fähigkeit, Eigenschaft oder Personenmerkmal beschreibt, herrscht Uneinigkeit. Diese Vielfalt wird sich auch im nächsten Kapitel widerspiegeln, wenn Resilienzfaktoren thematisiert werden.

4.4. Resilienzfaktoren

In Hinblick auf COA bzw. ACOA als Risikogruppe zeigt sich, dass für sie ähnliche Resilienzfaktoren für die „Ausbildung der Widerstandskraft“ gelten. Lediglich ein stärkerer Ausprägungsgrad erscheint bei manchen Faktoren vonnöten zu sein, wie in Kapitel 4.4.1.

noch zu lesen sein wird. In der bisherigen Auseinandersetzung mit dem Resilienzkonzept war nur tangential von Resilienzfaktoren die Rede. Deshalb sollen sie erörtert und entgegen vieler Publikationen nicht tabellarisch aufgelistet, sondern in einen Zusammenhang mit Pädagogik und der Suchterkrankung Alkoholismus gestellt werden. Interdisziplinär kann zwischen generellen protektiven Faktoren und differenziellen protektiven Faktoren unterschieden werden. Wird das Augenmerk auf bestimmte Aspekte in der Resilienzforschung gelegt, wie bspw. das Rollenverhalten bei (A)COA, so werden diese protektiven Bedingungen als differenziell bezeichnet. Bei übergreifenden Faktoren spricht man von generell protektiven. (vgl. Zander 2009, S. 41f)

Bevor die einzelnen Resilienzfaktoren expliziert werden, soll noch erörtert werden, was denn nun unter Schutz- und Risikofaktoren zu verstehen ist. Fingerle schreibt dazu, dass Schutzfaktoren protektive Bedingungen umfassen, die die Entwicklung von Resilienz zur Folge haben und so die Kompensation oder Elimination von Entwicklungsrisiken bewirken können (vgl. Fingerle 2011, S.211-). Allerdings besitzen protektive Faktoren und Risikofaktoren ein sogenanntes „Doppelgesicht“ und erschweren so ihre Unterscheidung. Wird bspw. der Selbstwert in den Blick genommen, so erscheint ein hohes Maß an Selbstvertrauen protektive Funktion zu übernehmen. Stellt sich dieses Selbstvertrauen als überhöht dar, so kann es im Kontext von Verhaltensstörungen bei Aggressivität und Dissozialität zum Risiko werden (vgl. Lösel/Bender 2007, S. 64-). Diese „Multifinalität“ bei den Schutz- und Risikofaktoren (ebd., S. 65) geht über das problematische „Doppelgesicht“ hinaus, denn die Bestimmung der Faktoren über ihren Ausprägungsgrad und ihre Funktion lassen überhaupt an der Existenz von Resilienzfaktoren zweifeln (vgl. Fingerle 2011, S. 212). Ebenso scheint eine Interaktion zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bisher noch nicht gesichert zu sein (Fingerle zit. n. Zander 2011, S. 17), weshalb Fingerle für eine getrennte Definition von Schutz- und Risikobedingungen plädiert und so der Austauschbarkeit Einhalt gebietet bzw. der Feststellung, dass nur über die Anwesenheit eines Risikos der Effekt des Schutzfaktors zutage tritt, eine klare Trennschärfe verleiht (vgl. ebd., S. 211f).

Auch an dieser Stelle zeigt sich das Resilienzkonzept als inkonsistent und lückenhaft. Ob schließlich Schutzfaktoren existieren, könnten erst empirische Längsschnittstudien (vgl. Fingerle 2011, S.125), die mittels normierter, reliabler Instrumente eine entsprechende Stichprobengröße erfassen, nachweisen (vgl. Petermann/Schmidt 2009, S. 45).

Eine Gemeinsamkeit in vielen wissenschaftlichen Disziplinen findet sich in der Differenzierung von Resilienzfaktoren in jene des Individuums und jene der Umgebung. Letztere wird zum Teil auch in jene der Familie (Boss 2008; Enderlin/Hildenbrand 2008) und der Umwelt bzw. der Gemeinde (Opp/Fingerle 2007; Jaede 2007; Zander 2009) unterschieden. Diese Resilienzfaktoren, die „beim Individuum, in der Familie und in der Umgebung vorhanden sind“ und Resilienz hervorrufen, unterliegen einer wechselseitigen

Bedingtheit, die auf die notwendige Anwesenheit aller drei Schutzkategorien für die Ausbildung von Resilienz und ihre gegenseitige Einflussnahme verweist (Werner 2008, S. 30). So kann die Stigmatisierung einer Alkoholikerfamilie aufgrund der elterlichen Erkrankung das Kind von wertvollen, gesunden Beziehungen fernhalten und den Rückzug von der Außenwelt fördern. Wenn in der Fachliteratur nach Resilienzfaktoren recherchiert wird, spiegelt sich auch hier die Abgrenzungsproblematik wider. Bezeichnen manche AutorInnen diese Faktoren als Resilienzfaktoren, so finden sich bei anderen Begriffe wie Schutzfaktoren, risikohemmende Faktoren, Ressourcen, protektive Bedingungen usw. In diesem Sinne soll auch hier eine synonyme Verwendung dieser Benennungen stattfinden und so der Intention der AutorInnen entsprochen werden. Die (Heil-)Pädagogik u. a. bei Bernitzke hebt im Diskurs über Resilienzfaktoren besonders ihre Einbettung in Entwicklungsverläufe hervor. Wie bereits erwähnt sind in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung drei Abschnitte von Bedeutung: Kleinkind-, Schulkind- und Jugendalter (vgl. Bernitzke 2011, S. 33; Wustmann 2004, S. 21; Wolin/Wolin zit. n. Zander 2006, S. 55f), in denen sich unterschiedliche Anforderungen herausbilden und demgemäß auch die protektiven Faktoren variieren. Kramer spricht über die Beachtung dieser Verläufe hinaus vom Wert einer biografischen Resilienz. Diese als Bestandteil pädagogischer Arbeit kann bereits in der Kindheit einen „selbstreflexiven Umgang mit dem eigenen Leben“ fördern (Kramer 2007, S.85f) und zur Resilienzfähigkeit beitragen.

Nach dieser allgemeinen Einleitung zu den Schutzfaktoren soll nun der Frage, was das resiliente vom vulnerablen Individuum unterscheidet, nachgegangen werden. Dazu finden sich diverse Parameter, die in Anlehnung an die Unterteilung in Individuum, Familie und Umwelt eine gesunde Entwicklung ausmachen. In dieser Arbeit werden ausgewählte und aus Studien erhobene Aspekte, die sich als entscheidend erwiesen haben, zusammengefasst und diskutiert.

So findet sich bspw. bei Wagnild und Young eine Auflistung genereller protektiver Faktoren. Folgende Merkmale kennzeichnen nach dem Autorenpaar eine widerstandskräftige, resiliente Persönlichkeit: Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beherrschung, Beweglichkeit, Ausdauer, Anpassungsfähigkeit, Toleranz, flexible Sicht auf sich selbst und den eigenen Lebensweg (Wagnild/Young zit. n. Schumacher et al. 2005, S. 21). Als Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung bei Kindern erachtet bspw. Zander 2009 eine Vielzahl von Kategorien wie eine stabile emotionale Beziehung, positives Erziehungsklima, positive Rollenvorbilder, soziale Unterstützung außerhalb der Familie, dosierte soziale Verantwortlichkeiten, Temperamentsmerkmale, kognitive Kompetenzen, adäquates Bewältigungsverhalten bei Belastungen (vgl. Zander 2009, S. 41). Ein Vergleich der AutorInnen zeigt, dass Wagnild und Young bei ihren Resilienzen vorwiegend auf personale Ressourcen Wert legen, die Erwachsene zur Ausbildung von Resilienz bereits besitzen.

Auch die in dieser Arbeit vorgenommene Erhebung beruht auf einem Resilienzfragebogen, der die innerpsychischen Qualitäten von Wagnild und Young als Ausdruck für die Widerstandskraft von Erwachsenen bestimmt. Bei der Resilienzbildung wird also nicht nach der umweltspezifischen Unterstützungskraft gefragt, sondern was das Individuum mit sich bringt und welche Aspekte der Förderung bedürfen. Dies bedeutet nicht, den Umweltaspekt zu leugnen, sondern den Fokus auf die im Erwachsenenalter bisher entwickelten personalen Ressourcen zu legen und genauer zu bestimmen.

Zander verweist bei Kindern auf Kategorien, die sich innerfamiliär und auch außerfamiliär bilden. Die sich noch in der Entwicklung befindenden jungen Menschen bilden erst das Potenzial ihrer personalen Fähigkeiten aus und sind auf die Förderung von außen angewiesen. Risikomindernde Bedingungen können in diesem Zusammenhang nicht allein auf die innere Stärke reduziert werden. Als besonders bedeutend wird in zahlreichen Publikationen das Bindungsverhalten beschrieben (vgl. Zobel 2006, S. 31; Fingerle 2011, S. 126; Brisch 2009; S. 140). So spricht Rauh von einer interaktiven Resilienz, die sich anhand einer feinfühligten Mutter-Kind-Beziehung entwickeln kann und einen Prädiktor für eine gesunde Entwicklung darstellt (vgl. Rauh 2009, S. 178). Auch Wieland schreibt dem sicheren Bindungsverhalten vermindernde Angstbereitschaft zu und stellt es als Indiz für die Ausbildung der Resilienz vor (vgl. Wieland 2011, S. 119). Eine weitere Autorin, die allgemein vertrauensvollen Beziehungen resiliente Funktion beimisst, beschreibt Resilienz anhand dreier Faktoren: dem Ich-habe-, dem Ich-bin- und dem Ich-kann-Faktor. Grotberg geht dabei von äußeren Stützen aus, die sich als Ich-habe-Faktor abbilden und neben genannter Beziehung, Strukturen und Regeln im Zuhause auch Vorbilder umfassen. Des Weiteren stellen Ermutigung zur Autonomie und ein Zugang zu bspw. pädagogischen Einrichtungen Voraussetzungen für die Entstehung von Resilienzen dar. Kindbezogene, innere Faktoren schließen die eigene Empathie, Autonomie, das Verantwortungsbewusstsein, das Vertrauen (in sich selbst) usw. mit ein und werden unter Ich-bin-Faktoren zusammengefasst. Die Ich-kann-Faktoren stellen die notwendige Brücke des Kindes für den Austausch mit der äußeren Umwelt durch Kommunikation, Problemlösefähigkeit, Gefühls-, Impulskontrolle und anderes her. (vgl. Grotberg 2011, S. 60–63)

Wie aus dieser Erörterung sichtbar wird, gibt es viele Sichtweisen und Ansätze, die das Resilienzphänomen aufgreifen und aus denen es gilt, eine für diese Arbeit gültige Definition zu bestimmen. Soweit gilt jedenfalls, dass Resilienz als Personenmerkmal, das direkt über die Resilienzskala gemessen werden kann, aufgefasst wird und personelle Ressourcen bzw. Kompetenzen umfasst. Eine nähere Erörterung der Begriffsbestimmung wird sich im Lauf der Kapitel herauskristallisieren. In Anbetracht der unterschiedlichen Herangehensweisen an Resilienz, findet sich auch eine ähnliche Menge an Faktoren zu Kindern bzw. Erwachsenen

aus alkoholbelasteten Familien. Auf diesen liegt der Blickwinkel für nachfolgendes Unterkapitel.

4.4.1. Resilienzfaktoren bei COA und ACOA

Uhl et al. 2008 haben dazu drei unterschiedliche Formen von Resilienz bei (A)COA und alkoholkonsumierenden Personen festgestellt: Resilienz gegen die akute Alkoholwirkung, den Alkoholmissbrauch und gegen dessen körperliche Folgen. Ersteres befähigt Alkoholkonsumierende, Alkoholeffekte verzögert zu verspüren. Diese Alkoholtoleranz kann initial im Sinne einer genetischen Disposition, wie es bei (A)COA bereits nachgewiesen wurde, vorliegen oder mit zunehmendem Konsum erworben werden. Bei resilienten Personen gegenüber Alkoholmissbrauch besteht nur ein geringes Risiko, selbst an Abhängigkeit zu erkranken oder Missbrauch zu betreiben. Treten trotz übermäßigen Alkoholkonsums keine gesundheitlichen Folgeschäden auf, so besitzt die/der Betroffene die Resilienzfähigkeit gegen körperliche Folgen des Missbrauchs. (vgl. Uhl 2008, S. 8f [Online])

In Anbetracht der Risikogruppe der (A)COA kann die erste der drei Resilienzkategorien mehr kontraproduktiv als produktiv auf diese einwirken, wenn sie für eine gewisse Alkoholwirkung mehr zu sich nehmen müssen, um den gleichen Effekt zu erreichen wie Nicht-(A)COA. Mit der Dosis steigt hierbei auch die Gefahr des Missbrauches und schließlich der Abhängigkeit. Auf ähnliche Weise muss auch die Resilienz gegen körperliche Folgen infrage gestellt werden. Natürlich kann sich die- und derjenige glücklich schätzen, bei regelmäßigem Missbrauch keine Schäden davonzutragen. Aber die Praxis zeigt, dass Folgeerkrankungen Missbrauchende oft zur Abstinenz bewegen. Nicht nur kann Abstinenz das Leben der Betroffenen retten, auch die COA profitieren vom veränderten Lebenswandel des abstinenten Elternteils. Letztlich kann nur die Resilienz gegen Alkoholmissbrauch als Resilienz bei (A)COA angesehen werden und einer Erkrankung Vorschub leisten.

Weitere Resilienzkategorien konnten Wolin und Wolin bei Kindern aus alkoholbelastetem Elternhaus lokalisieren. Insgesamt wies das AutorInnenpaar sieben Resilienzen empirisch nach und zeichnete die sich über die Lebensspanne vom Kind bis zum Erwachsenen hinweg verändernden Kategorien nach. Dabei gestalteten sich Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor und Moral als förderliche bzw. begünstigende Faktoren heraus. (Wolin/Wolin zit. n. Zobel 2006, S. 56f) Einsicht meint im weitesten Sinne die Abgrenzung des Kindes von der alkoholbelasteten Familie und im engsten Sinne, die Verantwortung für die familiäre Situation nicht auf sich zu nehmen und die eigene Unabhängigkeit zu spüren. Wie auch schon im vorherigen Kapitel als entscheidenden Faktor beschrieben, stellen auch emotionale Beziehungen zu unbelasteten Gleichaltrigen, aber auch Tieren eine gesunde Distanz zur Familie und den dysfunktionalen Verhaltensweisen her (vgl. ebd., S. 210ff). Die Erfahrungen zur eigenen Selbstwirksamkeit ermöglichen dem Kind bzw. Erwachsenen, das Verhältnis von Ursache und Wirkung adäquat

einschätzen und nutzen zu lassen. Spielerische und humorvolle Auseinandersetzungen mit der Umwelt lenken den Fokus auf die weniger belastenden Erlebnisse und bringen Ablenkung. Gelingt es dem Kind trotz variabler Anschauungen im Alkoholikerhaushalt, moralische Grundsätze im Sinne adäquater Einschätzungen von Falsch und Richtig zu verinnerlichen, so kann die Grundlage für die Ausbildung gesetzt sein (vgl. ebd., S. 58f). Genauso zeigt sich hier eine funktionale Umgebung als Orientierungshilfe und mögliches Vorbild.

Singer gibt anhand von Untersuchungen besonders die Verhaltensweisen der Gleichaltrigen als Resilienzfaktor an. (vgl. Singer 2002, S. 28) Aus Bennet und Wolins Studien zeigte sich im Vergleich dazu die Weiterführung bzw. das Erlernen eines nicht alkoholabhängigen Familienverhaltens, in welches Rituale wie Sonntagsausflüge eingebettet sind, als förderlich für COA (vgl. Bennett/Wolin 1994, S. 29f). Dabei stellt der nicht abhängige Elternteil eine bedeutende Rolle dar. Kann sich der alkoholmissbrauchende Vater der Familie nur temporär widmen, liegt es oft an der Mutter, ein funktionierendes Familienleben aufrechtzuerhalten. Die Beibehaltung gewohnter Vorgänge und zeitlicher Abläufe kann den Kindern Stabilität und Kontinuität vermitteln und eine positive Wirkung haben. Gleichermaßen kann die Mutter durch den eigenen Umgang mit der belastenden Atmosphäre den Beeinträchtigungen der Kinder entgegenwirken, indem sie Gefühle zur und die Problematik der Alkoholerkrankung direkt thematisiert und nach außen hin offen kommuniziert (vgl. Lambrou 2010, S. 118). Lambrou sieht hierzu folgende individuumsbezogenen Resilienzfaktoren als entscheidend für die positive Entwicklung der COA: die Empathie des Kindes, seine Anpassungsfähigkeit und die eigene Gelassenheit trotz instabiler Familiensituation (ebd., S. 84). Diese suchtspezifischen Resilienzfaktoren sind als Ergänzungen zu den bereits im vorangegangenen Kapitel benannten Kategorien zu verstehen, zu denen noch umfeldbezogene Schutzfaktoren wie viel Aufmerksamkeit und Unterstützungssysteme seitens der Umwelt, keine schweren elterlichen Konflikte, keine weiteren Geburten in den beiden ersten Lebensjahren und bei Jugendlichen bzw. Erwachsenen eine befriedigende Partnerschaft hinzugefügt werden können (vgl. Klein/Zobel 2008, S. 100). Wenn nun nach Aufarbeitung der Resilienzfaktoren die Frage gestellt wird, was nun tatsächlich vor ungünstigen Bedingungen schützt, so kann folgende prägnante Antwort gegeben werden: das Individuum und seine Umwelt. Konkreter zeichnet ein resilientes Individuum eine optimistische und realistische Grundeinstellung gegenüber sich selbst und den Geschehnissen bzw. Entwicklungen außerhalb aus. Kinder bedürfen eines guten sozialen Netzes der Unterstützung, das in der Familie selbst beginnt und bis zu VertrauenslehrerInnen reichen kann. Besonders bei COA steigt die Wichtigkeit der außerfamilialen Umgebung, wenn das Elternhaus in ihrer fördernden Funktion nicht zur Verfügung steht.

4.4.2. Biologische Resilienzfaktoren

Bislang wurden Resilienzfaktoren im Wechselspiel zwischen personellen Ressourcen und den zu Verfügung stehenden familialen und umweltbezogenen Bedingungen betrachtet. In dieser Auflistung fehlt allerdings eine wichtige Bestimmung, die gleichermaßen Einfluss auf die Widerstandskraft des Individuums nimmt, nämlich die genetische Ausstattung. Existiert tatsächlich ein Resilienzgen, das den TrägerInnen zu einer erhöhten Widerstandskraft oder gar Immunität gegenüber pathologisierenden Entwicklungen verhilft?

Diesem biologischen Faktor bei der Bildung von Resilienz wurde im Zuge der Resilienzforschung in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Unterschiedliche Studien konnten diesbezüglich belegen, dass auch das Resilienzphänomen durch das Zusammenspiel von Anlage und Umwelt bedingt ist (vgl. Werner 2008, S. 39f). Allerdings scheinen bislang noch keine gesicherten Ergebnisse vorzuliegen. Eine kurze Darstellung unter besonderem Bezug auf die biologischen Korrelate der Resilienz bei Alkoholerkrankungen soll den Forschungsstand dazu aufzeigen.

Werden die einzelnen Erhebungen herangezogen, so sind biologische Marker hauptsächlich im Kontext antisozialer und emotionaler Störungen untersucht worden (vgl. Holtmann/Laucht 2007, S. 32). Zu diesen Studien zählt u. a. die Dunedin-Längsschnittstudie, in der 1000 ProbandInnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten bis ins Alter von 26 Jahren untersucht wurden, und die zu den Markern einen entscheidenden Beitrag leistete. Darin konnte nachgewiesen werden, dass eine Mutationsform des Serotonin-Transporter-Gens (langes Allel) einer Depression trotz belastender Lebensumstände bzw. Kindheitserlebnisse entgegenwirkte und als Resilienzfaktor zu werten ist. Eine Vergleichsgruppe mit dem kurzen Allel und unter gleichen Bedingungen entwickelte im frühen Erwachsenenalter depressive Verstimmungen. (vgl. ebd., S. 34) Eine weitere biologische Korrelation wurde bei Misshandlungen im Kindesalter und den daraus resultierenden antisozialen Persönlichkeitszügen aufgefunden. Hierbei zeigt sich die Monoaminoxidase A (MAOA) mitverantwortlich. Eine niedrige Aktivität der mutierten Form dieses Enzyms korreliert mit antisozialem Verhalten. So kann eine höhere Aktivität der MAOA als Resilienzfaktor betrachtet werden und die psychischen Wirkungen der Misshandlung abschwächen. Bei nicht misshandelten Kindern zeigte sich das Enzym in diesem Kontext als wirkungslos. (vgl. ebd., S. 36f; Zobel 2006, S. 154f; Enoch 2006, S. 198) Besonders Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind häufig körperlichen und/oder psychischen Misshandlungen ausgesetzt (vgl. Klein/Zobel 2008, S.98), die sich schmerzlich einprägen. Den Fragen, inwiefern sich die MAOA auf die multiplen Problemlagen auswirkt, bzw. ob sie auch weitere pathogene Bedingungen mindert, könnten weitere Untersuchungen nachgehen und die Resilienzfähigkeit bei COA näher erläutern.

Wird nun direkt die Alkoholerkrankung ins Visier genommen, so zeigen sich unterschiedliche biologische Bereiche im Sinne von Resilienzen. Bspw. vermindert eine Mutante des

Dopamin-D4-Rezeptors die Aktivität des dopaminergen Systems und hemmt das Belohnungssystem, das die angenehmen Gefühle im Zuge des Alkoholkonsums bedingt. (vgl. Holtmann/Laucht 2007, S. 37) Als möglicher Resilienzmarker kann eine seltene Variante des CRH1-Rezeptorgens (Corticotropin-releasing Hormon) erachtet werden, da die Träger und TrägerInnen tendenziell weniger exzessiv Alkohol konsumieren als jene mit der häufigeren Variante. (vgl. ebd., S. 38)

Auch die das Flushing-Syndrom hervorrufende inaktive ALDH II stellt sich als biologisches Korrelat dar (Näheres dazu im Kapitel 2.3.3.). Zuletzt ist hier noch die EEG-Kohärenz („funktionelle Koppelung von Hirnarealen“) erwähnenswert (ebd., S. 37). In Studien konnte gezeigt werden, dass bei nicht erkrankten Verwandten alkoholbelasteter PatientInnen eine erhöhte Kohärenz in den frontalen und parietalen Hirnregionen vorzufinden war. „Dieses Muster funktioneller Koppelung wird von den Autoren als Resilienzmarker bei Personen mit hohem Suchtrisiko gedeutet.“ (ebd., S. 37).

Nach dieser Erörterung darf man allerdings nicht dazu verleitet werden, diese biologischen Resilienzfaktoren als Verantwortliche für eine gesunde Entwicklung zu erachten. Einerseits stehen auch hier weitere Langzeitstudien zur Beforschung aus, die „die Langzeitwirkungen der Modifikation biologischer Merkmale verfolgen“ (vgl. ebd., S. 40), und darüber hinaus beruht die Bildung auf der bereits bekannten Wechselwirkung. Dieses Zusammenspiel, das in Publikationen gerne vernachlässigt wird, erfuhr im vorliegenden Unterkapitel ergänzende Beachtung. So scheint für das Resilienzkonzept Interdisziplinarität von großem Wert zu sein, um alle Ebenen der Resilienzbildung – Individuum, Umwelt und Anlage – berücksichtigen zu können. Erst die Anerkennung aller beteiligten Ebenen als Wirkfaktoren und ihre Zusammenarbeit können die Ausbildung des Phänomens Resilienz verstehbar machen. Daran anschließend wird nun versucht, den Entstehungsprozess von Resilienz nachzuzeichnen und lässt gleichzeitig erkennen, dass auch in diesem Kontext biologische Korrelate unerwähnt blieben.

4.5. Entstehungsmodelle von Resilienz

Wenn auf die Entstehung des Resilienzphänomens fokussiert wird, so geht es nicht nur um seine Bestimmung als Fähigkeit oder Prozess, sondern auch um die Wirkung und Bedingungen von Resilienz. In der Literatur finden sich dazu unterschiedliche Modelle, die die Resilienz-Entwicklung im Zusammenhang mit vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren sehen und zu klären versuchen.

4.5.1. Das „Challenge-Modell“ und das „Damage-Modell“

Grundsätzlich kann zwischen zwei Einstellungen unterschieden werden, mit denen Kinder und Erwachsene an aversive Lebensbedingungen herangehen: Herausforderung und Gefährdung. Dabei handelt es sich um die subjektive Wahrnehmung, um eine individuelle Einschätzung der jeweiligen Situation, die entsprechend dem Ausprägungsgrad der

Belastung auf jedes Individuum einwirkt. Wie die Benennung des ersten Modells bereits erahnen lässt, wird im Sinne des „Challenge-Modells“ die gegenwärtige Situation als Herausforderung betrachtet und entsprechend positiv bewältigt. Im Kontext einer alkoholbelasteten Familienumgebung nimmt diese das Kind, die/der Jugendliche in erster Linie nicht als schädigend wahr, sondern sieht sich herausgefordert und entwickelt Stärke und Resilienz (vgl. Zobel 2006, S. 55). Im Sinne dieses Modells der Herausforderung bildet das Individuum durch die positive Bewältigung der von vielen Risiken (Stressoren) und Belastungen geprägten Situation Kompetenzen heraus, auf die es in Folge zurückgreifen kann. (vgl. Wustmann 2004, S. 59) Werner beschreibt diesen Vorgang anhand einer Wendeltreppe (Werner zit. n. Lambrou 2010, S. 43), die mit zunehmender Anzahl an bewältigten Herausforderungen immer weiter erklommen wird. Als Beispiel können hier Entwicklungsübergänge oder kritische Lebensereignisse genannt werden. Bezieht hingegen das Kind, die/der Jugendliche die familialen Vorkommnisse auf sich und glaubt, dafür verantwortlich zu sein, so handelt es/sie/er nach dem „Damage-Modell“ (Lambrou 2010, S. 85). Für die Ausbildung von Resilienz bedarf es der Herangehensweise des ersten Konstrukts, das als den nachfolgenden Modellen übergeordnet betrachtet werden kann. Ein resilientes Kind handelt also nach dem „Challenge-Modell“.

Auf beide Verhaltensweisen nach dem Challenge- und Damage-Modell wirken protektive und Vulnerabilitäts-Faktoren ein, deren Wechselwirkung nachfolgend in fünf Modellen beschrieben wird. Darin wird davon ausgegangen, dass „Schutzfaktoren im Zusammenwirken mit unterschiedlichen Risikofaktoren (...) unterschiedliche Wirkungen erzielen: Kompensation, Mediation, Herausforderung“ (Zander 2009, S. 43). Zum Teil finden sich in der Namensgebung auch ihre Wirkmechanismen wieder. Besonderes Augenmerk soll in diesem Kapitel wieder das Kind bzw. die/der Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien erhalten.

4.5.1.1. Modell der Kompensation

Bei dem Modell der Kompensation können sich risikomindernde und risikoerhöhende Faktoren ausgleichen und ein positives Entwicklungsergebnis ermöglichen. Dabei sind beide Faktoren unabhängig voneinander als Einflüsseffekte auf die Entwicklung zu verstehen, sodass sie gegeneinander wirken und sich subtraktiv verhalten (vgl. Wustmann 2004, S. 56f). Protektive Faktoren können also die Folgen einer Risikokonstellation mindern oder gänzlich verhindern (vgl. Zander 2009, S. 43). Innerhalb dieses Kompensations-Modells werden zwei weitere unterschieden, die entweder von einem Haupteffekt auf die Entwicklung ausgehen oder einen Mediator zwischengeschaltet haben.

Bei Ersterem wirken beide Kategorien, die schützenden und risikoerhöhenden, direkt auf die Entwicklung ein (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 36, Wustmann 2004, S. 58f). Dieses Haupteffekt-Modell erfuhr eine zusätzliche Erweiterung in Form eines additiven bzw.

gewichteten Modells, das die Wirksamkeit der Schutz- oder Risikofaktoren durch deren Addition beschreibt. Opp gibt hierbei jedoch zu bedenken, dass Stressoren im Gesamten den Entwicklungsprozess mehr beeinflussen als jeder einzelne summiert (vgl. Opp 2007, S. 13). Für Prävention und Intervention steht bei diesem Modell der Schutzfaktor im Mittelpunkt, den es durch bspw. pädagogische Unterstützung zu verstärken gilt.

Im Vergleich dazu schaltet sich beim Mediatoren-Modell noch vor Einwirkung auf das Subjekt ein Mediator dazwischen. So wirken die Faktoren indirekt. An diesem Modell orientieren sich Präventions- und Interventionsprogramme, die bspw. die erzieherische Kompetenz stärken und die Vernachlässigung der COA vermindern möchten. Als Mediator fungiert hierbei das Erziehungsverhalten, das gefestigt wird. (vgl. ebd., S. 58)

4.5.1.2. Modell der Interaktion

Das Modell der Interaktion schreibt dem protektiven Faktor eine Pufferfunktion zu, indem er die Wirkung des Risikofaktors moderiert. Dadurch können nur in Anwesenheit des zweiten Faktors die Ressourcen aktiviert werden (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 37). So kann sich erst durch die Alkoholerkrankung und/oder aversive Familienumstände die Resilienz bilden. Von dieser Beziehung zwischen Risiko- und Schutzbedingungen gehen auch Präventions- und Interventionsprogramme bei Risikogruppen wie COA aus (vgl. Wustmann 2004, S. 60f). Durch die Stärkung von bspw. außerfamilialen Beziehungen in pädagogischen Einrichtungen kann das Risiko verringert werden.

4.5.1.3. Modell der Kumulation

Als Erweiterung des vorangegangenen Modells geht dieses von einer additiven Wirkung der risikomildernden und risikoh erhöhenden Faktoren aus. „Die Belastung ist dann umso größer, je mehr Risikobedingungen und je weniger schützende Bedingungen vorhanden sind“ (ebd., S. 61) In diesem Falle beziehen sich Prävention und Intervention auch auf die Stärkung der protektiven Faktoren.

4.5.1.4. Das Schutzfaktorenmodell

Zander sieht hier ein weiteres Modell zur Klärung der Wechselwirkung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren. Sie geht von einem dem Interaktionsmodell ähnlichen Konzept aus, das gleichermaßen Schutzfaktoren als Moderatoren sieht, aber in Wechselwirkung zu Risikofaktoren steht. Sie entfalten in Anwesenheit der risikomindernden Effekte eine verstärkte Wirkung. (vgl. Zander 2009, S. 43) Trainingsprogramme können positive Verstärkung der Schutzfaktoren bieten und so wie die Selbsthilfegruppe Alateen die Selbstwirksamkeit in den Mittelpunkt rücken und ein positives Selbstkonzept vermitteln.

4.5.1.5. Modell nach Kumpfer

Das Modell nach Kumpfer stellt sich als multikausales Bedingungsgefüge dar und versucht anhand von sechs Dimensionen, die sich in vier Einflussbereichen auf zwei Ebenen abbilden, der Komplexität des Resilienzphänomens und dessen Entstehung gerecht zu

werden. Den Impuls zur Ausbildung von Resilienz setzt der als Bedrohung, Verlust oder Herausforderung wahrgenommene Stressor. Einflussfaktoren wie Umweltbedingungen, die eigenen personalen Ressourcen und das Resilienzpotenzial wirken auf die Wahrnehmung des Stressors und sind für eine adäquate oder dysfunktionale Anpassung entscheidend. (Klumpfer zit. n. Zander 2009, S. 43f) Diese Prädiktoren – Stressor, Umweltbedingungen, personale Merkmale und Entwicklungsergebnis – bedingen im Zuge zweier Transaktionsprozesse – Person und Umwelt, Person und Entwicklungsergebnis – die Ausbildung von Resilienz. Die Interaktion zwischen Person und Entwicklungsergebnis stellt gleichzeitig den Resilienzprozess dar, der zu einem „gesteigerten bzw. gleichbleibenden Kompetenzniveau oder aber [zu] maladaptiven Reaktionen“ (vgl. Wustmann 2004, S. 63) führen kann. Dieses umfassende Modell sieht sich noch offenen Fragen und Forschungslücken gegenüber, die besonders den Prozess der Transaktion betreffen (vgl. ebd., S. 63).

In der gegenwärtigen Resilienzforschung wird das Schutzfaktorenmodell am häufigsten eingesetzt. Zander verweist dabei auch auf die gegenseitige Ergänzung der Modelle untereinander und plädiert für eine differenziertere Sichtweise, wenn von einer Neutralisierung der Risikofaktoren durch die Schutzfaktoren ohne Weiteres ausgegangen wird. Vielmehr besteht bis dato Einigkeit darin, dass sich bei erhöhter Quantität der risikoe erhöhenden Bedingungen deren Wirkung potenziert. (vgl. Zander 2009, S. 44) Ähnlich dem Rollenmodell bei Wegscheider können auch die soeben vorgestellten beim Individuum nacheinander zum Tragen kommen und mehrere auch zur selben Zeit aktiv sein (Werner zit. n. Wustmann 2004, S. 61).

In diesen Modellen wird vorwiegend eine Gleichstellung der internalen und externalen Einflussfaktoren vorausgesetzt. Wieland betont hingegen, dass personelle Ressourcen eine übergeordnete Rolle spielen, indem sie die Umwelteinflüsse moderieren (vgl. Wieland 2011, S. 192). Sind bspw. in der Umgebung des COA genügend liebevolle Bezugspersonen vorzufinden, bedarf es weiterhin der Initiative des Kindes, diese wahrzunehmen und zu nutzen. Des Weiteren bildet sich im Schutzfaktorenkonzept die Hierarchisierung seiner Faktoren nicht ab, in der eine sichere Bindung als herausragendster Faktor betrachtet werden kann (Zander 2009, S. 44).

Gleichermaßen orientiert sich auch die Resilienz-Definition für diese Arbeit an den bedeutenden personellen Ressourcen, wenn von Resilienz als Personenmerkmal ausgegangen wird. Fälschlicherweise darf aber nicht davon ausgegangen werden, dass risikomindernde Faktoren nur personellen Ursprungs sein können und so das resiliente Kind per se für die Bildung von Resilienz verantwortlich ist. Ebenso verläuft die Bildung nicht nach dem vereinfachten Modell der Kompensation, in welchem sich Risiko- und Schutzfaktoren ohne Weiteres neutralisieren lassen. Resilienz als Personenmerkmal fokussiert lediglich auf

die entscheidenden personellen Schutzfaktoren und schließt nicht den Einfluss der Umweltfaktoren aus.

Letztlich scheint jedoch eine fruchtbare Bewältigung von Problemlagen nicht nur auf entsprechende Resilienzfaktoren reduziert werden zu können: Die Ausprägung trägt gleichermaßen entscheidend dazu bei. (vgl. Fingerle 2011, S.126) Opp relativiert übergreifend die Bedeutung der Modelle, denn die „Bearbeitung einer Risikolage“ stellt wohl den bedeutendsten Faktor dar (Opp 2007, S. 15). In diesem Sinne haben die Entstehungsmodelle des Resilienzphänomens entscheidende Aspekte noch nicht integrieren können und bedürfen, wie das Konzept als Ganzes, noch weiterer Beforschung und Verfeinerung.

Nach der Aufarbeitung möglicher Resilienzfaktoren wird nun anhand internationaler Studien ein grober Überblick zu Untersuchungsdesigns und Ergebnissen gegeben.

4.6. Ausgewählte Resilienzstudien und ihre Ergebnisse

Im Beitrag von Emmy Werner in der Publikation „Was Kinder stärkt“ sind 16 Longitudinalstudien aufgelistet, die eine ProbandInnenzahl von 100 bis 1000 Frauen und Männer aufwiesen, unterschiedliche Entwicklungszeitpunkte evaluierten und eine Vielzahl an Messinstrumenten angewendet haben. Ausgewählte internationale sowie eine deutschsprachige Studie sollen hier vorgestellt werden.

Als für die Resilienzforschung wegweisend gilt die bereits erwähnte Kauai-Längsschnittstudie, die vom ForscherInnen-Team um Werner und Smith durchgeführt wurde. Diese Studie erhob über 40 Jahre die Risiko- und protektiven Faktoren der auf der hawaiianischen Insel Kauai geborenen Kinder. Darunter befanden sich 30 %, die als Risikokinder eingestuft wurden, mit „chronischer Armut, elterlichen Psychopathologien, familiären Zerrüttungen“ aufwuchsen und „perinatale Komplikationen“ durchlebten (Werner 2007, S.312). Die zu sechs unterschiedlichen Entwicklungsphasen durchgeführte Evaluierung ergab, dass in der Risikogruppe ein Drittel keine Verhaltensauffälligkeiten entwickelte und so als resilient betrachtet werden kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S. 15f). Als Ursache für diese positive Entwicklung stellten sich „lebensbegünstigende Eigenschaften und selbstkorrigierende Tendenzen“ im Kind/Jugendlichen und ein unterstützendes sowie förderliches Umfeld heraus (vgl. Wustmann 2004, S. 89). Am stärksten beeinflussen neben genannten ungünstigen Bedingungen auch der prä- und perinatale Stress die bereits genetisch bedingt verletzlichen Individuen. (vgl. Werner 2007, S. 324, Opp 2007)

In Schweden wurde von Cederblad „The Lundby Study“ an 2550 Teilnehmenden durchgeführt. Die Zielsetzung dieser prospektiven Längsschnittstudie war es, die psychische Gesundheit zu erfassen. Ein Teilsample von 148 Personen wuchs in ihrer Kindheit unter aversiven Lebensbedingungen wie Alkoholismus, Missbrauch usw. auf. Die erstmalige Evaluierung fand dabei im Alter von acht Jahren statt und reichte bis in das mittlere

Lebensalter hinein. Drei von vier ProbandInnen galten schließlich im Erwachsenenalter als erfolgreich trotz problematischer Kindheit. (vgl. Werner 2007, S. 315)

Auf eine andere Weise gingen die AutorInnen Lösel und Bender bei der „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ vor, indem sie im Vorfeld bereits eine Gruppe resilienter Kinder bzw. Jugendlicher zusammenstellte und mit einer altersgleichen Risikogruppe verglich. Diese zwei Gruppierungen stammten aus 27 Heimen der Wohlfahrtspflege und ergaben ein Sample von 146 Mädchen und Jungen. Die Heimzöglinge wurden in resilient und nicht resilient unterteilt und hinsichtlich ihrer Widerstandskraft befragt. Die Erfassung der objektiven Faktoren und der subjektiven Wahrnehmung der Belastungen zeigte, dass der subjektive Risikoindex mit den Verhaltensauffälligkeiten der nicht resilienten Jugendlichen korreliert und somit der individuellen Auffassung der Problemlage eine hohe Bedeutung zukommt (vgl. Lösel/Bender 2007, S. 57f). Ein nächster Vergleich wurde mit einer Normalgruppe angestellt, wobei man einen nur geringen Unterschied zur resilienten Gruppe nachwies. Dabei legten die widerstandskräftigen Kinder eine tendenziell aktivere Auseinandersetzung mit Problemlagen an den Tag (vgl. Wustmann 2004, S. 94).¹⁴

4.7. Kritische Auseinandersetzung

Anhand dieser bereits durchgeführten Evaluationen zeigt sich Resilienz zwar als empirisch belegtes Phänomen (vgl. Fingerle 2011, S. 208; Boss 2008, S. 80; Fthenakis zit. n. Wustmann 2004, S. 9), aber dies bedeutet nicht, dass ihre Beforschung wissenschaftlichen Anforderungen automatisch entspricht (vgl. Wieland 2011, S. 183). Vielmehr sieht sich dieses Phänomen mit Problemen der Abgrenzung, „definitorischer Vielfalt“ und auch disziplinären wie interdisziplinären Widersprüchen konfrontiert (Fingerle 2011, S. 124). Nicht zuletzt auch deshalb, weil die Resilienzforschung ein relativ junges Forschungsgebiet ist und so hinreichende Ergebnisse anhand operationalisierter Längsschnittstudien ausstehen (vgl. Fingerle 2011, S. 216).

Boss sieht neben diesen methodischen bzw. begrifflichen Schwächen auch allgemeine in der Anwendung des Resilienzkonzepts. Resilienz kann trotz ihrer Funktion als Widerstandspotenzial bei belastenden Lebens- und Entwicklungsbedingungen auch unerwünscht sein. Sobald „immer von denselben Menschen Flexibilität erwartet wird“, kann Resilienz als dauerhafte Anpassungsfähigkeit missverstanden und abverlangt werden (Boss 2006, S. 84). Vor allem benachteiligte Menschen unterliegen hierarchischen Gegebenheiten und könnten so zur Unterordnung aufgefordert werden. Auch bei der Risikogruppe der (A)COA kann ein Durchhalten gegebener Umstände und ein Berufen auf die Ausbildung von Resilienz nicht von vornherein als förderlich angenommen werden. Eine Veränderung der Rahmenbedingungen und eine mögliche Krise können hilfreicher erlebt werden, als sich den

¹⁴ Eine weitere Studie aus Deutschland, die gleich der Invulnerabilitätsstudie als Pionierstudie der Resilienzforschung in Deutschland gilt, ist die „Mannheimer Risikokinderstudie“ (vgl. Wustmann 2004, S. 86).

Gegebenheiten permanent anzupassen. Resilienz ist also nicht die einzige Antwort. Gleichmaßen wird zur Vorsicht geraten, das Resilienzkonzept ohne jenes der Krankheit anzuwenden. Ohne die medizinischen und psychiatrischen Aspekte zu berücksichtigen, heißt Resilienzförderung reine Stärkung der Widerstandskraft und Ignoranz gegenüber möglichen krankheitsbedingten Symptomen. (vgl. Boss 2006, S. 85) So warnt auch Zander vor einem „blinden Entwicklungsoptimismus“, der den Blick der Resilienzforschung trübe und nur Erfolg und Entwicklungschancen sehe. (vgl. Zander 2009, S. 11f) Diese Einwände sind relevant, beschreiben sie doch die Gefahr, die Kompetenzen eines Kindes zu überschätzen. Wie bereits dargelegt, bedeutet die Bewältigung von Krisen keine omnipräsente, dauerhafte Immunisierung gegenüber Risiken. (vgl. Wieland 2011, S. 182) Aus einer Krise gestärkt hervorzugehen, heißt nicht, alle weiteren erfolgreich zu bewältigen. Ohne äußere Hilfe, die bei COA angesichts der Geheimhaltung der Alkoholerkrankung ausbleiben kann, gelangt die innere Stärke schwer an die Oberfläche. Gleichzeitig kann diese Überschätzung des Individuums die Unterschätzung der ungünstigen Lebensbedingungen mit sich bringen, wenn die Stärke des Kindes in jedweder Belastungssituation als überragend angenommen wird. Für pädagogisch Tätige bedeutet dies, eine Sensibilisierung für Entwicklungsrisiken aufzubauen, anstatt den Betroffenen den Leidensdruck abzusprechen. So darf es kein Bestandteil des Resilienzkonzepts sein, die Risiken und Erfahrungen aus ihren belastenden Kindheiten zu bagatellisieren. (vgl. Leuzinger-Bohleber 2009, S. 36f)

Petermann und Schmidt meinen angesichts der unzähligen Auffassungen von Resilienz, dass besonders in der Sozialpädagogik dieses Konzept im Sinne einer Invulnerabilität verstanden wird, da der Fokus vorwiegend auf der Mobilisierung der eigenen Kräfte liegt und die äußere Unterstützung, die externalen Resilienzfaktoren, ausgeblendet werden. Das Kind sei so in der Lage, die innere Stärke selbst zu finden und zu entfalten, und lediglich ein äußerer Anstoß reiche für diese Entwicklung aus. Nicht zuletzt dadurch geriet die Sozialpädagogik unter Verdacht, Sparmaßnahmen legitimieren zu können. (vgl. Petermann/Schmidt 2009, S. 49) Hier stellt sich aber natürlich die Frage, ob die Sozialpädagogik wirklich einer Missinterpretation des Resilienzkonzepts unterlag oder dem Drängen der Öffentlichkeit oder Politik zu Einsparungen Folge geleistet hat.

Eine bislang unbenannte Problemlage des Resilienzkonzepts besteht in der Frage, ob Resilienz durch ihre soziale Verträglichkeit ihre Bestimmung erhält, oder ob sich resilientes Verhalten auch in sozialunverträglichen Handlungen äußern kann. (vgl. Wieland 2011, S. 183) So kann hier wieder das Beispiel Pippi Langstrumpfs herangezogen werden, die zuvorderst als resilientes Kind erkannt und dann anhand ihrer unüblichen Lebensbedingungen und abweichenden Verhaltensweisen als hyperaktiv diagnostiziert wurde. Von Freyberg (vgl. von Freyberg 2011, S. 223) thematisiert in diesem Zusammenhang auch die noch unklar erscheinenden Erwartungen seitens der Gesellschaft

und Politik, wie sich ein gesellschaftspolitisch anerkanntes, resilientes Individuum bestimmen lässt. Welche Erwartungen sind generell mit dem Resilienzkonzept und seiner praktischen Anwendung verbunden, und welches Verhalten muss ein resilientes Kind oder COA an den Tag legen, um als solches gelten zu dürfen? Mögliche Antworten auf diese Frage werden sich wohl erst im Zuge evaluierter Interventionsprogramme herauskristallisieren.

In Anlehnung an eine kritische Betrachtungsweise können nun offene Fragen und Lücken im Resilienzkonzept lokalisiert und diskutiert werden.

4.8. Forschungslücken

Die Darstellung der Resilienzstudien zeigt bereits erste Forschungslücken und einen Mangel an Erhebungen im deutschsprachigen Raum bzw. in Österreich auf. Der Großteil der Untersuchungen findet in den USA statt, einige wenige in Großbritannien, Neuseeland, Australien, Dänemark, Schweden und Deutschland statt (vgl. Werner 2007, S. 313ff). In Österreich hingegen wurden bis dato noch keine Studie zum vorliegenden Thema durchgeführt. Diesbezüglich stellt sich die Frage, welchen Stellenwert hierzulande das Phänomen Resilienz einnimmt. Während etwa in Deutschland keine Debatte in der Pädagogik ohne Bezugnahme auf das Thema Resilienz verläuft, ist es in Österreich genau umgekehrt: Resilienz spielt im pädagogischen Diskurs so gut wie keine Rolle. Werden Publikationen zu diesem Thema betrachtet, so kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass österreichische Veröffentlichungen, besonders in Zusammenhang mit (A)COA, ausgesprochen schwer zu finden sind. Wird online im Internet nach Resilienz in Österreich gesucht, so finden sich Auseinandersetzungen bspw. in der überregionalen Politik (vgl. Gruber 2011 [Online]), in der Organisationsentwicklung (vgl. Team Vision [Online]) oder im Zuge des Projekts „Resilienz in Österreich“ in Kooperation mit dem Klima- und Energiefonds (vgl. Nahrada 2012 Online). Auch im Zusammenhang mit Intervention und Prävention kann gesagt werden, dass die Forschungslage in Österreich der deutschen hinterherhinkt.

Wird Blickwinkel erweitert, gelangt man zu der Erkenntnis, dass es dem Resilienzkonzept an einer kulturübergreifenden Perspektive mangelt, wie Werner es formuliert. Obwohl sich die Anzahl an MigrantInnen bzw. Flüchtlingen beständig erhöht und zugewanderte Familien eine gesteigerte Vulnerabilität durch ihre finanzielle Lage, geringere Bildung, erhöhten Belastungssituationen u. a. aufweisen können (vgl. Leyendecker 2012, S. 65f), wird ihnen kaum Beachtung geschenkt. (vgl. Werner 2008, S. 40) Leyendecker greift in ihrem Artikel in dem 2012 erschienenen Sammelband „Handbuch Migration und Bildung“ genau diese Thematik der Migration auf und verbindet sie gekonnt mit dem Konzept der Resilienz. Nichtsdestotrotz gibt es neben dem Mangel an weiterer wissenschaftlicher Literatur vor allem einen allgemeinen Aufholbedarf in diesem Bereich. (Masten/Obradovic zit. n. Leyendecker 2012, S. 67). Ähnlich stellt sich die Situation im Kontext mit Menschen im Seniorenalter dar (vgl. Werner 2008, S. 40). Wie bereits gezeigt wurde, konzentrieren sich Resilienzstudien

hauptsächlich auf das Kindes-, Jugend- und mittlere Lebensalter, vernachlässigen aber die ältere Generation. Eine deutschsprachige Studie ergab in diesem Zusammenhang, dass die Resilienzfähigkeit im höheren Alter aufgrund existentieller Herausforderungen abnimmt (vgl. Leppert/Strauß 2011, S. 316). Durch eine intensivere Beforschung dieser Lebensspanne können auch hier neuere Erkenntnisse zum tieferen Verständnis des Phänomens Resilienz beitragen und ihre Ausprägung im vorangeschrittenen Alter offen legen.

Ein weiteres missachtetes Forschungsgebiet im Licht der Resilienz stellt die Beforschung der Kinderarmut dar. Da Resilienz hauptsächlich aus psychologischer Perspektive beforscht wird, sind auch hier wenige Publikationen und Studien in Verbindung mit Kinderarmut erschienen. (vgl. Zander 2009, S. 12) Margherita Zander bspw. nähert sich diesem Schwerpunkt von Seiten der Soziologie und Pädagogik und plädiert für eine stärkere Wahrnehmung in Bezug auf Kinderarmut in wissenschaftlichen und öffentlichen Diskursen (vgl. ebd., S. 9).

Als themenübergreifende Forschungslücke stellt sich die genderunsensible Betrachtung von Resilienz dar. Nur wenige Studien widmen sich geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten. (vgl. Ittel/Scheithauer 2007, S. 99) Obwohl vereinzelte Studien nachwiesen, dass Jungen in der frühen und mittleren Kindheit vulnerabler auf aversive Bedingungen reagieren als Mädchen, die während der Pubertät eine höhere Anfälligkeit zeigen, wird dieser Genderaspekt kaum berücksichtigt. (vgl. ebd., S. 103)

Resilienz erweist sich als heterogenes, komplexes Konstrukt mit disziplinären Unschärfen, Abgrenzungsschwierigkeiten, unüberschaubaren Wirkfaktoren und Entstehungsbedingungen. Ein laufender Diskurs über diese Gesichtspunkte ermöglicht fruchtbare Auseinandersetzungen, erschwert aber zum Teil, das Phänomen fassen zu können. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, diese umfassende Thematik in Zusammenhang mit (A)COA zu stellen und letztlich in jene Definition einfließen zu lassen, die im Sinne einer Alkohol-Resilienz für benannte Gruppierung zutrifft.

4.9. Resilienz-Alkohol-Definition im Kontext der (A)COA

Die für diese Arbeit gültige Definition von Resilienz lässt sich deshalb im Sinne einer bereichsspezifischen bestimmen. Wie Wustmann erwähnt, kann keine allgemeingültige Bestimmung gefordert werden, wenn Resilienz situationsabhängig ist (vgl. Wustmann 2004, S. 32). Daraus ergibt sich, dass hier Resilienz im Kontext der Risikogruppe erwachsener Kinder aus alkoholbelasteten Familien definiert wird. Des Weiteren lehnt sich dieser an die Begriffsbestimmung von Schumacher et al. an, deren Erhebungsinstrument – der Resilienzfragebogen RS-25 – in der im anschließenden Kapitel ausgeführten Studie Anwendung fand. So werden diese zwei Aspekte zusammengeführt und in einer Resilienz-Definition erfasst.

Schumacher et al. leiten ihre Begriffsbestimmung aus der Resilience Scale von Wagnild und Young ab. Dabei fassen die AutorInnen Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal auf (vgl.

Schumacher et al. 2005, S.22), das Betroffene dazu befähigt, „internale und externale Ressourcen für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erfolgreich [zu] nutzen“. Dabei wird zwischen zwei Dimensionen unterschieden, der persönlichen Kompetenz und der Akzeptanz des Selbst und des Lebens. (vgl. ebd., S. 19) So zeigt sich die Definition nach Wagnild und Young als personelle Ressource, die sich in der eigenen und lebensweltbezogenen Akzeptanz ausdrückt.

Resilienz im Zusammenhang mit (A)COA kann, wie bereits im Kapitel 4.4.1. dargelegt, als Resilienz gegenüber Alkoholmissbrauch verstanden werden.

Aus diesen zwei Schwerpunkten ergibt sich nun folgende Definition für die vorliegende Arbeit: Resilienz bezeichnet eine Widerstandskraft, die Fähigkeit der (A)COA, trotz alkoholbelasteter Umgebungsbedingungen eine gesunde Bewältigungsstrategie entwickelt zu haben. Die auf personellen Ressourcen und unterstützenden Umweltbedingungen beruhenden Fähigkeiten ermöglichen es, Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben ohne Alkoholmissbrauch erfolgreich zu meistern. Diese spezifische Definition von Resilienz bei nicht alkoholkranken (A)COA wird in der Untersuchung auf ihre Tauglichkeit überprüft.

4.10. Pädagogische Bedeutung des Resilienzkonzepts

Für die Pädagogik hat das Konzept der Resilienz trotz vorherrschender Schwierigkeiten große Bedeutung. Der Erziehungswissenschaftler Wassilios Fthenakis fasst diese folgendermaßen zusammen:

Für die Pädagogik „sind die Ergebnisse der Resilienzforschung insofern von großer Wichtigkeit, als dass sie Anhaltspunkte dafür liefern, welche Fähigkeiten und Unterstützung Kinder brauchen, um sich trotz schwieriger Bedingungen gesund und positiv entwickeln zu können. Die Ausbildung und Stärkung von Resilienz kann somit in Kenntnis dieser Befunde zum integralen Bestandteil von Bildungs- und Erziehungsprozessen gemacht werden.“

(Fthenakis zit. n. Wustmann 2008, S. 10 , kursiv im Orig.)

Anhand dieses Zitates lassen sich bereits zwei wichtige Aspekte in Bezug auf das Resilienzkonzept formulieren. Es bietet Kategorien – Resilienzfaktoren – an, die eine günstige Entwicklung fördern, und deren Stärkung und Ausbildung man als mögliches Ziel pädagogischer Arbeit identifiziert kann.

Interventionsprogramme zielen auf diese Stärkung ab und zeigen auf, dass angesichts der Ungewissheit und Notwendigkeit gesellschaftlicher Rechtfertigungen im Felde der Pädagogik Förderansätze fruchten können. Fingerle spricht hier von einer „empirischen Legitimation“ der Intervention. Trotzdem dürfe dieses Konzept im Sinne unrealisierbarer Handlungsmöglichkeiten und Zielsetzungen nicht missbraucht werden. (vgl. Fingerle 2011, S. 133f)

Auch Opp sieht im Resilienzansatz den praktischen Wert und eine Zielsetzung für die Pädagogik: die Resilienzförderung. Dieser Ansatz könne die PädagogInnen gleichermaßen

in der Vermittlung anleiten und zusätzlich herausfordern, die eigenen Angebote flexibler zu gestalten. Im Zuge des Paradigmenwechsels hin zur Salutogenese entstand aufgrund zunehmenden Interesses an Resilienz eine Übernahme ihres Konzepts in wissenschaftliche Disziplinen, in denen es zusehends zur Entwicklung von Interventions- und Präventionsprogrammen kam. (vgl. Opp 2007, S. 15f). Werner plädiert deshalb für eine intensivere Beforschung dieser Programme und fordert gleichermaßen deren entsprechende Anpassung bei Hochrisikokindern. (vgl. Werner 2007, S. 29)

Resilienzförderung kann somit zusammengefasst als Teil pädagogischer Praxis aufgefasst werden, die Entwicklungsrisiken minimiert und die Widerstandskraft bzw. die Bewältigungskapazität stärkt. Für die Umsetzung werden, wie gesagt, Interventions- und Präventionsprogramme eingesetzt; je früher diese stattfinden, je intensiver sie sind und je länger sie andauern, können mit ihrer Hilfe Kompetenzen nicht nur gefördert, sondern auch gezielt aufgebaut werden. (vgl. Wustmann 2004, S. 122–125) Prävention wird generell als eine auf die Zukunft gerichtete Strategie bezeichnet, die noch nicht eingetretene Schwierigkeiten zu verhindern versucht bzw. weiß. (vgl. Robert et al. 2011, S. 8) Förderung im Kontext der Resilienz ist auf zwei Ebenen angesiedelt, der individuellen Ebene und der Beziehungsebene. Die erste Ebene umfasst die Stärkung der Problemlösefertigkeiten, die Verantwortungsübernahme, eine realistische Kontrollüberzeugung, positive Selbsteinschätzung usw. Für die Beziehungsebene wird die „Interaktionsqualität zwischen Erziehungspersonen (den Eltern) und Kind“ gestärkt (Wustmann 2004, S. 133). Dabei kann, im Sinne des Modelllernens, über die Vermittlung von Erziehungs- und Handlungsstrategien an Bezugspersonen die/der AdressatIn eigene Kompetenzen übernehmen. (ebd., S. 133) Diesen theoretischen Erörterungen zu resilienzbezogenen Interventions- und Präventionsprogrammen sollen nun empirisch fundierte folgen und anhand konkreter Beispiele die Wirksamkeit und Umsetzung aufgezeigt werden.

4.10.1. Interventionsprogramme bei COA

Das bisher einzige Interventionsprogramm, das Kenntnisse der Rollentypen von Wegscheider-Cruse übernimmt und auf die Stärkung der COA mittels rollenspezifischer Gruppenarbeit abzielt, stammt von Ehrenfried und Mayer. Die darauffolgenden und nur zum Teil näher ausgeführten Programme fördern die Familien- (Johnson) und die personelle Resilienz (Hodder, Rebound, Zander) sowie die umweltbezogenen Ressourcen (Fröhlich-Gildhoff/Guner). Dieses Unterkapitel erhält nicht nur durch den Praxisbezug besondere Bedeutung, es vereint gleichermaßen alle drei großen Themenkomplexe dieser Arbeit – Alkoholismus, Rollenmodell, Resilienz – miteinander.

Wie bereits betont wurde, ist das (erwachsene) Kind aus alkoholbelasteten Familien, das trotz seines (pathogenen) Rollenverhaltens Resilienz entwickeln konnte, Gegenstand dieser Arbeit. Pathogen soll hier bewusst in Klammer stehen, denn das gilt es, mittels empirischer

Studie noch zu prüfen: Ist das Rollenverhalten tatsächlich als pathogen zu bezeichnen? Gibt es ein Rollenverhalten bzw. mehrere Verhaltenstypen, die Resilienz fördern? An dieser Stelle soll ein Interventionsprogramm erörtert werden, das genau diese Rollenmodelle bei (A)COA aufgreift und die Stärken der Kinder herausstreicht.

Ehrenfried und Mayer entwickelten eine rollenspezifische Intervention für und mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien. Im Rahmen einer Gruppenarbeit können sich die Fähigkeiten, die diese Kinder in die Gruppe einbringen, bestmöglich entfalten und die Fördermöglichkeiten, die auf dem Wissen über die vier Rollentypen nach Wegscheider bauen, herauskristallisieren. (vgl. Ehrenfried/Mayer 2008, S. 123–125) Der systemisch-ressourcenorientierte Ansatz des Autorenpaars (vgl. ebd., S. 116) kombiniert die Spiel- und Erlebnispädagogik (vgl. ebd., S. 119) und ermöglicht den Kindern und Jugendlichen, ihre eigenen Kompetenzen im Gruppenprozess produktiv einzusetzen und „Selbstvertrauen, Entscheidungs- und Beziehungsfähigkeit, Selbstsicherheit usw.“ zu erlernen (ebd., S. 123). Dem Held wird dabei besonders „Ausdauer, (...) Verlässlichkeit und (...) Hilfsbereitschaft“ zugeschrieben, die für die Gruppe von großem Wert sein können (ebd., S. 126). Unterstützung bedarf er im Umgang mit Verantwortung, sodass er lernt, sie abzugeben, sich erlaubt, ausgelassen zu sein und das vorherrschende Macht- und Verantwortungsgefüge begreift und einsetzen kann. Umgekehrt verhält es sich beim schwarzen Schaf bzw. Sündenbock, der in der Verantwortungsübernahme für sich und andere der Förderung bedarf. Generell steht bei dieser Rolle das Erkennen eigener positiver Aspekte im Mittelpunkt. Es/er kann durch die Gruppe lernen, seine Stärken wahrzunehmen und „vom Spielen ohne Verlieren zu profitieren“ (ebd., S. 127). Seinerseits bringt es/er die Fähigkeiten ein, belastbar bzw. mutig zu sein und sich durchsetzen zu können. Das verlorene Kind weist Fantasie und Kreativität, die es erfinderisch werden lassen, auf. In der Gruppe können diese Kinder unterstützt werden, indem ihre Bedeutung für sich und andere ersichtlich gemacht wird und sie zur Teilnahme an Interaktionen angeregt werden. Der hohe Bedarf an Rückzugsmöglichkeiten soll als aktiver Prozess des Schaffens erlernt werden, ohne den Anschluss zur Gruppe zu verlieren. (vgl. ebd., S. 128) Der Gewinn durch das Maskottchen liegt an seiner Heiterkeit und Aufgeschlossenheit. Gleichzeitig kann dieser Rollentyp wiederum von anderen erfahren, dass Gefühle variieren und gleichermaßen in negativer Ausprägung auch wahr- und angenommen werden dürfen. Im Spiel werden sie ermutigt, das eigene Selbst auszudrücken. Diese Unterstützung, die Ehrenfried und Mayer als förderlich für COA beschreiben, findet unter sicheren Rahmenbedingungen statt und soll den Kindern die Möglichkeit bieten, sich selbst als Kind kennenzulernen. Als Ziel legt das Autorenpaar Autor dabei pointiert nahe, dass „aus dem Mist“, den sie erlebt haben, Kompost für ein gesundes Wachstum werden kann“ (ebd., S. 129).

Da die Rollentypen kaum in ihrer Reinform vorkommen, stehen PädagogInnen und PsychologInnen vor der Schwierigkeit der Identifikation der einzelnen Rollen und der Umsetzung der multiplen Fördermöglichkeiten. Eine Anwendung dieser Anleitung zur Intervention bei COA hat zwar in der praktischen Tätigkeit der Autorin bzw. des Autors stattgefunden, wurde aber nicht näher erörtert. Diesbezüglich wären empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser rollenspezifischen Intervention von großem Interesse und Wert.

Dieses Interventionsprogramm beinhaltet ein großes Potenzial zur Unterstützung der COA, insofern auch die Stärken dieser Kinder anerkannt werden und nicht auf ihre aus den Familienverhältnissen resultierenden, dysfunktionalen Verhaltensweisen reduziert werden. Das Programm von Ehrenfried und Mayer soll noch durch weitere ergänzt werden, die bereits Rückschlüsse auf die Effektivität einer Resilienzförderung zulassen.

4.10.2. Ausgewählte Resilienz-Förderprogramme

Pädagogische Institutionen stellen bei Interventionsprogrammen häufig den Ausgangsort dar. Nicht zuletzt deshalb, da dort die Umsetzung einer Intervention viele erreichen kann und Kinder bzw. Jugendliche noch in Entwicklung sind.

Ein Beispiel dafür ist das 2011 publizierte Interventionsprogramm von Hodder et al. Darin wird die Schule einerseits als Ort, der in der Jugendzeit am häufigsten von jungen Menschen besucht wird, begriffen. Andererseits findet dort ein fruchtbarer Erfahrungsaustausch zwischen SchülerInnen bzw. Gleichaltrigen und Lehrkräften statt, der sehr positive Auswirkungen auf das in diesem Lebensabschnitt oft schwankende emotionale Befinden haben kann. Schule kann hier also als gewohnter und schützender Rahmen bezeichnet werden. Resilienz wird in dieser Studie als individuelles Merkmal, das sein Potenzial nur in Zusammenarbeit mit fördernden Umweltbedingungen – in diesem Kontext die Schule – entwickeln kann, gesehen. An dieser vierjährigen Studie nahmen rund 1400 12- bis 16-jährige SchülerInnen, die in den vier Bereichen Curriculum, Lehren und Lernen, Ethos und Umwelt sowie Partnerschaft und Dienstleistungseinrichtungen über drei Jahre hinweg geschult wurden. Ziel dieser Studie war die Prüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Reduktion des Konsums von Tabak-, Alkohol- und Marijuana. In der Nachuntersuchung zeigten sich positive Effekte des Resilienzprogramms, indem im Vergleich zur Erstuntersuchung erhöhte Messwerte bei Resilienz und signifikant geringere beim Substanzkonsum nachgewiesen werden konnten. Im Speziellen bestand ein Rückgang beim Konsum von Alkohol um 19,2 % im Vergleich zu Beginn der Studie. (vgl. Hodder et al. 2011, S. 2–10) Mit diesem experimentellen Interventionsprogramm wurde bestätigt, dass Resilienzfähigkeit im Kontext von Substanzkonsum gefördert werden und zumindest im Rahmen der Studiendauer auch anhalten kann. Kritisch angemerkt sei hier natürlich der eingeschränkte zeitliche Rahmen dieser Longitudinalstudie, wodurch keine stichhaltigen

Schlüsse auf Verallgemeinerbarkeit gezogen werden können und keine dauerhafte Wirksamkeit angenommen werden kann.

Aber nicht nur in englischsprachigen Ländern werden Resilienzprogramme entwickelt und eingesetzt, wie das aktuelle Programm REBOUND aus Deutschland beweist. REBOUND stellt ein Resilienzprogramm dar, das Jugendlichen einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol und Drogen ermöglichen soll. Mit Hilfe medienpädagogischer Methoden kann soziales Lernen spielerisch stattfinden und ihre Resilienzfähigkeit stärken. „Es geht um Resilienz (...) und Risikokompetenz im Umgang mit Drogen und Alkohol.“ Diese Evaluationsstudie wird in Kooperation mit 60 Schulklassen bis Ende 2012 durchgeführt, um abschließend die Effektivität und Effizienz des REBOUND Programmes zu prüfen. (vgl. Jungaberle 2009, [Online])

Diese Liste an bereits abgeschlossenen oder gerade durchgeführten Interventionsprogrammen könnte noch weiter ausgeführt werden, dies würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Deshalb soll hier nur weiterführende Fachliteratur, die gleichermaßen Förderprogramme beschreibt, benannt werden: Zander 2011 (Resilienzförderung auf verschiedenen Praxisfeldern), Aichinger 2011 (Förderung in Kindergarten, Schule und von Risikokindern), Fröhlich-Gildhoff und Kraus-Gruner 2011 (frühpädagogische Intervention).

In dieser Gegenüberstellung von Programmen zu verschiedensten Themen zeigt sich die vielfältige, praktische Umsetzung des Resilienzkonzeptes. Allerdings muss hier Zander beipflichtet werden, dass bei Risikogruppen weitere und optimierte Programme, die über viele Jahre eingesetzt und evaluiert werden müssen, entwickelt werden sollten (vgl. Zander 2011, S. 29).

4.11. Zusammenfassung

Resilienz stellt ein komplexes Phänomen dar, das interdisziplinär und disziplinär diskutiert wird und neben Anerkennung auch Kritik erfährt. Unterschiedlichste Schwierigkeiten ergeben sich aus dem jungen Gebiet der Resilienzforschung und ihren vorhandenen Forschungslücken. Dennoch besitzt das Resilienz-Konzept einen großen Wert für die erziehungswissenschaftlich-pädagogische Diskussion und Praxis. Der Paradigmenwechsel förderte den Einzug dieses Ansatzes in die Pädagogik und lenkte ihren Blickwinkel verstärkt auf resiliente Kinder und Jugendliche. Solche Subjekte bewältigen aversive Lebensbedingungen positiv und gelten als erfolgreich im späteren Leben. Auch unter der Risikogruppe der COA zeigen manche diese Widerstandskraft, die eine Bewältigung der alkoholbelasteten Familiensituation, ohne Schäden davonzutragen, ermöglicht. Resiliente Kinder und Jugendliche bilden Fähigkeiten aus, die aus innerer Stärke, äußeren Unterstützungssystemen und biologischen Schutzfaktoren resultieren. Resilienzfaktoren umfassen diese Schutzfaktoren und können im Zuge von (pädagogischen) Interventions-

und Präventionsprogrammen gefördert werden. Besondere Bedeutung nimmt unter diesen Faktoren das Bindungsverhalten zur elterlichen Bezugsperson ein. Je sicherer dieses ist, desto besser bietet es Schutz vor ungünstigen Einflüssen. Letztlich allerdings kann nicht von vereinzelt Schutzfaktoren ausgegangen werden, die die Ausbildung von Resilienz bedingen, sondern von zahlreichen, deren Ausprägungsgrad ebenso entscheidend ist. Als ein Ziel der Pädagogik wird hierbei die Förderung der Resilienzfaktoren definiert. Für COA können diese Programme u. a. die Wahrnehmung vorhandener Problemlagen und ihre Selbstwirksamkeit in diesem Gefüge verändern.

Im folgenden empirischen Teil dieser Arbeit wird es vorerst um die Frage nach der Ausbildung von Resilienz gehen. Kann unter den ACOA Resilienz nachgewiesen werden, wofür internationale Studien bereits Evidenz besitzen? D. h. konkret: Befinden sich unter den Teilnehmenden resiliente erwachsene Kinder trotz elterlicher Alkoholerkrankung? Wenn ja, erweist sich ein bestimmtes Rollenverhalten als Schutzfaktor? Diese und noch weitere Fragen sollen im folgenden Kapitel expliziert und statistisch überprüft werden.

5. Empirie

5.1. Zielsetzung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien (Adult Children of Alcoholics, ACOA). Dabei werden jene Aspekte dieser Kinder beleuchtet, die es ihnen ermöglicht haben, trotz vorherrschender aversiver Familienverhältnisse eine gesunde Entwicklung zu durchlaufen. Im Speziellen sollen ihr Rollenverhalten und Resilienzpotenzial, die es als positiven Einflussfaktor für ein gesundes Heranwachsen zu überprüfen gilt, untersucht werden. Da in fachspezifischen Publikationen und als Schlussfolgerung aus der theoretischen Auseinandersetzung in den Kapiteln drei bis fünf ein Zusammenhang zwischen hoher Resilienzfähigkeit, bestimmten Rollentypen und einer gesunden Entwicklung bzw. keiner Transmission einer Alkoholkrankung im Erwachsenenalter angenommen wird, bedarf es zuerst der Unterteilung der ACOA in Subgruppen. Anhand der Gruppierungen alkoholerkrankte und nicht alkoholerkrankte ACOA können so das Rollenverhalten und die personelle Widerstandskraft statistisch geprüft werden.

Anhand von drei Erhebungsinstrumenten können dieser Zusammenhang und davon abgeleitete Hypothesen verifiziert bzw. falsifiziert werden. Eines dieser Instrumente ist der CAGE-Fragebogen, der die Erhebung einer alkoholbedingten Störung ermöglicht und auch die Unterteilung der Stichprobe in alkoholerkrankte und nicht alkoholerkrankte ACOA zulässt. Darauf aufbauend können über den Children's Roles Inventory (CRI) die Rollentypen nach Black und Wegscheider (Held, Sündenbock, verlorenes Kind, Maskottchen) identifiziert und dann vorhandene Unterschiede im Rollenverhalten bei den zwei genannten Gruppen überprüft werden. Durch die Resilienzskala (RS) kann die personelle Resilienz erhoben und ein möglicher Zusammenhang mit den vier Rollentypen aufgedeckt werden. Schließlich zeigen sich anhand aller Ergebnisse dieser Studie die Unterschiede zwischen alkoholerkrankten und nicht alkoholerkrankten ACOA. Für die Untersuchung gilt dabei folgende Forschungsfrage als leitend:

Inwiefern unterscheiden sich alkohol-resiliente erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien von alkoholerkrankten erwachsenen Kindern aus alkoholbelasteten Familien hinsichtlich ihrer Resilienzfähigkeit und Rollenübernahme?

Davon ausgehend können acht Hypothesen zu den drei Hauptthemen Alkoholismus, Rollenmodell und Resilienz formuliert werden.

1. Thesen zur Beforschung der Alkoholkrankung:

H1.1. Die Entwicklung einer Alkoholkrankung hängt signifikant mit der Dauer des Zusammenlebens mit dem alkoholerkrankten Elternteil in Kindheit und Jugend zusammen.

H1.2. Ist die Mutter der alkoholerkrankte Elternteil, dann kommt es signifikant häufiger zu Alkoholerkrankungen bei ihren Kindern (ACOA).

2. Thesen zur Beforschung der Rollentypen:

H2.1. Die Rolle des Helden wurde von den ACOA in ihrer Kindheit und Jugend signifikant häufiger übernommen als das Maskottchen, der Sündenbock und das verlorene Kind.

H2.2. Die Rolle des Sündenbocks wurde von den alkoholerkrankten ACOA in ihrer Kindheit und Jugend häufiger übernommen als die drei weiteren.

H2.3. Die Kinder der Typ-II-AlkoholikerInnen übernahmen in Kindheit und Jugend signifikant häufiger die Rolle des verlorenen Kindes. Alkoholismus Typ III der Eltern führte bei ihren Kindern signifikant häufiger zur Übernahme der Rolle des Helden.

H2.4. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Alkoholerkrankung und den in Kindheit und Jugend eingenommenen Rollentypen.

3. Thesen zur Beforschung personeller Resilienz:

H3.1. Alkoholerkrankte und nicht alkoholerkrankte ACOA unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihres Resilienzscores.

H3.2. Der Resilienzscore unterscheidet sich signifikant zwischen der jüngeren und älteren Generation, also zwischen Jugendlichen und älteren Erwachsenen.

H3.3. Das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankungen bedingt eine schwächere Ausprägung der personellen Resilienz.

H3.4. ACOA, die in ihrer Kindheit und Jugend die Rolle des Helden übernommen haben, weisen die stärkste Resilienzfähigkeit auf. ACOA, die die Rolle des Sündenbocks übernommen haben, weisen die schwächste auf.

Nachdem die Forschungsfrage und die daraus abgeleiteten Hypothesen expliziert wurden, können das methodische Vorgehen bestimmt und geeignete Erhebungsinstrumente ausgewählt werden.

5.2. Methodisches Vorgehen

Bei dieser Untersuchung liegt eine Querschnittstudie vor (vgl. Bortz, Döring 2006, S. 529f), die zu einem festgelegten Zeitpunkt eine Alkoholerkrankung, das retrospektive Rollenverhalten und die personelle Resilienz der Stichprobe misst. Zur Erfassung dieser Forschungsthemen werden drei Erhebungsinstrumente herangezogen, die in den folgenden Unterkapiteln neben weiteren wissenschaftlich anerkannten Instrumenten beschrieben werden.

5.2.1. Die Erhebungsinstrumente

Die Wahl eines geeigneten Instruments hängt mit der Forschungsfrage bzw. dem -interesse und der Schwerpunktsetzung der wissenschaftlichen Studien zusammen (vgl. Diekmann

2010, S.19). So entscheidet das Problem die Methode und nicht umgekehrt (vgl. ebd., S. 20). In der quantitativen Forschung liegen bei einer Fragebogenuntersuchung oftmals zahlreiche Möglichkeiten vor, den Forschungsgegenstand zu erfassen. Deshalb sollen hier nicht nur die verwendeten Instrumente erörtert werden, sondern auch jene Verfahren, die aus unterschiedlichen Gründen für die Studie als nicht geeignet erschienen und ausgeschlossen wurden.

5.2.1.1. Erhebungsinstrumente zur Beforschung der Alkoholerkrankung

Am weitesten ausdifferenziert und am vielfältigsten sind die Erhebungsinstrumente zur Diagnostizierung einer Alkoholerkrankung. Nicht zuletzt deswegen, weil die Beforschung dieses Phänomens bereits im 18. Jahrhundert mit den Arbeiten des Arztes Benjamin Rush Bestandteil wissenschaftlicher Diskurse wurde und so man bereits früh die Frage nach quantitativer Messung der Erkrankung gestellt wurde. Für die Evaluierung einer Alkoholerkrankung muss zunächst klar sein, was untersucht werden soll: Alkoholwirkung und Wirkungserwartung, Abstinenz- und Rückfallverhalten, der Grad der Änderungs- und Behandlungsmotivation und/oder die Entzugssymptome, Symptome und Konsequenzen. Der für diese Arbeit verwendete CAGE- Fragebogen gehört der Subkategorie Symptome und Konsequenzen an und zählt zu den Screeninginstrumenten, die zur Diagnose einer Alkoholerkrankung eingesetzt werden. Darunter fallen u. a. auch der LAST-, AUDIT-Test. Diese drei sind Instrumente rein quantitativer Erhebung. Der LAST- und AUDIT-Test sollen kurz erörtert werden, eine Auseinandersetzung mit dem für die empirische Studie eingesetzten CAGE- Fragebogen wird ausführlicher stattfinden.

Die Entwicklung des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) erfolgte mit der Absicht, ein simples Screeninginstrument zur Identifikation von problematischem Alkoholkonsum zu erstellen. Es von der WHO in Auftrag gegeben worden, um es im Gesundheitssystem einsetzen zu können. Mittels 10 Fragen werden dabei die Trinkgewohnheiten evaluiert: Die drei ersten Fragen identifizieren einen schädlichen Gebrauch, die drei darauffolgenden eine mögliche Abhängigkeit, die letzten vier Fragen machen Alkoholmissbrauch sichtbar. (vgl. Barbor et al. 2001, S. 10ff) So wird bspw. mit „How often do you have a drink containing alcohol?“ eine mögliche Abhängigkeit erfragt (ebd., S. 17). Die Antwortmöglichkeiten reichen von zeitlichen, quantitativen Angaben bis hin zu Ja- oder Nein-Kategorien. Durch die Summation der einzelnen Antworten kann anhand eines Cutoff-Points bestimmt werden, ob ein schädlicher Alkoholkonsum vorliegt. (ebd., S. 19)

Ein weiteres Screeninginstrument ist der Lübecker Alkoholabhängigkeits und –missbrauchs-Screening-Test (LAST). Aus einer Kombination des CAGE- und MAST-Tests (Michigan Alcohol Screening Test) ergeben sich für den LAST als Kurz-Fragebogen sieben Items. Auch hier bedarf es wieder bei der Beantwortung der Selbsteinschätzung der Testpersonen. Die Entwicklung dieses Verfahrens vollzog sich in mehreren Schritten und mithilfe mehrerer

Stichproben. So konnte eine sukzessive Reduktion der insgesamt 29 Fragen auf sieben vollzogen werden. Eine Sensitivität zwischen 63 % und 87 % und einer Spezifität zwischen 88 und 93 % gilt als Indiz für ein geeignetes Instrumentarium. (vgl. Rumpf et al. 2002, S. 237)

5.2.1.1.1. Der CAGE-Fragebogen

Der englische CAGE-Fragebogen wurde 1970 im Zuge einer klinischen Studie von Ewing entwickelt. 130 ProbandInnen, darunter 16 diagnostizierte Alkoholranke, nahmen an dieser Studie teil. Als vorläufiges Ziel wurde die Bestimmung der minimalsten Anzahl an Fragen zur Identifizierung einer Alkoholkrankung benannt. Bei den Testpersonen stellte sich heraus, dass ab dem vierten Item sich zwei Gruppen bildeten und so eine Identifizierung der alkoholkranken ProbandInnen von den Nicht-Suchterkranken möglich war. Als zweiten Schritt galt es, den Fragebogen so zu konstruieren, dass AlkoholikerInnen und starke TrinkerInnen unterschieden werden konnten. Als Antwortkategorien standen dabei jeweils Ja oder Nein zur Verfügung. An vier unterschiedlichen Gruppierungen – AlkoholikerInnen, starke TrinkerInnen, die eigene Alkoholkrankung verneinende Personen und Nicht-Alkoholiker – konnte gezeigt werden, dass der CAGE-Test über diese vier Items sowohl die AlkoholikerInnen als auch die starken TrinkerInnen sichtbar macht. (vgl. Ewing 1984, S. 1905ff)

Die deutsche Version des CAGE-Fragebogens (CAGE-G) umfasst gleichermaßen vier Fragen und wird häufig bei medizinischen Untersuchungen eingesetzt. Die Abkürzung CAGE verweist auf den Inhalt der vier Screeningfragen hin (vgl. Rist et al. 2004, [Online]): „Cut down drinking“ (Verringern des Alkoholkonsums), „Annoyed by Criticism“ (Ärger durch Vorwürfe), „Guilty feeling“ (Schuldgefühle) und „Eye-opener“ (Einstiegstrunk am Morgen als Wachmacher). (vgl. Abrolat 2002, S. 24f) Die Erfassung zu „Cut down drinking“ wurde über folgendes Item bestimmt: „Haben sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?“ Über die Summation der mit Ja beantworteten Items kann ab zwei Punkte ein schädlicher Gebrauch bzw. Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit vorliegen. Da der englische Fragebogen in unterschiedlichen Übersetzungsvarianten vorliegt, ist diese deutsche Variante nicht eindeutig einem Entwickler zuordenbar. Der in dieser Arbeit verwendete CAGE-G-Fragebogen jedenfalls stammt von den AutorInnen Rist et al. (Rist et al. 2004, S.111) Für die Verwendung dieses Fragebogens spricht einerseits seine Kürze und Prägnanz zur Erfassung einer Alkoholkrankung, die einer möglichen Überforderung durch die Summe der Items aus drei Verfahren entgegenwirkt. Andererseits gilt der weitverbreitete CAGE-Fragebogen als reliables und valides Messinstrument (vgl. Singer 2002, S. 119). Alle in dieser Arbeit verwendeten Testverfahren sind im Anhang vollständig einzusehen.

5.2.2. Erhebungsinstrument zur Beforschung des Rollenverhaltens

Im Vergleich zu Erhebungsinstrumenten im Kontext mit Alkoholismus ist die Vielfalt von jenen für Rollenmodelle bei (A)COA bei Weitem geringer. Neben dem in dieser Arbeit verwendeten CRI finden sich in dieser Kategorie noch das RBI und das COARI.

Das Role Behavior Inventory (RBI) erhebt aus Sicht erwachsener StudienteilnehmerInnen das retrospektive Rollenverhalten in Kindheit und Jugend. Basierend auf Wegscheiders vier Rollentypen entwickelten Verdiano et al. einen Fragebogen aus 50 Items, deren Beantwortung auf der Selbsteinschätzung der fünfstufigen Likert-Skala von „Not like me“ bis „Very much like me“ beruht. Die Zuteilung der Rollentypen erfolgt über die Summation der Werte, die von der Itemanzahl der jeweiligen Rolle abhängig sind. So sind der Skala des Helden 16 Items, des Sündenbocks neun, des verlorenen Kindes sieben und des Maskottchens elf Items zugeteilt. Diese vier Subskalen konnten als voneinander unabhängige Konstrukte mit hoher Inhaltsvalidität ($p=.727$) belegt werden. (vgl. Veronie/Fruehstorfer 2001, S. 59f) Bisher fand noch keine deutsche Übersetzung dieses Inventars statt.

Ein weiteres Instrument zur Erfassung des Rollenverhaltens bietet der Children of Alcoholics Role Inventory (COARI) von Klein¹⁵. Dieses Inventar beruht auf einem hohen Maß an Selbsteinschätzung und mathematischer Beurteilung. Dabei werden den ProbandInnen mehrzeilige Beschreibungen zu insgesamt acht Rollentypen von Black, Wegscheider, Ackerman und Lambrou vorgelegt und um eine prozentuale Verteilung, in welchem Ausmaß sie sich in Kindheit und Jugend im Vergleich zur gegenwärtigen Situation mit den jeweiligen Rollen identifizieren, gebeten. Es handelt sich bei COARI um einen Fragebogen zu retrospektiven und gegenwärtigen Verhaltensrollen. In Summe können 100 % verteilt werden. Da das Inventar kaum Verbreitung gefunden hat, in der Literatur keine Verweise auf dieses Instrument anzutreffen waren und es keiner statistischen Prüfung unterzogen wurde, gilt es als für diese empirische Untersuchung nicht geeignet.

5.2.2.1. Das Children's Roles Inventory

Das Children's Roles Inventory (CRI) erhebt gleichermaßen das von den Erwachsenen in ihrer Kindheit und Jugend eingenommene Rollenverhalten nach Black und Wegscheider. Entwickelt wurde dieses Messinstrument vom Psychologenteam Potter und Williams um 1990. Es zielt auf den wissenschaftlichen Nachweis der vier Rollen (Held, Sündenbock, verlorenes Kind, Maskottchen) und damit einhergehend ihre empirischen Erfassung ab. (vgl. Potter/Williams 1991, S. 70) Das Forschungsvorhaben umfasste drei Phasen bzw. Studien, an welchem erwachsene Kinder von AlkoholikerInnen teilnahmen.

¹⁵ Dieses Inventar wurde der Verfasserin von Prof. Dr. Michael Klein, Psychologe und Suchtexperte an der deutschen, katholischen Fachhochschule Tübingen, via E-Mail zugesandt. Da keine literarischen Angaben oder Auseinandersetzung bekannt sind, kann nur Bezug auf den E-Mail-Inhalt genommen werden.

Für die erste Studie galt es zuerst, aus fachspezifischer Literatur 25 Charakteristika für jeden Rollentypus zu generieren. Die 100 entstandenen Items wurden nach Beurteilung geschulter PsychologInnen auf 85 reduziert und 140 ACOA vorgelegt. Anhand des fünfstufigen Likert-Skala („sieht mir sehr ähnlich“ bis „sieht mir überhaupt nicht ähnlich“) konnten die Teilnehmenden beurteilen, inwiefern die Charakteristika auf ihr damaliges Verhalten als Kind zutrafen. In der zweiten und dritten Phase wurden die Items mit dem schwächsten Korrelationskoeffizienten immer wieder aus dem Pool ausgeschlossen, bis schließlich 60 übrig blieben. An der dritten Studie beteiligten sich nicht nur ACOA, sondern auch eine Kontrollgruppe ohne familiären Hintergrund einer Alkoholkrankung. Die Ergebnisse zu den einzelnen Subkategorien stellten sich folgendermaßen dar: Die interne Konsistenz für beide Gruppierungen erstreckt sich von $\alpha=.89$ bis $\alpha=.92$. Des Weiteren zeigten sich bei der Varianzanalyse keine zuverlässigen Unterschiede. Die Auswertung der vier Rollentypen erfolgte über die Mittelwerte, und zusammengefasst traten das verlorene Kind in der klinischen Gruppe und das Maskottchen in der Vergleichsgruppe signifikant häufiger auf. Zusätzlich geht aus der Studie hervor, dass diese Rollen nicht nur in Familien mit elterlichem Alkoholmissbrauch vorkommen, sondern auch bei dessen Abwesenheit. (vgl. Potter/Williams 1991, S. 70–77) Die Messung der Subskalen kann folgerichtig nicht nur auf eine von Alkoholismus geprägte Familie angewandt werden.

Eine verkürzte Version dieses CRI entwickelten Wampler und sein Forschungsteam. Gleichmaßen basierend auf den vier Rollentypen umfasst dieses Inventar statt der bisherigen 60 Items jetzt 20 Items. Für die Entwicklung des Messinstruments nahmen 840 Studierende im Durchschnittsalter von 20 Jahren teil. Für die Unterteilung in ACOA und Erwachsene ohne familialer Alkoholkrankung wurde der SMAST angewandt. (vgl. Wampler et al. 2000, S. 289) Über das Strukturgleichungsverfahren konnten jene Items identifiziert werden, die innerhalb der vier Subskalen die höchste Korrelation zum CRI-60 aufwiesen. (vgl. ebd., S. 290f) Um schließlich bspw. als Held klassifiziert werden zu können, musste der Punktwert für die betreffenden fünf Items höher sein als jener der anderen drei Typen. So konnten alle Teilnehmenden einem Typen zugeordnet werden. Die Werte im Vergleich beider Versionen des CRI lagen bei den Items bei $r>.9$. (vgl. ebd., S. 296)

Diese englischsprachige CRI-Kurzversion wurde von Markovska ins Deutsche übersetzt, und folgende Charakteristika ergaben sich für den jeweiligen Rollentypen: Der Held wird mit den Attributen vertrauenswürdig, überverantwortlich, vernünftig, einsichtig und sorgfältig assoziiert. Der Sündenbock als Gegenspieler ist gekennzeichnet durch sein rebellisches, kriminelles, feindseliges, ungehorsames und unruhestiftendes Verhalten. Als ruhig, schüchtern, einsam, reserviert und in sich gekehrt lässt sich das verlorene Kind beschreiben, und das Maskottchen erhält durch seine lustige, humorvolle, unterhaltsame, fröhliche, aber auch komische bzw. reizbare Art seine Zuschreibung. (vgl. Markovska 2007, S. 67)

Wie sich zeigte, umfassen die Erhebungsinstrumente zu Rollenmodellen im Vergleich zu Screening-Fragebögen eine nur geringe Anzahl an Fragebögen. Da eine Kurzversion für die Fragebogenerhebung in dieser Arbeit am geeignetsten erschien, diese einer entsprechenden teststatistischen Überprüfung standhielt und eine deutsche Version vorlag, ist der CRI-20 ausgewählt worden.

5.2.3. Erhebungsinstrumente zur Beforschung der Resilienz

Die unterschiedlichen Herangehensweisen der Disziplinen an das Resilienzphänomen und seinen Definitionen führen auch bei dessen Erfassung zu einer Vielzahl von Erhebungsinstrumenten. Darüber hinaus wird Resilienz meistens über „interne und externe Ressourcen und Bewältigungsleistungen“ evaluiert, weshalb wenige Testverfahren vorliegen, die dieses Phänomen direkt messen (Leppert et al. 2008, S. 4). Eine Ausnahme stellt hier die Resilienzskala nach Wagnild und Young dar, die auch aus diesem Grund für vorliegende Untersuchung gewählt wurde. Bevor jedoch näher auf die verwendete Skala eingegangen wird, sollen vier weitere Resilienz-Fragebögen¹⁶ erörtert werden, die in der gegenwärtigen Resilienzforschung Verbreitung gefunden haben: CD-RISC, RSA, ER und RS.

Die Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) entwickelt 2003 von Connor und Davidson, misst die allgemeine Stress- und Belastungsfähigkeit (vgl. Connor/Davidson 2003, S. 76). Die Autoren konnten dabei die Quantifizierung der Resilienz nachweisen und den Gesundheitszustand als eine Einflussgröße auf dieses Phänomen bestätigen (vgl. ebd., S. 81). Somit erweist sich dieses Instrument mit 25 Items und einer fünfstufigen Antwortskala (vgl. ebd., S. 78) als geeignet für den Nachweis wirksamer therapeutischer und medikamentöser Interventionen bei bspw. affektiven Störungen wie Angst, Depression und Stressreaktionen (vgl. ebd., S. 77).

Aus der Zusammenarbeit norwegischer AutorInnen entstand die Resilience Scale for Adults (RSA). Sie besteht aus 37 Items und deckt fünf Dimensionen – „personal competence, social competence, family coherence, social support and personal structure“ – ab, die sich als Bedingungsgefüge für Resilienz und Stabilität erwiesen haben (Friborg et al. 2003, S. 66). Über die Bestimmung der protektiven Faktoren kann im Zuge klinischer und Gesundheits-Psychologie der Gesundheitszustand erfasst und gegebenenfalls als förderbedürftig identifiziert werden (vgl. ebd., S. 75).

Die von Block und Kremen entwickelte Ego Resilience Scale umfasst 14 Items, die vier Antwortkategorien zur Erfassung der Adaptionfähigkeit bietet (vgl. Block/Kremen 1996, S. 351f). Ego-Resilienz wird als Persönlichkeitsmerkmal verstanden, das sich in Organisations- und Persönlichkeitsstrukturen des Individuums ausdrückt. Diese Strukturen ermöglichen es, auf Bedrohungen adäquat zu reagieren und sich so an veränderte

¹⁶ Ein ausgezeichnete Gesamtüberblick zu Resilienzforshungsinstrumenten findet sich bei Darlene Kordich 2010: <http://www.reachinginreachingout.com/documents/APPENDIXE-AnnotatedCompendiumofResilienceMeasures-Nov17-10copyright.pdf>

Lebensbedingungen erfolgreich anzupassen (vgl. ebd., S. 350f). Resilient sein bedeutet also hier, entsprechende Strukturen ausgebildet zu haben und Anpassung leisten zu können.

5.2.3.1. Die Resilienzskala

Die Resilienzskala RS-25 wird für die quantitative Untersuchung in dieser Arbeit verwendet. Darin fassen die Entwickler der englischsprachigen Version, Wagnild und Young, in Anlehnung an das Konzept der Ego-Resilienz Resilienz auch als Persönlichkeitsmerkmal auf (=personelle Resilienz), das im Sinne von psychischer Widerstandskraft übersetzt werden kann (vgl. Leppert et al. 2008, S. 238). Konkret beziehen sie sich auf zwei Dimensionen, über die Resilienz ausgedrückt werden kann: die persönliche Kompetenz und die Akzeptanz des Selbst und des Lebens. Erster Kategorie werden Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beherrschung, Beweglichkeit und Ausdauer zugeschrieben. Mit Akzeptanz werden Anpassungsfähigkeit, Toleranz, flexible Sicht auf sich selbst und den eigenen Lebensweg assoziiert. (vgl. Schumacher 2005, S. 21) Diese Merkmale sollen über 25 Items und einer sieben-stufigen Likert-Skala, die mit eins die Antwortkategorie „Ich stimme zu“ bis sieben „Ich stimme nicht zu“ vorgibt, abgefragt werden. (vgl. ebd., S. 21) Bspw. bildet Frage 1 die persönliche Kompetenz und Ausdauer ab: „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.“ Nach Leppert ist das Ziel dieses Instrumentariums, „das Ausmaß an internalen Ressourcen und deren Anteil an der positiven Bewältigung von Lebensereignissen als positive Persönlichkeitscharakteristik zu erfassen.“ (Leppert 2000, S. 7) Für die Entwicklung wurde eine Stichprobe von 810 US-AmerikanerInnen herangezogen; aus Hauptkomponentenanalyse und schiefwinkliger Rotation konnte auf die zwei benannten Subskalen geschlussfolgert werden. Neben dieser englischen Langversion existiert auch eine Kurzversion mit 14 Items.¹⁷

Seit 2005 liegt die Resilienzskala auch in deutscher Sprache vor; sie wurde vom AutorInnen-Team um Schumacher entwickelt. Dafür wurden 2031 Personen im Alter von 14 bis 95 Jahren zufällig ausgewählt und zuerst in einem Face-to-Face-Gespräch interviewt, um ihnen daran anschließend die Fragebögen zu übergeben (vgl. Schumacher 2005, S. 20). Zusätzlich zur teststatistischen Überprüfung galt es, „die konvergente Validität der Skala durch eine Zusammenhanganalyse mit dem verwandten Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung“ zu überprüfen (ebd., S. 19). Die erwartete signifikante Korrelation beider Skalen konnte anhand der Ergebnisse verifiziert werden, indem $r=.68$ und $p<.001$ sind (vgl. ebd., S. 19). Beide Subskalen der Resilienzskala weisen eine interne Konsistenz zwischen $\alpha=.82$. und $\alpha=.94$ auf. Die Zweidimensionalität konnte allerdings nicht bewiesen werden. Mit Hilfe der schiefwinkligen Faktorenanalyse – rechtsschiefe Verteilung der Werte (vgl. ebd., S. 22f) – zeigte sich eher eine Tendenz zur Eindimensionalität dieses Messinstruments. Die

¹⁷ Beide Versionen RS- 25 und RS- 14 können über die Internetseite von Wagnild und Young aufgerufen und kostenpflichtig heruntergeladen werden: <http://www.resiliencescale.com>

Itemschwierigkeit beider Subskalen kann als einfach bezeichnet werden und bestätigt sich teststatistisch mit den Werten von .64 und .86. Auch die Trennschärfe ist mit .52 und .76 hoch angesiedelt. (vgl. Leppert 2000, S. 10)

Für die Auswertung dieses Fragebogens bedarf es der „Summation der Itemrohwerte“ und eines Gesamtwertes aus beiden Subskalen (Schumacher 2005, S. 21). Mittels Prozenträngen, die in Fünf-Schritten unterteilt sind, kann eine Klassifizierung in resilient und nicht resilient vorgenommen werden. Je höher der summierte Score ist, desto höher liegt die resiliente Merkmalsausprägung.¹⁸ (vgl. ebd., S. 24) Ein Summenwert unter 119 entspricht einer nicht resilienten Person Resilienzfähigkeit und über 148 einer überdurchschnittlichen (vgl. ebd., S. 24). Für die statistischen Berechnungen werden die Resilienzwerten auf drei Resilienztypen zusammengefasst: nicht-resilient, Normbereich und resilient. Der Normbereich befindet sich genau zwischen den Summenwerten von 119 und 148. Anhand dieser Einstufungen können die an der Studie teilnehmenden ProbandInnen typologisiert werden.

Mittlerweile entstand auch eine Kurzversion der deutschen Resilienzskala, die einer ähnlichen teststatistischen Überprüfung standhielt und auf 13 Items reduziert werden konnte. (vgl. Leppert 2000, S. 12)

Diese drei Fragebögen (CAGE, CRI, RS-25) zur Erfassung des Forschungsgegenstandes werden einer Stichprobe vorgelegt. Für die Studie wird für die Einfachheit die Unterscheidung in nicht-resilient, Normbereich und nicht-resilient eingeführt. So zeigt sich anhand dieser Kategorien gleich das Potenzial an personeller Resilienz.

5.3. Durchführung der Studie

5.3.1. Die Rekrutierung der Stichprobe und Erhebung der Daten

Die Rekrutierung der ProbandInnen – erwachsene Kinder alkoholbelasteter Familien – begann mit der Selektion der PatientInnen-Daten von der Alkoholambulanz am Wiener Allgemeinen Krankenhaus (AKH) und endete mit dem Versenden der Fragebögen. Im AKH wurden, unter Einhaltung der Schweigepflicht, die Daten der Eltern, die entweder ambulant das AKH aufgesucht hatten oder stationär untergebracht worden waren, der Verfasserin zur Verfügung gestellt. Aus einer Liste von ca. 600 Personen galt es, jene Mütter und Väter aufzufinden, deren Alkoholismus-Typ nach Lesch dem Typ II oder III entsprach. Während des Aufenthaltes in der Alkoholambulanz bzw. auf der Alkoholstation selbst war der Fragebogen zur Erfassung des Typs mit Unterstützung des ärztlichen Personals mit ihnen ausgefüllt und so der entsprechende Typ erhoben worden. So waren bereits vor der Datenselektion die PatientInnen typologisiert und die Typen II und III auffindbar. Quellen für die Sondierung der elterlichen Daten stellten dabei konkret der auf der Station eingesetzte

¹⁸ Von Normwerten wird abgeraten, da sich die vorliegende Zweidimensionalität der Resilienzskala nicht bestätigt hat. (vgl. Schumacher 2005, S. 25)

LAT, die PatientInnen-Akten der Ambulanz und die Daten des Archivs dar. Nach Durchsicht der ungefähr 600 PatientInnen aller Alkoholismustypen konnten 261 gegenwärtig alkoholerkranke oder ehemals alkoholerkranke Väter bzw. Mütter des Typs II oder III bestimmt werden.

Da es sich bei Alkoholismus um eine sensible Thematik handelt, wurden vorerst die Eltern schriftlich kontaktiert, um sie über die wissenschaftliche Studie zu informieren und auf eine zweite telefonische Kontaktaufnahme aufmerksam zu machen. Das dazu verfasste Schreiben findet sich im Anhang. Ungefähr ein Zehntel dieser Briefe wurde aus verschiedenen Gründen (Übersiedelung, falsche Adresse, Todesfall, unbekannt) wieder an die Verfasserin retourniert. Das Schreiben enthielt neben Informationen zur Studie auch zeitliche Angaben zur zweiten Kontaktaufnahme per Telefon. Von den nun 234 postalisch erreichten Eltern willigten schließlich nach dem Telefonat 56 Eltern ein, den Fragebogen entgegenzunehmen und an ihre Kinder weiterzugeben. Die endgültige Stichprobe, also die erwachsenen Kinder, die den Fragebogen ausgefüllt retourniert haben, umfasste 31 Männer und Frauen. Die Rücklaufquote betrug also 38,75 %.

5.3.1.1. Demografische Daten zur Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus 13 Frauen und 18 Männern im Alter zwischen 18 und 99 Jahren zusammen. Das entspricht 42 % weiblichen und 58 % männlichen Personen. Die Verteilung des Alters hinsichtlich des Geschlechts soll folgendes Diagramm veranschaulichen:

		Alter			Gesamt
		Jugendliche	junge Erwachsene	ältere Erwachsene	
Geschlecht weiblich	Anzahl	2	7	4	13
	% der Gesamtzahl	6,5 %	22,6 %	12,9 %	41,9 %
männlich	Anzahl	7	6	5	18
	% der Gesamtzahl	22,6 %	19,4 %	16,1 %	58,1 %
Gesamt	Anzahl	9	13	9	31
	% der Gesamtzahl	29,0 %	41,9 %	29,0 %	100,0 %

Tabelle 5: Kreuztabelle Geschlecht – Alter

Die bis 24-Jährigen bilden die Gruppe der Jugendlichen, die 25- bis 35-Jährigen jene der jungen Erwachsenen. Die ab 36-Jährigen werden zu den älteren Erwachsenen gezählt. Diese dreistufige Unterteilung ermöglicht im Zusammenhang mit der Resilienzfähigkeit

Unterschiede auf Basis des Alters sichtbar zu machen. Durch Umkodierung der Werte auf Nominalskalenniveau, indem die Kategorie Jugendliche den Wert 1 erhielt und der Reihenfolge entsprechend die älteren Erwachsenen den Wert 3, konnte ein Modalwert von 2 berechnet werden. Demnach liegt das Alter der meisten Testpersonen innerhalb der zweiten Altersvariable, den jungen Erwachsenen. Anhand der versandten Fragebogen kann des Weiteren auf den derzeitigen Wohnort der Eltern geschlossen werden: Der Großteil lebt in Wien und Niederösterreich, gefolgt vom Burgenland, der Steiermark und Salzburg. Wenn die Eltern der ProbandInnen in den Blickwinkel genommen werden, so sind darunter dreimal so viele alkoholerkrankte Väter als Mütter. Eine Probandin gibt beide Eltern als alkoholerkrankt an.

Alkoholerkrankter Elternteil	Häufigkeit	Prozent
Mutter	7	22,6 %
Vater	23	74,2 %
Beide	1	3,2 %
Gesamt	31	100,0 %

Tabelle 6: Häufigkeitstabelle alkoholerkrankter Elternteile

80 % der ACOA lebten bis zum 16. Lebensjahr mit dem alkoholkranken Elternteil durchgehend im gemeinsamen Haushalt. Weitere 12,9 % gaben an, meistens mit ihr und/oder ihm während der Kindheit und Jugend unter einem Dach gelebt zu haben und 6,5 % kaum. Innerhalb der Stichprobe befinden sich zu 40 % Einzelkinder. 32,5 % haben ein weiteres Geschwister. 22,5 % der ACOA haben zwei weitere Geschwistern und 5 % sogar drei. Wird die durchschnittliche Kinderzahl in den Familien betrachtet, so liegt diese bei 1,93 und somit bei ungefähr zwei Kindern pro Familie mit einer Standardabweichung von $\sigma=.91$.

Anzahl der Kinder in der Herkunftsfamilie		
Mittelwert	N	Standardabweichung
1,93	80	,9109

Tabelle 7: Häufigkeitstabelle Anzahl der Kinder in der Herkunftsfamilie

Anzahl der Kinder	Häufigkeit	Prozent
1 Kind	32	40,0 %
2 Kinder	26	32,5 %
3 Kinder	18	22,5 %
4 Kinder	4	5,0 %
Gesamt	80	100,0 %

Tabelle 8: Kreuztabelle Anzahl der Kinder in der Herkunftsfamilie

Die Verteilung der elterlichen Alkoholkrankung hinsichtlich ihres Alkoholismustyps nach Lesch war annähernd ausgeglichen. Von den insgesamt 31 ACOA gehören 17 dem Typ II und 14 dem Typ III an.

5.3.2. Ausschlusskriterien

Aus der Untersuchung ausgeschlossen waren die Typen I und IV nach der Lesch-Alkoholismustypologie aus folgenden Gründen: Die Typ-IV-Alkoholkranken weisen eine zerebrale Vorschädigung auf, die, um eine mögliche biologische Transmission dieser Schädigung ausschließen zu können, folglich eine medizinische Untersuchung (Gehirnuntersuchung) beim erwachsenen Kind mit sich bringen würde. Da der Verfasserin die Durchführung derartiger medizinischer Testungen nicht möglich ist und keine medizinischen Daten von den Kindern vorlagen oder zur Verfügung standen, galt es, diese Variable und somit den Typ IV von der Untersuchung auszuschließen. Ähnlich gestaltete sich das Ausschlusskriterium beim Typ I. Da bei diesem von keiner psychischen Symptomatik ausgegangen wird, die der Alkoholkrankung zugrunde liegt, sondern eine biologische Vulnerabilität als Auslöser bekannt ist, kann eine mögliche Transmission einer Alkoholkrankung auf die Kinder demnach biologischen Ursprungs sein und wiederum medizinische Messungen erfordern. Aus diesen Gründen scheint der Ausschluss dieser zwei Typen als sinnvoll. Für die Teilnahme an dieser Studie kamen folglich die Typen II und III in Frage.

Da es sich um eine Untersuchung erwachsener Kinder handelt, waren Minderjährige von der Studie ausgeschlossen, also jene unter dem Alter der Volljährigkeit.

5.4. Statistische Auswertungsverfahren

Nachdem nun die Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Alkoholkrankung, der Rollentypen und der personellen Resilienz bei den ACOA ausgewählt worden sind und die Fragebögen an die Stichprobe ausgegeben wurden, erfolgt die Auswertung der Ergebnisse. Dafür kommen statistische Auswertungsverfahren zum Einsatz, die die bereits benannten Forschungshypothesen H1.1. bis H 3.5. überprüfen sollen. Der bei den statistischen Auswertungsverfahren angegebene Signifikanzwert p besagt, wie hoch die Irrtumswahrscheinlichkeit ist, wird die Nullhypothese nicht angenommen. Liegt der Wert

unter 0,05 ($p=.05$), so gilt das Ergebnis als signifikant und die Nullhypothese tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von 5 % ein. Die Alternativhypothese und demnach auch die Forschungshypothese gelten somit als vorläufig bestätigt. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 23–26) Sehr signifikante Ergebnisse zeigen sich bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 1 % ($p=.01$). (vgl. ebd., S. 494) In den Ergebnistabellen findet sich der jeweilige Signifikanzwert farblich hervorgehoben. Für dessen Bestimmung wurden folgende hypothesenprüfende Verfahren, die einerseits Zusammenhänge und andererseits Unterschiede zwischen den Variablen sichtbar machen, angewandt:

5.4.1. Korrelationsanalyse

Bei der Korrelationsanalyse werden zwei Merkmale X und Y auf einen möglichen Zusammenhang hin untersucht. Diese Variablen können unterschiedlich viele Ausprägungen haben und differierende Skalenniveaus aufweisen. So finden sich in dieser Studie einerseits polytome, als auch künstlich und natürlich dichotome Messwerte. Über die Berechnung des Korrelationskoeffizienten r wird die Enge des Zusammenhangs zwischen den beiden Merkmalen angegeben. (vgl. ebd., S. 508f) Dieser Koeffizient reicht von -1 bis +1, wobei -1 eine perfekt negative und +1 eine perfekt positive Korrelation angibt. Bei einem Wert von null liegt kein Zusammenhang vor (vgl. Diekmann 2010, S. 233). In dieser Studie wurde bspw. der Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Alkoholerkrankung bei ACOA und den Resilienzwerten überprüft. Die Art der bivariaten Korrelationsanalyse wird nach dem Skalenniveau gewählt. Liegt eine Nominalskala in Kombination mit dem gleichen oder anderem Niveau vor, gilt es den Kontingenzkoeffizient C zu berechnen. Die Pearson-Korrelation verlangt zwei intervallskalierte Variablen. Ist eine Korrelation anhand zweier dichotomer Merkmale zu berechnen, so findet dies über den Phi-Koeffizienten ϕ statt. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 508) In den Ergebnistabellen ist in der Spalte „Wert“ der jeweilige Koeffizient vorzufinden.

5.4.2. Vergleich von Mittelwerten

Zur Überprüfung von Unterschieden zweier Stichproben werden Tests eingesetzt. Dafür werden die durchschnittlichen Ausprägungen der Merkmale bzw. deren zentrale Tendenz (Mittelwerte) für die einzelnen Fallgruppen berechnet und miteinander verglichen. (vgl. Bortz/Schuster 2010, S. 117)

Einer der Mittelwert-Vergleichs-Tests ist der T-Test bei unabhängigen Stichproben. Die Stichprobe kann deshalb als unabhängig bezeichnet werden, da es sich um unterschiedliche Testpersonen handelt, die keiner gegenseitigen Einflussnahme unterliegen. Um diesen Test anwenden zu dürfen, muss die abhängige Variable mindestens Intervallskalenniveau aufweisen und die unabhängige Variable maximal zwei Ausprägungen haben. (vgl. Diekmann 2010, S. 694) Aus seinen Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, ob sich die Differenzen zwischen den zwei miteinander verglichenen Mittelwerte signifikant

unterscheiden. Da es sich um den T-Test bei unabhängigen Stichproben handelt, müssen die Mittelwert auch aus zwei unabhängigen Gruppen stammen. (vgl. Fields 2009, S. 334) Dieser Test wurde bspw. beim Vergleich alkoholerkrankter und nicht alkoholerkrankter ACOA hinsichtlich ihres Resilienzscores angewandt. Über den Wert t wird diese Differenz innerhalb zweier Gruppen sichtbar und lässt sich anhand des Signifikanzwertes nach Leven's Test als signifikant oder nicht signifikant interpretieren. (vgl. ebd., S. 340)

Ein weiteres Verfahren, das Mittelwerte vergleicht und in dieser Arbeit zum Einsatz kommt ist die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). Sie ermöglicht es als Verallgemeinerung des T-Tests nicht nur zwei Gruppen derselben Variable miteinander zu vergleichen sondern auch mehrere unabhängige und polytome. (vgl. Diekmann 2010, S. 695) Dabei werden gleichermaßen die Mittelwerte auf ihre Unterschiede hin zur Grundgesamtheit überprüft (vgl. Field 2009, S. 349) und ermöglicht die Aussage, ob die Unterschiede rein zufälliger Natur sind oder nicht. Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse ist das Intervallskalenniveau der abhängigen Variable. Über den F-Wert wird schließlich abgelesen, ob sich die Mittelwerte einander gleichen oder einen signifikanten Unterschied aufweisen. Liegt dieser Wert über 1 ($F > 1$), dann besteht kein signifikanter Einfluss durch die unabhängige Variable auf die abhängige. (vgl. ebd., S. 359) In der Studie kam die Varianzanalyse zum Einsatz, um dem Unterschied der Rollentypen hinsichtlich ihrer Resilienzwerte nachzugehen.

5.4.3. Häufigkeiten

Ein weiteres hypothesenprüfendes Verfahren ist die Chi-Quadrat-Methode zur Bestimmung einer Verteilung. Dadurch können Häufigkeitshypothesen, wie jene bezüglich des am häufigsten eingenommenen Rollentyps innerhalb der ACOA, überprüft werden. Je größer der Unterschied zwischen den Maßzahlen ist, desto höher zeigt sich auch der Chi-Quadrat-Wert (vgl. Kähler 2008, S. 107). Mit diesem Verfahren kann über den Signifikanzwert schließlich angegeben werden, ob „in einer bestimmten Textpopulation bestimmte Textmerkmale häufiger oder seltener auftreten als in einer anderen Textpopulation.“ (Bortz/Döring 2006, S. 153) Für diese Methode können neben nominalskalierte Merkmale auch metrische und ordinalskalierte eingesetzt werden.

Nachdem nun die angewendeten Auswertungsverfahren in ihren Grundzügen beschrieben wurden, sollen nun deren Ergebnisse präsentiert werden.

5.5. Ergebnisse der Studie

Mit Hilfe der angeführten Auswertungsverfahren gilt es nun nachfolgende Hypothesen zu überprüfen und die primäre Fragestellung, inwiefern sich alkohol-resiliente ACOA von alkoholerkrankten ACOA hinsichtlich Resilienz und Rollenverhalten unterscheiden, zu beantworten.

Dabei wird die bisherige Gliederung der Arbeit beibehalten, indem die statistische Bearbeitung der Hypothesen zum Thema Alkoholerkrankung bei ACOA zuerst offengelegt wird. Darauf folgt jene des Rollenverhaltens und schließlich der personellen Resilienz der ACOA. Wie bereits ersichtlich wurde, bauen diese drei Thematiken aufeinander auf, sodass die Hypothesen zur Resilienz und ihre statistische Beforschung alle drei Themen miteinander verbinden.

5.5.1. Ergebnisse zur Beforschung der Alkoholerkrankung bei ACOA

Anhand der Daten zur Alkoholerkrankung bei ACOA zeigt sich grundsätzlich, dass bei 19,4 % von den 31 TeilnehmerInnen eine Alkoholerkrankung, also ein schädlicher Missbrauch bzw. Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit, tendenziell vorliegt. Zur Vereinfachung sollen in vorliegender Arbeit diese drei Bezeichnungen unter den Begriff Alkoholerkrankung zusammengefasst werden. Folgende Häufigkeitstabelle veranschaulicht dazu die Ergebnisse.

Alkoholerkrankung der ACOA	Häufigkeit	Prozent
keine bzw. widersprüchliche Angaben	2	6,4 %
Erkrankung liegt vor	6	19,4 %
Erkrankung liegt nicht vor	23	74,2 %
Gesamt	31	100,0 %

Tabelle 9: Häufigkeitstabelle Alkoholerkrankung der ACOA

Anhand dieser Tabelle zeigt sich, dass für zwei Personen aus dem Sample keine eindeutige Zuordnung möglich war. Der erste Proband füllte den CAGE-Test nicht aus (missing value) und der zweite wählte beide Antwortkategorien (Ja und Nein) bei drei der vier Items aus. Deshalb wurden genannte Probanden aus der Studie ausgeschlossen. Somit konnten nur die Daten von insgesamt 29 Personen zur Auswertung herangezogen werden. Daraus ergibt sich, dass bei 6 Personen (20,69 %) eine Erkrankung vorliegen kann und bei 23 (79,31 %) keine.

Auf Basis dieser Häufigkeitsberechnung bzw. Unterteilung in alkoholerkrankt und nicht alkoholerkrankt können nun die nachfolgenden Hypothesen überprüft werden:

H 1. Die Entwicklung einer Alkoholerkrankung hängt signifikant mit der Dauer des Zusammenlebens mit dem alkoholerkrankten Elternteil in Kindheit und Jugend zusammen.

Aus den vierstufigen Antwortkategorien für die Frage nach der Dauer des gemeinsamen Zusammenlebens mit dem alkoholerkrankten Elternteil (durchgehend, meistens, kaum, nie) ergab sich folgende Verteilung: 82,8 % (24 Teilnehmende) wuchsen durchgängig in einer

Alkoholikerfamilie auf, 10,3 % (3 Teilnehmende) lebten meistens und 6,9 % (2 Teilnehmende) kaum in der Familie, in der die/der Alkoholmissbrauchende wohnte. Die Antwortkategorie „nie“ traf bei niemandem zu. Unter diesen 24 Personen, die durchgehend im Alkoholikerhaushalt lebten, zeigten 4 die Tendenz zur Alkoholerkrankung.

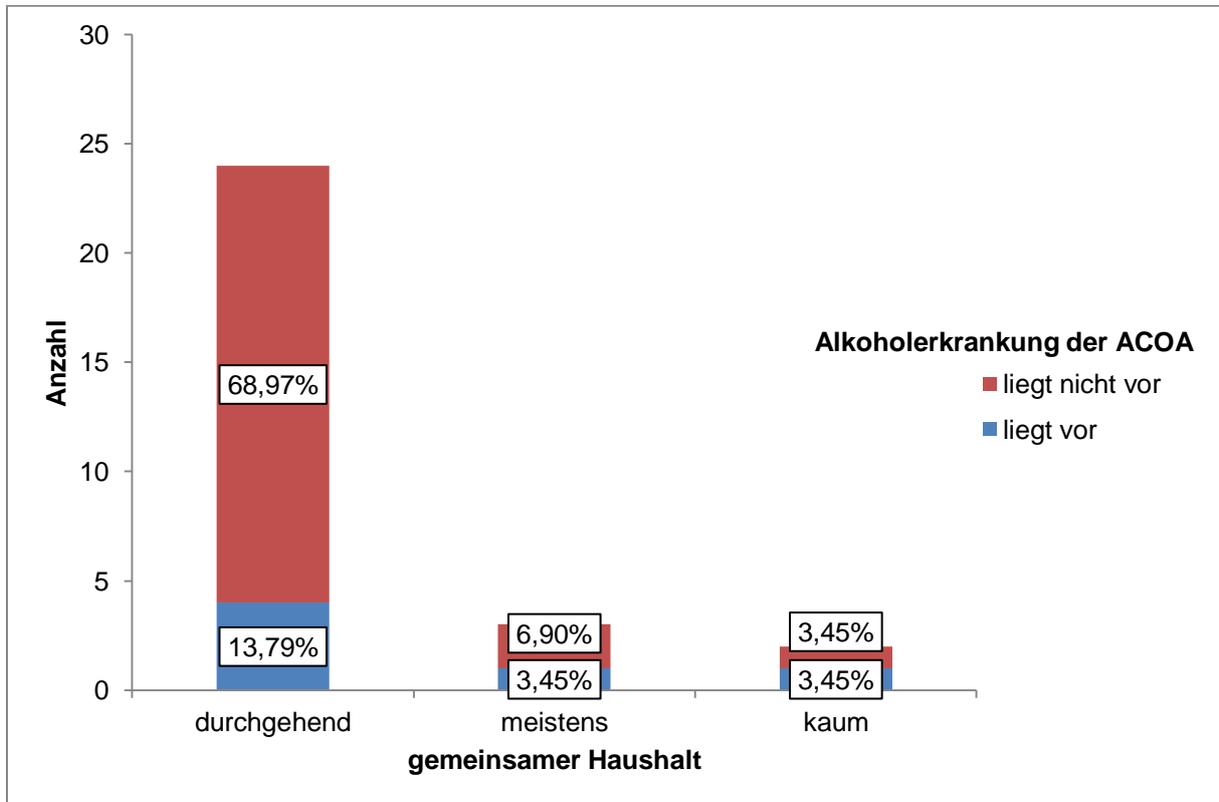


Abb. 3: Balkendiagramm Alkoholerkrankung – gemeinsamer Haushalt

Ob nun ein Zusammenhang zwischen der Dauer des Zusammenlebens (gemeinsamer Haushalt) mit der/dem Alkoholerkrankten und der Entwicklung einer Erkrankung bei den ACOA besteht, kann über den Kontingenzkoeffizient bestimmt werden. Der gemeinsame Haushalt fungiert als polytome Variable und die Alkoholerkrankung als künstlich-dichotome.

	Wert	Signifikanz
Kontingenzkoeffizient	,23	,46
Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 10: Kontingenzkoeffizient gemeinsamer Haushalt – Alkoholerkrankung

Die statistische Analyse ergab, dass durch $p=.455$ kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer des Zusammenlebens im elterlichen Heim und der Entwicklung einer Alkoholerkrankung im Erwachsenenalter besteht. Gleichermäßen weist der Kontingenzkoeffizient mit $r=.227$ eine sehr geringe negative Korrelation auf, woraus

geschlussfolgert werden kann, dass ACOA, die ihre Kindheit und Jugend mit dem/den alkoholerkrankten Elternteil in einem Haushalt verbringen, kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Alkoholerkrankung aufweisen. Für die Bestätigung der Hypothese H 1. liegt keine hinreichende Evidenz vor. Sie wird in dieser Studie verworfen.

H 2. Ist die Mutter der alkoholerkrankte Elternteil, dann kommt es signifikant häufiger zu Alkoholerkrankungen bei ihren erwachsenen Kindern (ACOA).

Innerhalb des Samples der 29 ACOA sind 6 Mütter, 22 Väter und bei einer Testperson beide Elternteile alkoholerkrankt.

			Elternteil			Gesamt
			Mutter	Vater	Beide	
Alkoholerkrankung	liegt vor	Anzahl	1	5	0	6
		% der Gesamtzahl	3,4 %	17,2 %	0 %	20,7 %
	liegt nicht vor	Anzahl	5	17	1	23
		% der Gesamtzahl	17,2 %	58,6 %	3,4 %	79,3 %
Gesamt	Anzahl	6	22	1	29	
	% der Gesamtzahl	20,7 %	75,9 %	3,4 %	100,0 %	

Tabelle 11: Kreuztabelle alkoholerkrankter Elternteil – Alkoholerkrankung der ACOA

Anhand der deskriptiven Darstellung zeigt sich, dass tendenziell mehr ACOA an Alkoholismus erkranken, wenn der Vater Alkoholmissbrauch betreibt.

	Elternteil
Chi-Quadrat	24,9
df	2
Signifikanz	,01

Tabelle 12: Chi-Quadrat-Test alkoholerkrankter Elternteil

Über den Chi-Quadrat-Test kann zunächst ausgesagt, dass innerhalb der Stichprobe ein überzufällige geschlechtliche Verteilung der Mütter oder Väter vorliegt, da sich der Signifikanzwert mit $p=.01$ deutlich unterhalb der Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % befindet. Das Chi-Quadrat $\chi^2=24,9$ wurde mit Freiheitsgrade $df=2$ errechnet. Dieses hoch signifikante Ergebnis bedeutet in Bezugnahme auf die vorangegangene Kreuztabelle, dass signifikant mehr Väter Alkoholmissbrauch begehen als Mütter.

Ob nun ein genereller Zusammenhang zwischen alkoholerkranktem Elternteil und der Entwicklung einer Alkoholerkrankung bei den Kindern besteht, gilt es nun mittels

Korrelationsanalyse statistisch zu prüfen. Dafür wird im Vorfeld die Stichprobe selektiert und die Person mit „beide Eltern“ ausgeschlossen. Die beiden nominalskalierten künstlich dichotomen Merkmale Elternteil (Mutter/Vater) und Alkoholerkrankung (Ja/Nein) ermöglichen die Berechnung des Phi-Koeffizienten.

	Wert	Signifikanz
Phi - Koeffizient	-,06	,75
Anzahl der gültigen Fälle	28	

Tabelle 13: Berechnung des Phi - Koeffizients alkoholerkrankter Elternteil – Alkoholerkrankung

Der Koeffizient mit $r = .06$ und der über der Irrtumswahrscheinlichkeit liegende Signifikanzwert mit $p = .75$ weisen auf keinen bedeutenden Zusammenhang hin. Daraus lässt sich schließen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen alkoholerkrankter Mutter bzw. alkoholerkranktem Vater und der Entwicklung einer Alkoholerkrankung bei ihren Kindern vorliegt. ACOA erkranken nicht häufiger an Alkoholismus, wenn die Mutter die alkoholmissbrauchende Person im Haushalt ist. Deshalb gilt Hypothese H 2. als falsifiziert und wird in dieser Studie verworfen.

5.5.2. Ergebnisse zur Beforschung des Rollenverhaltens der ACOA

Für die empirische Auseinandersetzung mit dem Rollenmodell bei ACOA wurde vorerst eine Häufigkeitsmessung durchgeführt, die die Verteilung der Rollentypen offenlegt. Aus dem Kreisdiagramm ist ersichtlich, dass beinahe die Hälfte des Samples die Rolle des Maskottchens eingenommen hat. Mehr als ein Drittel sahen sich in der Rolle des Helden.

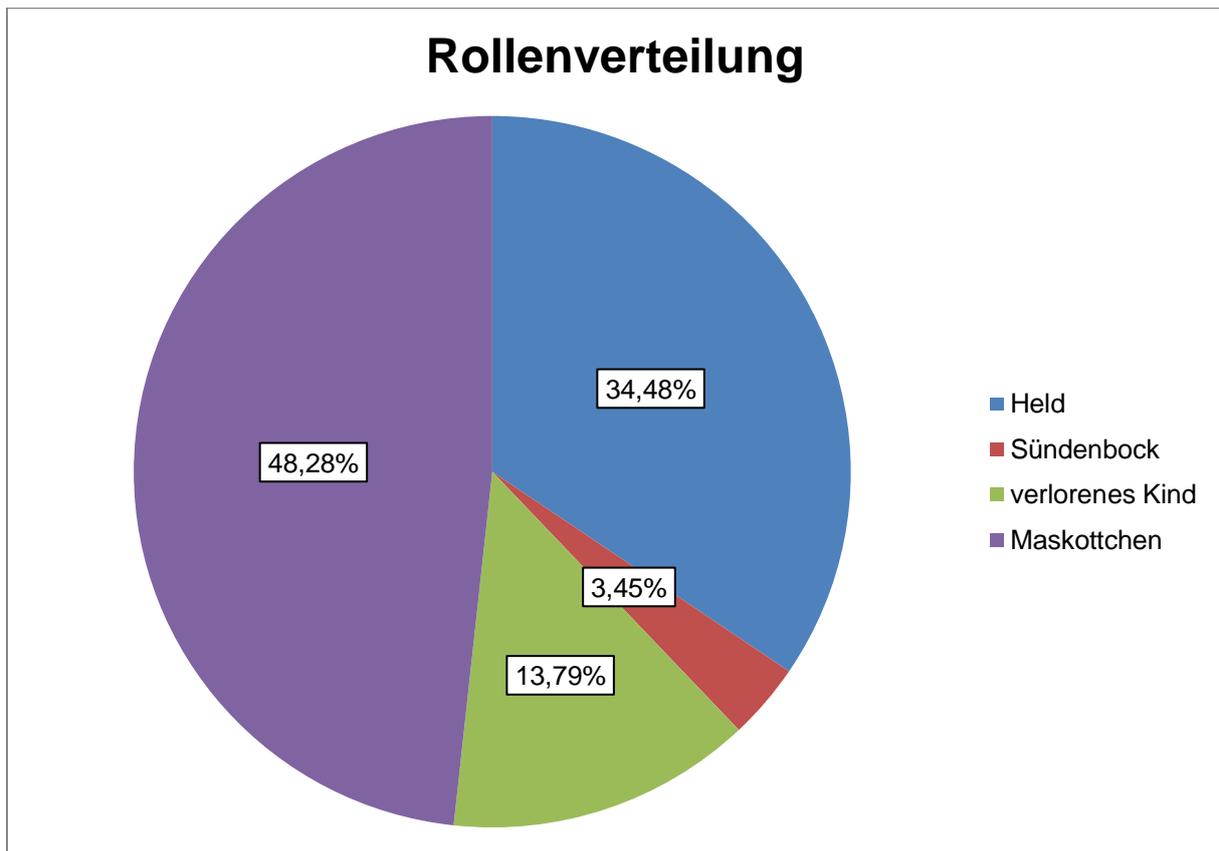


Abb. 4: Kreisdiagramm Rollenverteilung innerhalb der ACOA

H 1. Die Rolle des Helden wurde von den ACOA in ihrer Kindheit und Jugend signifikant häufiger übernommen als das Maskottchen, der Sündenbock und das verlorene Kind.

Bereits an diesem Kreisdiagramm wird ersichtlich, dass der Held keineswegs am häufigsten übernommen wurde, da er vielmehr nach dem Maskottchen an zweiter Stelle innerhalb der ACOA rangiert. Somit kann die These als vorläufig widerlegt betrachtet werden.

Ob nun die Rollentypen mit gleicher Häufigkeit übernommen wurden, kann über den Chi-Quadrat-Test bestimmt werden.

	Rollentypen
Chi-Quadrat	14,17
df	3
Signifikanz	,01

Tabelle 14: Chi-Quadrat-Test Rollentypen

In der Stichprobe von 29 ProbandInnen, sind signifikant mehr Personen einem Rollentypen zugeschrieben ($p < .01$; $\chi^2 = 14,17$). Somit kann von keiner gleichen Verteilung innerhalb der vier Typen ausgegangen werden. Anhand des Kreisdiagramms zeigt sich auch, welcher

Rollentyp überzufällig oft vertreten ist, nämlich das Maskottchen. Die Hypothese H 1., dass die Rolle des Helden am häufigsten übernommen wird, gilt somit als falsifiziert.

H 2. Die Rolle des Sündenbocks wurde von alkoholerkrankten ACOA in ihrer Kindheit und Jugend häufiger übernommen als die drei weiteren Rollentypen.

Nun soll eine Unterteilung der ACOA in alkoholerkrankt und nicht alkoholerkrank erfolgen, um einen möglichen Unterschied in Bezug auf die Übernahme der Rollentypen überprüfen zu können.

Dadurch kann die Hypothese, ob bei selbst alkoholerkrankten ACOA die in Kindheit und Jugend eingenommenen Rollentypen unterschiedlich häufig vorkommen, untersucht werden. Hier kann gleichermaßen der Chi-Quadrat-Test eingesetzt werden. Dafür ist es vonnöten, die Stichprobe zu selektieren und nur die alkoholerkrankten ACOA in den Test miteinzubeziehen. Der Test gibt schließlich darüber Auskunft, ob eine überzufällige Verteilung der Rollentypen vorliegt. Über die Alkoholerkrankung als dichotome Variable und die Rollentypen als nominalskalierte kann nun anhand der Ergebnisse folgendes ausgesagt werden:

	Rollentypen
Chi-Quadrat	2,00
df	3
Signifikanz	,57

a. Bei 4 Zellen (100,0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 1,5.

Tabelle 15: Chi-Quadrat-Test Rollentypen der alkoholerkrankten ACOA

Die Signifikanz von $p=.57$ ($\chi^2=2$; $df=3$)¹⁹ verweist auf eine zufällige Verteilung der Rollentypen innerhalb der alkoholerkrankten ACOA. Es kann demnach auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Sündenbock signifikant häufiger übernommen worden ist. Die Hypothese, dass die Rolle des Sündenbocks bzw. eine andere Rolle innerhalb der Gruppierungen der alkoholerkrankten ACOA signifikant häufiger auftritt, kann mit Vorbehalt als ungültig betrachtet werden. Die Annahme H 2. ist somit vorläufig widerlegt.

¹⁹ Die Anzahl der ProbandInnen beim Chi-Quadrat-Test unterschreitet die verlangten fünf Häufigkeiten. Da keine entsprechende Alternative zur Berechnung der Rollenverteilung zur Verfügung steht, wird dieser Test zwar verwendet, die Ergebnisse aber mit Vorbehalt interpretiert. Somit ist diese statistische Analyse nur exemplarisch und ihre Ergebnisse weisen nur sehr geringe Aussagekraft auf.

H 3. Die Kinder der Typ-II-AlkoholikerInnen übernahmen in ihrer Kindheit und Jugend signifikant häufiger die Rolle des verlorenen Kindes. Alkoholismus Typ III der Eltern führte bei ihren Kindern signifikant häufiger zur Übernahme der Rolle des Helden.

Auch für diese Hypothese kann eine deskriptive Darstellung eine erste Beantwortung geben.

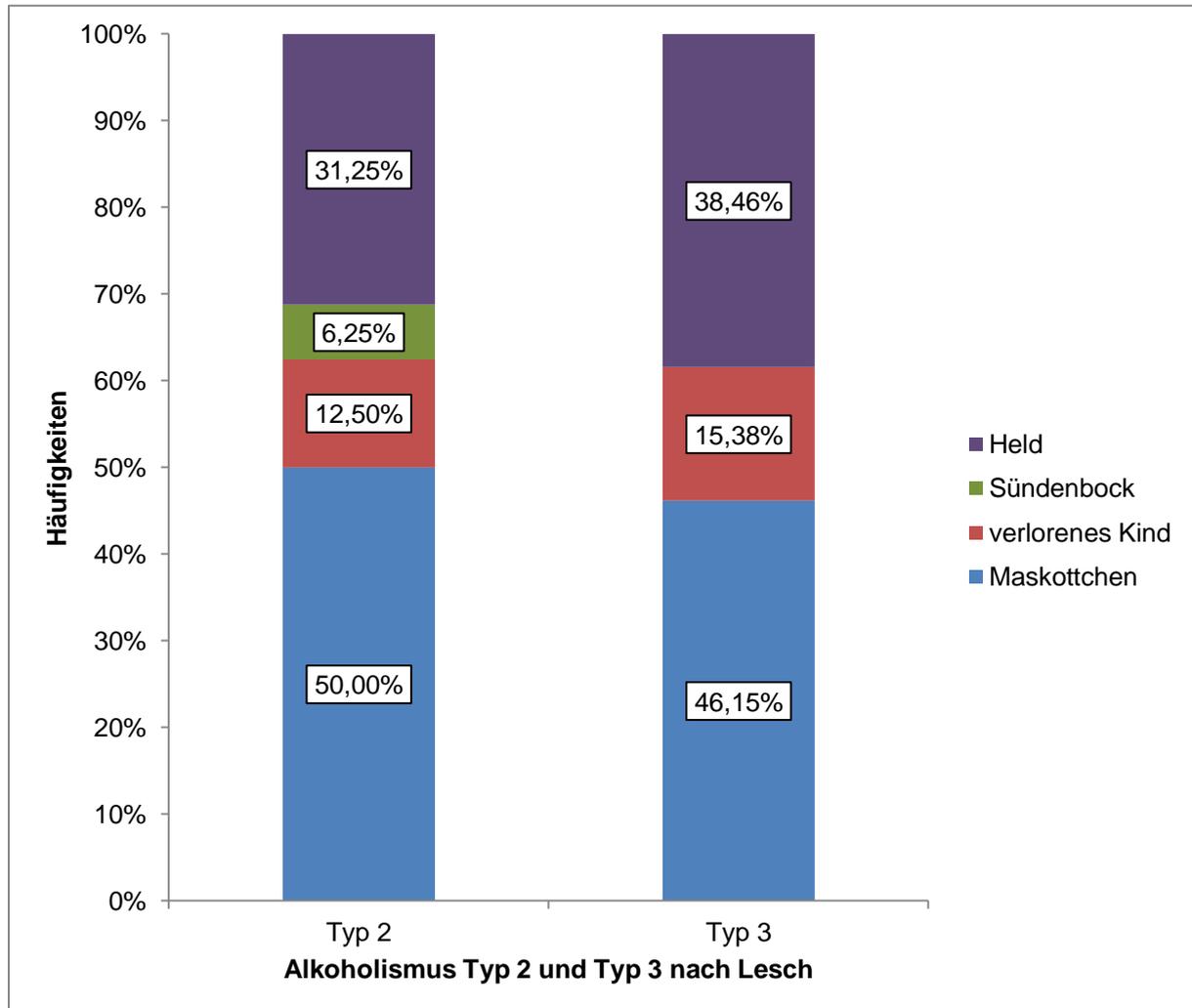


Abb. 5: Balkendiagramm Rollentypen – Alkoholismus Typ 2 und Typ 3

Die Kinder des Alkoholismus Typ II übernehmen am häufigsten die Maskottchen-Rolle und erst an dritter Stelle findet sich das verlorene Kind. So kann, werden die Daten anhand des Balkendiagramms deskriptiv betrachtet, von keinem Zusammenhang hinsichtlich des Typs II und dem verlorenen Kind ausgegangen werden. Auch beim Typ III steht das Maskottchen an erster Stelle, auf den die Heldenrolle folgt. So kann aus diesem Balkendiagrammen geschlossen werden, dass weder der Alkoholismus Typ II das verlorene Kind noch der Alkoholismustyp III den Held häufiger einnehmen.

Ob nun innerhalb der Kinder der Typ-II- und Typ-III-Alkoholikerin bzw. des –Alkoholikers eine überzufällige Verteilung der Rollentypen vorzufinden sind, zeigt der Chi-Quadrat-Test.

Typ 2	Rollentypen
Chi-Quadrat	7,5
df	3
Signifikanz	,06

Tabelle 16: Chi-Quadrat Test Alkoholismus Typ 2 – Rollentypen

Da sich bei dieser Verteilung eine Signifikanz von $r=.05$ ergibt, übernahmen die ACOA (N=16) die Rollentypen mit gleicher Häufigkeit. Ähnliche Ergebnisse wurden auch für den Alkoholismus Typ III errechnet.

Typ 3	Rollentypen
Chi-Quadrat	2,0
df	2
Signifikanz	,37

Tabelle 17: Chi-Quadrat Test Alkoholismus Typ 3 – Rollentypen

Bei den (N=13) des elterlichen Alkoholismus Typs III ist ebenso eine gleiche Verteilung der Rollentypen anzutreffen ($r=.37$; $\chi^2=2$). Würde dennoch die Annahme der Nullhypothese verweigert werden, die von einer gleichen Häufigkeit bei den vier Rollentypen durch die ACOA ausgeht, begeht man mit einer Wahrscheinlichkeit von 37 % einen Irrtum. Diese Irrtumswahrscheinlichkeit liegt über der 5 % Schwelle und verlangt die eindeutige Abweisung der Ausgangshypothese. So übernehmen weder die Kinder des Alkoholismus-Typ-II häufiger die Rolle des verlorenen Kindes, noch jene des Typs III den Held. Die Ausgangshypothese H 3. wird in dieser Studie als nicht bestätigt betrachtet.

H 4. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Alkoholerkrankung und den in Kindheit und Jugend eingenommenen Rollentypen.

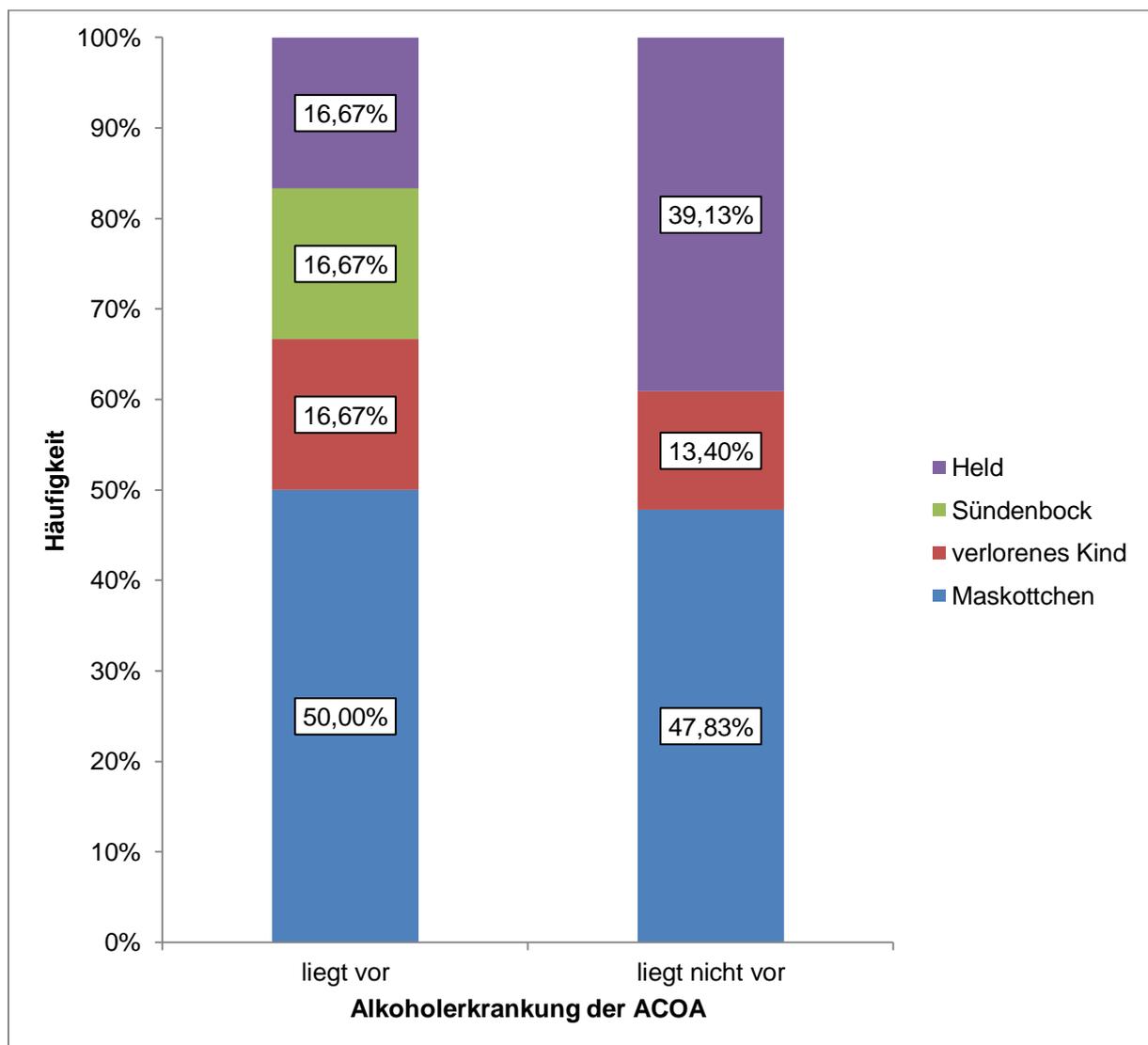


Abb. 6: Balkendiagramm Rollentypen – Alkoholerkrankung

Bei dieser Hypothese kann die Korrelationsanalyse für nominalskalierte Variablen angewandt werden und einen möglichen Zusammenhang aufdecken. Die Alkoholerkrankung wird in diesem Kontext als künstlich dichotome Variable und die Rollentypen als nominalskalierte eingesetzt.

	Wert	Signifikanz
Kontingenzkoeffizient	,37	,21
Anzahl der gültigen Fälle	29	

Tabelle 18: Berechnung des Kontingenzkoeffizienten Alkoholerkrankung der ACOA – Summenscore der Rollentypen

Die Korrelationsanalyse zeigt kein signifikantes Ergebnis ($r=.37$; $p=.21$). Letzter Wert liegt deutlich über der Irrtumswahrscheinlichkeits-Grenze von $.05$. Die Übernahme der Rollentypen hängt nicht signifikant von einer vorhandenen oder nicht vorhandenen Alkoholerkrankung ab. Es liegt keine hinreichende Evidenz vor, die eine Bestätigung der Hypothese H 4. zulässt und somit wird diese in vorliegender Studie verworfen.

5.5.3. Ergebnisse zur Beforschung der personellen Resilienz bei ACOA

Bevor auf die einzelnen Hypothesen eingegangen werden soll, findet auch hier wieder eine deskriptive Aufarbeitung zur Resilienzfähigkeit statt, in der die Häufigkeiten der Resilienztypen beschrieben werden.

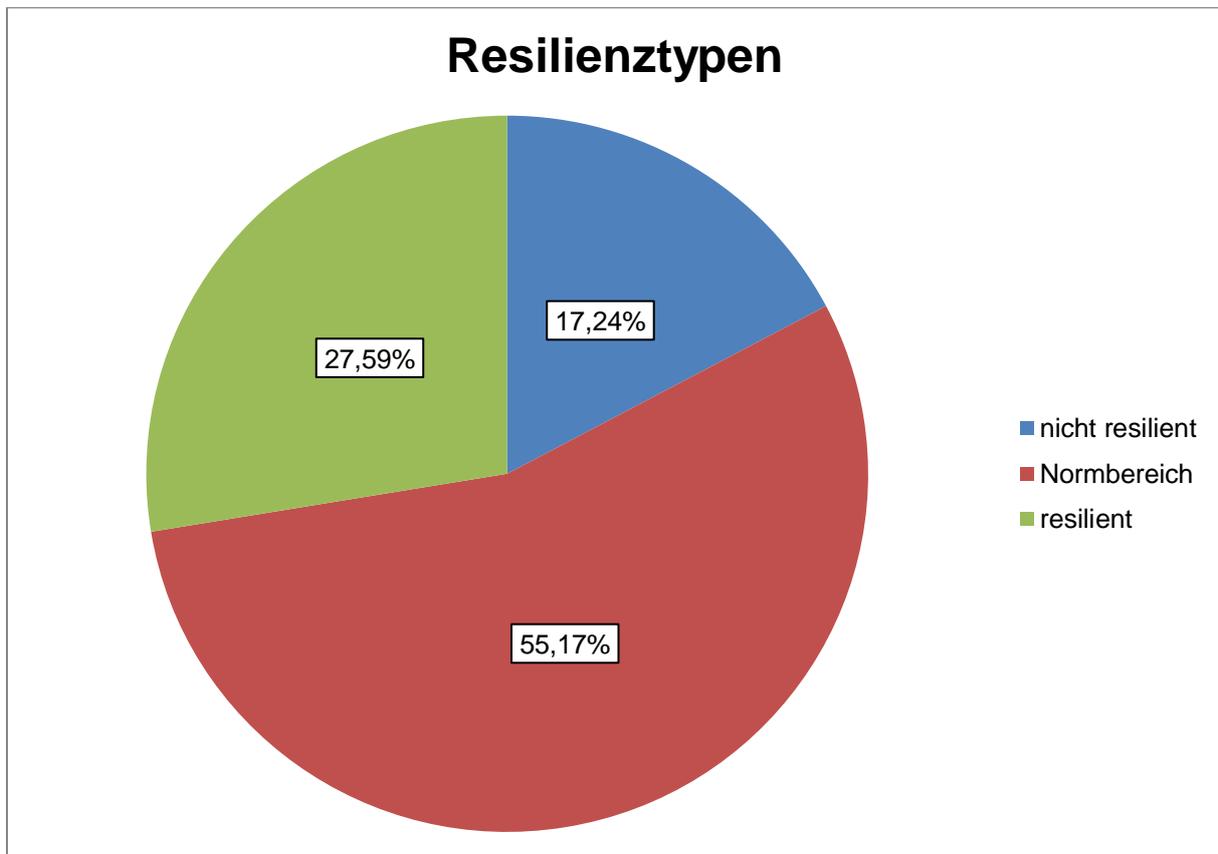


Abb. 7: Kreisdiagramm Resilienztypen

Von den 29 ACOA gelten 5 (17,24 %) als nicht resilient, 16 (27,59 %) als sich im Normbereich befindend und 8 (55,17 %) als resilient. Das Maximum an erreichten Resilienzwerten bei den ACOA lag bei 169 von insgesamt 175 und das Minimum bei 95 von mindestens 92. Mit 136,5 Punkten als Mittelwert befinden sich die erwachsenen Kinder beinahe in der exakten Mitte von 50 % (=135 Punkte). Die Standardabweichung σ beträgt 19,5. Da der Median bei 139 und somit über der 50 %- Marke angesiedelt ist, liegt mehr als die Hälfte der ACOA im Normbereich. Hierzu stellt sich natürlich die Frage, in welcher

Dimension– persönlichen Kompetenz (Skala 1) oder Akzeptanz des Selbst und des Lebens (Skala 2) – sind die resilienten Personen widerstandskräftiger? Auf welcher Skala also erreichten die ProbandInnen einen höheren arithmetischen Mittelwert?

Über die Berechnung der Mittelwerte für die intervallskalierten Skalen 1 und 2 kann zur vorliegenden Fragestellung deskriptiv eine Aussage getroffen werden. Die angeführten Mittelwerte zu Skala 1 und Skala 2 zeigen im gegenseitigen Vergleich die Tendenz beim jeweiligen Rollentyp an.

resiliente Personen	N	Mittelwert	Standardabweichung
Skala 1	8	6,19	,61
Skala 2	8	6,38	,30

Tabelle 19: Mittelwertvergleich Resilienzskala 1 und 2 bei resilienten ProbandInnen

Da bei Skala 2 das arithmetische Mittel mit $\bar{x}_1=6,4$ ($\sigma=.61$) über dem der Skala 1 mit $\bar{x}_2=6,2$ ($\sigma=.30$) liegt, neigen die resilienten ACOA im Bereich „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ zu minimal höheren Werten.

nicht resiliente Personen	N	Mittelwert	Standardabweichung
Skala 1	5	4,18	,60
Skala 2	5	4,18	,53

Tabelle 20: Mittelwertvergleich Resilienzskala 1 und 2 bei nicht resilienten ProbandInnen

Personen im Normbereich	N	Mittelwert	Standardabweichung
Skala 1	16	5,12	,68
Skala 2	16	5,55	,39

Tabelle 21: Mittelwertvergleich Resilienzskala 1 und 2 bei Personen im Normbereich

Verglichen mit den nicht resilienten ACOA ($\bar{x}_1=4,2$ und $\sigma_1=.60$ für Skala 1; $\bar{x}_2=4,2$ und $\sigma_1=.53$ für Skala 2) und dem Normbereich ($\bar{x}_1=5,1$ und $\sigma_1=.68$ für Skala 1; $\bar{x}_2=5,6$ und $\sigma_2=.39$ für Skala 2) zeigt sich eine generelle Tendenz hin zu höheren Werten auf der Skala 2 und somit zu niedrigeren Werten in Bezug auf die personelle Kompetenz. Demgemäß weisen die (resilienten) ACOA in der Dimension der Akzeptanz des Selbst und des Lebens geringfügig höhere Resilienzwerte auf.

Aber wie sieht die Verteilung der Resilienztypen bei alkoholerkrankten ACOA generell aus? Folgender Hypothese wird im Zuge dessen nachgegangen:

H 1. Alkoholikerkrankte und nicht alkoholikerkrankte ACOA unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihres Resilienzscores.

Zunächst wird zwischen Alkoholikerkrankten und nicht Alkoholikerkrankten unterschieden und ihre Verteilung bezüglich ihrer Resilienzwerte anhand eines Balkendiagramms ersichtlich gemacht.

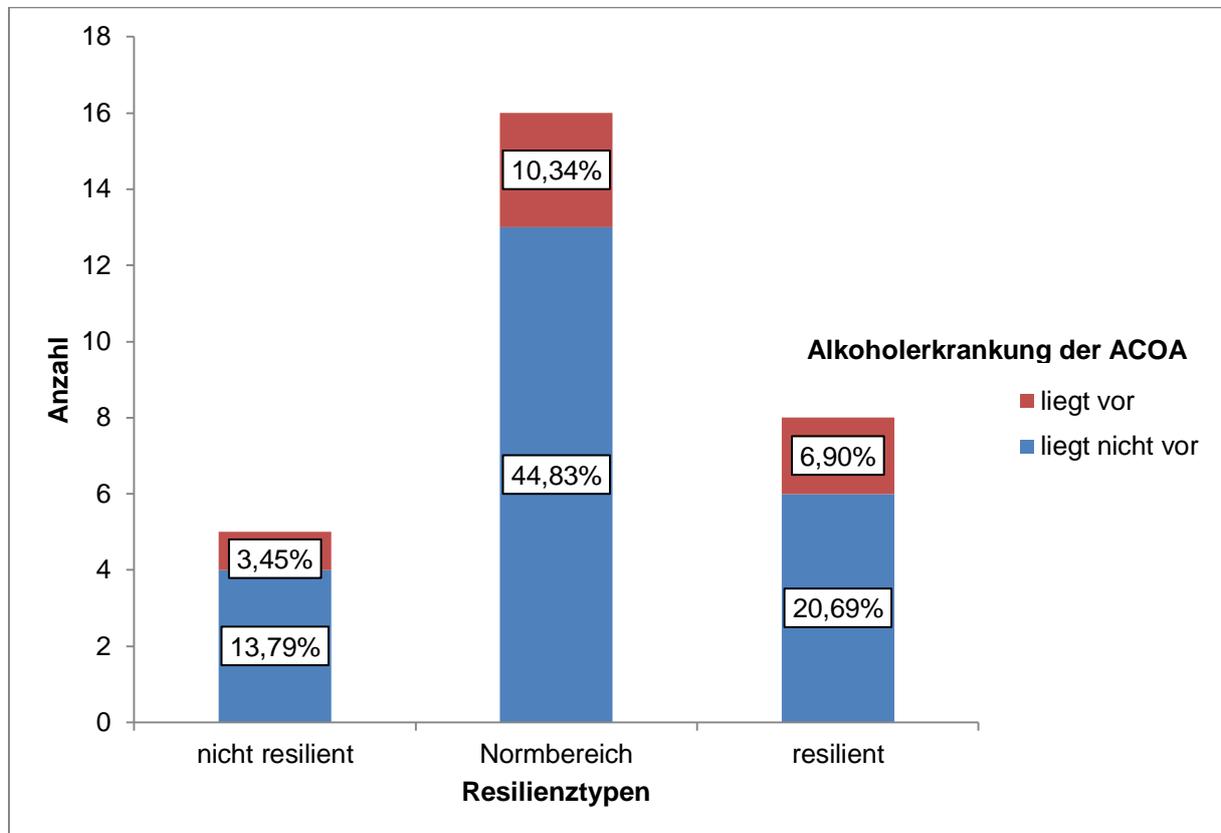


Abb. 8: Balkendiagramm Alkoholikerkrankung – Resilienztypen

Der Großteil der erwachsenen Kinder gehört dem durchschnittlichen Resilienztypus an (55,17 %). Konkret weisen 50 % der alkoholikerkrankten und 56,53 % der nicht alkoholikerkrankten ACOA eine sich innerhalb des Normbereichs befindende Resilienz auf. Ob nun aber ein signifikanter Unterschied zwischen den Resilienzwerten beider Gruppierungen existiert, kann mithilfe des T-Tests bei unabhängigen Stichproben überprüft werden. Dabei ist die abhängige Variable die nominalskalierte Alkoholikerkrankung und die unabhängige Variable der intervallskalierte Resilienzscore.

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		F	Signifikanz	T	df	Signifikanz
Resilienzscore	Varianzen sind gleich	,04	,87	,10	27	,93

Tabelle 22: Statistik vom T-Test Alkoholerkrankung der ACOA – Resilienzscore

Für die Bestimmung eines womöglich signifikanten Unterschieds gilt es zuerst, die Homogenität der Varianzen beider Gruppen zu prüfen. Anhand der Ergebnisse für den Levene-Test ($p=.87$; $F=.04$) kann auf gleiche Varianzen geschlossen werden. Der vom Freiheitsgrad df abhängige Testwert $T(27)=.87$ mit dem zugehörigen Signifikanzwert $p=.93$ deuten auf keinen signifikanten Mittelwertsunterschied innerhalb der Stichproben hin. Eine vorliegende Alkoholerkrankung wirkt sich, entsprechend dem nicht signifikanten Ergebnis, nicht auf die Resilienzscore der ACOA bzw. deren Resilienzfähigkeit aus. Die sechs alkoholerkrankten Testpersonen erreichten einen ähnlich hohen Resilienzscore wie die nicht erkrankten. Daraus folgt die Widerlegung der Hypothese H 1. für diese Studie.

H 2. Der Resilienzscore unterscheidet sich signifikant zwischen der jüngeren und älteren Generation, also zwischen Jugendliche und ältere Erwachsene.

Um einen möglichen Alterseffekt (Jugendliche/ältere Erwachsene) sichtbar zu machen, wird der T-Test für unabhängige Stichproben, für welchen im Vorfeld die Altersgruppe der jungen Erwachsenen ausgeschlossen wurde, angewandt. Hierbei stellt die unabhängige Variable das Alter, das gemeinsam mit den Resilienzscore (abhängige Variable) Intervallskalenniveau aufweist, dar.

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		F	Signifikanz	T	df	Signifikanz
Resilienzscore	Varianzen sind gleich	1,85	,19	,80	15	,43

Tabelle 23: Einfaktorielle ANOVA Alter – Resilienzscore

Auch bei dieser Bestimmung der Varianzen ergibt sich keine Signifikanz ($p=.19$; $F=1.85$), weshalb von gleichen Varianzen ausgegangen werden kann. Der T-Test ergab einen Wert von $T(15)=.80$ und einen Signifikanzwert von $p=.43$. Es kann somit von keinem signifikanten Unterschied zwischen den Resilienzscore der beiden Gruppen ausgegangen werden. Indem die Irrtumswahrscheinlichkeit bei Annahme der Nullhypothese, die gleiche Mittelwerte

annimmt, mehr als 5 %, nämlich 43 % beträgt, kann auf keine Wechselwirkung zwischen Alter und Resilienzscore geschlossen werden. Dies bedeutet auch, dass mit der Höhe des Alters die personelle Resilienz nicht zwingend nachlässt. Die Hypothese H 2. gilt somit in dieser Studie als widerlegt.

H 3. Das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung bedingt eine schwächere Ausprägung der personellen Resilienz.

Entsprechend dieser Annahme, kann das Vorliegen einer psychischen Erkrankung (exklusive Alkoholerkrankung) unter anderem auf einem niedrigeren Resilienzscore gründen. Innerhalb der Studien-Gesamtpopulation befinden sich eine Probandin und ein Proband, die nach dem ICD diagnostiziert und psychisch erkrankt waren. Für die Auswertung kam wieder der T-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz, der einen möglichen Unterschied zwischen ACOA mit und ohne psychiatrischer Diagnose überprüfen soll. Die abhängige und dichotome Variable ist dabei die psychiatrische Diagnose (vorhanden ja/nein) und die unabhängige bzw. intervallskalierte der Resilienzscore.

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	F	Signifikanz	T	df	Signifikanz
Resilienzscore Varianzen sind gleich	1,29	,27	-3,15	26	,01

Tabelle 24: Statistik vom T-Test Resilienzscore – psychiatrische Erkrankung

Bei diesem Mittelwertvergleich liegt durch den Wert $p=.267$ ebenfalls eine Homogenität der Varianzen vor ($p \geq .05$; $F=1,29$). Dementsprechend gilt der Testwert $T(26)=-3.15$ und der innerhalb des Signifikanzniveaus von $.05$ liegende p -Wert mit $.00$ als Evidenz für einen signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten der Stichprobe mit psychiatrischer Diagnose und ohne. In welche Richtung diese Differenz zu interpretieren ist, kann die Darstellung der arithmetischen Mittel aufzeigen.

	psychiatrische Erkrankung	N	Mittelwert	Standardabweichung
Resilienzscore	Ja	2	100,00	7,07
	Nein	26	139,62	17,44

Tabelle 25: Mittelwertvergleich Resilienzscore – psychiatrische Erkrankung

Die Aufschlüsselung der arithmetischen Mittel bestärkt die bereits statistisch belegt Annahme, dass das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung eine Effektgröße für die Höhe des Resilienzscores darstellt. Wo ACOA ohne psychiatrischer Diagnose einen Mittelwert von $\bar{x}_1=139,62$ ($\sigma_1=7.07$) auf der Resilienzskala erreicht haben und sich so im Normbereich befinden, gelten die zwei Erkrankten mit einem Mittelwert von $\bar{x}_2=100,0$ ($\sigma_2=17.44$) als nicht resilient. Daraus kann gefolgert werden, dass nicht nur ein Unterschied zwischen psychisch erkrankten und nicht erkrankten ACOA hinsichtlich ihrer Resilienzfähigkeit vorliegt. Vielmehr wirkt sich eine psychiatrische Diagnose auf die personelle Resilienz negativ aus. Die Ausgangshypothese H 3. hat sich innerhalb vorliegender Stichprobe verifiziert.

H 4. ACOA, die die Rolle des Helden übernommen haben, weisen die höchste Resilienzfähigkeit auf. ACOA, die die Rolle des Sündenbocks übernommen haben, weisen die schwächste auf.

Die Klärung dieser beiden Hypothesen verlangt einen Vergleich der arithmetischen Mittel der vier Rollentypen hinsichtlich ihrer Resilienzwerte. Die Reihung zeigt dabei an, welcher Typ im Durchschnitt die höchsten Werte auf der Resilienzskala 1 und 2 erreicht hat.

	Rollentypen	N	Mittelwert	Standardabweichung
Resilienzscore	Held	10	137,50	21,91
	Sündenbock	1	95,00	.
	verlorenes Kind	4	135,25	10,97
	Maskottchen	14	139,07	17,82

Tabelle 26: Mittelwertvergleich des Resilienzscores bei Rollentypen

Wie sich deskriptiv zeigt, kann im Vergleich der arithmetischen Mittel der Held ($\bar{x}_1=137.50$; $\sigma_1=21.91$) nicht als jene Rolle mit der höchsten personellen Resilienz bezeichnet werden. Der Sündenbock hingegen scheint derjenige zu sein, der mit dem niedrigsten Werte ($\bar{x}_2=95$) aus der Gruppenstatistik hervorgeht. Die Hypothese H 4. kann für dieses Studie verworfen werden. Da sich das Maskottchen durch das höchste arithmetische Mittel auszeichnet ($\bar{x}_3=139,07$; $\sigma_3=17.82$), stellt sich die Frage, ob diese Rolle einen signifikanten Unterschied hinsichtlich ihrer Resilienzfähigkeit zu den anderen Rollentypen aufweist. Für die Berechnung dieser Differenz kann die einfaktoriellen Varianzanalyse durchgeführt werden. Die nominalskalierte, unabhängige Variable ist dabei der jeweilige Rollentyp und die intervallskalierte, abhängige die Resilienzwerte. Folgende Ergebnisse ergaben sich daraus:

	df	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	3	1,73	,19
Gesamt	28		

Tabelle 27: Einfaktorielle ANOVA Rollentypen – Resilienzscore

Hier zeigt sich, dass die Tendenz des F-Werts 1,73 ist und auf dem Niveau von $p=.19$ deutlich über der Irrtumswahrscheinlichkeit von .05 liegt und auf einen Unterschied der Rollentypen hinsichtlich ihrer Varianzen (Streuungsmaß) verweist. Für die zu prüfende Hypothese, ob innerhalb der Typ signifikante Unterschiede ihren Resilienzwerten vorliegen, bedeuten die Ergebnisse deren Widerlegung. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass sich die personelle Resilienz zwischen dem Held, dem Sündenbock, dem verlorenen Kind und dem Maskottchen nur unbedeutend unterscheiden. Die Resilienz des Maskottchens kann als nicht signifikant ausgeprägter verstanden werden.

Dieses Kapitel widmete sich der statistischen Auswertung der zur Verfügung stehenden Daten und zeigte unter Anwendung von Korrelationsanalysen, Mittelwertvergleiche und über Häufigkeitsberechnungen die jeweilige Tendenz der Stichprobe hinsichtlich einer möglichen Entwicklung einer Alkoholerkrankung, der Rollentypen und personellen Resilienz. Diese Ergebnisse werden nun im nachfolgenden Kapitel interpretiert und mit weiteren wissenschaftlichen Studien verglichen.

5.6. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

In dieser Querschnittuntersuchung war es das Ziel, Unterschiede von bzw. Zusammenhänge zwischen personeller Resilienz und Rollenverhalten bei erwachsenen Kindern aus alkoholbelasteten Familien zu klären. An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der Studie nochmals betrachtet und der wissenschaftlichen Fachliteratur gegenübergestellt werden. Es wird dabei wieder versucht die Gliederung an die bisherige – Alkoholerkrankung, Rollenverhalten und Resilienz bei ACOA – anzulehnen.

Erste Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass 21 % der teilgenommenen ACOA eine Erkrankung entwickelt haben. Also ungefähr jedes fünfte Kind aus alkoholbelasteten Familienverhältnissen würde hochgerechnet an Alkoholismus erkranken. Wird dies mit anderen Untersuchungen verglichen, so liegt dies unter dem Drittel, das dort angegeben war (vgl. Jordan 2010; Zobel 2006; Klein 2008).

Als Transmissionsfaktor für die Ausbildung einer Alkoholerkrankung ist u. a. das Modelllernen bekannt. Durch die Nachahmung der elterlichen Bewältigungsstrategie, dem Alkoholkonsum, lernt das Kind, dass Alkohol als Problemlöser akzeptiert wird. Wird diese Strategie dauerhaft und exklusiv angewandt, steigt das Risiko für ACOA, mit Alkohol Probleme zu bewältigen (vgl. Kapitel 2.7.1. und 3.2.4.). Je länger es sich im alkoholbelasteten Umfeld aufhält, desto häufiger erfährt und verinnerlicht es auch diese

Bewältigungsstrategie. Anhand der Ergebnisse konnte allerdings kein Zusammenhang zwischen der Dauer des Zusammenlebens mit den Eltern und der Entwicklung einer Alkoholerkrankung bei ACOA bestätigt werden. Es besteht also kein aussagekräftiger Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen. Ein möglicher Erklärungsansatz dafür könnte in Faktoren liegen, die sich als bedeutender herausstellen – wie z. B. ein soziales Netzwerk, in dem das Kind gesunde und produktive Strategien kennenlernt und als weniger problematisch erfährt –, die aber innerhalb der Studie nicht erhoben worden sind.

Des Weiteren galt es, den Risikofaktor „mütterliche Alkoholerkrankung“ zu überprüfen. Es wird in der Literatur davon ausgegangen, dass durch den missbrauchenden Konsum der Mütter im Vergleich zu jenem der Väter die Kinder mit vermehrter Vernachlässigung konfrontiert sind. (vgl. Kapitel 3.2.4.) Die Ergebnisse der statistischen Überprüfung belegten diese Annahme jedoch nicht. Der Grund dafür kann einerseits darin gesehen werden, dass die Mütter trotz Erkrankung die Versorgung der Kinder und die Organisation des Haushaltes bewerkstelligen konnten. Andererseits übernehmen in solchen Fällen auch Väter diese Pflichten und versuchen, Kindererziehung, Beruf und alkoholbelastete Partnerin zu bewältigen. Der Verteilung von mütterlicher und väterlicher Alkoholerkrankung gingen in einer epidemiologischen Studie Veronie und Fruehstorfer nach und verglichen sie mit jener von Werner 1986. Dabei stellte sich heraus, dass ACOA zu 23,7 % vs. 12 % mit alkoholerkrankten Müttern und zu 62 % vs. 77 % mit erkrankten Vätern zusammenlebten. (vgl. Veronie/Fruehstorfer 2001, S. 59) In Gegenüberstellung zu den genannten Studien bildet die Verteilung der Geschlechter in dieser Untersuchung eine Mischung der Werte, indem 21 % mütterlicher Alkoholismus und 76 % väterlicher Alkoholismus vorliegt. Demnach kann auch hier eine Alkoholerkrankung als Männererkrankung identifiziert werden. Das ergibt ein Verhältnis von Frauen zu Männern von 1:3 (Lesch und Walter 2004 ermittelten in einer österreichischen Erhebung ein Verhältnis von 1:5).

Die Ergebnisse hinsichtlich des Rollenverhaltens zeigten, dass keine Rolle signifikant häufiger auftritt. Auch die Rolle des Helden, der häufig der Erstgeborene in der Familie ist, ist nicht am stärksten innerhalb der ACOA vertreten. Die erste Position übernimmt stattdessen das Maskottchen, gefolgt vom Held, dem verlorenen Kind und schließlich dem Sündenbock. Die Untersuchung von Draper, in der sie gleichermaßen die Rollen von Wegscheider überprüft, ergab ebenso für den Sündenbock die letzte und das verlorene Kind die vorletzte Stelle. Der Held jedoch rangiert an Platz eins und das Maskottchen an Platz zwei, also genau umgekehrt wie in vorliegender Studie. (vgl. Draper 2008, S. 65) Schwierig zu bestimmen ist hierbei der Grund für diese Differenz. Da Draper ihre Studie in den USA durchgeführt hat, können möglicherweise kulturspezifische Unterschiede diese Ergebnisse erklären. In diesem Kontext wäre auch interessant, die Geburtenreihenfolge zu vergleichen

und herauszuarbeiten, ob möglicherweise in Österreich Erstgeborene generell mit dem Maskottchen korrelieren.

Wird nun die Gruppe der alkoholerkrankten und der nicht alkoholerkrankten ACOA hinsichtlich ihrer Rollen betrachtet, so besteht kein signifikanter Unterschied. Die Rollenverteilung zwischen beiden Gruppierungen kann demnach als einander ähnlich betrachtet werden. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass in der Ausübung der Rollen Differenzen auftreten. In der Literatur ist der verstärkte Ausprägungsgrad der Rollen bei alkoholerkrankten ACOA als entscheidendes Kriterium angegeben. Da keine Studien bekannt sind, die innerhalb der ACOA eine Unterteilung in erkrankt und nicht erkrankt vorgenommen und das Rollenverhalten überprüft haben, kann diesbezüglich kein Vergleich angestellt werden. Für die Studie kann jedenfalls geschlossen werden, dass kein spezifischer Rollentyp die Entwicklung einer Alkoholerkrankung bei den ACOA begünstigt.

Eine weitere These betraf eine mögliche Transmission des Erziehungsverhaltens. Laut den Charakteristika des Lesch-Alkoholismus-Typs II nimmt das Kind dieses Typs eher die Rolle des verlorenen Kindes ein, da beide deutliche Überschneidungen in den Verhaltensweisen zeigen. So gelten sie als sehr ängstliche Individuen, die sich eher zurückziehen, als sich Schwierigkeiten zu stellen. Genauso tendieren sie innerhalb einer Gruppe eher zum Mitläufertum, um so ihr geringes Selbstwertgefühl verstecken zu können. Der Alkoholismus-Typ III wird demgegenüber mit einem Rollentyp assoziiert, der hohe Wertvorstellungen und Ansprüche an sich und die Umwelt stellt: dem Held. Typ-III-AlkoholikerIn und Held sind erfolgreich im Berufsleben, wo sie ständig nach dem unerreichbaren Ziel, dem Perfekt-Sein, streben. Die Ergebnisse der Studie bestätigten allerdings keinen Zusammenhang innerhalb der zwei Gruppen. Eine Transmission des Erziehungsverhaltens von den Eltern an die Rollen des Helden und des verlorenen Kindes konnte in dieser Untersuchung nicht nachgewiesen werden. In den Fragebögen war nach diesen Alkoholismustypen gefragt worden und 10 der 29 ACOA konnten ihre Eltern dem diagnostizierten Typ richtig zuweisen. Den anderen 19 war diese Typologie fremd. Da die ausgegebenen Bögen bereits im Vorfeld entsprechend den zwei Typen anhand der unterschiedlich formatierten Seitenzahlen differenziert werden konnten, kann diese Diskrepanz aufgezeigt werden. Diesbezüglich liegt der Schluss nahe, dass die ACOA über den Zustand des erkrankten Elternteils nur bedingt informiert waren.

In Bezug auf die personelle Resilienz kann grundsätzlich gesagt werden, dass resiliente ACOA im Bereich „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (Skala 2) tendenziell höhere Resilienzwerte erbringen und darin eine höhere Kompetenz an den Tag legen als nicht resiliente oder jene, die sich innerhalb des Normbereichs befinden. Demzufolge konnten

resiliente ACOA tendenziell besser die dysfunktionalen Familienverhältnisse als solche akzeptieren und möglicherweise die eigene Person als nicht verantwortlich für diese schwierigen Lebensbedingungen erkennen (Selbstwirksamkeitserwartung).

Bei statistischer Betrachtung des Resilienzscores findet sich keine Unterscheidung zwischen alkoholerkrankten ACOA und nicht alkoholerkrankten. Wie bereits erwähnt war bisher keine Studie mit der in dieser Untersuchung vorgenommenen Unterteilung in alkoholerkrankte und nicht alkoholerkrankte ACOA vorzufinden. Es wird aber in der Literatur davon ausgegangen, dass Personen mit Suchterkrankungen als Risikogruppe zu bezeichnen sind, deren Resilienzfähigkeit demnach als förderbedürftig gilt (vgl. Aichinger 2011). Deshalb könne bei bereits alkoholerkrankten erwachsenen Kindern ein niedrigerer Score angenommen werden. In vorliegender Studie wurde diese Hypothese jedoch falsifiziert. Alkoholerkrankt zu sein bedeutet nicht zwangsläufig, niedrigere Werte auf der Resilienzskala und somit eine geringere Resilienzfähigkeit zu haben.

Eine weitere Annahme betrifft den Einfluss des Alters auf die personelle Resilienz. Nach der Untersuchung von Leppert und Strauß nimmt die Resilienzfähigkeit als moderierende Variable für Bewältigungsleistungen mit zunehmendem Lebensalter ab. Aufgrund altersbedingter Herausforderungen sind niedrigere Werte in der Resilienzskala bei der älteren Generation zu erwarten. (vgl. Leppert/Strauß 2011, S. 316) Auch Schumacher et al. ermittelten im Zuge der Entwicklung der deutschen Resilienzskala den Einfluss des Alters auf die Resilienz. Die Ergebnisse der AutorInnen für die RS-25 wiesen nur auf einen geringen Effekt dieser Kategorie hin, zeigten aber bei der Kurzform RS-11 signifikante Unterschiede auf (vgl. Schumacher et al. 2005, S. 25) Innerhalb der ACOA im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten diese Ergebnisse nicht reproduziert werden. Das Alter stellt demnach keinen signifikanten Einflussfaktor auf die Resilienz dar. Da sich allerdings in der „Gruppe“ der SeniorInnen nur eine Einzelperson befand, musste diese mit der der älteren Erwachsenen ab 35 Jahren zusammengefasst werden und es konnte so kein stichhaltiger Vergleich mit Personen ab 60 angestellt werden.

Liegt eine psychiatrische Diagnose wie Depression bei ACOA vor, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und niedrigem Resilienzscore. Anhand jener ACOA, die eine diagnostizierte psychische Störung haben, konnte nachgewiesen werden, dass diese sich negativ auf die Resilienzwerte und folglich auf die personelle Resilienz auswirkt. Zu diesem Ergebnis kamen auch Leppert und Strauß, die eine Korrelation zwischen Depressivität und niedrigen Werten feststellten (vgl. Leppert/Strauß 2011, S. 314). Somit kann zusammenfassend gesagt werden, dass psychiatrische Diagnosen einen Risikofaktor bilden und die Resilienzfähigkeit schwächen. An dieser Stelle sei jedoch auch darauf hingewiesen, dass dieses Ergebnis zwar hoch

signifikant, aber aufgrund der sehr kleinen Stichprobe (2 erkrankte Testpersonen vs. 27 nicht erkrankten) von geringer Aussagekraft ist.

In der Fachliteratur wird die Rolle des Helden als erfolgreich und gut eingegliedert in die Gesellschaft beschrieben, weshalb u. a. für die Entwicklung einer Suchterkrankung im Vergleich zu den drei anderen Rollen ein geringeres Risiko angenommen wird (vgl. Kapitel 3.4.4.4.). Daraus ergibt sich die These, dass der Held die höchste Resilienzfähigkeit aufweist und der Sündenbock, der als das verhaltensauffälligste Kind charakterisiert wird, die geringste. Anhand der Ergebnisse kann zwar ein signifikanter Zusammenhang zwischen hohen Resilienzwerten und dem Helden festgestellt werden, aber nicht mit den höchsten Werten. Die Rolle des Maskottchens ist über dem höchsten arithmetischen Mittel als jene identifiziert worden, die die höchsten Resilienzwerte besitzt. Der Held kann demnach mit hoher, aber nicht höchster personeller Resilienz assoziiert werden. Betrachtet man den Sündenbock, so ist seine signifikante Korrelation negativ geprägt. Bei diesem tritt ein Zusammenhang zwischen geringen Resilienzwerten und der am geringsten ausgebildeten persönlichen Kompetenz auf. Der Sündenbock nimmt daraus schlussfolgernd den letzten Platz in der Reihenfolge der Resilienzfähigkeit ein.

Auf diese Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie folgt nun eine kritische Auseinandersetzung. Dabei sollen Mängel der Untersuchung hinsichtlich ihrer Erhebungsinstrumente, der Durchführung, der Aussagekraft der Ergebnisse und der quantitativen Beforschung der Fragestellung offengelegt werden.

5.7. Kritik und Ausblick

Jede wissenschaftliche Untersuchung weist mehr oder weniger bedeutende Fehlerquellen auf, die ihr ihre eigenen Grenzen vor Augen führen. In Anbetracht dieser Tatsache wird in diesem Kapitel der Forschungsprozess dieser Untersuchung reflektiert und auf ihre begrenzte Auslegbarkeit hingewiesen. Dafür sollen einerseits die Durchführung, die Erhebungsinstrumente, die Stichprobe und die Ergebnisse dieser Studie im Speziellen und die empirische Sozialforschung im Allgemeinen einer kritischen Betrachtung unterzogen werden.

Grundsätzlich befasst sich diese Arbeit nicht nur mit einem Thema, das als Tabuthema bezeichnet werden kann, der Alkoholerkrankung nämlich (vgl. Jordan 2010, S. 340), sondern darüber hinaus mit einer Gruppierung, die lange Zeit unberücksichtigt geblieben ist, den erwachsenen Kindern von Alkoholikerinnen und Alkoholikern. So waren für die Rekrutierung der ACOA zwei Hürden zu meistern: Vorerst mussten sich die zum Teil noch alkoholerkrankten Eltern zur Teilnahme bereit erklären. Darauf aufbauend oblag es den ACOA, den Fragebogen anzunehmen und zu retournieren. Anhand der Rücklaufquote von ca. 39 % lässt sich leicht erkennen, mit welcher Zurückhaltung an die Auseinandersetzung mit dem Thema seitens der Eltern und/oder der Kinder herangegangen wurde. Bereits

während der Telefonate mit den Eltern verweigerten manche die Involvierung ihrer Kinder, da diese über die elterliche Alkoholerkrankung nicht Bescheid wussten oder sie dieses schmerzhafteste Thema nicht wieder aufleben lassen wollten. Außerdem erklärten einige, dass ihre Kinder die Alkoholerkrankung nicht bemerkt hätten oder keine Auswirkungen durch die familialen Vorkommnisse entstanden seien, weil sie im Berufsleben erfolgreich integriert wären. Über die Faktoren, die schließlich innerhalb der 80 ACOA zur Verweigerung der Teilnahme geführt hat, kann nur gemutmaßt werden. Einen wichtigen Aspekt stellt sicherlich die ausschließliche Kontaktaufnahme der Eltern dar. Da über die erwachsenen Kinder keine Daten vorlagen und aus datenschutzrechtlichen Gründen kein Kontakt erfolgen durfte, war die Verfasserin auf die Weitergabe der Fragebögen durch die Eltern angewiesen. So konnte also nur die Zustimmung der Eltern eingeholt und auf die Annahme der Bögen seitens der Kinder vertraut werden. Für die Studie bedeutet eine so geringe Stichprobe (31 bzw. 29 Testpersonen) eine geringere Aussagekraft der Ergebnisse, denn „mit wachsendem Stichprobenumfang steigt die Genauigkeit von Parameterschätzungen“ (Bortz/Döring 2006, S. 419).

Grundsätzlich können zwar empirische Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der ACOA bezogen werden, gelten aber als nicht generalisierbar, da einerseits die erhobenen Merkmale zeitlichen Veränderungen unterliegen (vgl. ebd., S. 396) und diese zusätzlich aus einer sehr geringen Stichprobe stammen. Außerdem, so schreibt Diekmann, stellen wissenschaftlich geprüfte Hypothesen keine letztgültigen Erkenntnisse dar (vgl. Diekmann 2010, S. 32f). Verifizierte Hypothesen beanspruchen demnach nicht allgemeingültig oder wahr zu sein, sondern gelten als „vorläufig bestätigt“. (Bortz/Döring 2006, S. 18)

In Bezug auf den Fragebogen als Erhebungsinstrument ergeben sich weitere Schwierigkeiten. Neben seinen Vorteilen wie der zeitlich flexiblen Einteilung der Beantwortung seitens der ProbandInnen, der Unabhängigkeit von der Interviewerin bzw. dem Interviewer im Vergleich zu mündlichen Befragungen und seinem geringen finanziellen Aufwand bringt er auch Nachteile mit sich. (vgl. Diekmann 2010, S. 514) Zusätzlich zur Problematik der Rücklaufquote, die bereits diskutiert wurde, können Verständnisfragen zu den einzelnen Items nicht gestellt werden. Um inhaltliche Unklarheiten zu klären, wurden deshalb am Fragebogen selbst die Kontaktnummern der Verfasserin und einer zuständigen Ärztin im AKH angegeben. So war es den ACOA zumindest theoretisch möglich, telefonisch nachzufragen. Als weiterer Nachteil ist eine mögliche Fremd-Beantwortung zu nennen: Anstelle der Testperson kann gleichermaßen eine andere den Fragebogen ausgefüllt haben. Dass ein postalisch zugesandter Fragebogen von der richtigen Person ausgefüllt wird, kann nicht gewährleistet werden; dies liegt letztlich in der alleinigen Verantwortung der Probandin bzw. des Probanden. Des Weiteren wurde versucht, den Fragebogen übersichtlich und verständlich zu gestalten, sodass er unabhängig von theoretischem Vorwissen ausgefüllt

werden kann. (vgl. ebd., S. 514f) Allerdings kann die Länge des Fragebogens von sechs Seiten eine Rücksendung und eine höhere Rücklaufquote verhindert haben. Diese Quote hätte sich durch eine zweite Kontaktaufnahme nach Versand der Bögen möglicherweise erhöht. Nach der Rücksendefrist war ein erster telefonischer Kontakt aufgenommen worden, der sieben Personen dazu bewogen hat, doch den Bogen zu retournieren.

Als Kritik seitens der teilnehmenden ACOA ist anzuführen, dass zwei der 31 ProbandInnen darauf hinwiesen, dass der Erstbuchstabe der Anrede (Sie) in Großbuchstaben zu schreiben ist. Außerdem war von einer Testperson eine Umbenennung vorgeschlagen worden, den Begriff „unentschlossen“ bei den Antwortkategorien durch Durchschnitt zu ersetzen.

Die einzelnen Erhebungsinstrumente betreffend zielt der CRI auf Kindheitserinnerungen ab, anhand derer sich Rollentypen herauskristallisieren. Dabei handelt es sich um Erinnerungen, die wie jede Sinneswahrnehmung nur selektiv aufgenommen und zusätzlich wieder selektiv erinnert werden (vgl. ebd., S. 52). Diese sogenannte „Erinnerungsselektion“ bedeutet für diese Studie, dass die Einschätzung des Rollentyps aus der Kindheit und Jugend der Interpretation und Wahrnehmung von damals und heute unterliegt. So werden Kindheitserinnerungen verzerrt wahrgenommen und interpretiert.

Auch Wissenschaftler werden durch diese auch lebensnotwendige Wahrnehmungsselektion beeinflusst. So kann im Sinne einer Selffulfilling Prophecy ein Bestätigungsbias eintreten, wenn bestätigte Hypothesen oder Vorurteile präferiert werden. (vgl. ebd., S. 55) Mithilfe von statistischen Methoden kann dem Einfluss dieser Fehlerquelle begegnet werden (vgl. ebd., S. 61) Allerdings können nicht alle Quellen, auch wenn die Studie optimal geplant und durchgeführt wurde, gänzlich kontrolliert werden. Gewissheit erbringen erst weitere Nachfolgestudien, die zu ähnlichen Ergebnissen mit unterschiedlichen Verfahren gelangen. (vgl. ebd., S. 69f)

Dies bedeutet natürlich auch für diese Studie, dass Fehlerquellen existieren. Besonders aber scheinen hier Störvariablen („nicht kontrollierbare Einflussgrößen“) aufgetreten zu sein (Bortz/Döring 2006, S. 13). So erfolgt beispielsweise die Erfassung der personellen Resilienz, die sich in Interaktion mit ihrer Umwelt entwickelt, über den RS-25. Die Umwelt als Einflussfaktor dieser Resilienz blieb jedoch unberücksichtigt und wirkt im Sinne einer Störvariable. Darüber hinaus fließen individuelle Einstellungen, moralische Vorstellungen der ACOA in die Antworten mit ein, die nicht erhoben wurden bzw. erhoben werden können. Wie Bortz und Döring schreiben, könne die Berücksichtigung aller wirklich relevanten Einflussfaktoren „wegen der großen intra- und interindividuellen Variabilität der Untersuchungsobjekte nie“ erreicht werden. (ebd., S. 13) Eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden kann diesen Störvariablen entgegenwirken.

Eine weitere Erschwernis bei der Erfassung der Variablen zeigt sich in der sozialen Erwünschtheit („Social Desirability“). Indem die Teilnehmenden den gesellschaftlichen

Erwartungen bzw. Normen und Werten entsprechen möchten, kommt es zu Antworten, die den Test verfälschen. Die Problematik dahinter ist hier vor allem die differierende Auffassung, was sozial erwünscht und was sozial unerwünscht ist. (vgl. ebd., S. 233) In der vorliegenden Studie zeigt sich die Verteilung der positiv konnotierten (fröhlich, humorvoll, lustig, sorgfältig, unterhaltsam) und einem negativ konnotierten Attribut (einsam) beim CRI als besonders linkssteil und lässt den Verdacht aufkommen, dass hier die soziale Erwünschtheit in die Beantwortung miteingeflossen ist. Auch beim CAGE-Test kann bevorzugt bei ACOA der genannte soziale Effekt eine Rolle spielen. Da es sich bereits um eine Risikogruppe handelt, die mit einer elterlichen Alkoholerkrankung aufgewachsen ist, können der Widerstand gegenüber dem Eingeständnis einer eigenen Abhängigkeit oder die Scham sehr intensiv sein. Deshalb wird auch hier vermutet, dass bei manchen ProbandInnen möglicherweise eine sozial erwünschte Antwort bevorzugt wurde.

Ein weiterer kritischer Aspekt betrifft das Untersuchungsdesign, die Querschnittuntersuchung. Mithilfe des „Cross sectional Design“ können Merkmale zu einem bestimmten Zeitpunkt verglichen werden. (ebd., S. 565) Für die Alkoholerkrankung in diesem Kontext bedeutet dies, dass die nicht alkoholerkrankten ACOA bis dato keine Abhängigkeit und die alkoholerkrankten bis dato eine Erkrankung entwickelt haben. Zukünftig kann aber die Sucht der derzeit alkoholerkrankten ACOA behandelt werden und veränderte Bewältigungsstrategien mit sich bringen, die Einfluss auf die Resilienzfähigkeit haben. So zeigen sich die Ergebnisse einer Querschnittuntersuchung als zeitlich begrenzt. Eine Längsschnittuntersuchung, die allerdings den Rahmen einer Diplomarbeit sprengen würde, könnte den weiteren Verlauf der ACOA-Verhaltensweisen erheben und die Entwicklung hinsichtlich Alkoholerkrankung und Resilienzfähigkeit überprüfen.

Diese Darstellung der Grenzen empirischer Sozialforschung und im Speziellen der vorliegenden Studie soll verdeutlichen, dass sich ein Forschungsprozess von der Auswahl der ProbandInnen bis hin zur Auswertung als komplex gestaltet. Wissenschaftliche Studien produzieren keine uneingeschränkt gültigen neuen Erkenntnisse, sondern sind nur innerhalb ihrer Grenzen aussagekräftig. So ist jede Untersuchung durch Störvariablen gekennzeichnet und besitzt Fehlerquellen, die sich nicht gänzlich ausschließen lassen.

5.8. Conclusio

In dieser vorliegenden Arbeit war es das primäre Ziel, mittels quantitativer Fragebogenuntersuchung einen möglichen Unterschied bzw. Zusammenhang zwischen dem Rollenverhalten der erwachsenen Kinder alkoholbelasteter Familien und ihrer personellen Resilienz zu überprüfen. Dafür wurden an 56 alkoholerkrankte Eltern, deren Daten und Klassifikation nach der Lesch-Alkoholismustypologie auf der Wiener Alkoholambulanz des AKH bereits auflagen, Fragebögen verschickt. Diese wurden gebeten, die Bögen an ihre erwachsenen Kinder ab 18 Jahren weiterzureichen (ACOA). 31 der ACOA sandten den

ausgefüllten Bogen zurück; zwei Bögen mussten aufgrund unvollständig bzw. missverständlich beantworteten Fragen ausgeschlossen werden. Schließlich konnten an den 29 ProbandInnen die Hypothesen zu dieser Studie überprüft werden. Eine grundsätzliche Unterscheidung in alkoholerkrankte und nicht alkoholerkrankte ACOA ermöglichte einen Vergleich der Ergebnisse in Abhängigkeit von der vorliegenden Alkoholerkrankung. Zusammengefasst stellte sich anhand dieser zwei Gruppierungen heraus, dass die angenommenen Differenzen zwischen ihnen nicht das Ausmaß annahmen, das auf der Grundlage wissenschaftlicher Fachliteratur erwartet worden war. So waren bspw. unter den resilienten Erwachsenen zwei alkoholerkrankte ACOA. Entgegen wissenschaftlicher Fachdebatten schloss in dieser Studie personelle Resilienz eine Alkoholerkrankung nicht automatisch aus. Im Gegensatz dazu bestätigte sich durch die Antworten der alkoholerkrankten ACOA auch in dieser Studie, dass Alkoholismus als Männerkrankheit gelten kann. Da die Eltern der ACOA dem Alkoholismustyp II oder III angehören, war von großem Interesse, ob sich dieser Typ im Erziehungsverhalten und somit in den Rollen der Kinder widerspiegelt. Es konnte aber beim Typ II auf keinen Zusammenhang zum verlorenen Kind und beim Typ III auf keinen zum Held geschlossen werden. Auch hier war keine Signifikanz nachzuweisen und somit eine Transmission des Erziehungsverhaltens nicht belegbar. Bezüglich der Eltern wurde der Frage nachgegangen, ob das Geschlecht des erkrankten Elternteils Einfluss auf die Entwicklung der Alkoholerkrankung beim Kind hat. Der Mutter als hauptsächlichen Erzieherin und Versorgerin der Familie wird dabei der bedeutendste Einfluss auf die Erkrankung bei ACOA zugesprochen. Das erhöhte Risiko für das Kind infolge mütterlichen Alkoholismus konnte aber nicht bestätigt werden. Als generell bedeutender Risikofaktor für die ACOA stellten sich dagegen psychiatrische Diagnosen heraus. Bei jenen, die zwar nicht alkoholerkrankt waren, aber an einer psychischen Störung litten, war nachweislich ein niedrigeres Resilienzlevel vorhanden. So scheint eine Alkoholerkrankung weniger Einfluss auf die personelle Resilienz zu nehmen als eine psychische Erkrankung. Des Weiteren kann zur Resilienzfähigkeit gesagt werden, dass errechnete Mittelwerte beinahe exakt in der Mitte der zu erreichenden Punkte liegen. Demgemäß liegt der durchschnittliche Resilienzscore eines erwachsenen Kindes aus alkoholbelasteter Familie im selben Bereich wie bei einem Kind aus einer nicht alkoholbelasteten Familie.

Für die Beantwortung der Frage nach einer Transmission der Alkoholerkrankung angesichts dargestellter Ergebnisse erscheint, wie bereits erwähnt, das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose von Bedeutung. Auf der theoretischen Bearbeitung dieses Themenkomplexes aufbauend kann zusammengefasst gesagt werden, dass die Summe aus unterschiedlichen personellen (Resilienzfähigkeit, Rollenverhalten), familialen (Qualität der Beziehungen in der Familie) und umweltspezifischen Faktoren (Freundeskreis) schließlich eine Transmission

begünstigt oder erschwert. Hohe personelle Resilienz oder ein bestimmtes Rollenverhalten lassen per se nicht den Schluss zu, vor der Entwicklung einer Alkoholerkrankung gefeit zu sein.

Für die pädagogische Praxis kann diese Studie mehrere Beiträge leisten: In erster Linie sind PädagogInnen immer wieder mit Kindern suchtkranker Eltern konfrontiert. Eine Auseinandersetzung mit den Rollentypen und ihren Ausprägungen besonders bei COA ermöglichen eine erste Identifikation dieser Gruppierung und den familialen Schwierigkeiten. Bislang scheinen COA wenig Aufmerksamkeit innerhalb der Erziehungswissenschaft erfahren zu haben, obwohl Zahlen beweisen, wie weitverbreitet das Thema Alkoholerkrankung ist. Ein Wahrnehmen dieser Problematik kann für COA bereits einen ersten Schritt in Richtung einer gesunden Entwicklung bedeuten.

Die vorliegende Arbeit bzw. Studie konnte im kleinen Rahmen nachweisen, dass die Risikogruppe der COA nicht zwangsläufig einer Behandlung bedarf. Wissenschaftliche Untersuchungen betonen allerdings die Notwendigkeit einer Behandlung dieser Gruppierung. Anhand der vorliegenden Stichprobe der COA konnte diese Annahme als vorläufig betrachtet werden, denn beinahe 80 % entwickelten keine Alkoholerkrankung und 26 der 29 ProbandInnen keine weitere psychische Erkrankung. Auch hinsichtlich ihres Resilienzpotenziales hat sich erwiesen, dass eine therapeutische Intervention nicht notwendigerweise erforderlich ist. Vielmehr können geeignete Resilienzprogramme Schutzfaktoren gezielt fördern, die das Kind stärken und gleichzeitig das Umfeld für diese Thematik sensibilisieren. Besondere Bedeutung kommt hier dem Rollenmodell bei COA zu, das, wenn in das Förderprogramm aufgenommen, diesen Kindern gezielte Unterstützung bieten kann. Die Besonderheit dieser Intervention liegt in der Kombination einer salutogenetischen Herangehensweise und dem Verständnis dieser Gruppe als Risikogruppe. Dabei wird nicht nur auf die personellen Risikofaktoren eingegangen, vielmehr werden die Stärken dieser Kinder erkannt und, eingesetzt in einer Gruppenarbeit, als wertvoll und gewinnbringend für andere Kinder aufgefasst.

Letztlich kann aus den Ergebnissen dieser Studie geschlossen werden, dass sich die Resilienzfähigkeiten der alkoholerkrankten und nicht alkoholerkrankten ACOA nicht signifikant voneinander unterscheiden. Somit dürfen die erwachsenen Kinder aus alkoholbelasteten Familien nicht automatisch mit einem mangelhaften Selbstwert oder einer Unzulänglichkeit in sozialen Interaktionen assoziiert werden. Da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt, scheint es viel angebrachter zu sein, das Individuum als solches wahrzunehmen und im Sinne einer salutogenetischen Sichtweise die Stärken in den Blick zu nehmen. Da sich viele COA selbst als andersartig im Vergleich zu Kindern aus nicht durch Alkoholismus belasteten Familien empfinden, erscheint eine pathogene Sichtweise, die auf das Krankhafte fokussiert, diese Andersartigkeit noch zu verstärken. In Anbetracht ihrer zum

Teil erschreckenden familialen Lebensumstände, die diese Kinder gemeistert haben, erscheint es auch an der Zeit, ihre Überlebensstrategien zu würdigen.

6. Quellenverzeichnis

6.1. Literaturverzeichnis

- Abrolat, Corinna: *Schweregradbestimmung bei chronischer Alkoholabhängigkeit. Die Evaluation des EuropASI-Interviews im Hinblick auf Reliabilität und Validität an einer Stichprobe von 65 Tübinger Alkoholkranken.*- Unveröffentl. Dissertation, Tübingen: 2002.
- Aichinger, Alfons (2011): *Resilienzförderung mit Kindern. Kinderpsychodrama Band 2.*- Wiesbaden: VS Verlag.
- Agarwal-Kozlowski, Kamayni/Agarwal, Dharam P.: *Genetische Aspekte von Alkoholismus und alkoholassozierten Organschäden.*- In: Singer, Manfred V./Teyssen, Stephan (Hrsg.): *Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Diagnostik. Therapie.*- Berlin: Springer, 2002, S. 54–71.
- Appelt, Birgit et al.: *Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder. Teil IV.*- In: BMWA (2001): *Gewalt in der Familie.*- Wien: BMWA, S. 377–502.
- Bennett, Linda/Wolin, Steven: *Familienkultur und Alkoholismus- Weitergabe.*- In: Appel, Christa (Hrsg.): *Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung.*- Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1994, S. 15–44.
- Bernitzke, Fred (2011): *Heil- und Sonderpädagogik.*- Köln: Bildungsverlag.
- Black, Claudia (1988): *Mir kann das nicht passieren. Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene.*- Wildberg: Mona Bögner Kaufmann.
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (⁴2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.*- Heidelberg: Springer.
- Bortz, Jürgen/Schuster, Christof (⁷2010): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler.*- Berlin: Springer.
- Boss, Pauline (2008): *Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem „uneindeutigen“ Verlust.*- Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl-Heinz: *Diagnostik und Intervention bei frühen Bindungsstörungen.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 136–157.
- Diekmann, Andreas (⁴2010): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen.*- Hamburg: Rowolth.
- Dilling, Horst/Freyberger, Harald (⁵2010): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.*- Bern: Huber.
- Draper, Meredith L.: *Adult Children of Alcoholics: An Exploration of Heterogeneity Utilizing Childhood Roles, Family of Origin Health and Adult Attachment Styles.*- Unveröffentl. Dissertation, Austin: 2008.

- Ehrenfried, Theresa/Mayer, Reinhardt:** „*Seelisches Bodybuilding*“. *Präventive ambulante Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen.*- In: Zobel, Martin (Hrsg.): *Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien.*- Bonn: Balance, 2008, S. 115–130.
- Feuerlein, Wilhelm** (⁶2008): *Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie.*- München: C. H. Beck.
- Field, Andy** (³2009): *Discovering Statistics using SPSS.*- London: Sage Publications.
- Fingerle, Michael:** *Resilienz deuten – Schlussfolgerungen für die Prävention.*- In: Zander, Margherita (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung.*- Wiesbaden: VS Verlag, 2011a, S. 208–218.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maika** (²2011): *Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Kraus-Gruner, Gabriele:** *Familienbildung und Resilienzförderung durch Vernetzung in Kindertageseinrichtungen – Projekterfahrungen und –ergebnisse.*- In: Robert, Günther et al.: *Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung. Bildung – Risiken – Prävention in der Kindheit.*- Wiesbaden: VS Verlag, 2011, S. 203–216.
- Grotberg, Edith H.:** *Anleitung zur Förderung der Resilienz von Kindern – Stärkung des Charakters. Ein Manual für die Praxis der Resilienzförderung.*- In: Zander, Margherita (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung.*- Wiesbaden: VS Verlag, 2011. S. 51–101.
- Göppel, Rolf:** *Bildung als Chance.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 245–264.
- Hildenbrand, Bruno:** *Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive.*- In: Welter-Enderlin, Rosmarie, Ders. (Hrsg.): *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände.*- Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2008, S. 20–27.
- Holtmann, Martin/Laucht, Manfred:** *Biologische Aspekte der Resilienz.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 32–44.
- Häfner, Heinz:** *Cannabis- und Alkoholmissbrauch als Risikofaktoren für Ausbruch und Verlauf der Schizophrenie.*- In: Möller, Christoph (Hrsg.): *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen.*- Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, 2005 S. 102–121.
- Ittel, Angela/Scheithauer, Herbert:** *Geschlecht als „Stärke“ oder „Risiko“? Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Resilienz.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 98–115.

- Jaede, Wolfgang (2007): *Kinder für die Krise stärken. Selbstvertrauen und Resilienz fördern.*- Freiburg: Herder.
- Jordan, Stefan/Wendt, Gunna (Hrsg.) (2010): *Lexikon Psychologie. Hundert Grundbegriffe.*- Stuttgart: Philipp Reclam.
- Klein, Michael: *Kinder und Alkohol in der Kultur- und Sozialgeschichte.*- In: Ders. (Hrsg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen.*- Stuttgart: Schattauer, 2008, S. 21–26.
- Klein, Michael/Zobel, Martin: *Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien.*- In: Zobel, Martin (Hrsg.): *Hilfe für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien.*- Bonn: Balance, 2008, S. 96–104.
- Kramer/Rolf-Torsten: „Biographie“ und „Resilienz“ – ein Versuch der Verhältnisbestimmung.- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 20–31.
- Kähler, Wolf-Michael (⁵2008): *Statistische Datenanalyse. Verfahren verstehen und mit SPSS gekonnt einsetzen.*- Wiesbaden: Vieweg & Sohn.
- Lambrou, Ursula (2010): *Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit.*- Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Lehmkuhl, Gerd: *Suchtstörungen.*- In: Klein, Michael (Hrsg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen.*- Stuttgart: Schattauer, 2008, S. 49–60.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne: *Resilienz – Eine neue Forschungsperspektive auf frühe Entwicklungsprozesse.*- In: Ders. et al. (Hrsg.): *Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS.*- Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, 2009, S. 18–37.
- Lesch, Otto M./Walter, Henriette: *Theorien zur Entstehung süchtigen Verhaltens: Alkoholismus.*- In: Springer-Kremser, Marianne et al. (Hrsg.): *Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit.*- Wien: Facultas, 2004, S. 217–221.
- Lesch, Otto-Michael/Soyka, Michael: *Exkurs: Typologien der Alkoholabhängigkeit und ihre Bedeutung für die medikamentöse Therapie.*- In: Riederer, Peter/Laux, Gerd (Hrsg.): *Neuro-Psychopharmaka. Ein Therapiehandbuch.*- Wien: Springer, 2006, 2. Auflage, S. 332–345.
- Lesch et al. (2011): *Alcohol and Tobacco. Medical and sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction.*- Wien: Springer.
- Leyendecker, Birgit: *Zuwanderung, Diversität und Resilienz – eine entwicklungspsychologische Perspektive.*- In: Matzner, Michael: *Handbuch Migration und Bildung.*- Weinheim und Basel: Beltz, 2012, S. 57–72.
- Lindenmeyer, Johannes (²2005): *Alkoholabhängigkeit.*- Göttingen: Hogrefe.

- Lindenmeyer, Johannes (⁸2010): *Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.*- Weinheim: Beltz.
- Lösel, Friedrich/Bender, Doris: *Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Ressourcen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 57–78.
- Markovska, Natasa: *Alkoholabhängigkeit in der Familie unter besonderer Fokussierung der Rollen- und Verhaltensmuster mitbetroffener Kinder.*- Unveröffentl. Diplomarbeit, Innsbruck: 2007.
- Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Erziehung zwischen Risiko und Protektion.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 7–18.
- Pedross, Iris A (2008): „*Welche Form der Suchtprävention ist für die Hochrisikogruppe `Kinder aus alkoholbelasteten Familien` zielführend?*“.- Unveröffentl. Diplomarbeit, Wien.
- Rauh, Hellgard: *Resilienz und Bindung bei Kindern mit Behinderungen.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007, 2. Auflage, S. 175–191.
- Robert, Günther/Pfeifer, Kristin/Drößler Thomas (Hrsg.) (2011): *Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung. Bildung – Risiken – prävention in der frühen Kindheit.*- Wiesbaden: Springer.
- Rönnau-Böse, Maik/Fröhlich-Gildhoff, Klaus: *Präventionsprogramme für Kindertageseinrichtungen – Förderung von seelischer Gesundheit und Resilienz.*- In: Zander, Margherita (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung.*-Wiesbaden: VS Verlag, 2011, S. 360–382.
- Schneider, Ralf (¹⁴2009): *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Information für Betroffene, Angehörige und Interessierte.*- Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Scheurich, Armin/Bröckel, Barbara (2009): *Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit.*- Göttingen: Hogrefe.
- Schiffer, Eckhard (102010): *Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde: Anstiftungen gegen Sucht und Selbsterstörung bei Kindern und Jugendlichen.*- Weinheim und Basel: Beltz.
- Singer, Manfred V (Hrsg.) (2002): *Kompendium Alkohol: Folgekrankheiten, Klinik, Diagnostik, Therapie.*- Berlin: Springer.
- Satir, Virginia et al. (²2000): *Praxisbuch Familientherapie. Die Entwicklung individuellen Gewahrseins und die Veränderung von Familien.*- Paderborn: Junfermann.

- Soyka, Michael/Küfner, Heinrich** (⁶2008): *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie.*- Stuttgart: Thieme.
- Steiner, Michael/Knittel, Tillmann/Zweers, Ute** (2008): *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“.* Endbericht.- Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Stowasser, Josef M. et al.**(2011): *Stowasser, Lateinisch-Deutsches Schulwörterbuch.*- Wien: Hölder-Pichler-Tempsky
- Toman, Walter** (⁷2002): *Familienkonstellationen. Ihr Einfluß auf den Menschen.*- München: Beck.
- Thomasius, Rainer:** *Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen.*- In: Möller, Christoph (Hrsg.): *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen.*- Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht, 2005, S. 13–36.
- Uhl, Alfred et al.** (³2009): *Handbuch Alkohol-Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends.*- Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Van Haaren, Marian R. T./Hendriks, Henk F. J.:** *Alkoholstoffwechsel.*- In: Singer, Manfred V./Teyssen, Stephan (Hrsg.): *Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Diagnostik. Therapie.*- Berlin: Springer, 2002, S. 54–71.
- Von Freyberg, Thomas:** *Resilienz – mehr als ein problematisches Modewort?*- In: Zander, Margherita (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung.*- Wiesbaden: VS Verlag, 2011a, S. 219–239.
- Walsh, Forma:** *Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung.*- In: Welter-Enderlin, Rosmarie, Bruno Hildenbrand (Hrsg.): *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände.*- Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2008, S. 43–79.
- Wegscheider-Cruse, Sharon** (²1989): *Another Chance. Hope and health for the Alcoholic Family.*- Science and Behavior Book: Palo Alto.
- Welter-Enderlin, Rosmarie:** *Resilienz bei Paaren: Wie das Resilienzkonzept als Langzeitperspektive meine Praxis beeinflusst.*- In: Ders., Bruno Hildenbrand (Hrsg.): *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände.*- Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2008, S. 80–93.
- Werner, Emmy E.:** *Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007a, 2. Auflage, S. 20–31.
- Werner, Emmy E.:** *Resilienz: ein Überblick über internationale Längsschnittstudien.*- In: Opp, Günther/Fingerle, Michael: *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz.*- München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007b, 2. Auflage, S. 311–326.

- Werner, Emmy E.:** *Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann.*- In Welter-Enderlin, Rosmarie, Bruno Hildenbrand (Hrsg.): *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände.*- Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2008, S. 28–42.
- Wieland, Norbert:** *Resilienz und Resilienzförderung – eine begriffliche Systematisierung.*- In: Zander, Margherita (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung.*- Wiesbaden: VS Verlag, 2011. S. 180–207.
- Williams, Carol N.:** *Präventive Maßnahmen und Behandlungsansätze für die Arbeit mit Kindern von Alkoholabhängigen.*- In: Appel, Christa (Hrsg.): *Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung.*- Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1994, S. 85–127.
- Woititz, Janet G** (⁸2007): *Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken.*- München: Kösel.
- Wustmann, Corina** (2004): *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität.*- Beltz: Weinheim und Basel.
- Zander, Margherita** (²2009): *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz.*- Wiesbaden: VS Verlag.
- Zander, Margherita:** *Einleitung der Herausgeberin. Handbuch für die Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.*- In: Ders. (Hrsg.): *Handbuch Resilienzförderung.*- Wiesbaden: VS Verlag, 2011. S. 8–30.
- Zobel, Martin** (2008): *Die Situation der Kinder in alkoholbelasteten Familien.*- In: Ders. (Hrsg.): *Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien.*- Bonn: Balance, 2008, S. 42–57.
- Zobel, Martin** (²2006): *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen.*- Göttingen: Hogrefe.

6.2. Zeitschriftenverzeichnis

- Block, Jack/Kremen, Adam M.:** IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness.- In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, Vol.70/No.2, S. 349–361.
- Connor, Kathryn M./Davidson, Jonathan R.T.:** *Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).*- In: *Depression and Anxiety*, 2003, Bd. 18, S. 76–82.
- Enoch, Mary-Anne:** The Influence of Gene-Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence.- In: *Current Psychiatry Report*, 2012, Bd. 14, S. 150–158.
- Enoch, Mary-Anne:** The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence.- In: *Psychopharmacology*, 2011, Bd. 214, S. 17–31.

- Enoch, Mary-Anne:** Genetic and Environmental Influences on the Development of Alcoholism. Resilience vs. Risk.- In: *Annals of The New York Academy of Sciences*, 2006, Volume 1094, S. 193–201.
- Ewing, John:** Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire.- In: *The Journal of The American Medical Association*.- 1984, Vol. 251/No.3, S. 1905–1907.
- Fingerle, Michael:** Die Verwundbarkeit des Resilienzkonzepts – und sein Nutzen.- In: *Sonderpädagogische Förderung heute*, 2011b, Bd. 2, S. 122–135.
- Freyberg, Thomas von/Wolff, Angelika:** Zur Kritik von Ressourcenansatz und Resilienzkonzept.- In: *Sonderpädagogische Förderung heute*, 2011b, Bd. 2, S. 136–151.
- Friborg, Oddgeir et. al.:** A New Rating Scale for Adult Resilience: What are the Central Protective Resources behind Healthy Adjustment?- In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2003, Vol. 12/No.2, S. 65–76.
- Heath, Andrew C. et al.:** A Quantitative-Trait Genome-Wide Association Study of Alcoholism Risk in the Community: Findings and Implications.- In: *Biological Psychiatry*, 2011, 70, S. 513–518.
- Hodder, Rebecca K. et al.:** A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. In: *Journal of Public Health*, 2011, Volume 33, S. 1–10.
- Johnson, Knowlton et al. (1998):** Preventing and Reducing Alcohol and Other Drug Use among High-Risk Youths by Increasing Family Resilience. In: *Social Work*, 1998, Volume 43, Number 4, S. 297–306.
- Johnson, Nicole et al.:** The relationship between college students' resilience level and type of Alcohol use.- In: *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*, 2011, no. 8, S. 67–82.
- Leppert, Karina:** Die Resilienzskala (RS)- Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13.- In: *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2008, Jg. 1/Heft 2, S. 226–243.
- Leppert, Karina/Strauß, B.:** Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen.- In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2011, Volume 44, S. 313–317.
- Moesgen, Diana/Klein, Michael:** Kinder aus suchtbelasteten Familien.- In: *Public Health Forum*, 2010, Vol. 18, S. 1–3.
- Petermann, Franz/Schmidt, Martin:** Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive?- In: *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie*, 2009, Nr. 1, S. 49–56.
- Rist, Fred et. al.:** Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF.– In: *Sucht – Zeitschrift für*

- Wissenschaft und Praxis/Journal of Addiction Research and Practice*, 2004, Vol. 50, S. 102–112.
- Rumpf, Hans-Jürgen et al.:** Screening-Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen: Der Lübecker Alkoholabhängigkeits und –missbrauchs-Screening-Test (LAST).- In: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 2002, Nr. 4, S. 237–242.
- Schlaff, Golda et al.:** The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches.- In: *Annals of Gastroenterology*, 2011, Vol. 24, S. 89–97.
- Schindler, Andreas et al.:** Insecure Family Bases and Adolescent Drug Abuse: A new Approach to Family Patterns of Attachment.- In: *Attachment and Human Development*, 2007, Vol. 9 (2), S. 111–126.
- Schumacher, Jörg et al.:** Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal.- In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 2005, No. 53, S. 16–39.
- Uhl, Alfred:** Präventionsansätze und –theorien.- In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 2005, Jg. 40, S. 39–45.
- Uhl, Alfred:** Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung. Aufsatz basierend auf dem Vortrag: „Wirksamkeit struktureller Prävention“ bei der DHS Fachkonferenz „Suchtprävention“, Bielefeld 8.–10.11.2004.- In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 2006, Jg. 29/Nr. 3, S. 5–22.
- Wampler, Richard S. et al.:** Development of a Brief Version of the Children´s Roles Inventory (CRI-20).- In: *The American Journal of Family Therapy*, 2009, No. 37, S. 287–298.
- Veronie, Linda/Fruehstorfer, David B.:** Gender, Birth Order and Family Role Identification among Adult Children of Alcoholics.- In: *Current Psychology: Developmental – Learning – Personality – Social Spring*, 2001, Vol.20/No. 1, S. 53–67.

6.3. Online-Literatur

- Babor, Thomas F. et al. (2001):** AUDIT.The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Case.- Online im Internet: URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67205> ,[Stand 2012-08-02]
- Deutsche Weinakademie GmbH (o.J.):** Wasser(!)dichte Auswertung belegt gesundheitlichen Nutzen von moderatem Weinkonsum.- Online im Internet: URL: <http://www.deutscheweinakademie.de/index.php?id=577> [Stand 2012-07-23]
- Eisenbach-Stangl, Irmgard (Hrsg.) (2008):** Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention.- Online im Internet: URL: http://www.euro.centre.org/data/1225887864_72136.pdf [Stand 2012-07-23]
- Gruber, Markus (2011):** Regionale Resilienz – Neue Anforderungen für Österreichs Regionalpolitik?.- Online im Internet: URL: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?Cobld=46394> [Stand 2012-08-30]

- G**schwandtner, Franz (2002): Suchtgefährdung von Kindern alkoholkranker Eltern.- Online im Internet: URL: http://www.praevention.at/upload/documentbox-/Suchtgefahrdung_von_Kindern_alkoholkranker_Eltern.pdf [Stand 2011-11-23]
- H**äupl, Michael/Theimer, Ernst (2002): Landesgesetzblatt Wien.- Online im Internet: URL: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2002-/html/lg2002017.htm> [Stand 2012-07-25]
- Institut Suchtprävention Pro Mente OOE (o.J.) : clever & cool.- Online im Internet: URL: <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.4/view.18/level.2/www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.416/level.3/> [Stand 2012-07-18]
- J**ordan, Stefan (2010): Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern.- Online im Internet: URL: <http://edoc.rki.de/oa/articles-/reGjL9tROGAxw/PDF/24G0ABaWOBZo.pdf> [Stand 2011-05-12]
- J**ungaberle, Henrik (2009-2012): Rebound. Meine Entscheidung.- Online im Internet: URL: <http://my-rebound.de/> [Stand 2012-04-18]
- K**FH NW/LVR (2003): Suchtfalle Familie?! Forschung und Praxis zu Lebenswelten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter.- Online im Internet: URL: http://80.92.48.160/addiction.de/fileadmin/user_upload/pdf/beitraege/Suchtfalle2003.pdf [Stand 2011-06-18]
- K**ärntner Landesregierung (o.J.) : EU- Projekt „Jugend und Alkohol“.- Online im Internet: URL: http://www.ktn.gv.at/42109_DE-ktn.gv.at/THEMEN-?detail=310&thema=5&subthema=28 [Stand 2012-07-18]
- K**lein, Michael (1998): Kinder suchtkranker Eltern: Fakten, Daten, Zusammenhänge.- Online im Internet: URL: <http://www.api.or.at/sp/encare/download/klein.pdf> [Stand 2012-06-19]
- N**ahrada, Franz (2012): Transition Austria. Machbare Schritte und profunde Innovationen für eine zukunftsfähige Lebensweise. Online im Internet: URL: <http://transitionaustria.ning.com/-profiles/blogs/start-des-projekts-resilienz-sterreich> [Stand 2012-09-5]
- Ö**sterreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club (o.J.) : Alkohol: Strafen & Folgen.- Online im Internet: URL: <http://www.oeamtc.at/?id=2500,1108846> [Stand 2012-07-15]
- P**uhm, Alexandra et al. (2008): Kinder aus suchtblasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention Datenbank Einrichtungen. Forschungsstudie 2004 – 2006.- Online im Internet: URL: <http://www.api.or.at/sp/download/lbidownload-/08%20encare%20studie.pdf> [2012-06-02]
- T**eam Vision (o.J.): Systemische Organisationsentwicklung.- Online im Internet: URL: <http://www.team-vision.at/?gclid=CPL4x8CMrrICFQIYzQod3yAAog> [Stand 2012-08-30]

- Uhl, Alfred (2008):** Alkohol und erhöhte Vulnerabilität in Kindheit und Jugend?- Online im Internet: URL: <http://www.api.or.at/sp/download/lbidownload-08%20jugendalkoholvulnerabilitat.pdf> [Stand 2011-02-11]
- Uhl, Alfred et al. (2011):** Handbuch Alkohol-Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011.- Online im Internet: URL: <http://www.api.or.at/sp/download/handbuch%20statistiken.pdf> [Stand 2012-02-06]

Anhang

1. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf eine Gruppe, die innerhalb der Alkoholismusforschung lange Zeit unbeachtet geblieben ist: den erwachsenen Kindern alkoholbelasteter Familien. Die sich in den Selbsthilfegruppen für Alkoholikerinnen und Alkoholiker entwickelnden Gesprächsrunden, in der nicht mehr die Konsumierenden im Mittelpunkt standen, sondern vielmehr die Kinder und schließlich die bereits erwachsenen Kinder, gaben den Anstoß zur wissenschaftlichen Beforschung dieser Risikogruppe. Diese Wendung in der Auseinandersetzung mit Alkoholismus manifestierte sich zusehends in wissenschaftlichen Publikationen, die nun den Fokus auf mögliche Konsequenzen durch die familiäre Situation für die sogenannten ACOA („adult children of alcoholics“) richteten.

In den Fachdiskursen wird davon ausgegangen, dass sich Kinder bzw. Jugendliche der Tragweite ihres aversiven Familienalltags oft erst im Erwachsenenalter bewusst werden. Dies äußert sich nicht selten in einer eigenen Suchterkrankung und/oder anderen psychischen Störungen. Obwohl diese dysfunktionalen Lebensbedingungen auf das Kind einwirken, muss die Entwicklung des Kindes jedoch nicht zwingend ungünstig verlaufen. Trotz vorliegender Risikofaktoren entwickelt sich ein Teil dieser Kinder gesund und führt im Erwachsenenalter ein gesundes, erfolgreiches Leben. Solche Kinder werden als resilient bezeichnet. Es ist insbesondere diese Gruppe der resilienten Erwachsenen, die in der vorliegenden Arbeit in den Blick genommen wird. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie sie sich unter derartigen Umständen dennoch gesund entwickeln konnten. Konkret wird überprüft, ob sie während ihrer Kindheit und Jugend ein bestimmtes Rollenverhalten an den Tag legten, das sie die schwierigen familialen Umstände meistern ließ. Dabei werden vier Rollentypen vorgestellt, die innerhalb einer Alkoholikerfamilie verstärkt ausgeprägt sind und Anlass zur Vermutung geben, ein Indikator für eine gesunde Entwicklung trotz dysfunktionalem Familienklima zu sein; es kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass Rollenverhalten als dysfunktionale Bewältigungsstrategien zu interpretieren sind, wie manche AutorInnen dies annehmen. Neben den beiden Hauptthemen Rollenmodelle und Alkoholikerkrankung bildet eine Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur zu Resilienz einen dritten Themenkomplex in dieser Arbeit. In diesem Zusammenhang bedeutet resilient, im weiteren Sinne widerstandskräftig gegenüber widrigen Bedingungen und im engeren Sinne widerstandskräftig gegenüber der Entwicklung einer eigenen Alkoholikerkrankung zu sein.

Die Aufarbeitung dieser drei Themen findet im theoretischen Teil der Arbeit statt und mündet in der Formulierung von Hypothesen, die im empirischen Teil der Arbeit überprüft werden. Dazu wurde eine Studie mit erwachsenen Kindern aus alkoholbelasteten Familien durchgeführt, deren Ziel es war, Unterschiede beziehungsweise Gemeinsamkeiten von

alkoholkranken und nicht alkoholkranken ACOA hinsichtlich ihres Rollenverhaltens und ihrer Resilienzfähigkeit quantitativ zu erforschen. Den Beginn stellte dabei die Erhebung der Daten mittels dreier Fragebögen dar, welche den ProbandInnen zugeschickt worden waren. Sodann wurden die dadurch erhobenen Daten für die Auswertung mittels SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) aufbereitet. Die aus den Theoriekapiteln hergeleiteten Hypothesen galt es nun, mittels statistischer Auswertungsverfahren an dieser Stichprobe zu überprüfen. Die Ergebnisse bestätigten die Theorien aus den angeführten Publikationen teilweise, widerlegten aber auch so manche wissenschaftliche Behauptung. Die Erkenntnisse dieser Arbeit verdeutlichen nicht nur die Relevanz der Thematik für die Erziehungswissenschaft und belegen die Wichtigkeit ihrer intensiveren Beforschung, sondern liefern auch inhaltliche Anregungen für wissenschaftliche Fragestellungen und weiterführende Studien.

2. Abstract

The purpose of this thesis was to investigate a specific group of people, namely the Adult Children of Alcoholics (ACOA). The scientific interest for this target group was stimulated by support groups focusing on adult children rather than people with alcohol-related problems. Consequently, academic publications started to inspect the potential consequences due to the family situation of ACOA's. According to the extensive body of research ACOA's seem to be increasingly prone to a variety of detrimental risk factors such as substance abuse and/or other mental disorders. In this paper special attention will be given to resilient adults, a term which refers to adults raised as children in aversive home environments who managed to successfully overcome their difficult and challenging life experiences. The main aim of the study was to find out how these adults, in spite of their family background, were able to sustain their health and lead truly fulfilling lives. More precisely, the question whether these adults adopted specific roles during their childhood and adolescence in order to cope with their family environment was closely examined. Thus, the theoretical part of the thesis introduces four role models which may be adopted by ACOA's as dysfunctional coping strategies. Next to the discussion of the role models and alcoholism, the literature review on resilience constitutes the third section of the theoretical part. In the context of this thesis, resilience relates to the ability to master adverse conditions and furthermore, to have the strength to resist the predisposition to develop alcohol dependence.

In the empirical part, the formulated hypotheses will be inspected in greater depth on the basis of the reviewed literature. Here, the main objective was to find similarities as well as dissimilarities between two subject groups, namely ACOA's dealing with alcohol abuse and resilient ACOA's. For this purpose, the subjects' role behaviors as well as their level of resilience capacity were quantitatively measured. Initially, three questionnaires had been sent out to the subjects before the obtained data was analyzed via the Statistical Package for

the Social Sciences (SPSS). The objective of the statistical evaluation process was to either verify or falsify the theories introduced in the theoretical part, based on the sample.

The results confirmed some theories cited by scholars in this thesis. Other hypotheses, however, contradict the results and thus, had to be refuted. The findings of this thesis yield towards the importance of this area of research, especially in the field of educational science and provide stimulus for further research on the subject matter.

3. Kontaktbogen



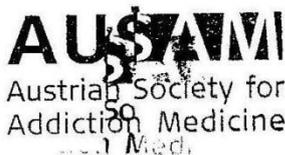
ÖGSM - Österreichische Gesellschaft für Suchtmedizin
AUSAM – Austrian Society for Addiction Medicine
President: Otto Lesch Vice-President: Eckhard Beubler Vice
President: Wilfried Ilias
Secretary: Henriette Walter Assistant Secretary: Werner
Siegwart
Treasurer: Petra Munda Assistant Treasurer: Hermann Toplak
Board Members: Eduard Auff, Irmgard Homeier, Michael Kunze, Katrin Skala

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Behandlung einer Abhängigkeit sollte so früh als möglich beginnen. wir versuchen die Ursachen einer Abhängigkeit genauer zu untersuchen. Da sie uns in unserer Ambulanz schon einmal aufgesucht haben und wir ihre Erkrankung genauer definiert haben, wenden wir uns jetzt mit einer Bitte an Sie: Im Zuge einer Forschungsarbeit von Univ. Prof. Dr. O.M. Lesch, in der die Ursachen und Risiken für die Abhängigkeit von Alkohol untersucht werden, würden wir Sie herzlichst zu Ihrer Mitarbeit einladen. Um unser Anliegen besser zu beschreiben, würden wir gerne ein Telefon Gespräch mit ihnen führen. Eine Mitarbeiterin des Teams von Prof. Lesch wird sie am _____ zwischen _____ und _____ anrufen. Alle diese Gespräche unterliegen der absoluten ärztlichen Schweigepflicht

Besten Dank an Sie im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen
Univ. Prof. Dr. Otto Lesch



4. Teilnahme-Information an die Eltern

Information zur Teilnahme

Sehr geehrte Eltern!

Im Vorfeld möchte ich mich sogleich für die positive, telefonische Kontaktaufnahme und die Zusage für die Teilnahme Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder an dieser Studie recht herzlich bedanken. Indem Sie sich zur Entgegennahme und Weitergabe dieses Kuverts an Ihr Kind bzw. Ihre Kinder bereit erklärt haben, liefern Sie einen wichtigen Beitrag zu einer wissenschaftlichen Arbeit. In diesem Kuvert befinden sich neben diesem **Informationsblatt**, auch ein **Informationsblatt zur Fragebogenuntersuchung**, ein fünfseitiger **Fragebogen** und ein frankiertes **Rückkuvert**.

Da Sie als Elternteil die Unterlagen zur Untersuchung entgegen nehmen, möchte ich Sie eindringlich bitten, diese an Ihre Tochter und/oder Ihren Sohn weiterzugeben, da sonst diese Studie verfälschte Ergebnisse liefert und mögliche Hilfestellungen für Kinder aus alkoholbelasteten Familien nicht fruchten. Folgende Unterlagen benötigen Ihre Tochter und/oder Ihr Sohn für das Beantworten und Retournieren des Fragebogens:

- 1 Information zur Fragebogenuntersuchung
- 1 fünfseitiger Fragebogen
- 1 frankiertes Rückkuvert

1. Was ist der Zweck und der Nutzen dieser Studie?

Die Teilnahme Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder trägt dazu bei, über die *Auswirkungen einer elterlichen Alkoholabhängigkeit bzw. eines Alkoholmissbrauches auf erwachsene Kinder* mehr Kenntnis zu gewinnen. Mit Ihrer Unterstützung können Interventions- und Präventionsprogramme entwickelt werden, die auf Kinder und Erwachsene aus alkoholbelastetem Elternhaus abgestimmt werden und somit gezielte Hilfe bieten können.

2. Was erfragt diese Studie?

Inhaltlich werden die drei Fragebögen einerseits das Trinkverhalten Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder und andererseits deren Verhaltensweisen in Kindheit und Gegenwart, also im Erwachsenenalter erfragen.

- Der Fragebogen liegt in **anonymisierter** Form vor und erfragt weder Ihren Namen, Adresse, Telefonnummer oder E-Mail-Adresse, noch von Ihrer Tochter und/oder Ihrem Sohne. Demgemäß erfolgt die Auswertung der Fragebögen ohne persönliche Angaben.
- Des Weiteren basiert die Teilnahme an dieser Fragebogenerhebung auf **Freiwilligkeit** und unterliegt keinerlei Verpflichtung Ihrerseits, d. h. die Weitergabe und infolgedessen die Retournierung des ausgefüllten Fragebogens kann auch verweigert werden. Wenn Sie oder Ihr Kind bzw. Ihre Kinder an dieser Erhebung nicht teilnehmen möchten, wird das für sie oder Ihre Tochter und/oder Ihren Sohn keinerlei Nachteile bzw. Schwierigkeiten mit sich bringen!!!

Vielen lieben Dank für Ihre Mithilfe.

Für etwaige Rückfragen oder Verständnisfragen stehen Fr. Prof. Dr. Walter und ich - Iris Rausch - gerne zur Verfügung.

Ao. Univ. Prof. Dr. Henriette Walter 01- 40400 3528	Iris Rausch 0650- 65 3060 2
--	--------------------------------

5. Informationsblatt an die ProbandInnen

Information zur Fragebogenuntersuchung

Sehr geehrte Teilnehmerin! Sehr geehrter Teilnehmer!

Im Vorfeld möchte ich mich sogleich für Ihre Teilnahme an dieser Studie und für Ihren Beitrag an einer wissenschaftlichen Arbeit recht herzlich bedanken. Im Kuvert befinden sich neben diesem **Informationsblatt**, ein fünfseitiger **Fragebogen** und ein frankiertes **Rückkuvert**. Nach Beantwortung der Fragen bitte ich Sie dieses Kuvert dafür zu benutzen, den ausgefüllten Bogen an meine Adresse zu retournieren. (Auf dem Kuvert ist Adresse bereits aufgedruckt.)

1. Was ist der Zweck und der Nutzen dieser Studie?

Ihre Teilnahme trägt dazu bei, über die *Auswirkungen einer elterlichen Alkoholabhängigkeit bzw. eines Alkoholmissbrauches auf Erwachsene Kinder* mehr Kenntnis zu gewinnen. Mit Ihrer Unterstützung können Interventions- und Präventionsprogramme entwickelt werden, die auf Kinder und Erwachsene aus alkoholbelastetem Elternhaus abgestimmt werden und somit gezielte Hilfe bieten können.

2. Wie verläuft diese Studie?

Inhaltlich werden die drei Fragebögen einerseits Ihr eigenes Trinkverhalten und andererseits Ihre Verhaltensweisen in Ihrer Kindheit und Gegenwart, also im Erwachsenenalter erfragen. Nähere Erklärungen finden Sie dazu im jeweiligen Fragebogenabschnitt. Ich bitte Sie die Fragen nach Ihrem eigenen Befinden auszufüllen.

Zur Beantwortung finden Sie die Möglichkeiten in Form eines Schulnotensystem von 1 (ja bzw. ich stimme zu) bis 5 oder 7 (nein bzw. ich stimme nicht zu). Im Anschluss an die Fragebögen finden Sie noch eine offen gestellte Frage, wo Sie Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge oder Ähnliches anfügen können.

- Der Fragebogen liegt in **anonymisierter** Form vor und erfragt weder Name, Adresse, Telefonnummer noch E-Mail-Adresse. Demgemäß erfolgt die Auswertung der Fragebögen ohne Angaben der Teilnehmer und Teilnehmerinnen und kann somit nicht zu Ihnen rückverfolgt werden.
- Des Weiteren basiert die Teilnahme an dieser Fragebogenerhebung auf **Freiwilligkeit** und unterliegt keinerlei Verpflichtung Ihrerseits, d. h. die Retournierung des ausgefüllten Fragebogens kann auch verweigert werden. Wenn Sie an dieser Erhebung nicht teilnehmen möchten, wird das für Sie oder Ihre Eltern keinerlei Nachteile bzw. Schwierigkeiten mit sich bringen!!!

Vielen lieben Dank für Ihre Mithilfe.

Für etwaige Rückfragen oder Verständnisfragen stehen Fr. Prof. Walter und ich - Iris Rausch - gerne zur Verfügung.

Ao. Univ. Prof. Dr. Henriette Walter 01- 40400 3528	Iris Rausch 0650- 65 3060 2
--	--------------------------------

6. Fragebogen

- 1 -

FRAGEBOGEN

Zu Beginn dieses 5- seitigen Fragebogens werden einige allgemeine Daten zu ihrer Person erfragt.

Geschlecht:

- weiblich
 männlich

Haben sie mit dem alkoholerkrankten Elternteil während ihrer Kindheit/Jugend (von 0-16) in einem Haushalt gelebt?

- Ja, durchgehend
 Ja, meistens
 Kaum
 Nein, nie

Alter:

- Bis 24
 25 – 35
 36 – 45
 46 – 60
 ab 61

Leiden sie an einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung?

- Ja
 Meines Erachtens ja, aber sie wurde nicht diagnostiziert
 Nein

Alkoholerkrankter Elternteil:

- Mutter
 Vater

Alkoholtypus des Elternteils:

- 2
 3
 1 oder 4

- 2 -

Im Folgenden werden ihre Trinkgewohnheiten anhand von 4 Fragen ermittelt. Als Antwortmöglichkeiten stehen 5 Kategorien zur Auswahl. Kreuzen Sie bitte das für Sie am meisten Zutreffende an.

		Ja	Nein
Cut down Drinking	Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annoyance	Haben Sie jemals bei anderen Menschen Anstoß erregt, weil Sie nach deren Meinung zu viel trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guilty	Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye Opener	Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Nachfolgenden werden Sie nach Ihren Kindheitserinnerung gefragt. Ich bitte Sie, sich zurückzuerinnern, wie sie sich als Kind gefühlt bzw. verhalten haben. Je nachdem was für Sie am häufigsten in ihrer Kindheit zugetragen hat, kennzeichnen sie durch Markieren der entsprechenden Zahl.

	Sieht mir sehr ähnlich	Sieht mir ein bisschen ähnlich	Unentschlossen	Sieht mir eher nicht ähnlich	Sieht mir überhaupt nicht ähnlich
1. einsam (isoliert)	1	2	3	4	5
2. einsichtig (verständlich)	1	2	3	4	5
3. feindselig	1	2	3	4	5
4. fröhlich	1	2	3	4	5
5. humorvoll (amüsant)	1	2	3	4	5
6. in sich gekehrt (distanziert)	1	2	3	4	5
7. komisch	1	2	3	4	5

	Sieht mir sehr ähnlich	Sieht mir ein bisschen ähnlich	Unentschlossen	Sieht mir eher nicht ähnlich	Sieht mir überhaupt nicht ähnlich
8. kriminell	1	2	3	4	5
9. lustig	1	2	3	4	5
10. rebellisch (aufsässig)	1	2	3	4	5
11. reserviert (zurückhaltend)	1	2	3	4	5
12. ruhig (still)	1	2	3	4	5
13. schüchtern	1	2	3	4	5
14. sorgfältig (gründlich)	1	2	3	4	5
15. über-verantwortlich	1	2	3	4	5
16. ungehorsam	1	2	3	4	5
17. UnruhestifterIn	1	2	3	4	5
18. unterhaltsam	1	2	3	4	5
19. vernünftig (besonnen)	1	2	3	4	5
20. vertrauens-würdig	1	2	3	4	5

Der letzte Abschnitt des Fragebogens beschäftigt sich mit Ihrer gegenwärtigen Befindlichkeit. Sie finden eine Reihe von Feststellungen, die auf Sie mehr oder weniger zutreffen. Markieren Sie bitte jene Zahl, die Ihr übliches Denken und Handeln am besten beschreibt.

	1 = stimme völlig zu ... 7 = stimme nicht zu						
1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich kann mich eher auf mich selbst als auf Andere verlassen.	1	2	3	4	5	6	7
4. Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
5. Wenn ich muss, kann ich auch allein sein.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin stolz auf das, was ich schon geleistet habe.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ich stelle mir selten Sinnfragen.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
13. Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich weiß, dass ich das früher auch schon geschafft habe.	1	2	3	4	5	6	7
14. Ich habe Selbstdisziplin.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7

	1 = stimme völlig zu ... 7 = stimme nicht zu						
17. Mein Glaube an mich selbst, hilft mir auch in harten Zeiten.	1	2	3	4	5	6	7
18. In Notfällen kann man sich auf mich verlassen.	1	2	3	4	5	6	7
19. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
20. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mein Leben hat einen Sinn.	1	2	3	4	5	6	7
22. Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern kann.	1	2	3	4	5	6	7
23. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
24. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

Zum Schluss haben sie hier noch die Möglichkeit Anmerkungen zu hinterlassen:

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt und haben somit wichtige und hilfreiche Informationen zu einem so bedeutenden Thema wie Alkoholismus beigesteuert.

Vielen herzlichen Dank für ihre Mithilfe!

Ich bitte sie nun den ausgefüllten Fragebogen in das dafür vorgesehene frankierte Kuvert zu geben und bis zum 22.7.2012 zurück zu schicken.

7. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name	Iris Rausch
Geburtsdaten	30.10.1980
Geburtsort	Waidhofen/Ybbs, Niederösterreich

Berufserfahrung & Praktika:

Seit März 2010	Behindertenfachkraft in der Werkstätte OPUS (Verein zur Schaffung alternativer Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke)
2002-2010	Lehrkraft am Institut Lernquadrat in den Fächern Latein, Mathematik, Pädagogik Psychologie
09/10 2009	Praktikum an der Alkoholambulanz 04A-2 des AKH Wien
2007/2008/2009	Österreichweite Betreuung von Kindern und Familien unter der Leitung der Wiener Jugenderholung
2007-2009	Betreuungsassistenz im Schweizerhaus Hadersdorf (ambulante und stationäre Drogentherapie)
WS 2007/WS 2008/ SS 2010	Tutorien an der Universität Wien für Proseminare „Wissenschaftliches Arbeiten unter philosophischer Bezugnahme“
2007-2008	Badmintonlehrerin für Volksschulkinder
2004-2010	Gelegentliche private Kinderbetreuung

Schulbildung:

seit 2001	Studium der Pädagogik an der Universität Wien <ul style="list-style-type: none">• Schwerpunkte: psychoanalytische Pädagogik und Medienpädagogik• Wahlfächer: Philosophie, Psychologie und Psychiatrie/Psychotherapie
1994-2001	Matura am Bundesrealgymnasium Waidhofen/Ybbs
1990-1994	Hauptschule in Mauer-Öhling
1986-1990	Volksschule in Amstetten

Aktuelle Weiterbildung:

Seit 2010	Fortbildung im Rahmen der Beschäftigung bei OPUS (16 h/Jahr zu beruflicher Integration, psychischen Erkrankungen, Erwachsenenbildung ...)
2010	Rhetorikkurs an der VHS Wien West