

*GESELLSCHAFTS (FÄHIGE) DROGE Alkohol
Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts für Kinder
alkoholabhängiger Eltern*

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Carmen Aida POLLHEIMER, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft
BegutachterIn: Univ. Prof. Dr. Heimgartner Arno

Graz, 2018

Zusammenfassung:

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit der Gesellschaftsdroge Alkohol und die damit einhergehenden Probleme in einer suchtblasteten Familie. Hierbei wird der Fokus auf die Kinder von alkoholabhängigen Eltern gelegt um aufzuzeigen, welchen Belastungen diese Kinder ausgesetzt sind. Ziel dieser Abschlussarbeit ist es, Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts zu entwickeln, welches Kinder aus alkoholbelasteten Familien in ihrem Alltag unterstützt. Diese Hilfestellung für suchtblastete Familien mittels eines sozialpädagogischen Konzepts sollte nicht in ein bereits zerrüttetes und komplexes Familiensystem eingreifen, weder wertend noch fragend sein, sondern es sollte betroffene Kinder in einer Zeit beistehen, in der es sonst keiner tut. Um die Grundlagen für dieses Konzept auszuarbeiten wurden acht erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern durch ein narratives Interview befragt, welches eine Anlehnung an das Diagnoseninterview nach Uhlendorff darstellt. Des Weiteren wurden eine Selbsteinschätzungsskala und das Zeichnen eines Genogramms in das Interview mit einbezogen. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung sind in die Grundlagen des sozialpädagogischen Konzepts eingearbeitet worden.

Abstract:

This master thesis deals with the social drug drug alcohol and the associated problems in a addicted family. Here, the focus is placed on the children of alcoholic parents to show what burdens these children are exposed. The aim of this thesis is to develop the basics of a socio-pedagogical concept, which supports children from alcohol-burdened families in their everyday life. This assistance to addicted families through a socio-pedagogical approach should not interfere with an already shattered and complex family system, be neither judgmental nor questioning, but should assist affected children at a time when no one else is doing it. In order to lay the foundations for this concept, eight adult children were interviewed by alcohol-dependent parents through a narrative interview, which is based on the diagnosis interview according to Uhlendorff. Furthermore, a self-assessment scale and the drawing of a genogram were included in the interview. The results of the empirical study have been incorporated into the fundamentals of the socio-pedagogical concept.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Graz Mai, 2018

Carmen Aida Pollheimer, BA

DANKE...

... Stefan, für dein unermessliches Verständnis, deine liebevolle Unterstützung, deine aufmunternden Worte und deine große Liebe.

... Mama, dass du mir Flügel gegeben hast, um mir zu zeigen, wie schön fliegen sein kann und Wurzeln, um immer wieder zurück zu kehren auf den Boden.

... Sascha, dass du nicht nur mein wundervoller Bruder bist, sondern dass du meine Kindheit zu einem schöneren Ort gemacht hast.

... Lydia, für deine Leidenschaft und deinen unermüdlichen Einsatz meine Masterarbeit Korrektur zu lesen.

... allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für eure Zeit, Ehrlichkeit, lieben Worte und das ihr mit mir eure Geschichte geteilt habt.

... Herr Dr. Riesenhuber, für Ihre tolle Unterstützung und der professionellen Begleitung meiner Masterarbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Begriffsdefinition.....	13
1.1	Alkohol	13
1.2	Risikoarmer Alkoholkonsum.....	14
1.3	Problematischer Alkoholkonsum	15
1.4	Alkoholabhängigkeit.....	15
1.4.1	Die vier Phasen der Alkoholerkrankung.....	17
1.4.2	Typologien von alkoholkranken Menschen.....	18
1.4.3	Suchtspirale.....	23
2	Die „GESELLSCHAFTS (FÄHIGE) DROGE Alkohol“	25
2.1	Die Geschichte von Alkohol.....	25
2.2	Alkoholkonsum Ist – Zustand in Österreich und Europa	26
2.2.1	Alkoholkonsum im Zeitverlauf 1994 - 2015	27
2.2.2	Internationaler Vergleich	27
2.2.3	Steiermark.....	28
3	Folgen des Alkoholkonsums	28
3.1	Körperliche Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholkonsum.....	28
3.1.1	Gehirn	29
3.1.2	Delirium.....	29
3.1.3	Epileptische Anfälle.....	29
3.1.4	Korsakow-Syndrom.....	30
3.1.5	Mangelernährung.....	30
3.1.6	Krebsrisiko.....	31
3.1.7	Haut.....	31
3.1.8	Herz-Kreislauf-System	31
3.1.9	Magen	32

3.1.10	Bauchspeicheldrüse	32
3.1.11	Lebererkrankungen	33
3.1.12	Nerven.....	34
3.2	Psychische Folgen für die Alkoholabhängigen	35
3.2.1	Psychopathologische Störungen	35
3.2.2	Psychiatrische Erkrankungen.....	36
3.3	Soziale Folgen	39
3.3.1	Alkohol und Familie	39
3.3.2	Alkohol und Beruf	40
3.3.3	Alkohol und Verkehrstüchtigkeit	41
4	Alkohol – Eine Familienkrankheit	43
4.1	Familienregeln	43
4.2	Co-Abhängigkeit.....	45
4.2.1	Die Phasen einer Co-Abhängigkeit	46
4.3	Merkmale und Auswirkungen für Kinder einer „Alkoholikerfamilie“ (Bezugnehmend auf das Kindesalter)	47
4.4	Rollen der Kinder	50
4.5	Bewältigungsstrategien der Kinder.....	54
4.6	Merkmale und Auswirkungen auf die Kinder einer „Alkoholikerfamilie“ – (Bezugnehmend auf das Erwachsenenalter)	60
5	Trinken will gelernt sein – oder liegt es doch an den Genen?.....	67
5.1	Genetische Veranlagung.....	67
5.2	Psychosoziale Risikofaktoren.....	68
6	Forschungsgrundlage.....	72
6.1	Ausgangslage.....	72
6.2	Forschungsziel	72

6.3	Forschungsfragen.....	73
7	Forschungsdesign	74
7.1	Erhebungsmethoden	74
7.1.1	Narratives Interview	74
7.1.2	Genogramm:	77
7.2	Stichprobe	79
7.3	Durchführung der Interviews.....	81
7.4	Auswertungsmethode der Interviews	82
7.4.1	Transkripton:	82
7.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	83
8	Darstellung der Daten	87
8.1	Lebenssituation in der Kindheit.....	87
8.1.1	Wohnsituation.....	87
8.1.2	Geschwister.....	88
8.1.3	Erziehungsstil	89
8.2	Wichtige Personen in der Kindheit.....	90
8.2.1	Vater	91
8.2.2	Mutter	92
8.2.3	Großeltern	94
8.3	Bewältigungsstrategien.....	95
8.3.1	Eingenommene Rollen in der Kindheit	95
8.3.2	Bewältigungsstrategien - Selbsteinschätzung.....	96
8.4	Folgen der Alkoholsucht der Eltern.....	98
8.4.1	Aktuelle Wohnsituation	98
8.4.2	Aktuelle Familiensituation.....	99
8.4.3	Eigene Suchtprobleme	99

8.5	Beantwortung der Forschungsfragen:.....	101
9	Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts für Kinder von alkoholabhängigen Eltern	104
10	Literaturverzeichnis	107
10.1	Fachliteratur	107
10.2	Quellenangaben	110
10.3	Fachbroschüren und Streuliteraturen	112
11	Abbildungsverzeichnis	114
12	Anhang.....	115
12.1	Einverständniserklärung	115
12.2	Selbstevaluierungsbogen	116

Einleitung:

„Es muss wohl an mir liegen, dass die Eltern ihre Versprechen nicht einhalten – ich bin nicht gut genug. Ich kann mich nicht auf sie verlassen. Auf nichts und niemand ist Verlass. Am besten ich mache alles selbst.“ (Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 13).

„Immer wenn wir alleine waren, hat Mama geweint und mir alles erzählt, was Papa wieder gemacht hat. Ich wollte das doch gar nicht hören ...“ (Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 15).

„Er hat es wunderbar verstanden, psychischen Druck auf uns alle auszuüben, zum Beispiel durch Einschüchterungen, Drohungen und der gleichen mehr. Das Gewalttätigste dabei war, wenn er die Eingangstür eingetreten hat – aus Wut darüber, weil wir nicht aufgemacht haben.“ (Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 14).

Alkohol – Eine allgegenwärtige Droge in unserer Gesellschaft, die kaum mit einer negativen Zuschreibung verbunden wird. Getrunken wird bei Festen, in der Oper, an Geburtstagen, beim Grillen, beim Gemütlichen beisammen sein oder nach der Arbeit das „Feierabendbier“. Der Alkoholkonsum ist ein Bestandteil des Soziallebens in Österreich, aber auch in anderen europäischen Ländern konsumiert der Großteil der Bevölkerung Bier, Wein oder Spirituosen und „(...) zu oft, in zu großen Mengen, oder in Situationen, in denen man auf Alkohol verzichten sollte.“ (Ministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 3). Gründe für den Konsum sind der Geschmack oder die Wirkung(en) von Alkohol wie beispielsweise das Sinken der Hemmschwelle oder eine betäubende und schmerzlindernde Wirkung uvm. Kommt es zu einem dauerhaften problematischen Alkoholkonsum, welcher bereits Auswirkungen auf den eigenen Körper oder die Psyche hat, leiden meist schon die engsten Familienmitglieder ebenfalls unter dem unkontrollierten Alkoholkonsum der Mutter / des Vaters. In dieser Abschlussarbeit wird Alkohol nicht als „Eine Person Krankheit“ betrachtet, sondern als eine Familienkrankheit.

Die betroffenen Familienmitglieder (be)schützen das konsumierende Familienmitglied um nach außen den Eindruck einer „heile Familie“ aufrecht zu erhalten. Vor allem Kinder lernen schon früh zu Schweigen um den Schein der Familie zu bewahren. Dennoch ist für die abhängige Person das Eingestehen einer noch immer stigmatisierten Krankheit ebenfalls kein leichter Weg (vgl. Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 9).

Aus diesem Grund wurde diese Masterarbeit auch folgendermaßen aufgebaut um alle Facetten einer Alkoholabhängigkeit aufzuzeigen. Im ersten Teil der Theorie wird der Verlauf einer Alkoholabhängigkeit beschrieben, mit allen psychischen, physischen und sozialen Folgen für die konsumierende Person. Danach wird eine Alkoholabhängigkeit aus der Sicht der Familie und vor allem aus der Sicht der Kinder beschrieben. Welche Auswirkungen und Folgen diese Krankheit für Kinder bis in das Erwachsenenalter hat.

Ziel dieser Arbeit ist es Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts für Kinder von alkoholabhängigen Eltern zu erarbeiten. Diese Hilfestellung für suchtbelastete Familien mittels eines sozialpädagogischen Konzepts sollte nicht in ein bereits zerrüttetes und komplexes Familiensystem eingreifen, weder wertend noch fragend sein, sondern es sollte betroffene Kinder in einer Zeit beistehen, in der es sonst keiner tut. Um dieses Konzept zu erarbeiten werden acht erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern mit einem narrativen Interviewverfahren befragt. Der Forschungsfragen für diese Arbeit lauten:

Hauptfrage:

- Wie können Kinder von alkoholkranken Eltern mit all ihren Stärken und Schwächen in ein sozialpädagogisches Konzept eingebunden werden?

Subfragen:

- Welche Betreuung hatten Kinder von alkoholabhängigen Eltern in ihrer Kindheit?
- Haben diese Kinder Bewältigungsstrategien entwickelt?
- Welche Folgen hat eine Alkoholsucht der Eltern für Kinder auf ihrem weiteren Lebensweg?

Diese Masterarbeit sollte aufzeigen wie unreflektiert mit der „Gesellschaftsdroge Alkohol“ umgegangen wird und wichtig es wäre, Kinder mit einem alkoholabhängigen Elternteil zu unterstützen. Diese ausgearbeiteten Grundlagen sollten den Grundstock bilden für ein sozialpädagogisches Konzept, das in der Praxis anwendbar ist.

I Theoretische Grundlagen

„Wenn du einem geretteten Trinker begegnest, dann begegnest du einem Helden. Es lauert in ihm der Todfeind, er bleibt behaftet mit seiner Schwäche und setzt nun seinen Weg fort durch eine Welt der Trinksitte, in einer Umgebung, die ihn nicht versteht, in einer Gesellschaft, die sich für berechtigt hält, in jämmerlicher Unwissenheit auf ihn herabzusehen als auf einen Menschen zweiter Klasse, weil er es wagt, gegen den Alkoholstrom zu schwimmen. Du weißt es jetzt, er ist ein Mensch erster Klasse, er ist ein wahrer Held“

Friedrich von Bodelschwingh, 1831 – 1910

1 BEGRIFFSDEFINITION

Alkohol ist ein wichtiger Bestandteil im Sozialleben Österreichs, sei es bei Geburtstagen, bei Firmenfeiern oder das Glas Wein zum Essen. Aber was ist eigentlich Alkohol und wie wirkt sich dieser im Körper eines Erwachsenen aus? Wo endet der Genuss und ab wann kommt es zum Missbrauch von Alkohol und später dann zur Abhängigkeit? Das Kapitel *Begriffsdefinition* wird auf diese Fragen Aufklärung bringen und sollte dieser Masterarbeit für den weiteren Verlauf eine klare Linie vorgeben.

1.1 Alkohol

„Das Wort `Alkohol` stammt aus dem Arabischen (...) und bedeutet so viel wie „das Feinste“ bzw. `die Essenz` (Schild/Wiesbeck 2012, S. 17). Seit vielen Jahrtausenden wird Alkohol nicht nur als Genuss- und Nahrungsmittel verwendet, auch als Rausch- und Heilmittel ist Alkohol beliebt. Die chemische Zusammensetzung von Ethylalkohol, der Alkohol der von Menschen getrunken wird, lautet: Ethanol, C_2H_5OH . Diese klare, kräftig riechende Flüssigkeit kann einerseits durch die Gärung von zuckerhaltigen Früchten entstehen, andererseits auch durch Getreide oder Kartoffeln. Durch diesen Prozess der natürlichen Gärung entstehen maximal 18Vol% Ethanol. Durch weitere Destillation werden die Vol% deutlich erhöht und es wird dann nicht mehr von einem Gärungsalkohol, sondern von Destillationsalkohol gesprochen (vgl. Schild/Wiesbeck 2012, S. 17). Alkohol wird Oral eingenommen und „über die Schleimhäute des Mund-Magen-Darmtrakts rasch resorbiert und über das Blut in alle wasserhaltigen Gewebe verteilt.“ (Schild/Wiesbeck 2012, S. 17). Die Alkoholkonzentration im Gehirn ist zirka

die gleiche wie im Blut und hat dabei ihren höchsten Grad 30 – 60 Minuten nach dem Trinken erreicht. (vgl. Schild/Wiesbeck 2012, S. 17).

Welche Wirkung Alkohol auf den Körper eines Erwachsenen hat, wird in der Broschüre „Alkohol“ von der Österreichischen Suchtvorbeugung anhand von Promillewerten beschrieben. Dabei wird darauf hingewiesen, dass es sich um Anhaltspunkte und nicht Richtlinien halte. Ab einem Promillewert zwischen 0,2 und 0,5 sinkt bereits das Seh- und Hörvermögen, die Reaktionsfähigkeit und die Kritikfähigkeit ist eingeschränkt, dabei steigt jedoch die Risikobereitschaft. Bei einem Wert von 0,5 bis 0,7 Promille kommt es zu Gleichgewichtsstörungen und zunehmend zur Enthemmung und Selbstüberschätzung. Der sogenannte Tunnelblick, also eine Verengung des Blickfeldes, Euphorie und Enthemmung nehmen, ab einem Wert von 0,8 Promille, verstärkt zu. Das Rauschstadium tritt zwischen 1 und 2 Promille im Blut, dabei treten Sprechstörungen, Verwirrtheit, Orientierungsstörungen und extreme Selbsteinschätzung ein. Das Betäubungsstadium liegt zwischen 2 und 3 Promille, dabei kommt es zur Verwirrtheit, Erbrechen, Gedächtnis- und Bewusstseinsstörung und Muskelerschlaffung. Das letzte Stadium ist das Lähmungsstadium und tritt ab 3 Promille ein. Dazu gehören Bewusstlosigkeit, schwache Atmung, Unterkühlung und Verlust der Reflexe. Ab einem Wert von 4 Promille kann es zu Lähmungen, Koma, unkontrollierten Ausscheidungen und Atemstillstand kommen (vgl. Sucht Schweiz / Arge Suchtvorbeugung 2013, S. 3).

1.2 Risikoarmer Alkoholkonsum

Laut der Broschüre der Österreichischen Suchtvorbeugung (2013) ist ein risikoarmer Alkoholkonsum, ein solcher wenn in Maßen und in einer „passenden Situation“ getrunken wird. Ausschlaggebend ist auch das Alter der jeweiligen Person, das Geschlecht, die Menge und das Umfeld in dem Alkohol konsumiert wird (vgl. Sucht Schweiz / Arge Suchtvorbeugung 2013, S. 3). Darüber hinaus gibt es auch eine Mengenangabe von Reinalkohol welche pro Tag konsumiert werden könnte um den Alkoholkonsum als risikoarm einzustufen. Diese Grenzwerte betragen für Frauen 16 Gramm Reinalkohol pro Tag und für Männer sind es 24 Gramm Reinalkohol pro Tag (Musalek, Mader 2012, S. 31f). 20 Gramm reiner Alkohol entspricht etwa ein

halbes Bier oder ein Viertel Glas Wein oder drei kleine Schnäpse (vgl. Sucht Schweiz / Arge Suchtvorbeugung 2013, S. 3).

1.3 Problematischer Alkoholkonsum

Umgangssprachlich als Alkoholmissbrauch bekannt, ist ein „(...) Alkoholkonsum mit nachweislich schädlicher Wirkung (körperlich oder psychisch), ohne dass eine Alkoholkrankheit vorliegt“ (Alkohol ohne Schatten 2012, S. 8).

Laut Broschüre für Alkohol der Österreichischen Suchtvorbeugung ist ein problematischer Alkoholkonsum ein solcher der in bestimmten Situationen unangepasst und mit verschiedensten Risiken verbunden ist, wie beispielsweise am Arbeitsplatz, in einer Schwangerschaft oder bei aktueller Einnahme von Medikamenten uvm. (vgl. Sucht Schweiz / Arge Suchtvorbeugung 2013, S. 3).

Diese Masterarbeit stützt sich auf die Definition von Herrn Doktor Anro Lelke, der folgende Begriffserklärung für den problematischen Alkoholkonsum – Alkoholmissbrauch festgelegt hat: „Ein Missbrauch liegt vor, wenn Alkohol von falschen Personen (Kinder, Kranke, Behinderte, Schwangere usw.), zur falschen Zeit (am Arbeitsplatz, vor oder während der Autofahrt), aus falschem Anlass (Konflikte, Stress, Ärger), aus falscher Gewohnheit (gemütlicher Abend), im Übermaß unter Missachtung gesellschaftlicher Normen getrunken wird und das Konsumverhalten zu einer Gesundheitsschädigung führt“ (Lelke 2014, S. 223).

1.4 Alkoholabhängigkeit

Eine Alkoholabhängigkeit, welche in Österreich noch immer bagatellisiert wird, ist eine Erkrankung auf psychischer und physischer Ebene. Dabei nimmt nicht nur der Konsum von Alkohol eine wichtige Rolle für die Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit ein, sondern auch der Erwerb des Alkohols ist ein wichtiger Teil dieser Krankheit (vgl. Alkohol ohne Schatten 2012, S. 6). Eine genaue Definition für eine Alkoholabhängigkeit liefert dafür das ICD 10.

Laut ICD 10, welche in Österreich durch die WHO ein anerkanntes Diagnoseverfahren ist, liegt eine Alkoholabhängigkeit vor, wenn innerhalb eines Kalenderjahres drei oder

mehrere Kriterien erfüllt worden sind (vgl. Lelke 2014, S. 228) und länger als einen Monat auftreten (vgl. Konakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz 2006; S. 13).

Diese Kriterien lauten wie folgt:

- Es gibt innerlich einen sehr starken Zwang immer wieder Alkohol zu trinken (**Wiederholungszwang**).
- Der Anfang, das Ende und die Konsummenge kann vom Individuum nicht mehr kontrolliert werden (**Kontrollverlust**).
- Sobald der Alkoholkonsum vermindert oder gar beendet wird kommt es zu körperlichen Entzugserscheinungen, wie beispielsweise: Zittern, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen usw. (**Entzugserscheinungen**).
- Der Körper entwickelt eine Toleranz gegenüber dem zugeführten Alkohol und es wird stetig mehr Alkohol konsumiert um das gewünschte Ergebnis, wie Entspannung, Lust oder Rausch zu empfinden (**Dosissteigerung**).
- Wichtige Institutionen wie Familie oder Beruf verlieren an Bedeutung und die Hauptzeit des erkrankten Menschen wird in der Beschaffung, Konsumierung und der Erholung von den Folgen des Konsums geschichtet (**Interessensverlust**).
- Trotz der schlimmen Folgen von Alkohol auf den konsumierten Menschen selbst und seine Umwelt, gibt es keinen Abbruch (**Zerstörerische Auswirkungen**) (vgl. Hg. Konakt + co Suchtprävention Jugendrotkreuz 2006; S. 13).

Der ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Internationale statistische Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme) ist eine Klassifikation für alle Erkrankungen, auch für psychische Störungen und Verhaltensstörungen, die im Kapitel V abgehandelt werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dieses Verzeichnis aller Krankheiten das erste Mal im Jahr 1948 frei gegeben (vgl. hogrefe 2016, o.S.).

1.4.1 Die vier Phasen der Alkoholerkrankung

Herr E. M. Jellinek hat im Auftrag der WHO die Krankheitsentwicklung einer Alkoholabhängigkeit in vier Phasen eingeteilt und diese in weitere 45 Stufen gegliedert. Diese Stufen müssen bei einer fortschreitenden Krankheit nicht alle durchlaufen werden oder durchmischt auftreten und in unterschiedlicher Intensität vorkommen. Sie dienen als Erkennungszeichen einer Alkoholabhängigkeit und sollten nicht betroffenen Menschen ein Verständnis für diese Erkrankung geben. In dieser Masterarbeit werden nicht alle 45 Stufen genau beschrieben, aber jede Phase wird kurz anhand einiger Stufen näher erläutert um einen Überblick zu gewähren.

1.4.1.1 Vor-Phase

Die erste Phase beginnt mit dem Entspannungstrinken, welches der/dem Suchtgefährdeten ein erleichterndes Gefühl vermittelt und zeitgleich auch eine Toleranzentwicklung entwickelt. Die Vor-Phase zur Alkoholerkrankung ist dann gegeben, wenn aus dem gelegentlichen Erleichterungstrinken ein dauerndes Erleichterungstrinken wird.

1.4.1.2 Anfangsphase

In dieser Phase beginnt das heimliche Trinken und der andauernde Gedanke an Alkohol wird immer präsenter. Schuldgefühle und ein schnelles eifriges Zuführen von Alkohol, in kurzen Intervallen kann in dieser Phase spürbar werden. Gedächtnislücken oder die Tabuisierung vom Thema Alkohol gehören ebenfalls zu dieser Phase.

1.4.1.3 Kritische Phase

Kontrollverlust und Erklärungsversuche führen oft zur Belastung im sozialen Umfeld. Aggressives Verhalten, wobei dafür meist die Umwelt zur Verantwortung gezogen wird, und übermäßige Selbstsicherheit treten in dieser Phase auf. Es gibt aber auch immer wieder gewisse Zeiträume, wo auf Alkohol verzichtet und eine Änderung des Trinkverhaltens angestrebt wird. Diese können aber nicht lange eingehalten werden und es kommt beispielsweise zu Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Der Gedanke an Alkohol, der Konsum und die Beschaffung der Droge liegt immer mehr im Fokus der suchterkrankten Person. In einer späteren Stufe in dieser Phase wird auch die Ernährung vernachlässigt und es kommt zu ersten organischen Schäden, welche medizinisch

behandelt werden müssen. Die letzte Stufe in der kritischen Phase ist das tägliche Trinken von Alkohol am Morgen.

1.4.1.4 Chronische Phase

Räusche, die nun länger als einen Tag oder mitten in der Arbeitswoche sind, deuten auf den Anfang dieser Phase hin. Es kommt zu einer Gleichgültigkeit der konsumierenden Person und eine Umorientierung von früheren Wertemaßstäben findet statt. Die / Der Alkoholranke beginnt beispielsweise zu lügen oder zu stehlen. Sogenannte Alkoholpsychosen oder Angstzustände gehören ebenfalls in diese Phase. Das Denken und die Feinmotorik ist in der chronischen Phase beeinträchtigt und die/der Abhängige ist dem Drang nach Alkohol hörig. Die 44. Stufe ist der Zusammenbruch, der mit Depressionen oder Selbstmordversuchen einhergeht (vgl. Staiger 2014, S. 71fff.).

Bei „(...) hochgradiger Verwirrtheit, motorischen Störungen und möglicherweise bleibenden Hirnschäden (Staiger 2014, S. 76) wird die letzte Stufe, das Alkoholdelirium, sichtbar.

1.4.2 Typologien von alkoholkranken Menschen

Den Versuch alkoholerkrankte Menschen in verschiedene Kategorien zu ordnen gibt es schon sehr lange und wird immer wieder weiterentwickelt. In dieser Arbeit werden verschiedene Typologien aufgezeigt um einen Einblick in diese Materie zu geben.

1.4.2.1 Typologie nach Cloninger

Cloninger ordnete Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in zwei unterschiedliche Typen ein. Diese Einordnung ergab sich aus genetischen Untersuchungen im Jahre 1981.

Typ 1:

Bei Typ 1 kommt es erst ab dem 25. Lebensjahr zu einer Alkoholabhängigkeit. Im Gegensatz zum biologischen Vater, welcher einen leichten bis schweren Alkoholkonsum pflegt und sich in der oberen sozialen Schicht aufhält, ist die Mutter meist alkoholabhängig. Laut Cloninger weist der Typ 1 wenig soziale Probleme auf, die aufgrund von Alkohol ausgelöst werden. Allerdings hat der alkoholerkrankte Mensch in

dieser Typologie auch ein vermeidendes Verhalten und bewegt sich sehr vorsichtig in seiner Umwelt.

Typ 2:

Der Typ 2 hat nicht nur eine alkoholranke Mutter, sondern es weisen auch weitere Angehörige diese Krankheit auf. Laut Cloninger wuchs der Typ 2 meist unter schwierigen Familienverhältnissen, Gewalt und Aggressionen auf. Der Krankheitsbeginn liegt vor dem 25. Lebensjahr des betroffenen Menschen und es werden fast immer auch noch andere Drogen außer Alkohol konsumiert. Im Gegensatz zu Typ 1 weist der Typ 2 kein Vermeidungsverhalten auf und liebt unsichere Situationen in ihrem/seinem Leben. Der Typ 2 ist risikobereiter und gibt vor unabhängig von seiner Umwelt zu leben (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 68f.).

1.4.2.2 Typologie nach Babor

Im Jahre 1992 hat T. F. Babor eine große Studie mit 321 alkoholerkrankten Menschen angelegt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 69). „Er erfasste prämorbid Risikofaktoren, den Missbrauch von Alkohol, den Gebrauch anderer Suchtmittel, die Chronifizierung im Verlauf und Alkoholfolgekrankheiten“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 69). Daraus ergaben sich zwei Typologien, welche an Cloninger angelehnt sind.

Typ A:

Bei Typ A laut Babor finden sich ähnliche Auffälligkeiten wie bei Cloninger. Der Beginn der Abhängigkeit fällt erst ins spätere Lebensalter und die Kindheit der Abhängigen verläuft mit wenig sozialen Problemen.

Typ B:

Auch hier sind die Symptome ähnlich wie bei Cloninger's Typ 2. Der Beginn der Abhängigkeit tritt meist früh im Leben der/des Betroffenen auf und auch in der Familie weisen mehrere Familienmitglieder einen Alkoholmissbrauch auf. Die Behandlungsdauer ist bei dem Typ B länger und dieser muss auch öfter behandelt werden. Die Betroffenen weisen mehr psychologische Krankheitszeichen auf als

Alkoholranke des Typus A (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 69).

1.4.2.3 Typologie nach Lesch

Der österreichische Universitätsprofessor Otto Lesch, Psychiater und Neurologe, hat nach einer umfangreichen langjährigen Studie vier „Trinkertypen“ ausgearbeitet. Im Gegensatz zum amerikanischen Soziologen Jellinek, welcher ebenfalls Trinkertypen festgelegt hat und die im nächsten Unterpunkt genauer beschrieben werden, hat Lesch Möglichkeiten der Therapie dazu angeführt. Diese Typologie nach Lesch ist international bekannt und wird auch verwendet. Außerdem gibt es zusätzlich weitere überstaatliche Studien zu diesen Typen wie beispielsweise in Brasilien oder im Libanon (vgl. Frohnwieser o.J., o.S.). „Die Typologie von Lesch versucht, auf Ursache, Verlauf und prognostische Aspekte Bezug zu nehmen und daraus Schlussfolgerungen für praktische Behandlung von Alkoholkranken abzuleiten (Alkohol ohne Schatten 2012, S. 8).

Typ I:

Die Kindheit des Typ I ist ohne größere Probleme verlaufen und auch im Erwachsenen Alter gibt es kaum Auffälligkeiten. Aufgrund des Alkoholkonsums gibt es eine Toleranzentwicklung und diese führt bei dem Typ I, laut Lesch, zu einer rasanten Abhängigkeitsentwicklung, welche auf die biologische Vulnerabilität zurückzuführen ist.

Typ II:

Bei Typ II gab es in der frühen Kindheit bereits familieninterne Krisen. Alkohol wird im Erwachsenenalter als Bewältigung von Konflikten, Angst oder Unruhe konsumiert. Rückfälle, Affektdurchbrüche und/oder fehlende Selbstregulation treten bei diesem Typ II auf. Eine Behandlung mit Medikamenten kann schnell zu einer Verschiebung in Richtung Medikamentensucht führen.

Typ III:

Laut Lesch ist bei diesem Trinktyp bereits eine biologische Verletzlichkeit vorhanden und der Alkohol wird meist als Selbstmedikation eingesetzt. Dabei gibt es eine gewisse Episode in der Alkohol konsumiert wird und die nachfolgende Abstinenz kann monatelang anhalten.

Typ IV:

Dieser Typ weist schon im frühkindlichen Alter Verhaltensstörungen auf (Bettnässen, fehlende Selbstregulation oder Nägel beißen). Der Konsum von Alkohol gehört zum täglichen Ablauf und wird nicht als negativ betrachtet. Dabei dient Alkohol als Selbstmedikation (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 72f.).

1.4.2.4 Typologie nach Jellinek

Aufgrund von Studien von E. M. Jellinek und anderen Forschern im Jahr 1954 wurde durch die Weltgesundheitsorganisation der Krankheitsbegriff „Alkoholismus“ definiert. Jellinek unterteilte Betroffene in fünf Kategorien:

Alpha-Alkoholismus:

Der Alkohol wird im Alpha-Alkoholkonsum getrunken, um Konflikte zu vermeiden, die durch Spannungen oder Ängste auftreten könnten. Darum wird dieser Typ auch Konflikttrinker genannt. Es gibt kaum einen Kontrollverlust und es gibt auch Zeiten in denen kein Alkohol konsumiert wird (Konfliktlose Zeit). Die Auswirkungen des Alpha-Alkoholkonsums sind meist im sozialen und familiären Umfeld spürbar. Der Konflikttrinker ist ein Problemtrinker und befindet sich in der Vorphase einer Alkoholabhängigkeit - wenn davon ausgegangen wird, dass eine Alkoholabhängigkeit eine fortschreitende Krankheit ist (siehe „Die vier Phasen einer Alkoholkrankung“). Allerdings ist eine seelische Abhängigkeit erkennbar (vgl. Dietze/Spicker 2011 S. 31f.).

Beta-Alkoholismus:

Der Beta-Trinker konsumiert Alkohol bei jeder Gelegenheit, ist allerdings psychisch und physisch nicht abhängig (vgl. Alkohol ohne Schatten 2012, S. 7). Der Konsum wird auf das Umfeld abgestimmt und kann beispielsweise durch die Arbeit als Kellner noch

gefördert werden. Auswirkung hat diese Form von Alkoholkonsum auf das soziale und familiäre Umfeld (vgl. Staiger 2014, S. 68).

Gama- Alkoholismus:

Der Gama-Alkoholismus ist durch denn immer mehr werdenden Kontrollverlust erkennbar. Um diesen Kontrollverlust besser zu verstehen haben Dietze und Spicker in ihrem Buch: „Wie viel ist noch normal“ ein technisches Beispiel beschrieben. „Erhitzt sich beispielsweise eine Maschine mehr als im gewünschten Maße, wird der Kraftzufluss durch ein elektromechanisches Relais unterbrochen. Geht das Relais kaputt, kann es die ihm zugeordnete Aufgabe nicht mehr erfüllen (Dietze/Spicker 2011 S. 33). Dieses Prinzip der Mechanik, kann auch auf die vielschichtigen Abläufe eines Gehirns übertragen werden. Das Gehirn hat die körperlichen, seelischen und sozialen Funktionen über, die in Verbindung und im Austausch mit dem Alkoholkonsum stehen. Das bedeutet, ein alkoholerkrankter Mensch kann die Warnsignale seines Körpers nicht mehr empfangen – das Relais ist kaputt und es kommt immer mehr zum Kontrollverlust beim Alkoholkonsum (vgl. Dietze/Spicker 2011 S. 33). Der Gama-Trinker weist eine starke psychische Abhängigkeit auf und es kommt im späteren Konsumverlauf auch zu einer ausgeprägten körperlichen Abhängigkeit (vgl. Staiger 2014, S.68).

Delta-Alkoholismus:

Der Delta-Alkoholismus, auch Spiegeltrinker genannt, unterscheidet sich von allen anderen Trinktypen einerseits durch seinen stetigen Alkoholkonsum und andererseits durch seine Kontrolle über den Alkoholspiegel (vgl. Dietze/Spicker 2011 S. 38). Der Trinkertyp konsumiert schon morgens Alkohol, befindet sich aber dabei nicht in einem Rauschzustand, sondern in einer Daueralkoholisierung (vgl. Staiger 2014, S. 69). Durch das lange angepasste Verhalten von Spiegeltrinkern kommt es oft erst spät zu einer Erkennung der Krankheit. Die seelischen und körperlichen Schäden von Alkohol sind meist enorm (vgl. Dietze/Spicker 2011 S. 38).

Epsilon-Alkoholismus:

Der Quartalstrinker trinkt mehrere Tage unersättlich und lebt danach wieder eine gewisse Zeit trocken. Dieser unkontrollierte Alkoholkonsum kann durch Reize

ausgelöst werden und viele dieser Trinker-Typen weisen eine enorme psychische Störung auf (vgl. Dietze/Spicker 2011 S. 40ff.).

1.4.3 Suchtspirale

Aufgrund von Ritualen oder dem stetigen übermäßigen Konsum von Alkohol, kann es zu einer ungewollten Gewöhnung führen. Auch in Problem- und Stresssituationen, für die viele Menschen keine „gesunde Bewältigungsstrategie“ entwickelt haben, wird der Alkohol zum Problemlöser. Stresssituationen werden aufgrund von Erfahrungen als etwas Negatives bewertet und in deren Bewältigung wird oft viel Energie gesteckt. Meist führt die Bewältigungsstrategie nicht zu der gewünschten Lösung und es kommt zur Abnahme des Selbstwertes und Gefühle von Schwäche und Machtlosigkeit breiten sich aus. Als schneller Spannungslöser dienen dazu oftmals bewusstseinsverändernde Substanzen wie Kaffee, Alkohol oder Drogen. Sowohl durch Einkaufen, Glücksspiele, Essen oder Ritzen können Spannungen in Problem- und Stresssituationen abgebaut werden. Allerdings halten diese Entspannungsmomente meist nur für kurze Zeit an. Wenn ein Suchtmittel genommen wird um den eigenen Stress zu minimieren, spricht man von einem schädlichen Gebrauch und dies ist gleichzeitig ein Kennzeichen für eine Suchtgefährdung (vgl. VIVID, S. 1). „Das Zusammenspiel von Stress, Dosis, körperliche Wirkung und Substanzhunger (Carving) führt zum Verlust der Wahlmöglichkeiten. Die Betroffenen haben das Gefühl, nicht mehr „Herr“ über die Entscheidungen für oder gegen den Konsum zu sein. Sie sind am Beginn der Sucht angelangt“ (VIVID, S. 1). In der Zeit einer „Suchtkarriere“ werden die Probleme immer mehr. So haben die meisten Substanzen negative Auswirkungen auf den Körper, oder die Personen mit Suchtproblemen kommen in finanzielle Schwierigkeiten und/oder in späterer Folge kann dies sogar zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Oft spielt auch kriminelles Verhalten eine Rolle in einer „Suchtkarriere“. Funktionierte die Sucht am Anfang als Problemlösung, Stressabbau oder brachte sie dem betroffenen Menschen ein Entspannungsgefühl, endet die Suchtspirale mit vielen Problemen, Scham, Verleugnung und dem Verlust des Selbstwertgefühls. Zum Schluss isolieren sich suchtkranke Personen und haben keine Kraft mehr für eine Veränderung.

Sind Personen in dieser Suchtschpirale angelangt, ist es ein steiniger Weg wieder heraus zu finden. Betroffene Menschen müssen für sich neue Bewältigungsstrategien für Problem- und Stresssituationen erarbeiten, um das eigene Suchtrisiko zu minimieren (vgl. VIVID, S. 1).

Riesenhuber hat in seiner Diplomarbeit ebenfalls den Verlauf der Suchtschpirale beschrieben, allerdings beschrieb er diese kurz und übersichtlich folgendermaßen:

„Der Suchtprozess kann nicht eindimensional erklärt bzw. verstanden werden, er lässt sich bildlich am besten als eine dreidimensional nach unten verlaufende Schpirale beschreiben, an deren Beginn der (Lebens-) Genuss steht. Zusätzlich scheint der Umstand wichtig zu sein, dass neben den Faktoren der Persönlichkeit und dem Suchtmittel bzw. Suchtverhalten auch der Faktor des Umfeldes mit einbezogen wird. Die Wechselwirkung dieser Triade (...) ist für die Betrachtung maßgeblich, denn der Suchtprozess weist ein multifaktorielles und multikausales Geschehen auf, d.h. es treffen immer mehrere Wirkfaktoren zusammen, die letztlich eine Suchtentwicklung begünstigen.“ (Riesenhuber 2007, S. 14).

2 DIE „GESELLSCHAFTS (FÄHIGE) DROGE ALKOHOL“

In Österreich gehört das Trinken von Alkohol zum sozialen Verhalten und ist entsprechend gesellschaftlich akzeptiert. Viele Menschen konsumieren beinahe täglich Alkohol in Form von Wein, Bier oder Spirituosen und oft noch in zu großen Mengen. Aus vielerlei Gründen wie das Senken der eigenen Hemmschwelle, das Knüpfen von Sozialkontakten, des Geschmacks oder der berauschenden Wirkung wegen, hat das Trinken von Alkohol schon eine lange „Tradition“ und gehört bei Festen oftmals zum guten Ton (vgl. Ministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 3).

2.1 Die Geschichte von Alkohol

Alkohol hat schon eine lange Tradition und ist ein Teil der Kulturgeschichte in der Menschheit. Rund 10.000 vor Christus kam es auf der Erde aufgrund der Erderwärmung zum Schmelzen der Eisberge. Somit wurde die alte Vegetation vernichtet und es wuchs durch das warme und feuchte Klima eine neue Pflanzenwelt. Die Menschen mussten in dieser Zeit umdenken und es entwickelte sich der Ackerbau (vgl. Balabanova 2001, S. 4f.). Im 4. Jahrtausend vor Christus wurden schon „(...) zwischen dem Kaspischen Meer, der Ostküste des Schwarzen Meeres, Mesopotamien und dem Persischen Golf“ (Balabanova 2001, S. 5-6) Weinreben angebaut, später dann in Griechenland und Südeuropa.

Dass Wein und Bier schon in der altägyptischen Geschichte ein wichtiger Bestandteil waren, kann man aus Hieroglyphen ablesen. Diese zeigen beispielsweise 4.000 vor Christus Menschen, die bei einer Weinpresse tätig sind und ein anders Bild zeigt Bierbauern bei ihrer Arbeit. Bier wurde in Altägypten als Lebensmittel anerkannt, denn die Bauern bekamen tägliche eine gewisse Anzahl von Broten und ein paar Gläser Bier als Belohnung.

Nicht nur in der ägyptischen Kultur spielte der Alkohol eine Rolle, auch in mesopotamischen Kulturen und in Naturvölkern gehörte Alkohol zum Leben. Alkoholische Getränke wurden nicht nur aus Bananen, Honig oder Palmen gewonnen, auch Stuten- bzw. Kamelmilch wurden dafür verwendet. Erst im 12. Jahrhundert

produzierten die Menschen das erste Mal Weinbrand mit einem Alkoholgehalt bis zu 97 %. Somit wurde das Trinken von hochprozentigem Alkohol im Volk verbreitet. Im Gegensatz zu anderen Drogen wie Kokain oder Hanf, welche zuerst bei Ritualen (Götterehrunen) oder als Heilmittel eingesetzt wurden und sich erst später als Drogen verbreiteten, wurde dem Alkohol immer schon eine berauschende Wirkung, Steigerung der Lust uvm. zugeschrieben (vgl. Balabanova 2001, S. 5fff.).

2.2 Alkoholkonsum Ist – Zustand in Österreich und Europa

Etwa 10 % der Österreicherinnen und Österreicher erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 4). „Jeder zehnte Todesfall betrifft eine/n Alkoholiker/in“ (Weniger Alkohol – Mehr vom Leben o.J., o.S.).

Aus aktuellen Studien geht hervor, dass etwa 7,5 % der Männer und 2,5 % der Frauen in Österreich eine Abhängigkeit aufweisen. Dazu kommt noch, dass etwa 11 % der Männer und 8 % der Frauen in Österreich Alkohol in gesundheitsschädlichem Maße konsumieren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 4). Das sind etwa 1/6 der Bevölkerung von Österreich, die Alkohol über die Harmlosigkeitsgrenze hinaus trinken und dies macht auch 75 % des gesamten Alkoholkonsums aus (vgl. Weniger Alkohol – Mehr vom Leben o.J., o.S.).

In der umfassenden statistischen Erhebung „Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015“ (vgl. Strizek/Uhl 2016, S. 3) wurden mittels Onlinefragebögen und persönlichen Befragungen 4.014 Personen untersucht. Daraus entstand die Studie „(...) zum Konsum von und zu Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen seit 2008“ (Strizek/Uhl 2016, S. 3).

In Österreich gehört Alkohol zu der am meist konsumierten psychoaktiven Substanz. Etwa 14 % der befragten Personen weisen einen problematischen Konsum auf. Von einem problematischen Konsum spricht man bei Frauen, wenn sie täglich eine Menge von 40 Gramm Reinalkohol und bei Männern 60 Gramm Reinalkohol trinken. Dieser starke Alkoholkonsum darf nicht mit einer Abhängigkeit auf eine Stufe gestellt werden. Für eine Alkoholabhängigkeitserkrankung werden andere Kriterien herangezogen, die

in dieser Masterarbeit noch genau definiert werden (siehe ICD 10). Etwa 10 % der Frauen und 18 % der Männer haben einen mittleren Alkoholkonsum. Das entspricht einem Konsum zwischen 16 und 40 Gramm Reinalkohol bei Frauen und 24 Gramm bis 60 Gramm bei Männern pro Tag. Mehr als die Hälfte der Befragten (54 %) trinken weniger als 16 Gramm Reinalkohol (Frauen) beziehungsweise 24 Gramm Alkohol pro Tag (Männer). Nur etwa 4 % der Befragten haben angegeben, dass sie nie Alkohol konsumieren (vgl. Strizek/Uhl 2016, S. 38f.).

2.2.1 Alkoholkonsum im Zeitverlauf 1994 - 2015

Im Zeitraum zwischen 1994 bis 2015 ist ein deutlicher Rückgang von mittlerem und problematischem Alkoholkonsum zu beobachten. Im Gegensatz dazu ist der Prozentanteil der moderat bis gar nicht konsumierenden Personen von 61 Prozent auf 72 % gestiegen. Der problematische Konsum von Alkohol ist in den letzten 20 Jahren um 4 % gesunken. Auch der mittlere Konsum weist in diesem Zeitraum einen Rückgang von 8 % auf (vgl. Strizek/Uhl 2016, S. 41ff.).

2.2.2 Internationaler Vergleich

Im weltweiten Vergleich ist Europa auf Platz 1 beim Alkoholkonsum pro Einwohner. Darum ist es auch nicht verwunderlich, dass nach Tabak und Bluthochdruck, Alkohol als dritt größter Risikofaktor für eine Erkrankung oder Tod genannt wird. Laut Europäischer Kommission sind etwa 25 % der Todesfälle in Europa auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Österreich befindet sich mit 11,9 Litern Reinalkohol / pro Person-Konsum im vorderen Drittel. Weißrussland, Litauen, Tschechien und Irland befinden sich noch davor. Beispielsweise konsumieren Italienerinnen und Italiener nur etwa 6,11 Liter pro Person an Reinalkohol. Wird nur der Bierkonsum pro Kopf gemessen, so liegt Österreich mit 105 Litern auf Platz zwei hinter Tschechien. Im Vergleich zu Deutschland, die einen ähnlich gemessenen Alkoholkonsum wie hierzulande aufweisen, liegen die dort befragten Jugendlichen deutlich unter dem Wert, für das Konsumniveau in Österreich. Etwa 15 – 25 % der deutschen Jugendlichen haben, laut einer Studie, in den letzten Wochen Alkohol konsumiert, in Österreich liegt der Wert bei etwa 60 %. Dennoch sind die Jugendlichen nicht die Hauptproblemgruppe, (vgl. Weniger Alkohol – Mehr vom Leben o.J., o.S.) sondern die Altersgruppe der 50 bis 60 Jährigen weist mit

19 % den höchsten Prozentanteil an problematischem Alkoholkonsum auf (vgl. Strizek/Uhl 2016, S. 39).

2.2.3 Steiermark

Im österreichweiten Vergleich ist die Steiermark, ein Bundesland mit einem überdurchschnittlichen Alkoholkonsum. Rund 52.000 Menschen haben in dieser Region eine Alkoholerkrankung und wird der problematische Konsum betrachtet, betrifft das 125.000 Steirerinnen und Steirer (vgl. Weniger Alkohol – Mehr vom Leben o.J., o.S.).

3 FOLGEN DES ALKOHOLKONSUMS

Nicht nur langjähriger, ausschweifender Alkoholkonsum kann zu körperlichen, psychischen oder sozialen Folgeschäden führen. Auch ein moderater Alkoholkonsum, der von der Gesellschaft als „normal“ empfunden wird, oder wie oben beschrieben der Epsilon – Trinker nach Jellinek, kann diese Folgeschäden spüren. Die Lebensqualität und die Lebenserwartung sinken durch einen hohen Alkoholkonsum. Die ersten gesundheitlichen Probleme können sich aber auch bei einer gering konsumierten Alkoholmenge schon nach kurzer Zeit bemerkbar machen, die von den meisten als „normal“ empfunden wird. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 4). Trotz diesem aktuellen Wissensstand wird immer wieder unter Fachleuten diskutiert, dass ein „(...) moderater Alkoholkonsum sich positiv auf die Gesundheit auswirken kann.“ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 4). Nach derzeitigen Forschungen sollte ein gewissenhafter Umgang mit Alkohol weder dämonisiert noch verherrlicht werden. Die Folgen von moderatem bis exzessivem Alkoholkonsum sind breit gefächert und betreffen nicht nur den Körper, sondern auch die Psyche und das soziale Umfeld der konsumierenden Person und werden in den nächsten Unterkapiteln näher aufgeklärt.

3.1 Körperliche Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholkonsum

Die Körperlichen Folgeerkrankungen bei einem andauernden Konsum von Alkohol werden in diesem Kapitel in Neurologische Folgeschäden und Organische Folgeschäden unterteilt.

3.1.1 Gehirn

Wie in der Gesellschaft bekannt und oft salopp formuliert, sterben bei jedem „Rausch“ Gehirnzellen ab. Allerdings ist die häufigste Schädigung durch den Alkoholkonsum die Atrophie „(...) die allmähliche Schrumpfung des Gehirns“ (Lindenmeyer 2005, S. 55). Bei fast allen alkoholerkrankten Personen (rund 96 %) ist, im Gegensatz zu nicht konsumierenden Personen, ein größerer Freiraum zwischen der Gehirnmasse und der Schädeldecke zu erkennen. Dies bleibt lange Zeit von den Geschädigten selbst und deren Umwelt unbemerkt, da wir Menschen über 100 Milliarden Gehirnzellen besitzen. Allerdings können sich abgestorbene Gehirnzellen nicht mehr erneuern (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 55).

3.1.2 Delirium

Ein Alkoholdelir tritt nach langem und über Jahre andauerndem Alkoholkonsum ein, wenn das Trinkverhalten stark verändert wird. Etwa 15 % der langjährigen Konsumenten sind von dem Delirium betroffen (Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 104). Die beiden wichtigsten Merkmale, die bei einem Delirium auftreten sind zum einen Sinnestäuschungen und zum anderen Unruhe. Unter Sinnestäuschungen oder auch genannt Halluzinationen kann der Mensch nicht mehr zwischen der Realität und Einbildung unterscheiden. Auch „das Hören von Stimmen“ kann in dieser Zeit des Deliriums vorkommen. Die Unruhe wird meist durch Zittern, Schwitzen, Schlafstörungen bemerkbar, aber auch das orientierungslose unruhige auf und ab laufen gehört zu diesem Zustand. In diesem Stadium muss besonders darauf geachtet werden, dass die/der Betroffene keinen Kreislaufkollaps erleidet (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 55f.). Ein ärztlich unbegleitete Delir dauert zwischen 4 und 10 Tagen und führt bei 15% - 30% der Menschen zum Tod. Heutzutage ist das Delirium mit Hilfe von medizinischer Begleitung gut unter Kontrolle zu halten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 104).

3.1.3 Epileptische Anfälle

Zuerst gilt es zu unterscheiden, ob es sich um eine angeborene oder eine Alkoholepilepsie handelt. Die Alkoholepilepsie tritt erst nach langjährigem Alkoholkonsum oder in einer Abstinenzzeit auf und es liegt auch keine Hirnschädigung

oder eine „Anfallsbereitschaft“ vor (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 106). Die Anfälle treten plötzlich auf und die Patientin / der Patient fällt bewusstlos auf den Boden. Dabei verkrampft sich der Körper stark, es kommt zu unkontrollierten Zuckungen von Beinen und Armen und es kann ein episodischer Atemstillstand einsetzen, weshalb sich auch das Gesicht blau verfärben kann. Oftmals liegt die Dauer eines solchen Anfalls zwischen wenigen Sekunden und einigen Minuten und der Patient weiß nach dem Anfall meist nicht, was gerade geschehen ist. Gliederschmerzen und Müdigkeit sind die einzigen Merkmale, die die Patienten selbst merken. Das Absterben der Gehirnzellen bei jedem auftretenden Anfall merken die Personen oftmals nicht (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 57).

3.1.4 Korsakow-Syndrom

Das Korsakow-Syndrom tritt nach langem chronischen Alkoholkonsum auf und ist eine andauernde Gehirnschädigung (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 113). Dieses Syndrom, das nach seinem Entdecker Sergej Korsakow (russischer Psychiater) benannt wird, wurde zum ersten Mal 1854 diagnostiziert (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 57). Die Betroffenen erleiden im schlimmsten Fall einen kompletten Gedächtnis- und Orientierungsverlust. Enge Bezugspersonen, Orte oder Erinnerungen werden aus dem Gedächtnis gelöscht und dieser Zustand kann auch nicht mehr durch eine Abstinenz verbessert werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 114).

3.1.5 Mangelernährung

Die Mangelernährung bei alkoholkranken Menschen mit chronischem Konsum kommt sehr häufig vor. Da in etwa 50 % der Tageszufuhr an Kalorien aus Alkohol besteht kommt es schnell zu einem Nährstoffmangel, aber auch der Stoffwechsel arbeitet durch den erhöhten längeren Alkoholkonsum eingeschränkt. Der Kreislauf der Mangelernährung geht weiter, da der Körper gleichzeitig wichtige Nährstoffe wieder ausscheidet. Diese Mangelernährung vergeht sobald die Betroffene / der Betroffene den Alkoholkonsum einstellt und sich wieder ausgewogen ernährt – vorausgesetzt es liegt keine Organschädigung vor (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 58).

3.1.6 Krebsrisiko

Dass Rauchen der Gesundheit schadet und mit einem erhöhten Krebsrisiko einhergeht ist in der Gesellschaft in allen Köpfen. Gesellschaftspolitische relevante Diskussionen wie beispielsweise „das Rauchverbot in den Lokalen“ oder „Rauchen ab 18“ werden schon im Parlament geführt, da es mit einer enormen Gesundheitsschädigung zusammenhängt. Aber dass ein hohes Krebsrisiko ebenso mit einem chronischen Alkoholkonsum einhergeht ist nicht weit verbreitet. Um das zu erforschen, bildete sich im Jahr 2007 in Lyon eine Arbeitsgruppe aus Epidemiologinnen / Epidemiologen und Grundlagenforscherinnen / Grundlagenforscher die bewiesen, dass ein erhöhtes Krebsrisiko bei Menschen mit chronischem Alkoholkonsum gegeben ist. So sind etwa 3,6 % der weltweiten Krebsfälle auf einen hohen und langen Alkoholkonsum zurückzuführen. Diese Arbeitsgruppe hat ebenfalls herausgefunden, dass der Alkohol eine Tumorbildung beschleunigt (vgl. Stehl/Blümle/Szabo 2017, S. 48).

3.1.7 Haut

Im Laufe einer langen chronischen Alkoholabhängigkeit, aber auch in intensiven kurzen Phasen, kann sich der Konsum auf die Gefäße der Haut auswirken. Durch den Vitaminmangel, die Schädigung des Nervensystems oder des Hormonhaushalts kommt es zu Hautveränderungen (vgl. Stehl/Blümle/Szabo 2017, S. 84). Diese Veränderungen sind durch Rötungen im Gesichtsbereich, aufplatzen von Gefäßen (die sogenannten Spider) oder an einer großen verdickten Nase zu erkennen (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 59).

3.1.8 Herz-Kreislauf-System

Probleme mit dem Herzmuskel sind meist auf die Giftwirkung von Alkohol zurückzuführen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 106). Schon geringe Mengen Alkohol können zu Bluthochdruck führen, der wiederum eine Ursache für einen Schlaganfall sein kann. Auch der Herzmuskel und die damit verbundenen Funktionen können schon nach wenigen Alkoholexzessen geschädigt werden (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 60). Das Auftreten von Müdigkeit, Rhythmusstörungen, Schmerzen im Brustbereich deuten auf eine Herzschwäche hin (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 106).

3.1.9 Magen

Der Magen ist besonders betroffen sowohl bei einem exzessiven, als auch bei einem geringen chronischen Alkoholkonsum. Hier kann es zu einer Magenschleimhautentzündung, und / oder Magengeschwüren bis hin zu einer Magenresektion kommen.

Eine Magenschleimhautentzündung tritt bei fast allen konsumierenden Personen auf und ist durch Schmerzen im Bauchbereich und Übelkeit erkennbar. Kommt es zu einer Abstinenz klingt diese Entzündung auch wieder ab und normalisiert sich.

Im Gegensatz dazu sind Magengeschwüre nicht so einfach in einer kurzen Zeit der Abstinenz zu bewältigen. Hierbei ist ein Teil der Magenwand entzündet, der dann zum Absterben der Zellen führt. Diese Stelle kann durchbrechen und dabei den Mageninhalt in den Bauchraum spülen. Im schlimmsten Falle sind diese Geschwüre bösartig und müssen mittels einer Magenresektion entfernt werden (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 61).

3.1.10 Bauchspeicheldrüse

Etwa 70 % der chronischen Bauchspeicheldrüsenentzündung sind auf starken Alkoholkonsum zurückzuführen. Dabei sind Männer 10 Mal öfter davon betroffen als Frauen – im Gegensatz dazu sind Männer und Frauen von einer Bauchspeichelentzündung, welche nicht durch Alkoholkonsum ausgelöst wurde, gleich oft betroffen. Bei einem Konsum von 50g Reinalkohol pro Tag und das länger als zwei Jahre wird von einer alkoholbedingten Bauchspeicheldrüsenentzündung ausgegangen (vgl. Stahl/Blümle/Szabo 2017, S. 64).

Ein langfristiger erhöhter Konsum von Alkohol schädigt die Bauchspeicheldrüse (das Pankreas) auf viele Weise. Beispielsweise bildet die Bauchspeicheldrüse durch den erhöhten Alkoholkonsum mehr Verdauungsfermente. Außerdem kann es durch den täglichen Konsum von einer geringen Menge Bier zu einer Verdickung des Sekrets der Bauchspeicheldrüse kommen. Des Weiteren kann es zu einer Verengung am Ende der Bauchspeicheldrüse durch Eiweisablagerungen kommen. Im schlimmsten Fall ist der Muskel des Ausführanges der Drüse verschlossen, dass tritt aber meist nur bei starkem Alkoholkonsum auf. Diese nun genannten Folgen durch Alkoholkonsum führen zu einem Stau der vermehrt produzierten Verdauungsfermente und lösen bei einer Nicht-

Behandlung eine Selbstzerstörung der Bauchspeicheldrüse aus (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 61f.).

3.1.11 Lebererkrankungen

„Die Leber, mit 1,5 Kilogramm das größte Organ des Menschen, verarbeitet Stoffwechselprodukte im Blut und führt diese als Galle ab“ (Lindenmeyer 2005, S. 62). Intensiver Alkoholkonsum führt langfristig zu einer Lebererkrankung, die sich über drei Stadien erstreckt: 1) Fettleber, 2) Leberentzündung, 3) Leberzirrhose. Dabei sind zwar Frauen mit einem doppelt erhöhten Risiko einer Lebererkrankung betroffen, allerdings leiden trotzdem Männer, aufgrund ihres hohen Konsums, vermehrt daran. Bei einem täglichen Konsum zwischen 40 bis 60 Gramm reinen Alkohol können Männer von einer Lebererkrankung betroffen sein, bei Frauen kann dies schon bei 20 bis 40 Gramm Reinalkohol zur Erkrankung führen (vgl. Stahl/Blümle/Szabo 2017, S. 68).

Fettleber

Aufgrund der toxischen Wirkung von Alkohol, ist die Fettleber eine der am häufigsten auftretenden Schädigungen – etwa 90 % der konsumierenden Personen sind davon betroffen.

Bei einer Verfettung der Hepatozyten von etwa 50 % oder bei einem 5 %igem Fettanteil der Leber wird von einer Fettleber gesprochen. Hingegen werden geringere Fettwerte als Leberverfettung bezeichnet. Erkennbar wird eine Fettleber durch Anzeichen wie beispielsweise morgendliche Übelkeit, ein Druck im Oberbauch auf der rechten Seite oder aufgrund der Leberkapseldehnung kommt es aber eher selten zu einem Schmerz im Bereich der Leber. Handelt es sich nur um eine geringe Menge an Fetteinlagerungen in der Leber, kann eine Abstinenzzeit von vier bis sechs Wochen reversibel wirken. Kommt es zu keinem Alkoholabbruch, führt das meist zu einer Leberentzündung (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 95).

Leberentzündungen

Diese Art der Entzündung kann sich vielseitig bemerkbar machen. Sie kann sowohl ohne weitere auffällige Beschwerden bis hin zum Leberversagen verlaufen (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 63). Allerdings deuten Anzeichen wie Schmerzen im Oberbauch,

vermehrte Übelkeit oder Erbrechen, Fieber, Gelbsucht, Appetitlosigkeit oder Benommenheit darauf hin (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 96).

Leberzirrhose

Nach „Handbuch Alkohol“ leiden etwa 10 -20 % der alkoholerkrankten Menschen an einer Leberzirrhose und zirka bei der Hälfte aller Leberzirrhosen ist Alkohol der Auslöser (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 106). Diese alkoholbedingte Zirrhose entsteht, durch den weiteren Konsum von Alkohol, obwohl bereits eine Leberentzündung vorhanden ist. Aber was ist eine Leberzirrhose? Aufgrund von abgestorbenen Zellen bildet sich ein dichtes Narbengewebe auf der Leber und es kommt zur Schrumpfung der Leber. Dabei kann der Konsum von Kaffee und Zigaretten das Risiko einer Erkrankung enorm erhöhen (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 64). Ab einer täglichen Menge von 60 Gramm Reinalkohol bei Männern und bei Frauen ab 40 Gramm Reinalkohol ist das Risiko an einer Leberzirrhose zu erkranken bereits deutlich erhöht (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 106). Auswirkungen wie beispielsweise eine Toleranzminderung, Krampfadern, Wassereinlagerungen oder „Bluter – Krankheit“ sind Warnhinweise für eine Zirrhose im fortgeschrittenen Stadium. Letztlich ist diese Krankheit eine allmähliche Selbstvergiftung, da die Leber den eigenen Körper nicht mehr entgiften kann, welche ihre ursprüngliche Funktion im Körper gewesen wäre (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 65).

3.1.12 Nerven

Alkohol hat eine toxische Wirkung auf die Nervenbahnen (alkoholische Polyneuropathie) und betrifft vor allem das Nervenmark (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 67). Dabei können beispielsweise Lähmungserscheinungen in den Beinen auftreten. 20 % der Menschen mit einer chronischen Alkoholerkrankung sind davon betroffen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 106). Aufgrund des Vitamin B Mangels, unter welchem meist Konsumentinnen / Konsumenten leiden, verlieren viele auch die Nervenscheide. Diese wirkt wie eine Isolierschicht. Ist diese nicht vorhanden, kommt es zu brennenden Schmerzen, Wadenkrämpfen, bis hin zu Störungen beim Gehen oder Lähmungserscheinungen. Allerdings ist bei einer Abstinenz eine

Aufrechterhaltung der Nervenzellen und eine Heilung möglich (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 67f.).

3.2 Psychische Folgen für die Alkoholabhängigen

Es ist hierbei zu bedenken, ob es vor einer Abhängigkeit bereits eine psychiatrische Erkrankung gegeben hat und Alkohol als Selbstmedikation dient oder ob es sich um eine alkoholbedingte Störung der Psyche handelt. Trotz dieses Wissens wird in ersten Schritten die Alkoholsucht behandelt und erst in weiteren Behandlungen auf die psychischen Erkrankungen mittels Therapie eingegangen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 81).

3.2.1 Psychopathologische Störungen

Wie bereits oben beschrieben, wirkt sich die toxische Wirkung von Alkohol nicht nur auf den Körper aus, sondern kann auch die Psyche treffen. Allerdings ist hierbei darauf hinzuweisen, dass bei einer Abstinenz und keiner weiteren Schädigung des Gehirns bzw. der Organe, eine Rückbildung der Auffälligkeiten möglich ist. Ist dies nicht möglich, endet es meist in einer Alkoholdemenz. Psychopathologische Störungen, die durch akuten und chronischen Alkoholkonsum ausgelöst werden, sind auch unter dem Namen Durchgangssyndrom bekannt.

Diese psychopathologischen Störungen beginnen mit einer Leistungsreduktion, welche aufgrund von längerer Alkoholzufuhr entstehen. Motivationslöcher, Empfindlichkeit, keine Stressresistenz, uvm. sind Anzeichen für die erste Stufe. Wird diese Leistungsminderung sichtbar, reagieren betroffene Personen oft emotional bis hin zu depressiven Zuständen. Wird in diesem Zustand der Alkoholkonsum nicht eingeschränkt, verschlechtert sich der emotionale Zustand der alkoholerkrankten Person zunehmend (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 78). So kann es in diesem Zustand häufig zu einer stark ausgeprägten Eifersucht kommen, welche sich zu einer wahnhaften Form ausprägen kann (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017, S. 4).

Das Durchgangssyndrom wird je nach Dauer und Schweregrad in drei diagnostische Bereiche eingeteilt: 1) Alkoholparanoia (wenn Wahnvorstellungen entstehen und sich

festigen), 2) Alkoholhalluzinose 3) amnestisches organisches Psychosyndrom (bezieht sich auf Gedächtnisstörungen) (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 79).

3.2.2 Psychiatrische Erkrankungen

Im Unterschied zu den psychopathologischen Störungen weisen die meisten Personen bereits vor einer Alkoholkrankheit eine psychiatrische Erkrankung auf. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass diese folgend genannten psychiatrischen Erkrankungen sich nicht durch eine Abstinenz nichtig machen lassen. Die Wirkung von Alkohol ist sehr vielseitig und kann stimmungsaufhellend, beruhigend oder entspannend uvm. wirken. Dabei rücken die toxische Wirkung auf Psyche / Physe und das Risiko einer Abhängigkeit in den Hintergrund und die positiven Effekte wie beispielsweise der „Kick“ oder die Wärme treten in den Vordergrund. Hier beginnt das Phänomen der Selbstmedikation und ist für die betroffenen Menschen oft sehr schwer wieder abzulegen. Welche Personengruppe von dieser Selbstmedikation betroffen ist, wird nun in den folgenden Unterpunkten aufgelistet (vgl. Reker 2015, S. 43f.).

3.2.2.1 *Borderline*

Ein Mensch mit dieser Art der Erkrankung lebt immer in einer „Extrem-Welt“. Ihre Psyche ist sehr instabil und voller Emotionen, wobei das Handeln von einem „Hoch“ bis hin zu einer immer wiederkehrenden suizidalen Aktion geprägt sein kann. Aggressives Verhalten gegen sich selbst, aber auch in seltenen Fällen gegenüber anderen Menschen gehört zu dieser psychischen Beeinträchtigung. Starke Spannungszustände und ein Gefühl von unglaublicher Leere gehören ebenfalls zu dieser Krankheit. Ausgelöst wird eine Borderline Störung meist durch traumatische Ereignisse, Vernachlässigung auf emotionaler Ebene oder durch Grenzverletzungen. Menschen, die davon betroffen sind nutzen den Alkohol um Spannungszustände herbeizuführen um die „Extrem-Welt“ für kurze Zeit zu betäuben (vgl. Reker 2015, S. 44f.).

3.2.2.2 *Angststörung*

Schätzungen zu Folge war oder ist jeder dritte Mensch in seinem Leben einmal an einer Angstform erkrankt. Allerdings gelingt es den meisten Menschen ohne therapeutische

Hilfe dieses Angstsyndrom zurück zu bilden. Die Angststörung ist ein Gefühl, dass das eigene Leben bedroht ist und leitet sich vom lateinischen Wort „angustus“ ab. Es ist zu unterscheiden zwischen der a) Primären Angstkrankheit, welche sich als „eigenständige Krankheit“ aufzeigen lässt und b) Sekundäre Angstkrankheit, welche sich entwickeln kann. Bereits im Altertum war die besondere Wirkung von Alkohol bekannt und allseits beliebt. Beispielsweise wurde damals eine Mischung von Wein und Wasser empfohlen um Angststörungen zu bekämpfen. Wie schon anfangs beschrieben hat Alkohol eine vielseitige Wirkung und ängstliche Menschen kann Alkohol in schwierigen Situationen auflockern und sie mutig machen (vgl. Lelke 2014, S. 166). Im Verlauf der Suchtentwicklung kann es zu vielen Ausprägungen der Angststörung kommen. Zum Beispiel entwickeln die Betroffenen soziale Phobien, welche sie daran hindern soziale Kontakte zu knüpfen oder aufrecht zu erhalten. Es kann so weit gehen, dass Betroffene nicht mehr die eigenen vier Wände verlassen können oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln fahren können. Hierbei wird von einer agoraphobischen Störung gesprochen (vgl. Reker 2015, S. 45). Welche Zusammenhänge es bei einer Doppeldiagnose von Angststörung und Alkoholabhängigkeit gibt wird in Fachkreisen noch diskutiert. Dass Alkohol zur Selbstmedikation bei Angststörungen eingesetzt wird ist bekannt, aber es gibt auch Auffälligkeiten einer Alkoholabhängigkeit und die damit verbundene Veränderung im Gehirn, die Angststörungen auslösen können (vgl. Lelke 2014, S. 167f.).

3.2.2.3 Depression

Etwa 17 % der Gesamtbevölkerung ist von einer Depression betroffen und somit ist es auch eine der häufigsten Krankheiten im Psychiatrischen Bereich. Dazu kommt, dass Alkohol eine der am häufigsten chronischen Erkrankungen ist. Daher ist die Wahrscheinlichkeit einer Doppeldiagnose von Alkoholabhängigkeit und Depression sehr hoch. Zwischen 30 – 60 % der alkoholerkrankten Menschen sind davon betroffen (vgl. Lelke 2014, S. 171). In einer großen Studie in den USA hat sich gezeigt, dass etwa 24 % der Männer gleichzeitig eine Depression und eine Alkoholabhängigkeit aufweisen. Im Gegensatz dazu waren etwa 49 % der Frauen von einer Doppeldiagnose betroffen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 80). Traurigkeit, passives Verhalten oder das Gefühl „ohne Hoffnung“ zu sein beschreiben den Zustand

einer Depression. Auch die Übersetzung aus dem lateinischen „depressio“, also „Niederdrücken“ lässt den Zustand einer Depression verdeutlichen. Eine Diagnose, ob es sich nun um eine primäre Depression (Depressive Erkrankung vor der Abhängigkeit handelt) oder um eine sekundäre Depression (Entwicklung erst durch chronischen intensiven Alkoholkonsum) handelt, stellt sich bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit oft als schwierig dar und wird in dieser Masterarbeit nicht weiterverfolgt (vgl. Lelke 2014, S. 171).

3.2.2.4 Schizophrenie

Im Jahre 1911 wurde durch E. Bleuler die Erkrankung Schizophrenie in der Medizin eingeführt. Allerdings werden nur etwa 1 % der Weltbevölkerung mit dieser Diagnose im Laufe ihres Lebens konfrontiert. Für die Diagnose der Schizophrenie gibt es drei Grundformen: a) paranoide Schizophrenie (Halluzinationen in Form von Stimmen, Gedankenstörungen, Einschränkungen beim Hören und Sehen) b) Hebepherne Schizophrenie (Denkstörungen, keine Lust auf etwas, Zerstreuung) c) Katatone Schizophrenie (Abbrechen von sozialen Kontakten, sichtbare motorische Einschränkungen, unregelmäßige Körperpflege). Wie diese Erkrankung, mit welchen Symptomen verläuft, ist von Mensch zu Mensch verschieden (vgl. Lelke 2014, S. 178f.). Laut Lelke: „Bei einem Drittel verläuft die Schizophrenie chronisch mit bleibenden Defekten. Bei einem weiteren Drittel tritt sie in akuten, wiederkehrenden Schüben und bei dem restlichem Drittel als akute Episode mit nachfolgender Heilung“ (Lelke 2014, S. 179). Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 79) sind Doppeldiagnosen von einer Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie eher selten und die „beruhigende Wirkung“ von Alkohol wird nur etwa von 10 % der Schizophrenie erkrankten Personen entdeckt. Dagegen geht Herr Dr. Arno Lelke (vgl. Lelke 2014, S. 179f.) davon aus, dass etwa zwischen 12,3 % und 50 % der alkoholkranken Menschen davon betroffen sind. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass jede dritte Person mit einer Diagnose Schizophrenie auch eine Alkoholerkrankung aufweist. Auch bei dieser psychiatrischen Erkrankung wird die toxische Wirkung von Alkohol und die einhergehende Gefahr der Abhängigkeit anfangs ausgeblendet. In erster Linie dient Alkohol auch hier als

Selbstmedikation, Entspannung, „Raus aus dem Alltag“ und Erleichterung beim Knüpfen von sozialen Kontakten.

3.2.2.5 Absetzeffekte:

In der Anfangsphase der Abstinenz kann es, vor allem in den ersten vier Wochen, zu psychiatrischen Störungen kommen wie beispielsweise Depressionen, Angstzuständen oder aggressivem Verhalten. In dieser Phase werden diese Symptome noch als Absetzeffekte definiert und erst nach den ersten Wochen des Trocken seins, können diese Symptome seelischen Störungen zugeordnet werden und diese dann auch mittels einer Therapie aufgegriffen und behandelt werden (vgl. Reker 2015, S. 45f.).

3.3 Soziale Folgen

Neben den körperlichen und psychischen Erkrankungen beginnen bei einer Abhängigkeit auch die sozialen Probleme. Oft treten diese auch in der folgend genannten Reihenfolge auf und treiben die Betroffenen weiter in eine, für sie, immer schwierigere Situation.

3.3.1 Alkohol und Familie

Von einer Alkoholabhängigkeit ist nicht nur eine Person betroffen – die Partnerin / der Partner, Freunde, die Familie – es leidet das gesamte soziale Leben der betroffenen Person (vgl. Soyka 2001, o. S.) Übermäßiger Alkoholkonsum einer Person kann das ganze Familienleben beeinflussen. Da gehören Grobheiten oder geringe Wertschätzung, beleidigende Wörter zum Alltag und trotzdem wird die / der Alkoholabhängige vom eigenen Partner / von den eigenen Kindern in Schutz genommen um das Familiensystem aufrecht und intakt zu halten. Im weiteren Verlauf einer Alkoholkrankheit sind die Betroffenen manches Mal nicht mehr fähig ihren Verpflichtungen und Aufgaben im Alltag nachzukommen. Diese Aufgaben werden dann von anderen Personen im Umfeld übernommen um die alkoholabhängige Person zu schützen. Allerdings kommt es in diesem Prozess der Verantwortungsübernahme auch gleichzeitig zur gefühlsmäßigen Entfernung der / des Alkoholabhängigen. Durch die Ablehnung von Freunden und Familienmitgliedern, vielleicht sogar Trennung des Partners, ist die Gefahr sehr hoch, dass es zu einer Vereinsamung kommt (vgl.

Alkoholsucht 2017, o.S.). Da mir dieses komplexe System sehr wichtig erscheint, werde ich es im nächsten großen Kapitel 4 „Alkohol – eine Familienkrankheit“ genauer beleuchten.

3.3.2 Alkohol und Beruf

Alkohol am Arbeitsplatz kann jede Berufssparte treffen, unabhängig von der Größe des Unternehmens oder der Lage (Stadt / Land). Aufgrund von chronischem und maßlosem Konsum ist nicht nur die Arbeitsleistung eingeschränkt, sondern auch die Gesundheit der / des Mitarbeiterin / Mitarbeiters ist davon betroffen und damit werden die einhergehenden Krankheitstage erhöht. Etwa 25 % weniger Leistung bringen konsumierende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betrieb. Darüber hinaus passiert jeder dritte Unfall, der am Arbeitsplatz oder am Weg zur Arbeit geschieht, unter Alkoholeinfluss oder unter Einfluss anderer Drogen (vgl. Dialogwoche-Alkohol o. J., o. S.). Um solche Arbeitsunfälle zu vermeiden, kann ein Unternehmen präventive Maßnahmen setzen. Meist lassen sich durch diese Maßnahmen bereits alkoholgefährdete Personen bzw. alkoholerkrankte Personen erreichen und nehmen das von der Firma bereitgestellte Hilfsangebot an. Werden statistische Zahlen herangezogen, so zeigen diese, dass etwa 5 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Unternehmen eine Alkoholabhängigkeit aufweisen und zwischen 5 - 10 % im riskanten Ausmaß Alkohol konsumieren (vgl. Stahl/Blümle/Szabo 2017, S. 138). Einige Berufsfelder sind laut empirischen Studien davon mehr betroffen als andere: zum Beispiel ungelernte Arbeiter, Personen die mit der Produktion oder dem Vertrieb von Alkohol zu tun haben, Köche, Gießer, aber auch Kontaktberufe wie Journalisten oder Vertreter (vgl. Soyka 2001, o. S.). Um solchen „Berufskrankheiten“ entgegen zu wirken gibt es „(...) das Arbeitsschutzgesetz, die Betriebssicherheitsverordnung und die Unfallverhütungsvorschrift (Stahl/Blümle/Szabo 2017, S. 139). Die bestehende Gefahr, dass Personen aufgrund ihrer fortgeschrittenen Alkoholabhängigkeit nicht mehr in der Lage sind, ihrer Arbeit regelmäßig und verlässlich nachzukommen, ist sehr hoch. Aufgrund des Verlustes vom Arbeitsplatz können alkoholabhängige Personen in finanzielle Schwierigkeiten rutschen und oft kommt es dadurch zu kriminellen Verhalten (vgl. VIVID, S.1). Diese Suchtspirale ist bereits am Anfang dieser Arbeit genau ausgeführt worden.

3.3.3 Alkohol und Verkehrstüchtigkeit

Wie jeder bereits in der Fahrschule lernt, beeinträchtigt Alkohol die Reaktionsfähigkeit und jede Person, die alkoholisiert ein Fahrzeug lenkt, ist eine Gefahr für andere Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer. Es ist eine bewusste Entscheidung sich hinter das Steuer eines Fahrzeuges zu setzen und man sollte sich über den eigenen Gesundheitszustand (psychisch und physisch) klar sein. Unfallvermeidung wird in Form von präventiven Maßnahmen und Aufklärungskampagnen betrieben, aber auch gesetzliche Grundlagen bieten einen Orientierungsrahmen für die Auswirkung von Alkohol im Verkehr. Nach Erlangung des Führerscheins gibt es eine gesetzlich geregelte Probezeit, in der das Lenken eines Fahrzeugs bis zu einem Alkoholgehalt von 0,1 Promille im Blut erlaubt ist. Danach ist eine gesetzlich vorgeschriebene Höchstgrenze von 0,5 Promille erlaubt. Bei Überschreitung dieser Grenze bis zu einem 0,79 Promilleanteil im Blut wird ein Vermerk im Führerscheinregister gemacht und eine Strafe von 300 bis 3.700 Euro verhängt. Von 0,8 bis 1,59 Promille wird der Führerschein beim ersten Vergehen für mindestens einen Monat entzogen. Es kann eine Geldstrafe bis zu 3.700 Euro verhängt werden. Bei mehrmaligem Vergehen kann ein Entzug des Führerscheins für bis zu 3 Monate verfügt werden. Fährt eine Lenkerin / ein Lenker mit dem Auto und hat zwischen 1,2 und 1,59 Promille Alkohol im Blut, wird der Führerschein für mindestens vier Monate entzogen und eine Geldstrafe von bis zu 4.400 Euro wird eingehoben. Zur Geldstrafe kommen noch die Kosten für eine Nachschulung, die ebenfalls verordnet wird. Ab einem Alkoholanteil von 1,6 Promille im Blut und bei einer Verweigerung eines Alkomat-Tests gilt die Höchststrafe. Der Führerschein wird mindestens sechs Monate entzogen und die Kosten betragen bis zu 5.900 Euro, wobei hier noch Nachschulungskosten, Kosten für den Amtsarzt und eine Untersuchung von einem Verkehrspsychologen zusätzlich zu bezahlen sind (vgl. ÖAMTC 2017, o.S.). Wie wichtig solche Maßnahmen und Regelungen sind, zeigen die Unfallzahlen der Statistik Austria. Im Jahr 2016 war ein leichter Anstieg von 1,3 % bei Straßenverkehrsunfällen zum Vorjahr zu verzeichnen. Bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten gibt es ebenfalls einen Anstieg von 5,1 % im Gegensatz zum Jahre 2015 (vgl. Statistik Austria (a) 2017, o.S.). Vom Jahr 2013 zum Jahr 2016 stieg in Österreich die Anzahl der verletzten Personen um 5, in der Steiermark sogar um 30 Personen an. Allerdings, verglichen mit den getöteten Personen bei einem Straßenverkehrsunfall

unter Alkoholeinfluss, waren es im Jahr 2013 noch 31 Personen und im Jahr 2016 nur 22 Personen. In der Steiermark ist in diesem Zeitraum die Anzahl der getöteten Personen aufgrund eines Verkehrsunfalles unter Alkoholeinfluss von acht Personen auf fünf gesunken (vgl. Statistik Austria (b) 2017, S. 1).

4 ALKOHOL – EINE FAMILIENKRANKHEIT

Erst 25 Jahre nach der Gründung der Anonymen Alkoholiker (1935) wurde es klar, dass alkoholerkrankte Personen eine Sucht aufweisen (vgl. Lambrou 2010, S. 18f.). Trotz all dem Wissen wird diese Erkrankung heutzutage noch immer mit Eigenschaften wie Schwäche, Scham, psychischen Versagen oder Feigheit in Verbindung gebracht. Darum fällt es Betroffenen auch schwer sich ein Suchtproblem in einer „Trinker-gesellschaft“ einzugestehen (vgl. Stehl/Blümle/Szabo 2017, S. 121). Der Alkohol greift, wie oben bereits genau ausgeführt, nicht nur den Körper eines Menschen an, auch die Psyche der / des Abhängigen leidet darunter. Menschen verändern ihr „ICH“ unter Einfluss von Alkohol. Das Denken und Fühlen verändert sich, die Art zu sprechen ändert sich, seine Handlungen sind nicht mehr die gleichen, die Person beginnt sogar zu lügen und (er)findet Gründe warum heute ein Tag zum Trinken ist. Der Alkohol und die Abhängigkeit beeinflusst die Person so stark, dass diese auch im nüchternen Zustand sein gesamtes Wesen verändert hat. Seine Stimmung reicht von lustig / ekstatisch über traurig / aggressiv bis hin zu großzügig / verständnisvoll (vgl. Lambrou 2010, S. 19). Ebenfalls betroffen von diesen extremen Schwankungen sind Angehörige von Abhängigen, denn diese haben mit den negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums zu kämpfen. Alkoholabhängige setzen ihre Familienmitglieder einem ständigen Stress aus, meist gehören gewalttätige Übergriffe, Verletzungen oder Beleidigungen zum Alltag und werden geduldet um Schlimmeres zu vermeiden. Eine Verschlechterung der allgemeinen psychischen oder physischen Gesundheit kann die Folge sein (vgl. Stehl/Blümle/Szabo 2017, S. 121). Der alkoholranke Mensch „(...) erlaubt keinem in der Familie, besser mit dem Leben klar zu kommen als er, niemand darf gesünder sein als der Alkoholiker.“ (Lambrou 2010, S. 19). Trotz all dieser Geschehnisse werden in einer Familie oft lange Zeit viele Bemühungen gemacht um nach außen hin eine „heile Familie“ vorzuspielen (vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 9).

4.1 Familienregeln

In einer Familie mit einem oder mehreren Suchtkranken entstehen sogenannte Familienregeln an die sich alle Beteiligten zu halten haben. Diese Regeln werden nicht ausgesprochen oder wurden gemeinsam in einem Familienrat beschlossen. Anhand von

Gesten, Blicken oder Mimik werden diese Regeln festgelegt. Meist kommen erwachsene Kinder aus einer alkoholbelasteten Familie dahinter, nach welchen „Regeln“ ihre Kindheit ausgerichtet war und dass sie sich noch im Erwachsenenalter an diesen Regeln orientieren. Wünsche, Sorgen oder gar Bedürfnisse der Kinder rücken in den Hintergrund, Verständnis und Empathie wird schon den kleinsten der Familie abverlangt. Würden die Kinder auf ihre Bedürfnisse bestehen oder sich nicht an den unausgesprochenen Regeln halten, so würde das gesamte Familiensystem nicht mehr halten. Diese Regeln werden vom abhängigen Elternteil erstellt um seine eigenen Ziele zu verfolgen: a) uneingeschränkte Verfügung von Alkohol und b) schmerzfrei zu sein. Somit kann einerseits keiner von außen (Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen oder Helfersysteme) in das System Familie eindringen und andererseits kann sich kein Familienmitglied weiterentwickeln oder aus dem System „ausbrechen“. Wie intensiv diese Regeln in einer Familie ge- und erlebt werden ist nicht nur von Familie zu Familie unterschiedlich, sondern wird auch von jeder Person des Familiensystems anders gelebt. Die drei Grundformen der Regeln sind wie folgt: 1) Fühle nichts, 2) Rede mit keinem darüber, 3) Traue niemand.

Fühle nichts:

Um dem alkoholabhängigen Elternteil ein wenig Last zu nehmen, lernen Kinder „nichts zu fühlen“. Für die eigene emotionale Entwicklung bedeutet das, dass eigene Gefühle nicht mehr wahrgenommen werden können. Darüber hinaus erlernen Kinder auch, den eigenen Gefühlen nicht zu trauen. Für das System „Familie“ ist das nicht erleben der eigenen Gefühle eine Erleichterung und bürdet den Kindern gleichfalls ein rasantes erwachsen werden auf. Kinder leben mit dem Gefühl und halten es sogar für ihre Pflicht (des Friedens wegen) den hohen Erwartungen des erkrankten Elternteils Folge zu leisten. Stark sein, alles richtig zu machen, perfekt nach außen zu sein wird gefordert.

Rede mit keinem darüber:

Probleme in der Familie werden solange totgeschwiegen, wie es allen Beteiligten nur möglich ist. Sei es außerhalb der Familie oder innerhalb der Familie. Nehmen die Probleme aber überhand und können diese vor den anderen Familienmitgliedern nicht mehr versteckt werden, so setzt die Familienregel: „Rede mit keinem darüber“ ein.

Ursachen für Probleme werden auf jeden und alles übertragen – nur nicht auf die abhängige Person. In keiner Situation wird der Alkoholmissbrauch offengelegt - im Gegenteil. Der konsumierende Elternteil wird meist in Schutz genommen, Erklärungen werden gesucht und Verständnis wird aufgebracht.

Traue niemandem:

Kinder aus suchtbelasteten Familien haben erlernt niemandem zu trauen außer sich selbst. Rückführend ist diese Regel aus der Suchtkrankheit entstanden und den damit einhergehenden Lügen. Eine Abhängigkeit macht betroffene Personen und ihre Umgebung zu Lügern. Beispielsweise lügt der alkoholranke Elternteil um Alkohol zu konsumieren und die / der Partnerin / Partner lügt um die Abhängigkeit zu vertuschen, usw. Kinder lernen schon im Kindesalter, dass alle wichtigen Bezugspersonen nicht die Wahrheit sagen und projizieren diesen manifestierten Grundgedanken auf die Allgemeinheit (vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 16f.).

Zusammenfassend zu diesen Familienregeln wird festgestellt, dass Kinder in suchtbelasteten Familien keine Gefühle jeglicher Art haben dürfen um ihren alkoholabhängigen Elternteil zu schützen und beschützen. Kinder müssen Funktionen und Aufgaben der Erwachsenenwelt übernehmen ohne dabei auffällig nach außen zu wirken. Diese Familienregeln prägen eine Kinderseele enorm. Inwiefern Kinder auch noch im erwachsenen Leben darunter leiden, wird in dieser Arbeit noch genauer ausgearbeitet.

4.2 Co-Abhängigkeit

Von einer Co-Abhängigkeit ist nicht nur die / der Partnerin / Partner der / des Alkoholabhängigen betroffen. Wie bereits beschrieben, ist es eine Familienkrankheit von der alle Menschen in der näheren Umgebung (Kinder, Freunde, Verwandte) ebenfalls betroffen sein können. (vgl. Hofstetter o. J, S. 1).

Der Begriff „Co-Abhängigkeit“ entstand aufgrund des vorherrschenden Frauenbildes und wurde erstmals unter den Frauen von Alkoholabhängigen zum gängigen Begriff. Co-Abhängigkeit wurde von der Gesellschaft entweder mit einer vorhergehenden psychischen Krankheit der Frau oder einer viel zu dominanten Partnerin verbunden.

Lange Zeit wurde auch der Ehefrau die Schuld gegeben, dass Männer zur Flasche griffen (vgl. Schild / Wiesbeck 2012, S. 32f.). Beispielsweise haben Paolino und McCrady im Jahr 1977 Frauen von alkoholerkrankten Männern, welche eine Persönlichkeitsstörung hatten, folgend mit dieser damals gültigen These beschrieben „(...) im größeren oder kleineren Umfang ist die Ehepartnerin eines Alkoholikers charakteristischerweise eine kaum kompensierte, interpersonal beschränkte, unsichere, nach außen hin dominante, aber zutiefst abhängige, exzessiv ängstliche, sexuell unzulängliche, schuldgetriebene und abnormal zornige Frau mit pathogenen Kindheitserfahrungen.“ (Schild / Wiesbeck 2012, S. 33). Erst in den 70er Jahren wurde die Co-Abhängigkeit nicht nur auf die Partnerin bezogen, sondern auch auf weitere Familienmitglieder ausgeweitet. Vom jetzigen Wissensstand wird die Co-Abhängigkeit folgend erläutert: Eine Co-abhängige Person macht keinen Menschen zu einer / einem Alkoholikerin / Alkoholiker oder ist selbst abhängig. Co-Abhängige schützen den alkoholkranken Menschen, nehmen ihm Verantwortung ab, entschuldigen sein Verhalten und möchten ihm eigentlich alles Belastende abnehmen (vgl. Hofstetter ö. J., S. 1). Die schlimme Folge der Co-Abhängigkeit liegt darin, dass durch das Abnehmen der sozialen, finanziellen, familiären, usw. Probleme der / des Abhängigen die Krankheit nur hinausgezögert wird (vgl. Staiger 2014, S. 51f.). Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der Ausdruck der Co-Abhängigkeit in Fachkreisen umstritten ist. Auf der einen Seite ist der Begriff vage formuliert und kann mehrere Bedeutungen haben aufgrund der nicht konkreten Formulierung. Auf der anderen Seite werden mit dem Begriff, wieder ausgehend von der schwankenden Formulierung, viele verschiedene Assoziationen verbunden (vgl. Uhl / Puhm 2015, S. 10).

4.2.1 Die Phasen einer Co-Abhängigkeit

1) Beschützer und Erklärungsphase:

In der ersten Phase wird das Trinkverhalten der / des Betroffenen beschwichtigt, aber auch seine immer mehr auffallenden Defizite im sozialen Kontext werden wortlos vergeben. Fehlende Leistungen in der Arbeit werden, wenn möglich, von Kollegen aufgearbeitet und nicht weiter zur Sprache gebracht. Wissende Vorgesetzte schützen sich selbst vor einem unangenehmen Gespräch und nehmen somit (oft ungewollt) eine akzeptierende Haltung gegenüber der Krankheit der / des Betroffenen ein. Die Partnerin / der Partner entschuldigt die / den Abhängigen bei der Arbeit und beginnt sie / ihn

gleichzeitig von Freunden und Verwandten abzuschirmen. Das Beschützer Syndrom ist in dieser Phase von allen Betroffenen sehr ausgeprägt, denn keiner möchte die / den Alkoholabhängigen noch mehr belasten.

2) Kontrollphase:

Der Alkoholkonsum wird zunehmend auffälliger und die / der Co-Abhängige möchte den Konsum einschränken und kontrollieren. Dabei werden auch Parties und Anlässe zum Trinken bewusst ausgelassen und Versprechen vom Betroffenen eingeholt wie „heute trinke ich wirklich wenig“. Meist passiert in dieser Phase das Gegenteil und der Konsum steigert sich kontinuierlich. Daraus entsteht meist ein Gefühl von Hilflosigkeit und tiefe Enttäuschung macht sich breit.

3) Anklagephase:

In dieser Phase der Co-Abhängigkeit wenden sich Freunde, Familienmitglieder ab, da sie es nicht mehr schaffen, die Krankheit „mit zu bewältigen“. In der Firma wird die / der Betroffene an die / den nächst höhere / höheren Chefin / Chef weitergeleitet, da es für die Kollegen in diesem Ausmaß nicht mehr tragbar ist (vgl. Staiger 2014, S. 51f.).

Die Co-Abhängigkeit kann jede Person im näheren Umfeld eines alkoholerkrankten Menschen treffen, aber die Familie sind die am meisten betroffenen Personen. Die Auswirkungen auf das Familienleben werden im nächsten Unterkapitel „Familienregeln“ beschrieben.

4.3 Merkmale und Auswirkungen für Kinder einer „Alkoholikerfamilie“ (Bezugnehmend auf das Kindesalter)

Neben den unausgesprochenen Familienregeln gibt es bestimmte Merkmale, die eine Alkoholikerfamilie (Vater oder Mutter oder beide weisen eine Alkoholabhängigkeit auf) hat. Kinder in Familien, in denen Alkohol missbraucht wird, werden schon in ein zerrüttetes Familiensystem hineingeboren. „In sämtlichen Bereichen der Medizin und Pädagogik wird darauf hingewiesen, wie wichtig und entscheidend die primäre Sozialisation für die Entwicklung und Persönlichkeitsreifung der Kinder ist“ (Lelke 2014, S. 182). Obwohl das schon seit langem bekannt ist, gibt es erst seit ein paar

Jahren Forschungen zu diesem wichtigen Faktor „Kinder in einer Alkoholikerfamilie“. Welche Merkmale und Auswirkungen eine „Alkoholikerfamilie“ auf Kinder hat, wird nun folgend beschrieben. (vgl. Lelke 2014, S. 182ff.):

Stress und Krisen:

Eine Alkoholikerfamilie isoliert sich im sozialen Bereich. Führerscheinentzug, Verlust des Arbeitsplatzes und damit einhergehende finanzielle Probleme sind nur einige wenige Probleme, die bereits vorangehend in diese Masterarbeit beschrieben wurden. In dieser Zeit der Krisen und des Stresses verliert die abhängige Person zwar die Kontrolle über das eigene Leben, allerdings gewinnt sie / er umso mehr Kontrolle über das Leben der eigenen Familie. Die / der Abhängige steht im Mittelpunkt und bestimmt die unausgesprochenen Regeln der Familie. Sie /Er ist auch die Person der Familie, die am meisten Aufmerksamkeit und Unterstützung bekommt.

Einsamkeit:

Die Familienregeln lauten: Traue niemandem, rede mit keinem darüber, fühle nichts. Durch diese Regeln kommt es zur Einsamkeit der Kinder. Da außerdem die volle Aufmerksamkeit immer der / dem Betroffenen zugewandt wird, bleibt keine Energie, Zeit oder Aufmerksamkeit für weitere Familienmitglieder.

Zerrissenheit zwischen den Eltern:

Durch Streitigkeiten der Eltern und spürbaren Spannungen im eigenen zu Hause fühlen sich Kinder zwischen beiden Elternteilen hin und her gerissen. Meist können sie zu keinem der beiden Elternteile eine emotionale Bindung aufbauen. Wenn es zur Trennung der Eltern kommt, verarbeitet und erlebt das jedes Kind anders. Allerdings fühlen sich die meisten Kinder trotz der Trennung sowohl dem Vater als auch der Mutter verpflichtet.

Gefühlswirrwarr:

In einer Alkoholikerfamilie aufzuwachsen bedeutet das Erleben von vielen unterschiedlichen Gefühlen. Eine Berg und Talfahrt - Hoffnung und Enttäuschung - Freude und Trauer. In dem (Er)Leben einer Extremwelt flüchten sich Kinder in ihre

eigene Traumwelt, in der sie selbst über ihre Gefühle, Emotionen, Freude oder Leid bestimmen können. Denn in der realen Welt sind die eigenen Gefühle an die abhängige Person geknüpft. Zu dieser extrem erlebten Gefühlswelt kommt noch hinzu, dass sich Kinder mitverantwortlich fühlen, warum die Situation in der Familie so ist, wie sie ist.

Kalt – Kälter – Familie:

Durch den andauernden Stress in der Familie und den ständigen Stimmungsschwankungen, oft im negativen Bereich, lernen sich Kinder ein Verhalten an, das nicht auf eigenen Gefühlen basiert, sondern durch die jeweilige Situation bestimmt wird.

Grenzüberschreitungen:

Grenzüberschreitungen auf psychischer aber auch auf physischer Ebene sind oftmals in Suchtfamilien zu finden. Die Gefahr körperliche Gewalt bis hin zum sexuellen Missbrauch in einer Alkoholikerfamilie zu erfahren sind erhöht. Übergriffe in den Persönlichkeitsbereich der Kinder geschehen in allen Familien bei dem ein Elternteil oder beide missbräuchlich Alkohol konsumiert / konsumieren. Beispielsweise werden Kinder als Partnerersatz herangezogen, Kinder tragen schon in jungen Jahren große Verantwortung, da die / der Suchtkranke wie ein Kind behandelt wird – Rollenverschiebung in der engsten Familie.

Betrug der Kindheit:

Ein Kind in einer Alkoholikerfamilie ist ein Allroundtalent: Managerin /Manager, ZuhörerIn /Zuhörer, Ratgeberin / Ratgeber, Trostspenderin /Trostspender. Die Kinder sind nicht nur bedingungslos für den suchterkrankten Elternteil da, auch für den nicht erkrankten Elternteil sind Kinder meist die ersten Ansprechpersonen. Denn durch die Geheimhaltung, der Beschwichtigung bei Freunden, Bekannten und Familie, durch ständiges Verstecken wissen lediglich die Kinder, wie die Situation zu Hause ist. Hinzu kommt noch die Aufgabenübernahme in einem nicht kindgerechten Ausmaß wie beispielsweise: Haushalt, Versorgung von jüngeren Geschwistern, Einkäufe und vieles mehr (vgl. Lelke 2014, S. 182ff.).

4.4 Rollen der Kinder

Kinder die in einer „Alkoholikerfamilie“ aufwachsen erfahren oftmals keine Wärme, Herzlichkeit, Verständnis, Schutz oder Stabilität uvm. Um diese schwierige Situation zu bewältigen nehmen Kinder eine oder mehrere Rollen ein. Sharon Wegscheider hat im Jahre 1988 das Verhalten der Kinder in suchtbelasteten Familien analysiert und dabei vier Rollen der Kinder ausgearbeitet (vgl. Zobel 2017, S. 29). Vorab ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Rollen als Anhaltspunkt dienen. Welche Rolle ein Kind in einer Alkoholikerfamilie einnimmt oder eine Kombination aus mehreren Rollen inne hat hängt einerseits damit zusammen, wie gut das Kind mit der Belastungssituation zurechtkommt und auf der anderen Seite haben Geschlecht, Alter, Reife des Kindes und Ausbildung des Intellekts einen Einfluss darauf (vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 19).

Heldin /Held:

Meist ist die Heldin / der Held das älteste Kind in der Familie oder ein Einzelkind und diese / dieser übernimmt viele Aufgaben der Erwachsenen. Auf die jüngeren Geschwister aufpassen, kochen, Wäsche waschen, einkaufen sind Arbeiten, die dieses Kind übernimmt. Dabei ist die Heldin /der Held für Außenstehende nicht weiter auffällig und diese Kinder bekommen auch positives Feedback von der Allgemeinheit, wie beispielsweise: „Das ist toll, wie du deine Mama unterstützt.“ Kinder in dieser Rolle arbeiten tagtäglich hart an sich, wirken nach außen verantwortungsvoll, kompetent und gestärkt. Sie arbeiten für das Lob und die Anerkennung, die sie für ihre Arbeit von außen bekommen und träumen davon durch ihre harte Arbeit ihre Familie „zu retten“. Allerdings, durch das Tragen der ganzen Verantwortung, entwickelt die Heldin / der Held im Laufe ihres / seines jungen Lebens kein Vertrauen in andere Menschen. Spaß im Leben zu haben, sich zu entspannen und anderen die Verantwortung zu übertragen fällt den Betroffenen schwer, da sie Pflichtbewusstsein und das Gefühl von „nie genug zu tun und nie genug zu sein“ zu sehr verinnerlicht haben. Die Angst zu versagen und Schuldgefühle bestimmen der Heldin / des Helden auch im Erwachsenenalter und darum wählen diese Personen auch oft einen Beruf im sozialen Bereich aus. Auch die spätere Partnerwahl ist von der Vorgeschichte der

erwachsenen Person geprägt und dabei fällt die Wahl unbewusst auf einen Menschen der Hilfe benötigt (vgl. Wegscheider 1988, o.S.).

Das schwarze Schaf:

Die Rolle des schwarzen Schafs wird laut Wegscheider dem zweiten Kind der Familie zugeschrieben. Es spiegelt das Chaos und das ständige Auf und Ab in der suchtbelasteten Familie nach außen wider. Das unpassende Verhalten kann sich durch Einnässen bis hin zu Schulproblemen oder Kriminalität zeigen. Das Kind lenkt die Familie und die Umgebung von den eigentlichen Problemen (der Sucht) ab und zieht die ganze Aufmerksamkeit auch sich und auf sein „problematisches Verhalten“. Das Kind ist trotz der nach außen wirkenden harten, unantastbaren, aggressiven Schale, eigentlich ein verletztes, aufmerksamkeitssuchendes und oftmals einsames Kind. Nimmt ein Mädchen die Rolle des schwarzen Schafes in der Familie ein, so kommt es meist aufgrund von fehlender Zuneigung seitens der Eltern, zu frühen sexuellen Kontakten. Ergibt sich daraus eine Schwangerschaft ist diese meist mit vielen sozialen Problemen verbunden. Allerdings kann es das schwarze Schaf unbewusst durch die enormen Probleme schaffen, Menschen seiner Umgebung (Lehrer, Mitschüler, Freunde, Bekannte, uvm.) auf die Familie aufmerksam zu machen. Durch das Lüften des gut gehüteten Familiengeheimnisses kann ein Casemanagement einschreiten und die Familie therapeutisch unterstützen. Ist dies nicht der Fall und keine Person aus dem Umfeld wird aufmerksam und es kommt zu keiner therapeutischen Unterstützung wird auch „das schwarze Schaf“ Auswirkungen im Erwachsenenalter spüren. Meist leiden diese Kinder später selbst an einer Suchterkrankung und leben den Kreislauf der Eltern ungewollt weiter (vgl. Wegscheider 1988, o.S.).

Das verlorene Kind:

Das dritte oder das mittlere Kind nimmt häufig die Rolle des verlorenen Kindes ein. Dieses Kind bekommt keine Art von Aufmerksamkeit – Weder positive noch negative und lebt daher ein sehr unauffälliges Leben. Es übernimmt keine Verantwortung, fängt keinen Streit an und geht diesem sogar aus dem Weg. Es bemüht sich auch nicht, die Familiensituation besser zu machen, sondern passt sich still der Familie an. Durch das stille Anpassen erlernt das Kind in dieser Rolle auch keine eigenen Bedürfnisse und

keine sozialen Kontakte auszuleben. Aussichtslosigkeit, Isolation und Minderwertigkeitskomplexe werden ebenfalls dieser Rolle zugeschrieben. Um diese innere Leere zu füllen greifen Kinder in dieser Situation oft zu Essen und entwickeln so ein gestörtes Essverhalten. Das kann sich von leichtem Übergewicht in der Kindheit bis hin zu schwerem Übergewicht oder zum Gegenteil, einer Ess – Brechsucht, im Erwachsenenalter weiterentwickeln. Vor allem für diese Kinder ist es schwer eine Unterstützung oder Therapie im Erwachsenenalter anzunehmen. Diese Kinder haben ihr halbes Leben für sich alleine gekämpft und wenig Hilfe erfahren, deshalb fällt es ihnen besonders schwer Hilfe anzunehmen (vgl. Wegscheider 1988, o.S.).

Der Clown:

Der Clown lenkt die Familienmitglieder und ihre Umgebung von dem eigentlichen Problem, der Sucht, ab. Durch lustige Sprüche, Gesten oder Geschichten vermittelt das Kind in dieser Rolle eine Leichtigkeit und lässt große Probleme nur mehr halb so groß wirken. Meist übernimmt diese Rolle das jüngste Kind in der Familie und wird dabei von älteren Geschwistern geschützt. Durch das Beschützen vermitteln die älteren Geschwister dem jüngsten Kind ein Gefühl von Unreife, Schwäche und ein Gefühl die Realität nicht verkraften zu können. Kinder können Emotionen, wie beispielsweise Wut, Zorn oder Angst, spüren. Somit wissen diese Kinder, dass in der Familie etwas nicht stimmt, aber keiner der älteren Geschwister spricht es aus. Daraus entwickeln diese Kinder hinter der Clown-Fassade oftmals eine große Angst. Aber auch Eigenschaften wie Einsamkeit, Schuldgefühle oder Leere werden den Kindern in dieser Rolle zugeschrieben. Von ihrer Umgebung werden sie nicht wirklich ernst genommen und nehmen auch noch im Erwachsenenalter die Rolle des lustigen Kindes ein. Diese Kinder erlernen ein vermeidendes und ablenkendes Verhalten, das sich im Erwachsenenalter negativ auswirkt. Mit Stress, eigenen Gefühlen oder alltäglichen Belastungen umzugehen, ist für diese Kinder im späteren Leben sehr schwierig und kann in einer Schizophrenie enden. Aber diese Kinder sind ebenso gefährdet, wie Kinder in der Rolle: „Das schwarze Schaf“, einer Sucht zu verfallen. Der Grund dafür könnte sein, dass Kinder in der Rolle des Clowns als hyperaktiv eingestuft werden und danach behandelt werden. Dadurch lernt das Kind von klein auf: Es gibt Mittel, die mir helfen mich zu entspannen (vgl. Wegscheider 1988, o.S.).

Im Laufe der Jahre haben weitere bedeutende Forscherinnen und Forscher die Rollen von Kindern in suchtblasteten Familien weiterentwickelt. Beispielsweise hat Black im Jahr 1988 erstmals die bereits ausgearbeiteten Rollen von Wegscheider abgewandelt. Er hat die Rolle des Clowns in die Friedensstifterin / den Friedensstifter umbenannt. Die Rolle ist eine Person, die eine hohe empathische Energie aufweist, viel Verständnis zeigt für die missliche Familiensituation, aber auch als guter Zuhörer dient.

Ackerman hat im Jahre 1987 acht verschiedene Rollen beschrieben, welche die Kinder im Laufe ihrer Kindheit einnehmen. Dabei überschneiden sich die ersten vier Rollen mit denen von Wegscheider. Ackermann hat jedoch vier weitere Rollen entwickelt die folgend lauten: das *Chamäleon* (passt sich immer anderen Meinungen, Bedürfnissen und Wünschen an), die / der *Übererwachsene* (diese Rolle ist sehr ernst in seinem Tun und Denken, seinen Handlungen ist sehr kontrolliert und selbstkritisch und alles in allem zu erwachsen für sein Alter), die / der *Distanzierte* (Unantastbarkeit, Gefühlslosigkeit und wenig bis kein Kontakt zu den Mitmenschen beinhaltet diese Rolle). Die letzte Rolle die Ackerman beschreibt ist die / der *Unverletzte*. Damit ist er der einzige Forscher, der auch die Möglichkeit aufzeigt, dass Kinder in einer Suchtfamilie eine gesunde psychische Entwicklung haben können.

In später weiter abgeänderten Rollenbildern von **Lambrou** (1990) oder von **Jakob** (1991) ist diese Rolle der / des Unverletzten nicht mehr zu finden. Lambrou hat dieselben fünf Rollenbilder wie Ackermann (Macherin /Macher, Sündenbock, Unsichtbares Kind, Maskottchen, Chamäleon). Im Gegensatz dazu hat Jakob im Jahr 1991 zwischen dem Elternkind, dem Partnerersatz, dem Vorzeigekind, dem schwarzen Schaf und dem Nesthäkchen unterschieden. Das Elternkind ist Beraterin / Berater, Freundin / Freund für den nicht trinkenden Elternteil. Es trifft wichtige Entscheidungen, die die Familie betreffen mit, obwohl es eigentlich noch ein Kind ist. Der Partnerersatz / Partnerersatz hat eine hohe emotionale Intimität zu dem nicht konsumierenden Elternteil. Wie der Name der Rolle bereits erahnen lässt, ersetzt das Kind die trinkende Partnerin / den trinkenden Partner. Ist das Kind nicht mehr bereit diese Zuwendung aufzubringen, so kann es dem Kind Ärger nicht nur seitens der Eltern sondern auch von den Geschwistern einbringen. Das Vorzeigekind, das schwarze Schaf

und das Nesthäkchen sind wieder den Rollen von Wegscheider ähnlich (vgl. Zobel, 2017 S. 28ff.)

Martin Zobel beschreibt die Rollen der Kinder aus Suchtfamilien zusammenfassend folgend: „Die einzelnen Rollen sind als Versuch anzusehen, einer belastenden Umwelt entweder durch aktives Handeln, Rebellion, innere Emigration oder spaßigen Ablenkung zu begegnen. Wegscheider geht davon aus, dass diese Rollen eine janusköpfige Funktion für die betreffenden Kinder haben: Sie stellen zunächst eine Anpassungsleistung dar, führen aber später im Erwachsenenleben aufgrund ihrer einseitigen Ausrichtung zu Problemen.“ (Zobel 2001, S. 43). In der Kindheit sind diese Rollen eine Überlebensstrategie und werden später zu einem festen Bestandteil der „erwachsenen Kinder“. Diese erlernten Rollen der Kindheit können oftmals nicht mehr ohne Hilfe von außen abgelegt werden und haben ähnliche Auswirkungen wie eine Sucht. Denn das erwachsene Kind ist von dieser Rolle genau so abhängig wie der suchtkranke Elternteil vom Alkohol (vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 19). „Allen diesen Rollen gemeinsam ist ein hohes Maß an Unehrllichkeit, Perfektionismus, Verleugnung, Kontrollverhalten und Selbstbezogenheit“ (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe 2013, S. 19).

Um die ganzen Familienregeln, Rollen, Lügen, leeren Versprechungen ertragen zu können, erlernen Kinder in dieser Zeit einige Bewältigungsstrategien um ihr Leben etwas zu erleichtern. Diese Strategien werden im nächsten Kapitel aufgezählt.

4.5 Bewältigungsstrategien der Kinder

Frau Doktor Waltraut Barnowski-Geiser ist ausgebildete Musiktherapeutin und Psychotherapeutin und arbeitet seit vielen Jahren mit suchtkranken Menschen und deren Familien zusammen. Des Weiteren ist sie als Lehrende an Hochschulen oder in therapeutischen Ausbildungen tätig. Im Jahr 2015 ist ihr Fachratgeber „Vater, Mutter, Sucht“ erschienen und dient für dieses Kapitel als Literaturgrundlage. Dieses Kapitel sollte aufzeigen wie die Familienregeln, die Merkmale einer Alkoholikerfamilie und die Rollen der Kinder sich gegenseitig beeinflussen. Des Weiteren sollte es überleitend auf das nächste Kapitel „Erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern“ sein.

4.5.1.1 Stärken von Kindern alkoholabhängiger Eltern

Das Aufwachsen in einer suchtkranken Familie bringt viel Leid und Negatives für Kinder mit sich. Allerdings entwickeln Kinder in dieser Zeit auch viele Stärken, welche sie im Erwachsenenalter auch positiv für sich nutzen können. Jedoch sind diese Stärken oft verschüttet unter vielen Belastungen im Alltag oder durch Verletzungen etwas vernarbt. Diese Stärken werden erst zu richtigen Stärken, wenn es einen Perspektivenwechsel gibt und Kinder sich bewusst werden, dass sie sehr viele positive Qualitäten haben. Welche diese Stärken nun sind, werden folgend aufgezählt (vgl. Branowski-Geiser 2015, S. 61ff.):

Belastbarkeit – Ich halte das aus

Kinder von alkoholabhängigen Eltern sind sich gar nicht bewusst, was sie alles leisten. Sie stehen die schwersten Krisen durch oder feiern größte Erfolge mit der eigenerbrachten Leistung – das finden sie oftmals gar nicht erwähnenswert. Diese Kinder beschreiben sich in einer therapeutischen Sitzung, laut Frau Doktor Waltraut Barnowski-Geiser, oftmals als grundlos müde oder erschöpft. Erst auf Nachfrage ist das unglaubliche Arbeitspensum ersichtlich und geht weit über eine normale Belastbarkeit hinaus. „Ich halte das aus“ ist das Motto der Kinder, das im späteren Lebenslauf sehr zum Vorteil werden kann. Allerdings müssen diese Kinder lernen, die eigene Belastbarkeit zu würdigen.

Beharrlichkeit – Ich kämpfe weiter

Einmal ein Ziel vor Augen und Vertrauen in ein Projekt gefasst, können Kinder aus Suchtfamilien bis zum Ende dafür kämpfen – auch wenn keiner mehr an das Projekt glaubt. Sie haben es in ihrer Familie gelernt, dass es kein Aufgeben oder Versagen gibt. „Frei nach dem Motto: geht nicht – gibt es nicht! Suchtkinder machen das Unmögliche möglich und das, wenn es nötig ist, über Jahre“ (Branowski-Geiser 2015, S. 63). Darum sind „Suchtkinder“ ideal in einer Führungsposition platziert. Allerdings kann diese Stärke, wenn es nicht reflektiert betrachtet oder aufgearbeitet wird, sich auch negativ auswirken. Beispielsweise, dass sich diese Kinder später in berufliche Projekte verbeißen.

Treue – Ich verlasse dich nicht

Schon wie in dem zuvor beschriebenen Punkt, weisen Suchtkinder auch ein unglaubliches Durchhaltevermögen auf und das spiegelt sich auch meist in ihren eigenen Beziehungen wider. Sie haben in ihrer Kindheit gelernt: Egal wie schwierig und kompliziert die eigene Familiensituation auch sein mag, keiner in der Familie gibt auf und jeder hat noch eine kleine Hoffnung auf Besserung. Diese Treue kann sich für spätere Beziehungen sowohl negativ als auch positiv auswirken. Bleibt diese Stärke unreflektiert, halten erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern später oft selbst an sehr schwierigen Beziehungen noch fest, obwohl es für Außenstehende unverständlich ist.

Soziale Fähigkeiten – Ich komme schon klar mit allem

Menschen mit einbeziehen, Menschen miteinander verbinden, schnellen Kontaktaufbau mit anderen Menschen, schlichtweg eine starke soziale Kompetenz. Suchtkinder haben gelernt ihre Bedürfnisse hinten zu stellen und sich anderen Menschen schnell anzupassen. Das Organisieren von Familienfeiern oder Firmenfesten stellt für diese Menschen keinen großen Aufwand dar. Auch „schwierige Persönlichkeiten“ oder Menschen, die eher als Außenseiter gelten, können erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern sehr gut in eine Gruppe mit einbeziehen. Denn mit komplizierten Menschen hatten sie schon in der Kindheit umgehen gelernt.

Empathie – Ich kann es auch fühlen

Bei Kindern aus einer Suchtfamilie sind die Spiegelneuronen im Hirn sehr stark ausgebildet. Spielneuronen im Gehirn dienen als Basis für die Empathie, also das Ein- und Mitfühlen in andere Menschen und deren Situation. In Suchtfamilien sind Kinder immer auf der Hut und können blitzschnell die Stimmung der Person gegenüber erkennen und darauf reagieren. Sie mussten in ihrer Kindheit einschätzen können, wann beispielsweise die gute Laune des betrunkenen Vaters umschlägt in ein cholerisches aggressives Verhalten. Diese Fähigkeit stellt „eine hohe soziale Kompetenz dar, die es ermöglicht, schwierige Menschen zu führen, ungewöhnliche Gruppenkonstellationen zu managen und Netzwerke zu installieren.“ (Branowski-Geiser 2015, S. 66).

Organisationstalent – Ich regle das schon

In einer Familie, in der sich alles um die Sucht eines oder beider Elternteile dreht, ist kein Tag wie der Nächste. Kinder müssen schon sehr früh die kindliche Rolle ablegen und übernehmen Aufgaben, die eigentlich eine erwachsene Person erledigen sollte. Den Haushalt organisieren, sich um die Geschwister kümmern, sich eine Ausrede für den Papa einfallen lassen und ihn krank melden und sich nebenbei noch um die eigenen Schulaufgaben kümmern. Aber auch spontane Planänderungen, Lösungen für aufkommende Probleme finden oder Krisen zu bewältigen – Kinder lernen schon früh alles zu managen und dabei kreativ zu sein. Diese Fähigkeit des Managens wird später meist in Vereinen und Gemeinschaften weiter gelebt. Allerdings kann sich diese Stärke, ebenfalls wie alle anderen Stärken, im Erwachsenenalter negativ auswirken, wenn diese nicht reflektiert betrachtet wird.

Stimmungsexperten – Ich kann viele Situationen aufheitern

Immer einen lustigen Spruch auf den Lippen, eine Freundin zum Lachen bringen oder sogar eine ganze Gruppe - Kinder aus einer Suchtfamilie wissen ihr „Publikum“ aufzuheitern. Sie haben es schon früh gelernt, wie bereits vorab schon öfter beschrieben, jede Situation und das Gegenüber einzuschätzen und darauf zu reagieren. Solange auch noch genug Platz für Besinnlichkeit, Stille oder auch manchmal Trauer ist, kann das eine besondere Stärke von diesen Kindern auch später noch bleiben.

4.5.1.2 Wunden von Kindern alkoholabhängiger Eltern

Tiefe Verletzungen, Wunden die Narben hinterlassen und traumatische Erlebnisse – das Aufwachsen in einer Familie mit einem Suchtproblem kann tiefe Spuren hinterlassen. Wie viele Verletzungen in der Kindheit erlebt wurden oder wie tief diese bei einem Menschen verankert sind, ist von Person zu Person verschieden. Die nachstehende Aufzählung sollte einen kleinen Überblick geben, welche Verletzungen sich laut Branowski-Geiser häufen (vgl. Branowski-Geiser 2015, S. 68 ff.):

Tarnung – Zu Hause ist alles gut

Täuschen, tarnen und beschwichtigen sind die Hauptaufgaben eines Kindes in einer Suchtfamilie. Das Tabuthema Alkohol wird so wenig wie möglich erwähnt, schon gar

nicht in einem Zusammenhang mit dem Wort „Problem“. Kinder lernen schon sehr früh andere Leute zu täuschen und das Problem der Familie zu tarnen oder zu beschwichtigen. Wahrheit und Lügen vermischen sich und werden zur „Familienwahrheit“ ernannt. Das Ablegen dieser Verletzung im späteren Lebenslauf ist ohne Unterstützung oft nicht möglich.

Isolation – Mein Inneres bleibt verborgen

Nicht nur das Haus der Eltern wird zu einer Festung, in das nur ein ausgewählter Personenkreis darf, sondern auch in der Gefühlsebene der Kinder herrscht Isolation. Sie haben gelernt mit niemanden darüber zu sprechen, jede Person zu täuschen oder das Thema Alkoholsucht zu beschwichtigen. Aber sie haben auch gelernt, dass ihre Gefühle in der Familie nicht wichtig sind und sie durften schon gar nicht jemanden mit ihren Problemen „belästigen“. Eine Gefühlsisolation ist oftmals die Folge dieser Kinder, die sie auch später nicht von heute auf morgen ablegen können.

Gefühlsexplosion – Meine Gefühle sind immer extrem

Die Gefühle eines Kindes in einer Suchtfamilie sind ein Taumel zwischen Sehnsucht und Schuld. Das Schuldgefühl ist ein sehr typisches Gefühl, welches Suchtkinder empfinden. Sie geben sich beispielsweise für die Alkoholabhängigkeit der Eltern die Schuld oder auch für einen Streit zwischen den Eltern. Auch das Gefühl des Schämens gehört zu diesen extremen Gefühlen, das sich in zwei Richtungen entwickeln kann. Entweder schämen sich Kinder für ihre Eltern und nehmen das auch in das Erwachsenenalter mit, indem sie sich später für ihr eigenes Verhalten schämen. Auf der anderen Seite kann es sein, dass die Scham in der Kindheit zu groß war um sie zu verarbeiten und so können sie selbst schamlos werden. Neben Scham und Schuldgefühlen ist auch immer sehr viel Angst vorhanden. Kinder sind in einer Alkoholikerfamilie ständigem Stress ausgesetzt, kein Tag gleicht dem Anderen und die Stimmung kann oft in Sekunden umschlagen. Im Erwachsenenalter können dann Situationen Angst auslösen, welche für andere Menschen keinen Anlass für solche Empfindungen geben. Eine Auswirkung dieser Gefühlsexplosionen kann Gefühlslosigkeit sein. Diese Bewältigungsstrategie tritt bei Kindern auf, für die die Gefühlswelt zu intensiv wird. Im späteren Lebenslauf fällt es den Betroffenen meist

schwer mit dieser Gefühlslosigkeit ein soziales Leben zu führen. Das betrifft sowohl Partnerschaften, als auch Freundschaften oder Arbeitsgemeinschaften.

Leere - Beziehungssüchtig und Beziehungslos

Kinder wachsen in einer Familie auf, in der jeder Zeit aus einem „Komm her“ ein unbegründetes und unverständliches „Geh weg“ wird. Diese, für das Kind absolut nicht nachvollziehbare Beziehung ist der Grundstein für die eigenen späteren Beziehungen. Kinder können später sehr schwer mit Gleichberechtigung, Aufrichtigkeit oder ehrlichen Gefühlen umgehen und entscheiden sich oft für das, was sie in ihrer Kindheit gelernt haben: das Extreme. Entweder sind sie beziehungsüchtig, können nicht alleine leben und stürzen sich von einer unglücklichen Beziehung in die Nächste oder sie haben ein vermeidendes Verhalten gegenüber Beziehungen.

Heimatlos – Die unendliche Suche nach einem Zu Hause

Das Gefühl der Heimatlosigkeit ist bei Kindern aus einer Alkoholikerfamilie sehr groß, denn die meisten fühlten sich in ihrer Kindheit nicht zu Hause. Auch das „Kind sein“ wurde ihnen früh genommen und das Gefühl der Zugehörigkeit auch noch im späteren Lebenslauf, sei es in einer Partnerschaft oder als Eltern. Zum Beispiel suchen sich betroffene Kinder im Erwachsenenalter selbst eine trinkende Partnerin / einen trinkenden Partner. Das familiäre Muster des trinkenden Vaters oder der verzweifelten Mutter werden über mehrere Generationen „weitergegeben“ und vor / nachgelebt. Oftmals können diese Menschen ohne Unterstützung von außen diesen Kreislauf nur schwer durchbrechen.

Wertlos – Mein Leben ist ver-rückt

In einer Familie mit einem alkoholabhängigen Elternteil ist die Sucht der Mittelpunkt der Familie. Da kann es schon vorkommen, dass beispielsweise am Vortag noch alle Regeln penibel genau kontrolliert einzuhalten waren und am nächsten Tag, aufgrund eines Suchtschubes, alle Regeln außer Kraft gesetzt sind. Kinder lernen schon in früher Kindheit, dass Regeln, Wertungen, Vorstellungen oder Wünsche schnell wertlos und verrückt werden. Damit wird ihnen gezeigt, dass nichts einen Wert hat und die Schlussfolgerung für Kinder ist: Auch ich habe keinen Wert. Sie fühlen sich selbst

wertlos und die Genesung des suchtkranken Elternteils nimmt den Mittelpunkt ihres Lebens ein.

Welche Auswirkungen eine Co-Abhängigkeit, die Familienregeln oder die Bewältigungsstrategien der Kinder auf erwachsene Kinder aus einer Suchtfamilie haben, hat Woititz im Jahre 2000 aufgelistet. Dabei hat die Psychologin dreizehn Merkmale ausgearbeitet, die Kinder aus einer Alkoholikerfamilie aufweisen. Welche diese sind, werden im nächsten Kapitel genau ausgearbeitet.

4.6 Merkmale und Auswirkungen auf die Kinder einer „Alkoholikerfamilie“ – (Bezugnehmend auf das Erwachsenenalter)

Woititz hat diese 13 Merkmale nicht empirisch erhoben und mit repräsentativen Daten erstellt, sondern diese Merkmale hat sie aus einer Vielzahl von Aussagen erwachsener Kinder von Alkoholikerfamilien ausgearbeitet. Folgend werden diese 13 Merkmale aufgelistet und beschrieben. Als Literaturgrundlage dient das Buch von Woititz in der 14. aktualisierten Auflage (vgl. Woititz 2015, S. 38ff.).

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen wissen nicht, was „normal“ ist

Kinder, die in einer suchtbelasteten Familie aufwachsen, haben keinen Bezug zur Normalität. In ihrer Kindheit haben sie die Geheimnisse der Familie für sich behalten müssen, haben sich selten nach ihren eigenen Gefühlen verhalten oder eigene selbstständige Entscheidungen getroffen, denn wie voran gegangen schon beschrieben, leben die Kinder nach den unausgesprochenen Regeln des suchtkranken Menschen. Um aus diesem verwirrenden und vor allem anstrengenden Leben zu entkommen, entwickeln diese Kinder eine starke Phantasiewelt. In dieser Welt ist alles möglich, sie ist ständig veränderbar und die Kinder bestimmen selbst, was wäre wenn... Auf der einen Seite ist diese eigens kreierte Welt zwar unterstützend für die Kinder, auf der anderen Seite kann sie aber auch verwirrend wirken, da sie im „wirklichen Alltag“ nicht umsetzbar ist.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen können kaum eine Sache zu Ende bringen

Projekte werden begonnen und nicht zu Ende gebracht, eine tolle Arbeitsstelle ist immer in Aussicht – aber nie wird etwas daraus, die Hausarbeit wird mit links erledigt (aber nie wirklich angefangen). Kinder wachsen mit Unmengen an Versprechen auf, mit viel Tatendrang und mit ausreichend wirren Ideen – aber fast nie wird etwas davon eingehalten, fertig ausgeführt oder gar zu Ende gebracht. Diese Kinder erlernen von klein auf „das Hinausschieben von Aufgaben“ und sie leben es im Erwachsenenalter selbst – ungewollt – in höchster Konsequenz.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen lügen, obwohl es ohne Probleme möglich wäre, die Wahrheit zu sagen

Lügen gehört in einer Alkoholikerfamilie zum Alltag und ist nichts Außergewöhnliches. „Es kommt zum Teil als offenkundige Verleugnung von unangenehmen Realitäten daher, zum Teil als Vertuschung, nicht eingehaltenes Versprechen und Unzuverlässigkeit“ (Woititz 2015, S. 47). Das Lügen nimmt bei jedem betroffenen Menschen unterschiedliche Formen an, aber bei Allen gibt es eine Abweichung der Wahrheit. Kinder erlernen das Lügen schon in den Kinderschuhen: Bei uns ist alles in Ordnung. Meine Mama / Mein Papa hat nur einmal zu viel getrunken, sonst hat sie / er das unter Kontrolle. Das Lügen erleichterte den Kindern manches Mal das Leben zu Hause, aber auch in der Schule oder in einer Freundschaft. Folglich verliert die Wahrheit an Bedeutung und den Kindern fällt es ebenso schwer das Lügen im Erwachsenenalter abzulegen. Obwohl es leicht wäre die Wahrheit zu formulieren, fällt es trotzdem schwer Erlerntes hinter sich zu lassen.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen haben ein negatives Selbstbild

Kinder bauen in einer Alkoholikerfamilie ein negatives Selbstbild auf. Sie können nie brav genug oder aufmerksam genug sein um die Situation in der Familie zu verbessern. Schlimmer ist noch der Gedanke, dass sie an allem schuld seien und das hat sich bei den meisten in der Kindheit manifestiert. Im Erwachsenenalter äußert sich dieses Merkmal dann folgend: Wenn bei einem erwachsenen Kind von Alkoholikern eine Sache oder eine Situation nicht so funktioniert wie geplant, fühlt es sich immer schuldig. Aber

passiert etwas Gutes, läuft etwas genauso wie geplant, kann dies alle möglichen Gründe haben, nur es ist an dem Guten nicht beteiligt. Diese Einseitigkeit der Anschauung wurde von Kleinkind an gelernt und wird später auch nicht abgelegt, denn das würde bedeuten sein Selbstbild von Kind auf noch einmal zu überdenken.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen können schwer unbeschwert Spass haben

Das spontane und lustige Kind wurde in der Kindheit verdrängt. Die meisten Rollen die Kinder in einer Suchtfamilie übernehmen sind nicht mit Spaß verknüpft. Es gibt zwar, wie bereits oben ausführlich beschrieben, die Rolle des Clown's. Allerdings ist diese Rolle immer der Situation angepasst und dient als Ablenkung und Unterhaltung für Gäste oder Familie. Spontane lustige Aktionen oder von Herzen lachen gab es in der Kindheit kaum und fällt diesen Menschen auch im Erwachsenenalter sehr schwer. Verständlicherweise ist das Aufwachsen in einer suchtbelasteten Familie eine schwierige Aufgabe, die nicht viel mit Spaß zu tun hat.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen leben ein ernstes Leben

Dieser Wesenszug ist eng mit dem vorhergehenden Merkmal verknüpft, denn wer sein Leben ernst nimmt, wird wenig Spaß daran haben und umgekehrt: Wer sein Leben zu ernst nimmt, erlaubt sich wenig Spaß in seinem Leben. Das „ernste Leben“ ist wieder zurück zu führen auf das Erlernte in der Kindheit. Ein Aufwachsen in einer Familie mit einem konsumierenden Elternteil ist anstrengend, schwierig und vor allem ernst und das wird auch im Erwachsenenalter weiter gelebt. Angst davor sich peinlich zu machen, dumme Fragen zu stellen oder einfach anzusehen wie andere Menschen Spaß haben fällt diesen Menschen schwer und trifft auf Unverständnis. Allerdings möchten sie doch im tiefsten Inneren gerne Spaß haben, von Herzen lachen und das Leben einmal nicht so ernst nehmen – aber dies ist fast unmöglich.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen fällt es schwer eine Beziehung aufzubauen

Gründe, warum es erwachsenen Kindern von Alkoholikern schwer fällt eine intime Beziehung einzugehen, gibt es viele. Aber der offensichtlichste Grund dafür ist, dass

diese Kinder nie eine intakte und harmonische Beziehung ihrer Eltern erlebt haben und wie sollten sie dann wissen wie es funktioniert. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die Eltern-Kind-Beziehung immerfort unbeständig war. An einem Tag ist Liebe und Harmonie im Vordergrund und am nächsten Tag wird das Kind ohne ersichtlichen Grund zurück gewiesen. Mit diesem Gefühl später selbst eine gesunde intime Beziehung aufzubauen stellt sich für die betroffenen Kinder als schwierig heraus. Eine weitere Schwierigkeit ist die Angst verlassen zu werden, welche sich bei den Betroffenen in extremer Panik äußern kann und eine kleine Streitigkeit kann zu einem großen Problem ausarten. Wenig Selbstvertrauen und die Angst vor Zurückweisung stellen ebenfalls ein Problem dar, eine funktionierende Beziehung einzugehen und zu erhalten.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen können mit Veränderungen kaum umgehen

Diese Kinder hatten keinen Einfluss auf ihr eigenes Leben, denn sie wurden in eine trinkende Familie hineingeboren und wuchsen in einer Umgebung voller Unbeständigkeit auf. Um diese Situation zu ändern, haben diese Kinder gelernt nur sich selbst zu vertrauen. Alle anderen Menschen in ihrer Umgebung haben ihr Vertrauen schon in der Kindheit missbraucht mit leeren Versprechungen, Missachtungen von wichtigen Terminen usw.. Somit haben sie gelernt, wenn sie alles kontrollieren und genau planen kann nichts passieren. Da kann es schon einmal passieren, dass kleine Veränderungen (anstatt Schwimmen zu fahren, ein Eis essen zu gehen) eine Überreaktion auslösen kann. Eine Überreaktion wird durch Erfahrungen in der Kindheit ausgelöst und erscheint für Außenstehende oft überspitzt. Allerdings ist diese Reaktion für diese Menschen eine reflexartige und schützende Reaktion, die erst im Nachhinein betrachtet übertrieben war.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen sehnen sich nach Bewunderung und Bestätigung

Die Krux an diesem Merkmal ist, dass sich diese Menschen zwar Anerkennung und Bestätigung wünschen, aber wenn sie es bekommen nicht wissen wie sie damit umzugehen haben. Das Aufwachsen in einer suchtblasteten Familie ist gleichgestellt

mit einer Achterbahnfahrt. Die Kinder leben in einem Gefühlswirrwarr zwischen „Komm her“ und „Geh weg“, sie sind nie gut genug oder sie bekommen ein Lob mit einem „aber...“ hinterher. Dass sich in dieser Umgebung kein gesundes Selbstbild entwickelt hat, ist hier nicht mehr weiter auszuführen. Mit diesem negativen Selbstbild erhoffen sie sich zwar von anderen Menschen Bestätigung, können diese aber nicht annehmen, denn dann müssten sie das eigene negative Bild überdenken.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen glauben, dass sie anders sind, als anderen Menschen

Das Gefühl von „anders sein als andere Menschen“ ist das Ergebnis aus der Isolation in der Kindheit. Wie bereits in dieser Arbeit beschrieben, müssen Kinder in einer Alkoholikerfamilie oft isoliert von anderen Menschen leben, um das Familiengeheimnis zu bewahren. Freundinnen oder Freunde werden nicht mit nach Hause genommen und lügen gehört zum Alltag. Diese Kinder müssen schnell erwachsen werden und haben wenig Zeit ihre Kindheit vollends auszuleben. Auch die Möglichkeit soziale Fähigkeiten zu erlernen, sich in einer Gruppe einzufinden, bleibt ihnen meist verwehrt. Da liegt es auf der Hand, dass erwachsene Kinder aus einer konsumierenden Familie glauben anders zu sein als andere Menschen. Das Interessante dabei sei, laut Woititz, „(...) dass Sie auch in einer Gruppe von erwachsenen Kinder von Alkoholikern das Gefühl haben, anders zu sein als die anderen“ (Woititz (2015), S. 69).

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen sind verantwortungsvoll oder verantwortungslos

Eine Aufteilung der Aufgaben und ein späteres Zusammenfügen zu einem Ganzen gibt es meist nicht in einer suchtbelasteten Familie. Dadurch haben diese Kinder auch nur ein Extrem gelernt: Die volle Verantwortung zu übernehmen oder das Gegenteil: Überhaupt keine Verantwortung zu übernehmen, da es in der Familie keinen Unterschied gemacht hat. Diejenigen, die gewohnt waren, immer die volle Verantwortung zu übernehmen werden übertrieben verantwortungsbewusste Menschen, weil sie ihre eigenen Grenzen nicht kennen und die Angst zu groß ist, aufzufliegen. Dabei spielt die Qualität der erbrachten Leistung für sie keine große Rolle. Es wird viel mehr Energie dafür aufgebracht, noch mehr Arbeit anzuhäufen und keine Arbeit

abzugeben. Diejenigen, die kein Verantwortungsgefühl entwickelt haben, können weder Termine oder Fristen einhalten. Sie können sich an keine Regeln halten und bringen auch nicht gerne ihre Arbeitsleistung in eine Gruppe ein.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen haben ein hohes Maß an

Zuverlässigkeit

Egal wie schwierig eine Situation in der Familie ist, egal wie sehr die eigene Familie erschüttert wird durch die Sucht, eines wurde in der Kindheit gelernt: Zuverlässigkeit. Diese, nach außen wirkende Zuverlässigkeit, ist in Wirklichkeit eine Form von Unsicherheit und Angst. Trotzdem lernen Kinder eine Beziehung nicht aufgrund einer Kleinigkeit aufzugeben. Allerdings lernen sie eine Beziehung beizubehalten, obwohl sie ihnen nicht mehr gut tut. Nur die Tatsache, dass eine andere Person sie gerne mag, ist Grund genug bei der Person zu bleiben. Dabei wirkt auch noch das negative Selbstbild mit, das erwachsene Kinder von Alkoholikern erlernt haben und die Tatsache, dass Veränderungen sich meist als sehr schwierig erweisen.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Menschen handeln oft spontan

Das Impulsive Verhalten wird den Alkoholikern zugeschrieben und da Kinder das Verhalten ihrer Vorbilder annehmen ist es verständlich, warum auch erwachsene Kinder oft diese Eigenschaft aufweisen. Andererseits ist impulsives Verhalten ein kindliches Verhalten, welches diese Kinder meist nicht ausleben durften. Wenn ein Entwicklungsschritt ausgelassen wird, kommt er oftmals im Erwachsenenalter mit voller Wucht zurück. Dabei ist dieses impulsive Verhalten noch mit einer Dringlichkeit verknüpft. Aktionen müssen sofort ausgeführt werden, sonst kommen diese nie wieder. Ein spontaner Pferdekauf, eine ungeplante Heirat oder eine Kündigung der Arbeit sind oft Resultate von impulsiven Handlungen. Dabei werden die negativen Auswirkungen ausgeblendet, denn diese impulsiven Handlungen sind nicht berechnend.

Erst Jahre später wurden diese 13 Charakteristika von Woititz wissenschaftlich untersucht. Ackerman führte im Jahr 1987 die erste Vergleichsstudie mit einer Risikogruppe (Erwachsene Kinder von Alkoholikern) und einer Bevölkerungsstichprobe (Kontrollgruppe) durch, um die Merkmale von Woititz zu

überprüfen. Auch Winkelmann untersuchte die 13 Merkmale im Jahr 1990 empirisch. Sowohl Ackerman als auch Winkelmann fanden die genannten Charakteristika von Woititz und konnten diese wissenschaftlich bestätigen. Wobei die Stichprobe von Winkelmann $n=20$ war und dies die Aussagekraft der Ergebnisse etwas eingrenzt. Ab 1992 bis 1995 wurden von einigen Forscherinnen und Forschern weitere empirische Untersuchungen zu diesen Charakteristika von Woititz durchgeführt. So haben im Jahr 1992 Seefeldt und Lyon keine Unterschiede zwischen der Risikogruppe (Erwachsene Kinder von Alkoholikern) und der Kontrollgruppe feststellen können. Für diese Forschung wurden 147 Personen im Alter zwischen 18 und 54 Jahren befragt. Auch später im Jahre 1995 bei einer Untersuchung von Havey konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Risikogruppe heraus gefunden werden. Im Gegensatz dazu haben Baker und Stephenson im Jahr 1995 bei einer weiteren Untersuchung erforscht, dass weibliche Personen aus der Risikogruppe den 13 Merkmalen näher waren als männliche Probanden, die keine Nähe dazu aufwiesen.

Bei den Studien ab 1992 ist auffällig, dass nahezu alle Kontrollgruppen aus Studenten bestanden haben und das könnte das Endergebnis beeinflusst haben. Da Merkmale wie Alter, Schulabschluss, sozialer Status oder Herkunft in der Kontrollgruppe eine wichtige Rolle spielen. So haben Ackerman oder Winkelmann, welche eine Bevölkerungsstichprobe als Kontrollgruppe hatten und keine Studenten, andere Endergebnisse erzielt, wie bereits oben beschrieben (vgl. Zobel 2017, S. 79f.).

Trotz mancher empirisch fundierten Gegenstimmen zu den 13 ausgearbeiteten Merkmalen der erwachsenen Kinder von Alkoholikern nach Woititz ist nach den Ausführungen dieser Arbeit zu sehen, dass die voran beschriebenen Rollenbilder und ihre Bewältigungsstrategien aber auch die Co-Abhängigkeit und die Familienregeln einen starken Zusammenhang mit diesen 13 Charakteristika aufweisen und deshalb in dieser Abschlussarbeit genau beschrieben wurden. Es sollte den Zusammenhang zwischen der Kindheit in einer Alkoholikerfamilie und die damit einhergehenden Auswirkungen auf die erwachsenen Kinder von Alkoholikern aufzeigen und den roten Faden der Arbeit verdeutlichen.

5 TRINKEN WILL GELERNT SEIN – ODER LIEGT ES DOCH AN DEN GENEN?

„Kein Mensch trinkt, wenn er es nicht gelernt hat“ (von Jack London)

„30 Prozent aller Kinder aus alkoholkranken Familien werden als Erwachsene selbst suchtkrank. In Österreich wachsen rund 150.000 Kinder in einer alkoholbelasteten Familie auf – damit nimmt Österreich einen unrühmlichen Spitzenplatz in diesem Bereich ein“ (Fisch 2009, o.S.).

Das letzte Kapitel des literarischen Teils dieser Masterarbeit behandelt das Thema: Trinken will gelernt sein – oder liegt es doch an den Genen? Erwachsene Kinder aus einer suchtkranken Familie haben oft selbst mit Suchtproblemen zu kämpfen. Aber inwiefern liegt es an ihrer Genetik? Oder sind es nur übernommene Rollenbilder ihrer alkoholabhängigen Mutter oder des alkoholabhängigen Vaters, nach denen sie selbst leben? Diese Fragen werden nun aus einer biologisch-medizinischen Sicht betrachtet, aber auch der soziologisch-psychologische Bereich wird in diesem Kapitel ausgearbeitet.

5.1 Genetische Veranlagung

Laut der deutschen Hauptstelle von Suchtfragen sind erwachsene Kinder, die in einer Familie mit einem Alkoholiker aufwachsen, drei bis viermal Mal mehr gefährdet selbst alkoholabhängig zu werden, als Menschen aus unbelasteten Familien (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 47). Laut einer Langzeitstudie der DAK Krankenkasse in Deutschland, bei der mehr als 1000 Jugendliche innerhalb von neun Jahren befragt wurden, hat folgendes aufgezeigt: Kinder im Alter von zwölf Jahren, deren Eltern selbst einen riskanten Alkoholkonsum pflegen, weisen ein dreimal höheres Risiko auf, einen unverantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu entwickeln, im Gegensatz zu Kindern, deren Eltern einen bewussten Umgang mit Alkohol pflegen (vgl. Frohnwieser o.J., o.S.). Aber ist eine Alkoholabhängigkeit wirklich eine genetische Veranlagung? Im Jahr 1980 wurde bekannt, dass die Alkoholdehydrogenase (ADH)

beim Abbau von Alkohol im Körper eine wichtige Rolle einnimmt. Beispielsweise haben Ostasiaten nicht ausreichend ADH und können Alkohol nicht gut abbauen, im Gegensatz zu den Menschen in Westeuropa. Daraus entstand der Grundgedanke, dass eine Alkoholabhängigkeit auch genetisch bedingt sei. Laut neuesten Forschungen wirken Drogen, die freiwillig konsumiert wurden, sofort auf das Belohnungszentrum des Gehirns. Durch das Zuführen der Droge werden Botenstoffe für das Wohlbefinden freigesetzt, beispielsweise Dopamin. Hingegen werden die Botenstoffe, die für die Erregung zuständig sind eingedämmt und es wird ein „künstliches Wohlbefinden“ herbeigeführt. Umso öfter ein Mensch Alkohol konsumiert umso höher ist seine Toleranzbildung. Die Freisetzung von körpereigenem Dopamin wird immer geringer, doch die sogenannten Schaltstellen, die auf diesen Botenstoff reagieren, werden vermehrt. Kommt es in diesem Prozess zu einem Suchtmittelabbruch, beziehungsweise einer geringeren Suchtmittelzufuhr als angewöhnt, hat die Betroffene / der Betroffene eine Unterversorgung. Diese macht sich mit Unwohlsein und dem starken Verlangen nach Suchtmittel bemerkbar (vgl. Dietze / Spicker 2011, S. 51f.). Allerdings kann bis heute noch „(...) kein Genlocus definiert werden, sondern man geht von multiplen genetischen Faktoren aus, wobei einzelne Bereiche der Alkoholabhängigkeit wie z. B. die Entwicklung der Toleranz, die Entwicklung von Entzugssyndromen, unterschiedliches Craving wie auch unterschiedliche Raten von Alkoholfolgekrankheiten sehr unterschiedliche genetische Vulnerabilitäten haben könnten“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2013, S. 48). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass genetische Faktoren wahrscheinlich mitwirkend für eine Abhängigkeit sind. Allerdings haben Gene keine Aussagekraft darüber, ob eine Person im Laufe ihres Lebens eine Abhängigkeit entwickelt oder nicht.

5.2 Psychosoziale Risikofaktoren

Wird in Fachkreisen von psychosozialen Risikofaktoren gesprochen, umschließt dieser Begriff das soziale Umfeld, die Familie, den Beruf, aber auch die Vergangenheit einer Person (vgl. Dietze / Spicker 2011, S. 53). Eltern, Freunde der Familie oder Verwandte haben eine Vorbildwirkung auf Kinder, welcher sie sich meist nicht bewusst sind: Das Bier nach dem Feierabend oder ein Gläschen Sekt zum Anstoßen, wenn an einem geselligen Grillabend mit Freunden der Papa oder die Mama „ein Gläschen zu viel“

erwischt haben. Alkohol ist in vielen Familien eine Selbstverständlichkeit und ist in unserem Land ein fixer Bestandteil unserer Kultur. Dass es sich dabei um eine Droge handelt und welche Auswirkungen diese haben kann, wird mit den Kindern nicht thematisiert (vgl. Frohnwieser o.J., o.S.). Kinder aus einer alkoholabhängigen Familie erlernen schon in jungen Jahren, dass die eigenen Eltern ihren Stress, Kummer oder Ärger mit Alkohol erträglicher machen. Das Aufwachsen in einer solchen Familie bedeutet für Kinder vor allem viel Stress und Unsicherheit. Daraus entwickelt nicht jedes betroffene Kind per se eine Suchterkrankung, allerdings ist diese Gruppe vielfach gefährdeter als Kinder aus einer anderen Familie ohne Suchterkrankung. Das Risiko eine psychische Erkrankung wie Angststörung oder Depression zu erleiden ist für diese Gruppe ebenfalls erhöht (vgl. Fisch 2009, o.S.).

Davon ausgehend stellt sich die Frage: Haben „trinkende Eltern“ auch „trinkende Kinder“? Dies kann nicht pauschal beantwortet werden. Jugendliche, die eine höhere Suchtgefährdung aufweisen haben meist auch psychosoziale Defizite. Beispielsweise leiden diese unter Angstzuständen, Depressionen, haben ein geringes Selbstwertgefühl und versuchen durch Alkohol ihren negativen emotionalen Zustand zu verbessern. Diese psychosozialen Defizite betreffen oftmals Kinder aus alkoholbelasteten Familien, jedoch kann diese Aussage ebenfalls nicht für alle Kinder aus Suchtfamilien verallgemeinert werden. Empirische Studien zeigen zwar auf, dass es vor allem in der Jugendphase darauf ankommt, ob in dieser Zeit die Eltern eine Abhängigkeit zeigen oder zusätzliche psychiatrische Erkrankungen haben. Es hat aber auch der Ablösekonflikt von den Eltern Einfluss darauf, wie Jugendliche diesen erleben und welchen Umgang die eigene Peergroup mit Alkohol pflegt (vgl. Mayer 2003, S.6).

Eine Studie, die den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsentwicklung und Suchtmittelgebrauch untersuchte, wurde in Kalifornien an der Universität Berkeley durchgeführt. Dabei wurden zirka 100 Personen von ihrem dritten Lebensjahr an bis zu ihrem 18. Lebensjahr begleitet. Am Ende diese Studie konnten die getesteten Personen in zirka drei gleich große Gruppen eingeteilt werden. Das erste Drittel der Gruppe wuchs in einer relativ intakten Familie auf und hatte durchwegs eine positive Persönlichkeitsentwicklung. Dieses Drittel konsumierte zwar Alkohol, allerdings nur

gelegentlich und in geringem Ausmaß. Das zweite Drittel der Gruppe lebte fast abstinente, wobei das dritte Drittel der Gruppe als gefährdet oder abhängig eingestuft wurde, da diese Gruppe in höherem Maße Alkohol zu sich nahm. Auffällig war bei den zwei Gruppen, dass diese Personen emotionale Probleme hatten, eher ein niedriges Selbstwertgefühl aufwiesen und mehrheitlich in problematischen Familienverhältnissen aufwuchsen (vgl. Dietze / Spicker 2011, S. 53f.).

Zusammenfassend kann daraus abgeleitet werden, dass „(...) die Entstehung einer Abhängigkeit eine schleichende, individuell verlaufende Entwicklung (...)“ darstellt. (Zobel 2001, S. 58). Wird der Fokus auf den heutigen Wissenstand gelegt, um die Frage nach der genetischen Veranlagung oder dem Erlernen des Trinkens beantworten zu können, so wird eine Suchtgefährdung nicht nur aufgrund von bestimmten körperlichen Faktoren ausgelöst, sondern es ist ein Zusammenwirken von psychischen, sozialen und körperlichen Faktoren, welche eine Alkoholabhängigkeit auslösen (vgl. Dietze / Spicker 2011, S. 63).

Empirischer Teil

6 FORSCHUNGSGRUNDLAGE

Nachdem sich der erste Teil dieser Arbeit mit den theoretischen Grundlagen auseinandergesetzt hat, wird sich der zweite Teil der Empirie widmen um die vorangegangenen Forschungsfragen zu beantworten und in späterer Folge Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts auszuarbeiten.

6.1 Ausgangslage

Der Theorieteil dieser Masterarbeit zeigt einerseits auf, was Alkohol an einem Menschen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene anrichtet, andererseits wird auch das Thema – Alkohol eine Familienkrankheit – behandelt. In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass Alkohol nicht nur einen Menschen betrifft, sondern dass alle Menschen in seiner Umgebung ungewollt mitgerissen werden. Vor allem Kinder lernen von klein an wie sie zu „funktionieren“ haben um den alkoholabhängigen Menschen zu decken und welche Rolle sie einnehmen müssen. Lügen, Täuschung, Schuldgefühle, Gefühlswirrwarr und Einsamkeit bestimmen deren Kindheit und diese Überlebensstrategien sind im Erwachsenenalter nur schwer abzulegen. Doch wird in dieser Masterarbeit das Aufwachsen in einer Alkoholikerfamilie nicht nur von einer negativen Perspektive betrachtet. Kinder erlernen in dieser Zeit auch Vieles, was sie im Erwachsenenleben positiv nutzen können. Zum Beispiel: Belastbarkeit, Treue oder auch ein hohes Maß an Empathie. Diese Stärken der Kinder sind oft unter einem Berg von Verletzungen und Belastungen begraben.

6.2 Forschungsziel

Ziel dieser Arbeit ist es, Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts für Kinder von alkoholabhängigen Eltern zu erarbeiten. Durch das „Verstecken“ des alkoholkranken Elternteils und das Täuschen („Bei uns in der Familie ist alles gut“) ist es oft schwer für Fachkräfte mit einer Familie zu arbeiten. Es wird meist nur die erkrankte Person behandelt und nicht die ganze Familie in das Behandlungssystem mit einbezogen. Aus verschiedensten Gründen wie Scham, nicht wahr haben wollen oder Befangenheit, da die anderen Familienmitglieder den süchtigen Menschen nicht hintergehen wollen, nehmen diese keine Beratung / Unterstützung oder Therapie an. Da

diese Masterarbeit von dem theoretischen Wissensstand ausgeht, dass eine Alkoholabhängigkeit nicht nur einen Menschen betrifft, sondern auch Menschen in seiner nächsten Umgebung in den Bann zieht, ist es wichtig an diese Menschen zu denken.

Jedoch wurde schon in der Zielsetzung der Forschungsarbeit festgehalten, dass die später ausgearbeiteten Grundlagen als Unterstützungsmaßnahmen für die Familie dienen sollten.

Dieser Standpunkt, den ich in meiner Masterarbeit vertrete entstand aus meiner Erfahrung, dass sich die Sozialpädagogik in dem Bereich „Unterstützung von Suchtkrankenfamilien“ zu wenig einbringt. Und wenn sich die Sozialpädagogik positioniert, dann hinter der Sozialarbeit – als Hilfskraft.

Mit dieser Arbeit möchte ich einen Grundstein in diesem Bereich für die Sozialpädagogik und die Soziale Arbeit legen und aufzeigen, wie partizipative Arbeit in diesem Bereich gelebt werden könnte. Mit diesem Konzept, sollte nicht in eine sehr komplexe und ohnehin verletzte Familienstruktur eingegriffen werden, sondern es sollte eine Unterstützung für die betroffenen Kinder bringen.

Das endgültige Konzept sollte weder wertend noch fragend sein – einfach nur da. Grundlage für diesen Gedanken war eine Aussage einer interviewten Person: „Diese extreme Tierliebe habe ich schon von Kleinkind an. In meiner Familie hat es eigentlich keiner so extrem wie ich. Ich kann mir das nur erklären, weil mich früher keiner verstanden hat, außer Tiere. Denen habe ich nichts erklären, verheimlichen oder erzählen müssen – die waren einfach da und haben mich so aufgenommen wie ich war. Ein verstörtes Kind“ (vgl. Interview 8, Zeile 17- 21).

6.3 Forschungsfragen

Um die Grundlagen für das sozialpädagogische Konzept auszuarbeiten wurden Forschungsfragen formuliert, die in eine Hauptfrage und in Subfragen unterteilt wurden und folgendermaßen lauten:

Hauptfrage:

- Wie können Kinder von alkoholkranken Eltern mit all ihren Stärken und Schwächen in ein sozialpädagogisches Konzept eingebunden werden?

Subfragen:

- Welche Betreuung hatten Kinder von alkoholabhängigen Eltern in ihrer Kindheit?
- Haben diese Kinder Bewältigungsstrategien entwickelt?
- Welche Folgen hat eine Alkoholsucht der Eltern für Kinder auf ihrem weiteren Lebensweg?

7 FORSCHUNGSDESIGN

Um diese vorangegangenen Forschungsfragen ausführlich beantworten zu können, wurde mit acht Personen ein narratives Interview durchgeführt, dass in Verbindung mit zwei weiteren Methoden steht. Als nächstes wird das gesamte Forschungsdesign näher beschrieben um im späteren Schritt auf die Forschungsergebnisse näher eingehen zu können.

7.1 Erhebungsmethoden

Theorie

Insgesamt drei Methoden wurden für den empirischen Teil dieser Arbeit verwendet. Da diese Erhebungsmethoden in der Praxis später gemischt und auf diese Abschlussarbeit angepasst wurden, wird zuerst die Theorie der jeweils angewandten Methoden beschrieben und dann drauf eingegangen, wie diese Erhebungsmethode im Feld eingesetzt wurde.

7.1.1 Narratives Interview

Als Haupterhebungsmethode für diese Arbeit wurde das narrative Interview eingesetzt (in Anlehnung an das Diagnoseninterview nach Uhlendorff). Diese Methode ist auch bekannt als *autobiografisch-narratives Interview* und wurde in den 70er Jahren von Schütze, einem Soziologen, entwickelt. Vor allem in schwierigen Lebensphasen oder

bei Krankheitsbiographien wird diese Form des Interviews herangezogen. Denn auf der einen Seite kann diese Interviewmethode wichtige Daten liefern und auf der anderen Seite kann sie die erzählende Person zur Selbstreflexion und Lösungsfindung anregen (vgl. Döring / Bortzk 2016, S. 370).

Laut Lehrbuch teilt sich das narrative Interview in fünf Phasen (vgl. Küsters 2009, S. 54ff.):

1) Erklärungsphase: In der ersten Phase wird die interviewten Person über die Zielsetzung und den Ablauf des Interviews aufgeklärt. Hierbei ist es wichtig, dass die Person auch darauf hingewiesen wird, dass es sich um kein „Frage / Antwort Interview“ handelt.

2) Einleitungsphase: In der Einleitungsphase wird zuerst ein Erzählanstoß eingebaut, um die Probanden zum Erzählen zu animieren. Dabei ist es wichtig, als Interviewerin / Interviewer die Person nicht nach ihrer Befindlichkeit zu fragen, sondern nach einer ganzen Situation. Beispiel: „Frau L., sie hatten vor einem Jahr einen Reitunfall – Wie fühlen sie sich dabei, wenn sie an den Tag zurückdenken?“ Solche Fragen werden meist kurz und knapp beantwortet. Hingegen, wenn die Frage so gestellt wird: Frau L., sie hatten vor einem Jahr einen Reitunfall – erzählen sie mir bitte einmal was da genau geschehen ist? Wie ist der Tag damals abgelaufen?“. Solche offenen Fragen würde die interviewte Person schon viel eher anregen, die Frage ausführlich zu beantworten.

3) Erzählphase: Die befragte Person erzählt eine oder mehrere Geschichten zu dem Befragungsthema. Dabei ist für die Interviewerin / den Interviewer wichtig, die Person nicht im Redeschwall zu unterbrechen und Pausen zuzulassen. Auch Nicken sollte unterlassen werden um seinem Gegenüber nicht das Gefühl zu geben, ohnehin schon alles zu wissen.

4) Nachfragephase: Nachdem die Interviewpartnerin / der Interviewpartner von sich aus die Erzählphase abgeschlossen hat, setzt die Nachfragephase ein. Hierbei können noch

offene Fragen, Widersprüche oder weitere Hintergründe seitens der Interviewerin / des Interviewers geklärt werden.

5) Bilanzierungsphase: Diese Phase sollte die interviewte Person zur Bewertung der eigenen erzählten Geschichte anregen. Dabei ist wieder darauf zu achten, dass die Person sich nicht für ihre Geschichte rechtfertigen versucht oder sich durch diese Bilanzierungsphase seitens der Interviewerin / des Interviewers gewertet fühlt.

Vorteile:

Aufgrund der sehr offenen Fragestellungen, sind die Antworten der befragten Person oft viel umfangreicher, im Gegensatz zu sehr konkreten Fragestellungen. Außerdem wird die interviewte Person nicht durch ständiges Zwischenfragen gestört (vgl.

Küsters 2009, S29ff.) und es können sogenannte Erzählpfänge entstehen, die sich in drei Untergruppen teilt:

- Detaillierungszwang (Die befragte Person merkt selbst, dass Teile der Geschichte noch unklar für die Interviewerin / den Interviewer sind und erzählen selbst Details)
- Gestaltschließungszwang (Die befragte Person merkt selbstständig, dass Teile der Geschichte noch nicht ausgesprochen sind und vervollständigt diese von selbst.)
- Relevanzzwang (Die befragte Person entscheidet selbstständig, welche Aspekte in der Geschichte wichtig – relevant sind und welche ausgelassen oder einfach übersprungen werden.

Durch diesen Erzählpfang werden oftmals viele wichtige Informationen von den befragten Personen selbst preis gegeben und direkte Fragen sind somit auch nicht nötig (vgl. Döring / Bortzk 2016, S. 370).

Nachteile:

Ein Nachteil bei narrativen Interviews ist, dass diese sich am Ende schwer vergleichen lassen. Denn sie können sich von der Länge, der Qualität, aber auch vom Inhalt unterscheiden. Um ein ehrliches (vor allem bei sensiblen Themengebieten) und

qualitatives Interview zu bekommen, sollten die befragten Personen reflektiert ausgesucht werden (vgl. Küsters 2009, S. 29ff.).

7.1.1.1 Diagnoseninterview nach Uhlendorff:

Das sozialpädagogische Diagnoseninterview von Uhlendorff wäre viel zu detail- und umfangreich für diese Masterarbeit geworden. Deshalb wird in diesem Punkt auch nicht der gesamte Interviewablauf eines sozialpädagogischen Diagnoseninterviews beschrieben, sondern nur der Teil, welcher auch später in der Praxis angewandt wurde. Für diese Forschung wurden die Stichwörter der Überkapitel von Uhlendorff aufgegriffen und diese dann für diese Masterarbeit angepasst.

Abgefragt wurden dabei:

- Die jetzige Lebenssituation
- Beschreibung der Kindheit von 0 – 10 Jahren
- Beschreibung ab dem 10. Lebensjahr
- Drei Wünsche (vgl. Folien Heimgartner 2015, S. 44ff.).

Wie genau diese Fragen für die befragten Personen aufbereitet wurden, wird in dem Abschnitt Praxis eingehend beschrieben.

7.1.2 Genogramm:

Ein Genogramm geht über eine Darstellung eines Familienstammbaums hinaus. Darin sind nämlich auch Verhaltensmuster, Geschlecht, aber auch in welcher guten oder schlechten Beziehung die befragte Person zum jeweiligen Familienmitglied steht / stand herauszulesen. Außerdem können auch noch Geburtsdaten, Namen oder Symbole beispielsweise für Schwangerschaftsabbrüche oder Erbkrankheiten eingetragen werden. Ein Genogramm kann den jeweiligen Bedürfnissen angepasst werden und wird von der befragten Person selbst oder vom der Interviewerin / dem Interviewer ausgefüllt (vgl. Kühling / Richter 2009, S. 228ff.).

Praxis:

Im Feld wurden diese Methoden in Verbindung mit einer Selbsteinschätzungsskala zu einer Methode vermischt. Folgend wird auf den Ablauf und die angewandten Methoden in der Praxis eingegangen:

Im ersten Schritt bekamen alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner eine Einverständniserklärung (siehe Anhang) vorgelegt, in der die Aufnahme des nachfolgenden Interviews von der jeweiligen Person genehmigt wurde. Im nächsten Schritt kam es zur Intervieweröffnung, in der der theoretische Inhalt und das Forschungsziel der Abschlussarbeit erläutert wurden. Auch auf meine Motivation und meinen persönlichen Zugang zu diesem sensiblen Themengebiet wurde näher eingegangen und diente als Eisbrecher. Ein weiterer wesentlicher Punkt in der Intervieweröffnung war, dass alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner darauf hingewiesen wurden das sie selbst entscheiden konnten, was und wieviel sie oder er zu den jeweiligen Themengebieten erzählen möchten.

Erst danach begann der Hauptteil des Interviews. Hierbei wurde die Form des narrativen Interviews mit den Themengebieten vom diagnostischen Interview von Uhlendorff gemixt und das sah wie folgt aus:

Die Befragten wurden gebeten ihre aktuelle Lebenssituation zu beschreiben, dabei wurde darauf geachtet, dass folgende Eckpunkte: Wohnsituation, Lebenssituation, Tagesablauf und Ist-Zustand, beantwortet wurden.

Mit der nächsten offenen Frage wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten ihre Kindheit (im Alter von 0 bis 10 Jahren) zu beschreiben. Dabei wurde darauf geachtet, dass alle befragten Personen die Eckpunkte Wohnsituation, Lebenssituation, Beziehungen zu Freunden und Familie, Geschwister, Betreuung und Schule miteinbezogen.

Nach dieser Frage wurden die interviewten Personen gebeten ein Genogramm zu zeichnen. Dieses Genogramm sollte verdeutlichen, welche Personen welche Rollen bei den jeweiligen Befragten eingenommen haben. Hierbei wurde darauf geachtet, dass das Geschlecht und die Verbindung (guter / schlechter Kontakt bzw. große / wenig bis keine Verbindung) zu den jeweiligen Personen eingezeichnet wurden. Auch welche Person / Personen eine Alkoholabhängigkeit hatte /hatten wurde eingezeichnet.

Nach dem Zeichnen wurden die Befragten gebeten ihr Leben vom 10. Lebensjahr an bis zur Gegenwart zu beschreiben. Auch hierbei wurde darauf geachtet, dass folgende

Eckpunkte angesprochen wurden: wichtige Veränderungen, Schule, Familie, Freunde, Lebenspläne.

Danach wurde den befragten Personen eine Selbsteinschätzungsskala vorgelegt, welche sie nach ihrem aktuellen Gefühlszustand ausfüllen sollten. Dieser

Selbsteinschätzungsbogen beinhaltet die Bewältigungsstrategien von Kindern, welche bereits im Theorieteil genau ausgearbeitet wurden. Dieser Bogen befindet sich ebenfalls im Anhang zur Ansicht. Jede Person wurde vor dem Ausfüllen darauf hingewiesen, dass es kein „Richtig“ oder „Falsch“ gibt, sondern, dass sich jedes Ergebnis von Person zu Person und von deren Geschichte und dem Erlebtem darstellen wird.

Zum Abschluss des Interviews wurde jede Teilnehmerin / jeder Teilnehmer gebeten drei Wünsche für sich und für sein Leben zu äußern.

7.2 Stichprobe

Die interviewten Personen wurden zufällig ausgewählt, allerdings gab es dabei zwei Kriterien zu erfüllen. 1) Mindestens ein Elternteil hat eine Alkoholabhängigkeit aufgewiesen beziehungsweise weist noch immer eine Abhängigkeit auf 2) Die Person war zum Zeitpunkt des Interviews bereits volljährig und konnte mit dem sensiblen Thema reflektiert umgehen. Die Begründung für dieses Auswahlkriterium ist, dass die befragten Personen offen und ehrlich mit dem Themengebiet „Alkoholabhängigkeit“ umgehen können und somit das „Aufreißen von alten Wunden“ verhindert wird.

Insgesamt wurden acht Personen mit den Methoden, welche im vorherigen Abschnitt abgehandelt wurden, interviewt. Hinsichtlich der Interviewpartnerinnen und den Interviewpartnern kann festgestellt werden, dass alle Personen sehr offen und ehrlich über die Thematik „Alkohol – Familie – eigenes Leben“ gesprochen haben. Der Kontakt zu allen befragten Personen wurde persönlich hergestellt und auch die Interviews waren allesamt „Face to Face – Interviews“. Die Verteilung sah wie folgt aus:

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die gesamte Stichprobe:

Beschreibung der Stichprobe	
Geschlechterverteilung	Interviewpartnerinnen / Interviewpartner
Weiblich	5
Männlich	3
Alter	Interviewpartnerinnen / Interviewpartner
25 – 36	3
37 – 56	1
57+	4
Beruf	Interviewpartnerinnen / Interviewpartner
Bundesbedienstete / Bundesbediensteter	2
Sozial Beruf	2
Rentnerin / Rentner	2
Arbeiterin / Arbeiter	1
Arbeitssuchend	1

Abbildung 1: Beschreibung der Stichprobe

Die Verteilung zwischen männlichen und weiblichen Interviewpartnern war relativ ausgewogen. Auffällig ist, dass die meisten befragten Personen entweder zwischen 25 und 36 Jahren oder über 57+ Jahren waren. Nur eine Person war zwischen 37 und 57 Jahren. Des Weiteren ist auffällig, dass die Hälfte der Personen selbst an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt waren. Allerdings waren alle interviewten Personen sogenannte trockene Alkoholiker. „Menschen, die oft ihr ganzes Leben Alkohol getrunken haben, sich ihre Alkoholabhängigkeit eingestanden haben, nun ohne jeglichen Alkoholkonsum leben, nennen sich trockene Alkoholiker. Sie achten explizit auf jegliche Speisen und auch bei Getränken darauf, ob es irgendwelche Spuren von Alkohol gibt (...)“ (Alkoholiker-hilfe o.J., o.S.). Eine befragte Person war sich bewusst, einen übermäßigen Alkoholkonsum aufzuweisen, allerdings betonte sie mehrmals im Interview, an keiner Alkoholabhängigkeit zu leiden. Durch die sehr breit gefächerte Altersspanne von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern können in einem späteren Schritt der Auswertung, die unterschiedlichen Lebenswege sehr gut herausgelesen werden.

Interessant wäre diese Art der Forschung mit Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 21 Jahren zu machen, welche noch ein sehr nahes Verhältnis zu der Zeit als Kind haben. Allerdings muss eine solche Forschung professionell mit Pädagoginnen / Pädagogen, Psychologinnen / Psychologen und / oder Therapeutinnen / Therapeuten, welche eine langjährige Berufserfahrung im Bereich Suchtfamilien aufweisen, begleitet werden. Für diese Abschlussarbeit und die Ausarbeitung der Grundlagen für ein sozialpädagogisches Konzept war diese Art der Forschung ausreichend.

7.3 Durchführung der Interviews

Bevor die Interviews endgültig starten konnten, wurde ein Probeinterview mit einer bekannten Person durchgeführt. Nach der Durchführung wurde als Verbesserungsmaßnahme die Selbsteinschätzungsskala noch einmal ein wenig übersichtlicher gestaltet und überarbeitet. Erst danach begannen die Interviews, welche allesamt innerhalb einer Woche, und zwar in der 7. Kalenderwoche, erfolgten. Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner durften den Ort der Durchführung selbst bestimmen. Grundsätzlich durften die befragten Personen auch den Zeitpunkt aussuchen, allerdings beschränkte ich den Zeitraum auf die 7. Kalenderwoche. Das hatte für mich als Interviewerin den Vorteil, alle Interviews im Kopf zu behalten und sie so vergleichbar wie möglich zu gestalten.

Wie und wo genau der Kontakt zu den jeweiligen befragten Personen aufgenommen wurde, wird in dieser Arbeit nicht beschrieben, da die Anonymität der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner höchste Priorität hat. Allerdings habe ich in der folgenden Tabelle eine wann, wo und wie lange die Interviews gedauert haben, aufgelistet:

InterviewpartnerInnen	Datum und Uhrzeit	Dauer	Ort
Interview 1	12.02.2018 / 10:00	1:05 Stunde	Graz, Wohnung
Interview 2	12.02.2018 / 14:00	1:03 Stunde	Graz Umgebung, Cafe
Interview 3	13.02.2018 / 11:00	0:45 Stunde	Graz, MC Donalds
Interview 4	13.02.2018 / 11:00	1:25	Graz, Cafe
Interview 5	16.02.2018 / 10:00	1:34	Graz, Haus
Interview 6	16.02.2018 / 19:00	0:56	Graz Umgebung, Wohnung
Interview 7	18.02.2018 / 10:00	0:52	Graz Umgebung, Wohnung
Interview 8	18.02.2018 / 20:00	0:57	Graz Umgebung, Wohnung

Abbildung 2: Übersicht Durchführung der Interviews

7.4 Auswertungsmethode der Interviews

Diese Interviews wurden zuerst transkribiert (in Schrift umgesetzt) und in einem weiteren Schritt erfolgte die Auswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. In den nächsten Unterkapiteln wird darauf eingegangen, wie diese Auswertung in der Praxis vollzogen wurde:

7.4.1 Transkripton:

Um die Interviewsituation nicht durch Mitschreiben oder andere Ablenkungen zu stören wurden alle Interviews mittels Sprachaufnahme, mit dem vorangegangenen Einverständnis der befragten Personen, aufgezeichnet. Die Dauer der Interviews war sehr unterschiedlich, und belief sich von 45 Minuten bis zu 1 Stunde und 34 Minuten. Insgesamt standen am Ende etwa acht Stunden Tonmaterial zur Verfügung, welches auch in weitere Folge transkribiert wurde. Dabei wurden folgende Regeln eingehalten (vgl. Kuckartz/ Dresing/ Rädiker/ Stefer 2008, S. 27f.):

- Dialekte wurden mit einer leichten Glättung ins Hochdeutsch nieder geschrieben.
- Orte, Personen selbst oder Personen, welche in einer Geschichte vorkommen, wurden anonymisiert.
- Wortwiederholungen und abgebrochene Sätze wurden ebenfalls transkribiert

Die spätere Auswertung des niedergeschriebenen Tonmaterials erfolgte mit der Methode nach Mayring - der qualitativen Inhaltsanalyse. Durch diese Form der Analyse

sollten Rückschlüsse gezogen werden, welche durch bestimmte Regeln und eine Theorie bestimmt sind. Die Konstruktion eines Kategoriensystems (Codierung) und dessen Anwendung als Zentrum der Inhaltsanalyse sowie die Überprüfung der wissenschaftlichen Methode an Gütekriterien, stellen ebenso wesentliche Aspekte der qualitativen Inhaltsanalyse dar (vgl. Mayring 2010, S. 13ff.).

7.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring dient dazu, beispielsweise Texte oder Filme zu analysieren. Ziel dieser Methode ist es, aufgrund von verschiedenen Textmerkmalen, Aussagen über den Verfasser, über den Empfänger, aber auch über den Text zu erstellen (vgl. BOJA 2016, S. 65). Welches Verfahren (Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung) verwendet wird hängt davon ab, wie die Kategorien gebildet wurden. Diese Kategorienbildung kann einerseits mit einem induktiven und andererseits mit einem deduktiven Ansatz erfolgen. Aber diese Ansätze können auch zusammen eingesetzt werden (vgl. Ramsenthaler 2013, S. 28ff.):

Induktiver und Deduktiver Ansatz

Induktiver Ansatz: Bei diesem Verfahren werden die Kategorien innerhalb eines bottom-up Prozesses aus dem eigenen Material entwickelt. Die Kategorien werden aus den Textstellen und dessen Sinngehalt abgeleitet und danach erst gebildet.

Deduktiver Ansatz: Im Gegensatz dazu werden beim deduktiven Ansatz zuerst Kategorien definiert und gebildet, Kodierregeln werden vorab gebildet und mit diesem vorgefertigten Kategoriensystem wird dann erst am Material, top-down, gearbeitet.

Des Weiteren wird die qualitative Inhaltsanalyse in drei Schritte eingeteilt, welche sich auch auf die Kategorienbildung beziehen und wie folgt lauten:

Zusammenfassung:

Ziel der Zusammenfassung ist eine Reduktion des gesammelten Materials zu bekommen und an Übersicht zu gewinnen. Hierbei werden alle transkribierten Interviews auf das wesentliche zusammengefasst. Vorab festgelegte Selektionskriterien

sollten dabei helfen, das Material auf das Wesentliche zu beschränken. Textpassagen werden dabei paraphrasiert und im weiteren Prozess in Kategorien zusammengefasst. Dabei wird auf der Abstraktionsebene geachtet, dass der Inhalt zwar zusammengefasst wird, dass es dabei aber zu keinem Verlust der Aussagen kommen darf. Zum Abschluss erfolgt die Interpretation des Kategoriensystems und somit die Beantwortung der Forschungsfrage(n). Diese Analysetechnik wird bei einem induktiven Ansatz verwendet.

Explikation:

Das Hauptaugenmerk dieser Technik liegt in der Klärung von Textstellen, welche entweder unverständlich für Außenstehende oder diskrepant sind. Das komplexe Material wird dann entweder mit enger Explikation (Mithilfe von anderen Textstellen) oder mit weiterer Explikation (Mithilfe von anderen Quellen) erklärt.

Strukturierung

Ziel dieser Technik ist es, das gesamte gesammelte Material zu verwerten und dem Material Struktur zu geben. Dies erfolgt mittels Definition von Kategorien, Ankerbeispielen und Kodierregeln. Ankerbeispiele sind konkrete Textstellen, die prototypisch die Kategorien beschreiben. Kodierregeln helfen dabei, Textstellen eindeutig zuzuordnen“ (Ramsenthaler 2013, S.31). Die Grundlage für die spätere Interpretation sind einerseits die Fragestellungen und andererseits die bereits ausgearbeitete Theorie. Dieser Analysetechnik wird bei einem deduktiven Ansatz angewandt.

7.4.2.1 Kategorienbildung

Für diese Abschlussarbeit wurde als empirische Auswertungsmethode die inhaltliche Zusammenfassung gewählt, welche die wichtigsten Inhalte aus den Transkriptionen gefiltert zusammenfasst. Die *Selektionskriterien* wurden sehr großzügig gehalten um den Verlust von vielleicht wichtigem Interviewmaterial, so gering wie möglich zu halten. Allerdings wurde schon im ersten Durchgang ersichtlich, dass nur wenige Abschnitte (welche zu sehr in den Bereich „Familie“ hinein gehen und vielleicht die

Anonymität in Gefahr bringen) aussortiert werden müssen. Die Hauptkategorien wurden mit Rücksicht auf den „Leitfaden“ des narrativen Interviews gebildet und lauten wie folgt:

- 1) Lebenssituation in der Kindheit
- 2) Betreuung in der Kindheit
- 3) Bewältigungsstrategien
- 4) Folgen der Alkoholsucht der Eltern

Nach einer zweiten Durcharbeitungsphase, welche der Kontrolle der Kategorienformulierung und der Gewinnung der Merkmalsausprägungen dienen sollte, konnten diese präzisiert werden und sie lauten wie folgt:

1) Lebenssituation in der Kindheit

Wohnsituation

Geschwister

Erziehungsstil

2) Betreuung in der Kindheit

Vater

Mutter

Großeltern

3) Bewältigungsstrategien

Eingenommene Rollen in der Kindheit

Bewältigungsstrategien - Selbsteinschätzung

4) Folgen der Alkoholsucht der Eltern

Aktuelle Wohnsituation

Aktuelle Familiensituation

Eigene Suchtprobleme

Im nächsten Schritt wurden Ankerbeispiele und Kodierregeln festgelegt um danach das ganze Material zu bearbeiten. Die jeweiligen Stellen wurden den Kategorien und Unterkategorien zugeordnet, verglichen oder zusammengefasst. Im letzten Schritt wurden die gesammelten Inhalte interpretiert.

8 DARSTELLUNG DER DATEN

Die Daten wurden in die Hauptkategorien 1) Lebenssituation in der Kindheit, 2) Betreuung in der Kindheit, 3) Bewältigungsstrategien und 4) Folgen der Alkoholsucht der Eltern, unterteilt und werden im folgenden Kapitel erläutert und interpretiert.

8.1 Lebenssituation in der Kindheit

Die Kategorie „Lebenssituation in der Kindheit“ beantwortet folgende Fragen: Wie war die Wohnsituation in der Kindheit? Gab es Geschwister und wenn ja, wie war das Verhältnis? Welche Schulbildung hatten die Kinder?

8.1.1 Wohnsituation

Alle befragten Personen sind bei ihren Eltern oder Großeltern aufgewachsen und waren in ihrer Kindheit nicht fremd untergebracht. Fünf Personen sind in einer Wohnung groß geworden und drei der Befragten verbrachten ihre Kindheit in einem Haus. Während die eine Hälfte der interviewten Personen am **Land** aufgewachsen ist, wuchs die andere Hälfte in der **Stadt** auf. Die Wohnsituation wurde von Person zu Person unterschiedlich erlebt und empfunden. So wurde bei der Auswertung ersichtlich, dass Personen, welche in einem **Haus** groß geworden sind, mehr Platz und Freiraum für sich beanspruchen konnten, als Kinder in einer **Wohnung**.

Beispielsweise beschrieb der Interviewpartner 2: „Die Wohnsituation war sehr beengt, wir waren sechs Kinder und mindestens fünf waren noch zu Hause. Mit sechs Jahren wurde ich das erste Mal Onkel. Unsere Wohnung war ein kleines Zimmer, ein größeres Zimmer und eine Küche. Bad und Waschbecken, Klo am Gang. Typische Wohnungen in Graz.“ (Interview 2, Zeile 11- 14).

Im Gegenteil dazu beschrieb Interviewpartnerin 6: Ich habe „(...) 10 Jahre im Pfarrhof gelebt und [bin dort] aufgewachsen. Der Pfarrhof lag auf einem kleinen Hügel, das war wirklich sehr schön und das Haus war auch sehr groß“ (Interview 6, Zeile 17- 18).

Eine befragte Person wohnte ein Jahr bei ihrer Großmutter in Belgien, da diese schwer krank war. „Die erste Klasse Volksschule habe ich in Belgien absolviert, weil meine Großmutter sehr krank war und dann hat mich meine Familie hinüber geschickt. Da war ich sehr alleine.“ (Interview 1, Zeile 49 – 51). An dieses Jahr in Belgien hatte die befragte Person keine schönen Erinnerungen und sie fühlte sich in dieser Zeit sehr einsam. Allerdings entwickelte sich in dieser Zeit ihre Tierliebe, die bis heute anhält. „Damals habe ich meine Liebe zu Katzen entwickelt.“

Dass die Wohnsituation für eine Familie in einer Wohnung beengter ist, als in einem Haus lässt sich aus den Interviews sehr gut ersehen, allerdings können keine Rückschlüsse auf eine bessere Lebensqualität in bezug auf das Aufwachsen in einem Haus oder in einer Wohnung gezogen werden.

8.1.2 Geschwister

Alle befragten Personen sind mit Geschwistern aufgewachsen und waren keine Einzelkinder. Sechs der befragten Personen sind mit einem Geschwisterchen aufgewachsen, eine Person hatte fünf Geschwister und eine Person hatte zwei Geschwister. Der Großteil der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner beschrieb das Verhältnis zu den Geschwistern als ein „normales Geschwister Verhältnis“. Dazu gehörten Neckereien oder auch einmal Streitigkeiten.

Allerdings wurde das Thema **Eifersucht** in Verbindung mit den Geschwistern auffällig oft in den Interviews erwähnt. Bei der Auswertung ist aufgefallen, dass immer die **älteren Geschwister** eifersüchtig auf die **jüngeren Geschwister** waren.

Beispielsweise Interviewpartnerin 1 beschrieb diese Eifersucht folgendermaßen: „Ich habe eine Schwester, die war 5 Jahre älter. Ich war von Anfang an ihrer Eifersucht ausgesetzt. Sie war wahnsinnig eifersüchtig auf mich. Zuerst war sie der Mittelpunkt in der Familie. Dann war ich krank, dann war ich der neue Mittelpunkt. Sie ist von dieser Eifersucht nie mehr weg gekommen. Das hat sich erstreckt, bis knapp vor ihrem Tod.“ (Interview 1, Zeile 21 – 24).

Auch der Interviewpartner 2 spürte die Eifersucht seines älteren Bruders. „Ich war nie ein geplantes Kind. Das habe in späteren Jahren gespürt vor allem, weil der 5. Bruder Eifersüchteleien gegenüber mir ausgelebt hat.“ (Interview 2, Zeile 24 – 26).

Auch die verschiedenen **Wertigkeiten** der Geschwister in der Familie wurden in einem Interview angesprochen. „(...) mein Bruder ist mit 9 Jahren zu den Wiener Sängerknaben gekommen und war dann von zu Hause weg. Er ist nie oft nach Hause gekommen, aber war trotzdem das wichtigste Kind.“ (Interview 6, Zeile 20 – 22). In diesem Interview war es das jüngste Kind in der Familie und außerdem der einzige Sohn. Somit erfuhr dieser, im Gegensatz zu den Mädchen in der Familie viel mehr Aufmerksamkeit und Wertigkeit, laut Interviewpartnerin 6.

Aufgrund der Auswertung der Interviews kann festgestellt werden, dass fast alle befragten Personen zwar Streitigkeiten, Eifersüchteleien oder andere Wertigkeiten durch Geschwister in ihrer Kindheit erfahren haben. Allerdings wurde nur in einem Interview erwähnt, dass der Kontakt zum anderen Geschwisterteil gegenwärtig bewusst sehr gering gehalten wird. „Meine Schwester ist ähnlich strukturiert wie meine Mutter, wir reden eigentlich nichts miteinander. Ich rede sogar mit meiner Mutter mehr als mit meiner Schwester. Mit meiner Schwester ist das alles erst später gekommen.“ (Interview 4, Zeile 53 – 55).

8.1.3 Erziehungsstil

Der Erziehungsstil wurde in den Interviews eigentlich nicht abgefragt, allerdings wurde er von einigen Personen in den Befragungen erwähnt. Deshalb wird diese Merkmalausprägung auch in der Auswertung als Kategorie „Lebenssituation in der Kindheit“ aufgelistet.

Drei der befragten Personen sind, nach ihren Aussagen, sehr **streng erzogen** worden. „Ich wurde sehr streng katholisch erzogen und habe auch angefangen zu ministrieren, als ich sechs Jahre alt war.“ (Interview 2, Zeile 14 – 15).

„Meine Mutter wollte nach außen immer die heile Familie haben. Wir sind immer nach dem Motto erzogen worden: Was würden die Nachbarn sich dabei denken. Wir sind sehr streng erzogen worden.“ (Interview 2, Zeile 27 – 29).

„(...) eigentlich sehr streng erzogen worden, aber durch die viele Arbeit, dann doch sehr viel meiner Mutter entkommen. (Interview 6, Zeile 19 – 20). Interviewpartnerin 6 beschrieb den Erziehungsstil auch mit einem konkreten Beispiel: „Ich habe Harmonium lernen müssen und wir haben Tag täglich mit ihr üben müssen und da habe ich im Vorhinein schon gewusst: So, jetzt gehe ich wieder eine halbe Stunde weinen.“ (Interview 6, Zeile 28 – 30).

Allerdings wollen die meisten der Befragten den Eltern im Rückblick keine Vorwürfe machen. Beispielsweise erzählte Interviewpartner 3 zuerst; „Ich bin sehr behütet bei meinen Eltern aufgewachsen und habe von den Problemen der Eltern bewusst nicht wirklich etwas mitbekommen.“ (Interview 3, Zeile 19 – 20). Im weiteren Verlauf des Interviews erzählte er von der Alkoholsucht, Spielsucht und der „Frauensucht“ seines Vaters. Dennoch betonte er im Interview: „Aber ich kann meinen Eltern ja keinen Vorwurf machen, denn ich bin ja auch nicht viel besser.“ (Interview 3, Zeile 24 – 25).

Aufgrund des Erziehungsstils können Rückschlüsse auf die in der Theorie beschriebenen, Familienregeln gezogen werden. Durch diese Regeln und den strengen Erziehungsstil wurden Wünsche oder Bedürfnisse der Kinder ignoriert. Beispielsweise bei Interviewpartnerin 2 wurde das durch die Aussage - Was würden sich die Nachbarn dabei denken? –noch einmal deutlich. Das Scheinbild der heilen Familie sollte nach außen gewahrt werden.

8.2 Wichtige Personen in der Kindheit

In dieser Kategorie wurden die Merkmalausprägungen des Vaters, der Mutter und der Großeltern ausgearbeitet. Hierbei sollte geklärt werden, welche Person in der Familie die Betreuung der Kinder übernommen hat. Außerdem wird in dieser Kategorie noch darauf eingegangen welcher Elternteil an einer Alkoholabhängigkeit gelitten hat?

8.2.1 Vater

Bei allen befragten Personen übernahm der Vater keine wichtige Betreuungsrolle in der Kindheit ein, diese wurde eher der Mutter zugeschrieben. Auffällig bei der Auswertung der Interviews war, dass bei **sieben von acht** befragten Personen, der Vater eine Alkoholabhängigkeit aufwies. Einigen Befragten ist die **Abhängigkeit** des Vaters erst im **Erwachsenenalter aufgefallen**.

„Als Kind ist mir das nie aufgefallen, dass mein Vater getrunken hat.“ (Interview 6, Zeile 24 – 25).

Oder es wurde damals als ein „**normales Verhalten**“ angesehen:

„Der Vater hat als Tischler gearbeitet. Das war halt normal, dass er am Abend nicht nüchtern nach Hause gekommen ist.“ (Interview 2, Zeile 14 – 17).

Allerdings wurde es auch als eine **unangenehme Situation** empfunden:

„Mein Vater ist auch jeden Tag am Abend zum Stammtisch gegangen. Da hat er immer seine vier Spezialbier getrunken, da ist er auch immer mit so einem grausigen Spiegel heim gekommen.“ (Interview 4, Zeile 35 – 38).

Die Alkoholabhängigkeit wurde in den Interviews oftmals den Männern zugeschrieben und als „**Männerphänomen**“ bezeichnet:

„Mein Vater war ein Rauschtrinker. Trinken war in unserer Familie generell ein sehr großes Männerphänomen. Sowohl Mutter als auch Vaterseite haben die Männer getrunken.“ (Interview 8, Zeile 9 – 11).

„Das Suchtverhalten von der männlichen Seite zieht sich wie ein roter Faden bei uns [durch]. Wir sind so getriebene Menschen.“ (Interview 8, Zeile 30 – 31).

Es wurde auch eine **Erklärung** gesucht, warum der Vater an einer Alkoholabhängigkeit gelitten hatte:

„Mein Vater hat sehr viel im Familienbetrieb gearbeitet. Der hat immer mehr getrunken, weil er im Familienbetrieb nicht glücklich war. Da waren drei Teilhaber, alle aus der Familie. Und das war schon die zweite Generation und die waren auch alle zerstritten. Sie haben sich halt nicht verstanden. Jeder wollte halt etwas anderes. Er wäre lieber

alleine selbstständig gewesen. Er hat wirklich sehr viel gearbeitet und wollte immer Neues schaffen. Wir haben ihn nicht wirklich wahrgenommen, obwohl er schon immer Familienausflüge mit uns gemacht hat.“ (Interview 5, Zeile 21 – 27).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass jede Interviewpartnerin und jeder Interviewpartner die Abhängigkeit des Vaters anders erlebt hat und diese Sucht sich in den unterschiedlichsten Formen (Rauschtrinker, Spiegeltrinker), in verschiedenen Zeitabständen und unterschiedlicher Intensität dargestellt hat (siehe I Theorieteil). Das Ergebnis dieser Auswertung zeigt einen wichtigen Aspekt für das später ausgearbeitete Konzept auf. Denn es gibt nicht „Das richtige sozialpädagogische Konzept für Kinder von alkoholabhängigen Eltern“, sondern es gibt Grundlagen, Eckpunkte oder Meilensteine, an die sich Sozialpädagogen weiter orientieren sollten. Denn so individuell wie diese Krankheit verlaufen kann, so individuell wird sie auch von jeder Person in der Familie erlebt.

Zum Abschluss dieses Unterkapitels wird hier noch eine Aussage einer interviewten Person angeführt. Diese sollte noch einmal verdeutlichen, dass Alkohol eine **Familienkrankheit** ist: „In der ersten Klasse Hauptschule ist dann mein Vater an seiner Alkoholsucht verstorben. So schlimm es auch klingt, aber zu dieser Zeit konnten wir das erste Mal aufatmen als Familie. Die Hauptschule war für mich die schönste Zeit, ich war wirklich sorgenfrei, in der Schule lief es sehr gut, ich bekam aufgrund meiner extremen Einsamkeit meinen Herzenshund, hatte Freunde, meine Mutter war das erste Mal erlöst von ihrem jahrelangen Schmerz und mein Bruder konnte auch endlich er selbst sein.“ (Interview 8, Zeile 25 – 30).

8.2.2 Mutter

Von allen acht interviewten Personen hatten nur drei Personen ein gutes Verhältnis zu ihrer Mutter. Die restlichen fünf Personen beschrieben ihrer Mutter zusammengefasst folgendermaßen:

Manipulativ:

„Das Verhältnis zu meiner Mutter ist ganz schlecht, Ich kann ihr bis heute noch einige Dinge nicht verzeihen.“ (Interview 4, Zeile 49 – 50). „Meine Mutter hat mich auch halt immer manipuliert, aber jetzt merkt sie halt, dass sie mich als Person verloren hat. Sie spürt halt, dass sie keine Macht mehr hat über mich.“ (Interview 4, Zeile 106 – 108). „Meine Schwester hat mich über meine Mutter manipuliert. Wenn Sie meiner Mutter eingeredet hat, was gut für mich wäre, dann hat meine Mutter das gemacht.“ (Interview 1, Zeile 30 – 32).

Pflichtgefühl:

„Meine Mutter wollte nach außen immer die heile Familie haben.“ (Interview 5, Zeile 27 – 28). „Meine Mutter war ein sehr unsicherer Mensch, aber sie wollte alles richtig machen.“ (Interview 5, Zeile 29 – 30). „Meine Mutter war nie glücklich, wir sind halt immer mit sehr viel Pflichtgefühl aufgewachsen.“ (Interview 5, Zeile 36).

Schwierig:

„Nein, die war wirklich nicht einfach. Als Kinder waren wir immer Fratzen und die Mutter hatte das einzige Ziel, dass wir alle drei Matura haben. Aber ihr hat es immer angezipft, sich mit uns auseinandersetzen. Ich bin ihr halt immer mehr entkommen, als beispielsweise meine Schwester. Meiner Schwester hat sie auf die Schulter geschlagen und gesagt: Geh gerade.“

(Interview 6, Zeile 30 - 34). Hier ist noch hinzuzufügen, dass die Schwester von Interviewpartnerin 6 eine körperliche Behinderung hat.

Keine dieser Mütter wies eine Alkoholabhängigkeit auf und sie waren beziehungsweise sind noch mit ihren alkoholabhängigen Partnern zusammen. Analysiert man diese Verhaltensweisen der Mütter mit der vorab ausgearbeiteten Theorie sind viele Parallelen zu erkennen. Nach außen sollte die heile Familie gespielt werden, damit auch keiner der Nachbarn etwas merkt (siehe Familienregeln). Allerdings wurde in den Interviews von den befragten Personen auch offen angesprochen, wie abhängig ihre Mutter von dem alkoholkranken Vater war. So hatte Interviewpartner 3 seinen Vater als einen Alkoholiker, Spielsüchtigen und Frauensüchtigen beschrieben. „Ich glaube, dass das

etwas mit Scheidung zu tun hatte, die halt nie vollzogen worden ist. Sie haben die ganzen sechs Jahre Affäre überlebt. Weihnachten war super, wenn der Vater danach noch zu seiner Freundin gefahren ist. Meine Mutter hat da ganz schön was mit gemacht.“ (Interview 3, Zeile 38 – 41).

Zum Abschluss möchte ich auch hier noch eine Aussage einer interviewten Person anschließen. Die Mutter dieser befragten Person wies als Einzige eine Alkoholabhängigkeit auf und es sollte noch einmal verdeutlichen, dass Alkohol eine **Familienkrankheit** ist:

„Das prägendste Ereignis war, als meine betrunkene Mutter mir auf das Ohr geschlagen hat und ich davon einen Tinnitus erlitten habe. Unsere Beziehung leidet noch heute sehr darunter. Aber auch das sie einen Suizidversuch begangen hat, während die ganze Familie zu Hause war und das auch kund getan hat.“ (Interview 7, Zeile 45 – 49).

8.2.3 Großeltern

Die Großeltern beziehungsweise Oma oder Opa nahmen bei allen Befragten eine Rolle in ihrem Leben ein. Allerdings waren diese Rollen keine „Hauptrollen“, sondern eher „**Nebenrollen**“. Diese Synonyme Hauptrollen und Nebenrollen sollten versinnbildlichen, dass die Großeltern bei einigen im Genogramm aufgezeichnet wurden, jedoch keine essentiellen oder wichtigen Erlebnisse mit den Großeltern in den Erzählungen genannt wurden. **Besuche** von den Großeltern, als **Unterstützung** für die Eltern, oder das Versterben der Großeltern wurde oft mit einem kurzen Nebensatz abgehandelt. Beispielsweise: „In dieser Zeit ist auch meine Oma gestorben, die habe ich sehr gerne gehabt.“ (Interview 7, Zeile 49). Oder: Meine Oma hat Alzheimer bekommen, aber darüber ist nicht gesprochen worden.“ (Interview 5, Zeile 40 - 41).

Nur bei zwei befragten Personen waren die Großeltern auch Teil ihrer Kindheit. Interviewpartnerin 1 lebte ein Jahr bei ihrer Oma in Belgien, da diese sehr schwer krank war und die Familie sie dort hin schickte, damit sie nicht alleine war. Bei Interviewpartnerin 4 waren die Großeltern im Familienhaus und unterstützen die Familie im **Haushalt** und bei der **Gartenarbeit**. „Tatsache war, dass meine Großeltern viel bei uns waren. Da meine Mutter bei meinem Vater in der Firma gearbeitet hat.

Meine Oma hat den Haushalt gemacht, mein Opa hat im Garten gearbeitet. Und meine Oma war Schneiderin und beim Nähen hat sie immer einen Doppelliter Wein getrunken. Mein Opa hat auch getrunken, vom Garten reingekommen und hat vom Doppelliter Wein getrunken.“ (Interview 4, Zeile 29 – 33).

Zum Thema Großeltern kann festgestellt werden, dass die Großeltern einen Teil in jeder Geschichte der Befragten einnehmen. Allerdings wurden die Großeltern in fast allen Interviews nur mit einem kurzen Satz erwähnt und somit kann die Wichtigkeit und Bedeutung der Großeltern auch nicht weiter ausgearbeitet werden.

8.3 Bewältigungsstrategien

Diese Kategorie sollte aufzeigen wie Kinder mit der Alkoholabhängigkeit des Vaters oder der Mutter umgegangen sind und welche Rollen sie in ihrer Kindheit eingenommen haben beziehungsweise noch einnehmen.

8.3.1 Eingenommene Rollen in der Kindheit

Bei der Auswertung der eingenommenen Rollen in der Kindheit war auffällig, dass sich die befragten **Frauen** eine **negative Rolle** zugeschrieben haben, während sich die **Männer** keine definierten Rollen zuschrieben und wenn sie sich in einer Rolle sahen, dann war diese eher positiv bewertet. Beispiele:

Beispiel Frauen:

„Ich war ein schüchternes Kind. Ich habe immer von Geburt an sehr wenig Selbstwert gefühlt und schüchtern. Ich war sehr introvertiert und meine Schwester war das Gegenteil.“ (Interview 5, Zeile 30 – 32).

„Ich habe mich immer verfolgt gefühlt. Ich war von Anfang an falsch auf der Rolle, alles was ich gemacht habe, ist kritisiert worden.“ (Interview 1, Zeile 29 – 30).

Beispiel Männer:

„(...) ich war eher der Klassenclown, ich habe auch nie wirklich gerne gelernt. Da ich viel lieber an der frischen Luft war. (Interview 7, Zeile 36 -37).

In Summe kann festgehalten werden, dass sich die befragten Frauen in ihrer Kindheit eine negative Rolle zuschreiben, im Gegensatz zu den Männern. Allerdings müssten für eine genaue Rollenauswertung, bezugnehmend auf die beschriebenen Rollen im Theorieteil 2.1 Rollen der Kinder, auch präzisere Interviews durchgeführt werden, mit mehr geleiteteten und genaueren Fragen zu diesem Themenbereich. Da diese Interviews sehr offen gehalten wurden, konnte zu dieser Merkmalausprägung auch nicht mehr ausgewertet werden.

8.3.2 Bewältigungsstrategien - Selbsteinschätzung

Die Bewältigungsstrategien wurden im Theorieteil (2.2 Bewältigungsstrategien der Kinder) genau ausgearbeitet. Ich werde in der Auswertung nur einige wichtige Ergebnisse eingegangen.

Nun Zeichenerklärung von dem Selbsteinschätzungsbogen (siehe Anhang): Die befragten Personen konnten sich auf einer Skala selbst einschätzen und danach

Folgendes ankreuzen: ++ = ja, bin ich absolut

+ = ja, bin ich

0 = manchmal schon, aber nicht immer

- = nein, bin ich eigentlich nicht

-- = das bin ich absolut nicht.

In der folgenden Auswertung werden nun auch diese Zeichen verwendet.

Stärken:

Bei sechs von sieben Stärken kreuzten alle Beteiligten den Bereich ++ / + oder 0 an, außer bei der Stärke: „**Treue** – Ich verlasse dich nicht“. Bei diesem Punkt wurde auch zweimal --angekreuzt. Diese beiden Bewertungen wurden allerdings begründet.

Bespiel: Eine Person erzählte schon im Laufe des narrativen Interviews, dass Treue in einer Beziehung nicht seine Stärke wäre und das ihm aufgrund seines „getrieben seins“ in einer Beziehung schnell langweilig wird. „(,,) aber es ist dann halt doch sehr schnell langweilig geworden. Ich gebe mir einfach die Schuld, weil ich immer einen Kick gebraucht habe.“ (Interview 3, Zeile 57 – 59).

Bezüglich des **Organisationstalents** befragt, schätzen sich vier Interviewpartnerinnen und Interviewpartner als „ja, bin ich absolut“ und vier Personen als „ja, bin ich,“ ein. Im Gegensatz dazu, schätzen sich drei Personen zum Thema **Stimmungsexperten** „manchmal schon, aber nicht immer“, ein, vier Personen gaben dazu an „nein, bin ich eigentlich nicht“ und nur eine Person kreuzte „ja, bin ich absolut“, an. Vergleicht man diese Auswertung mit den Rollen in der Kindheit, wo sich die Frauen eher als schüchtern, zurückhaltend oder introvertiert empfunden haben, haben diese im Laufe ihres Lebens etwas zum Positiven verändert.

Schwächen / Wunden:

Wird der Selbsteinschätzungsbogen, bezogen auf die sieben Schwächen/Wunden ausgewertet, sieht, die Verteilung der Beurteilungen durchmischer aus, als bei den Stärken.

So fühlen sich zwei von den befragten Personen absolut **wertlos** und zwei geben an „das bin ich absolut nicht“. Beim Thema „**Isolation**- mein Inneres bleibt verborgen“ zeigt sich ein ähnliches Bild. Vier der Interviewten fühlen sich isoliert bzw. manchmal isoliert. Im Gegensatz dazu sind sich vier der Interviewpartner absolut sicher, dass das Thema „**Tarnung**- zu Hause ist alles gut“ in ihrer Familie so nicht gelebt wird, nur zwei Personen gaben dazu an, dass nach außen hin die Tarnung aufrecht erhalten wird. Fünf Personen fühlten sich bezüglich des Themas „**Leere** – Beziehungssüchtig und Beziehungslos“, trotz des durchmischten Ergebnisses beim Thema **Treue** (siehe Stärken), absolut nicht betroffen, während zwei der Befragten sich beziehungsüchtig und beziehungslos fühlten und eine Person dies für sich manchmal als zutreffend fand.

Im Allgemeinen kann festgehalten werden, dass die Antworten auf dem Selbsteinschätzungsbogen von den einzelnen Personen im Großen und Ganzen sehr reflektiert gegeben wurden. Kritisch anzumerken wäre die ungenaue Ausarbeitung des Selbsteinschätzungsbogens. Die befragten Personen hätten sich öfters eine genauere Erklärung der Stärken und Schwächen gewünscht. Diese wurde dann mündlich nachgereicht, allerdings unterbrach das oftmals den Arbeitsschritt.

8.4 Folgen der Alkoholsucht der Eltern

Die letzte Kategorie bezieht sich auf den Verlauf des eigenen Lebens und den aktuellen Ist-Zustand der befragten Personen. Hierbei sollten die Fragen abgedeckt werden: Wo wohnen die befragten Personen aktuell? Wie fühlen sie sich? Wie ist ihre aktuelle Familiensituation? Leiden sie selbst an einem Suchtproblem?

8.4.1 Aktuelle Wohnsituation

Vier der befragten Personen wohnen in einer **Wohnung** und die andere Hälfte wohnt in einem **Haus**. Sieben der befragten Personen sind mit ihrer aktuellen Wohnsituation sehr zufrieden und möchten in absehbarer Zukunft auch nichts ändern.

„Ich lebe in einem wunderschönen Haus am Land, mit wunderschöner Aussicht.“
(Interview 6, Zeile 3).

„Ich bin vor zwei Jahren von Holland wieder zurück gekommen, weil mein Mann in Holland gearbeitet hat und er ist jetzt in Pension. Wir sind ja beide ursprünglich Grazer, nach einem Jahr [in Graz sind wir] nach Ilz umgezogen, weil mein Mann einen alten Bauernhof gekauft hat.“ (Interview 5, Zeile 3 - 5).

Eine interviewte Person war mit der aktuellen Wohnsituation sehr unzufrieden:

„Schlecht, ich wohne momentan bei meinen Eltern, weil ich in Scheidung lebe (...).“
(Interview 3, Zeile 3). Interviewpartner 3 konnte und wollte an dieser Situation derzeit nicht viel ändern: „Es würde einfach wieder dorthin gehen, wenn ich mir jetzt wieder eine eigene Wohnung nehmen würde. Einfach als Selbstschutz vor mir selbst. Sobald ich alleine wohne, trinke ich wieder alleine.“(Interview 3, Zeile 3).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sieben Personen mit ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden sind. Vergleichend mit dem Ergebnis aus dem Selbsteinschätzungsbogen (Bewältigungsstrategie), bei welchem nur eine Person angegeben hat, sich heimatlos zu fühlen –stimmt das Ergebnis mit den Interviews überein.

8.4.2 Aktuelle Familiensituation

Die erzählten Lebensgeschichten der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner beinhalteten allesamt sehr aufregende und intensive Geschichten. Allerdings wäre eine genaue Auswertung der Familiengeschichten zu umfangreich und daher wird für diese Merkmalausprägung nur auf die aktuelle Familiensituation eingegangen.

Außer zwei der Befragten, leben **sechs** der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in einer **Beziehung** beziehungsweise sind **verheiratet**. Ob diese Beziehungen glücklich gelebt werden oder eine „Zweckgemeinschaft“ darstellen, konnte aus den Interviews nicht ausgewertet werden. Dennoch erwähnten einige befragte Personen, dass es gravierende Probleme in der aktuellen Beziehung gegeben hat. Allerdings wurde im Laufe der Interviews nicht näher darauf eingegangen.

Es wäre für weitere Forschungen interessant einen Vergleich von den gelebten Beziehungen über mehrere Generationen aufzustellen. Ob Beziehungen der Eltern nachgelebt werden und wenn ja, ob in gleicher Intensität oder abgeschwächter Form.

8.4.3 Eigene Suchtprobleme

Von den insgesamt acht interviewten Personen sind **fünf** Personen **trockene Alkoholikerinnen** und **Alkoholiker**. **Drei** der befragten Personen trinken **selten** bis gar **keinen Alkohol** und davon haben alle dieser Personen auch einen Partner, der keinen oder nur geringe Mengen an Alkohol konsumiert.

Allerdings hatte eine von diesen drei Personen eine langjährige Beziehung mit einem Alkoholiker hinter sich und beschrieb sich selbst als Co-Abhängig: „(...) und habe dort meinen Partner kennen gelernt. Der war kein Spiegeltrinker, sondern ein Rauschtrinker. Mit dem war ich 22 Jahre zusammen. Habe alles erlebt, was man da so miterlebt. Am Anfang habe ich probiert etwas zu verändern.“ (Interview 6, Zeile 49 – 52). „[Ich] War dort wirklich Co-Abhängig. Ich habe mich dann nach 22 Jahren getrennt. Er hat dann nur mehr ein Jahr gebraucht, bis er sich tot getrunken hat. War dann fünf Jahre alleine und habe danach meinen jetzigen Mann kennen gelernt. Der absolut nichts trinkt. Und

auf was ich sehr stolz bin, keines meiner beiden Kinder trinkt und sie haben sonst auch keine selbstzerstörerische Sucht (Interview 6, Zeile 54 – 58).

Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner haben trotz ihrer Familiengeschichte und teils sogar eigenen Suchtproblemen eine Ausbildung oder Studium absolviert. Doch hatten einige immer wieder Probleme aufgrund ihres Alkoholkonsums im Berufsleben. „(...) habe es geschafft, dass ich einen unkündbaren Job versaufe. Weil das Saufen gehen einfach wichtiger war. (Interview 2, Zeile 37 – 39). Beispielsweise bei Interviewpartner 3 hatte der extreme Alkoholkonsum schon in der Schulzeit begonnen und ist in der Lehrzeit nicht abgebrochen: „(...) und ich habe zu schwänzen angefangen und habe keinen Abschluss gemacht, aber dafür habe ich mir eine Lehrstelle gesucht und meine Lehre begonnen. Andere sind Schule gegangen und ich bin Mischung trinken gegangen.“ (Interview 3, Zeile 36 – 38). „Bei der Lehrstelle habe ich auch getrunken, aber habe alles super gemacht, sogar mit Auszeichnung meine Lehre abgeschlossen und mit 21 Jahren habe ich meine Meisterprüfung gemacht. Ich war sogar der jüngste Meister meines Lehrganges. Ich bin ja eh fleißig, ich bin auch nicht dumm oder so, ich bin nur getrieben.“ (Interview 3, Zeile 42 – 45).

Im Gegensatz zu diesem sehr **frühen Beginn** des Alkoholmissbrauchs bei den **Männern**, begann der Alkoholmissbrauch bei den befragten **Frauen**, welche jetzt trockene Alkoholikerinnen sind, eher im **höheren Alter**. Des Weiteren beschrieben die betroffenen Frauen den Alkohol als eine Art **Schmerzmittel** oder **Betäubung**. Hingegen bezeichneten sich die männlichen Interviewpartner als **getriebene Menschen**.

„Alkohol hat mir überhaupt nicht geschmeckt, es war eher eine Medizin für mich.“ (Interview 1, Zeile 18 – 19). „Wie ich mein erstes Bier getrunken habe, habe ich mir gedacht: das mache ich jetzt immer.“ (Interview 1, Zeile 32 – 33).

„Da habe ich eine Lebenssituation gehabt mit der ich nicht umgehen konnte. Da hat mein Alkoholismus begonnen.“ (Interview 4, Zeile 8 – 10). Ich habe „(...) Alkohol als Betäubungsmittel her genommen um meinen Schmerz nicht mehr zu spüren. Das hat sich dann gesteigert (...).“ (Interview 4, 64 – 65). „(...) aber ich habe es mir zu dieser

Zeit angewöhnt, wenn ich mit einer Situation nicht fertig werde, dass ich flüchte in den Alkohol. Das war mir egal, wenn ich aufwache und das Problem wieder da ist, dann habe ich ja sowieso weiter getrunken. Ich war halt so eine Quartalstrinkerin.“ (Interview 4, Zeile 66 – 69).

„Aber später dann, wie mir alles zu viel wurde in der Firma, habe ich schon Alkohol als Ausgleich hergenommen. Und dann habe ich angefangen heimlich zu trinken, aber als Problemlöser.“ (Interview 5, S. 65 – 67). „(...) da war ich dann 40 und da habe ich richtig angefangen zu trinken. Heimlich, versucht auf jedenfall. Ich habe mir gedacht, dass merkt ja eh niemand das ich trinke. (Interview 5, S. 70 – 72).

Zusammenfassend kann zum Thema „Eigene Suchtprobleme“ festgestellt werden, dass Frauen erst im höheren Alter mit extremem Alkoholkonsum und Männer schon in jüngeren Jahren beginnen. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass die befragten Alkoholikerinnen den Alkohol zum Zweck der Betäubung von Schmerz konsumierten, während die Männer den Konsum eher als ein Gefühl von „getrieben sein“ beschrieben. Allerdings ist jede Geschichte einer Alkoholikerin oder eines Alkoholikers sehr komplex und individuell. Wie bereits im Literaturteil (4. Trinken will gelernt sein – oder liegt es doch an den Genen) ausführlich beschrieben wurde, spielen für eine Abhängigkeitsentwicklung psychische, soziale und körperliche Faktoren zusammen.

8.5 Beantwortung der Forschungsfragen:

Nach der Auswertung der Daten werden nun noch einmal die Subfragen kurz und zusammengefasst beantwortet. Die Hauptforschungsfrage wird im letzten Teil der Arbeit beantwortet und ausgearbeitet: Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts für Kinder von alkoholabhängigen Eltern.

Welche Betreuung hatten Kinder von alkoholabhängigen Eltern in ihrer Kindheit?

Keine der befragten Personen wurde fremd untergebracht und die Eltern nahmen auch keine weitere Betreuung oder Unterstützung in Anspruch wie beispielsweise: Jugendamt, uvm. Die Betreuung war entweder durch die Mutter, den Vater, teilweise durch Geschwister oder durch die Großeltern gewährleistet. Keine der befragten

Personen äußerte im Laufe des Interviews den Wunsch, dass sie / er sich eine zusätzliche Betreuung gewünscht hätte.

Somit kann hier festgestellt werden, dass Familien in denen eine Person alkoholabhängig ist, sich auch keine weitere Betreuungsperson wünschen. Zusätzlich wird, nach der Auswertung der Daten, davon ausgegangen, dass ein „Eingriff“ in die Familie nicht sinnvoll erscheint und eine bereits komplexe und verstörte Familienstruktur nicht von außen neu strukturiert werden kann. Diese Erkenntnis wird in die Grundlagen eingearbeitet werden.

Haben diese Kinder als Erwachsene Bewältigungsstrategien entwickelt?

Die befragten Personen haben als Kinder sehr viele Bewältigungsstrategien entwickelt, allerdings wurden diese im Laufe ihres Lebens des öfteren reflektiert und / oder revidiert. Somit konnten kindliche Bewältigungsstrategien nicht abgefragt werden und es wurde nur auf die aktuelle Lebenssituation eingegangen. Eigentlich vermittelten alle befragten Personen beim Ausfüllen des Selbsteinschätzungsbogens einen sehr ehrlichen und überlegten Eindruck, was sich auch in der Auswertung widerspiegelte. Bis auf wenige Abweichungen wurden die Stärken auch als solche wahrgenommen, die Schwächen jedoch nicht mehr als Schwächen.

Es wurde bei der Auswertung der Interviews und des Selbsteinschätzungsbogens festgestellt, dass jede Lebensgeschichte einzigartig und individuell ist, jede Person das Erlebte auch individuell in ihrem / seinem Leben aufarbeitet. Durch die Interviews, die ich geführt habe warfen sich mir folgende Fragen auf:

Wer bestimmt was Stärke ist und was Schwäche? Gibt es da eine Vorgabe welche Wesenszüge richtig oder falsch sind? Diese Fragen stellten sich durch die vielen Rückfragen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner. Beispiel: Eine Interviewpartnerin hatte beim Ausfüllen sinngemäß gesagt: „Ach, ich bin so froh, dass ich keine Stimmungsexpertin mehr bin, das brauche ich sicherlich nicht mehr in meinem Leben.“ Für mich war das im ersten Moment eine merkwürdige Aussage, denn eine Stimmungsexpertin zu sein ist doch eine tolle Eigenschaft – dachte ich. Im Laufe des Interviews verstand ich ihre Ansicht, warum für sie „die Stimmungsexpertin“ eine

negative Eigenschaft ist. Demzufolge habe ich auch Rückschlüsse auf mein Konzept gezogen und ich habe mich im Laufe dieser Arbeit immer mehr von dem Gedanken gelöst: Das gehört sich nicht. Oder: Das muss so sein. Oder: Du musst so sein.

Welche Folgen hat eine Alkoholsucht der Eltern für Kinder auf ihrem weiteren Lebensweg?

Diese Frage wurde am Anfang dieser Masterarbeit formuliert, im Laufe der Arbeit revidiert und am Ende der Arbeit doch noch einmal aufgegriffen um aufzuzeigen, dass diese Forschungsfrage anfangs „blauäugig“ formuliert wurde.

Denn welche Folgen eine Alkoholabhängigkeit der Eltern für den Lebensweg der Kinder hat, kann in dieser Abschlussarbeit nicht beantwortet werden. Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner hatten eine Ausbildung, einen festen Wohnsitz oder beispielsweise eine Beziehung. Inwiefern eine kritische Lebensphase auf die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils zurückzuführen ist, kann mit dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Die befragten Personen haben teils selbst mit Suchtproblemen zu kämpfen, aber drei der Befragten weisen keine Abhängigkeit auf. Somit können hierbei ebenfalls keine Rückschlüsse gezogen werden. Dass Menschen, die in einer Familie mit einem Suchterkrankten Elternteil aufwachsen, prägende Erlebnisse für ihren weiteren Lebensweg mitnehmen, steht außer Frage.

9 GRUNDLAGEN EINES SOZIALPÄDAGOGISCHEN KONZEPTS FÜR KINDER VON ALKOHOLABHÄNGIGEN ELTERN

Als Abschluss meiner Masterarbeit werden Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts ausgearbeitet. Diese Grundlagen stellen die Verbindung zwischen Theorieteil und empirischen Teil dar und den Grundstein für diesen Abschluss der Arbeit bildet meine Hauptforschungsfrage: *Wie können Kinder von alkoholkranken Eltern mit all ihren Stärken und Schwächen in ein sozialpädagogisches Konzept eingebunden werden* Folgend werden die Grundlagen des Konzepts ausgearbeitet:

Zielgruppe des Konzepts:

Die Zielgruppe des Konzepts sind Kinder von alkoholabhängigen Eltern, die Unterstützung benötigen beziehungsweise haben möchten.

Vor allem Kinder sind von den negativen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Eltern betroffen. Gewalttätige Übergriffe, Verletzungen oder Beleidigungen werden akzeptiert um Schlimmeres zu vermeiden. (vgl. Stehl /Blümle Szabo 2017, S. 121). Wie bereits schon in der Literatur ausgearbeitet betrifft eine Abhängigkeit nicht nur eine einzelne Person – es ist eine Familienkrankheit (siehe Kapitel 4 Alkohol – eine Familienkrankheit). Diese Annahme wurde bei der Auswertung der Interviews bestätigt, denn einige interviewte Personen haben im Laufe ihrer Kindheit einige traumatische Erlebnisse erfahren. Beispielsweise Interviewpartner 7, der aufgrund einer Ohrfeige seiner Mutter einen Tinnitus erlitt, denn er noch bis heute hat.

Rahmenbedingungen des Konzepts

Dieses Konzept sollte ganzheitlich und allumfassend sein. Das bedeutet, die Sozialpädagogin / der Sozialpädagoge sollte das betroffene Kind als den Mittelpunkt für die sozialpädagogische Arbeit betrachten. Allerdings sollten alle weiteren engen Familienmitglieder mit einbezogen werden. Beziehend auf die Auswertung der Interviews nahmen die Großeltern bei einigen Personen eine wichtige Rolle in ihrem Leben ein.

Partizipation sollte in diesem Konzept nicht nur auf ein Blatt Papier geschrieben werden, sondern in der Praxis von den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen gelebt. Wie bereits in der Auswertung der Interviews beschrieben, habe ich mich immer mehr von den Gedanken: Das gehört sich nicht. Oder: Das muss so sein. Oder: Du musst so sein, gelöst. Die Kinder sollten selbst bestimmen, was sie möchten.

Diese Gedanken beziehen sich auch auf eine weitere Rahmenbedingung für dieses Konzept: Akzeptanz. Die Sozialpädagogin / der Sozialpädagoge sollte die Familiengegebenheiten akzeptieren wie sie gerade sind und nicht als fremde Person in eine schon hochkomplexe und schwierige Situation eine Veränderung nach der anderen anbringen wollen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben ist, dann müssen sicherlich weitere Schritte eingeleitet werden beziehungsweise Meldung beispielsweise an das Jugendamt abgegeben werden.

Vernetzungsarbeit

Dieses sozialpädagogische Konzept sollte nicht nur für sich alleine stehen und von einer Sozialpädagogin / einem Sozialpädagogen Schritt für Schritt abgearbeitet werden. Sondern Vernetzung, Kooperationen und der ständige Austausch macht ein Konzept erst lebendig.

Ziel des Konzepts

Das Ziel ist es Kinder von alkoholabhängigen Eltern eine Stütze zu sein, in der Zeit, in der sich andere Menschen schon längst abgewendet haben oder das Verständnis aufhört. Aufgrund der Beschreibung von Interviewpartnerin 8: „Diese extreme Tierliebe habe ich schon von Kleinkind an. In meiner Familie hat es eigentlich keiner so extrem wie ich. Ich kann mir das nur erklären, weil mich früher keiner verstanden hat, außer Tiere. Denen habe ich nichts erklären, verheimlichen oder erzählen müssen – die waren einfach da und haben mich so aufgenommen wie ich war. Ein verstörtes Kind“ (vgl. Interview 8, Zeile 17- 21) entstand das Ziel, ein Konzept so zu erstellen, welches „einfach nur da ist“ und die betroffenen Kinder so annimmt, wie die Tiere für Interviewpartnerin 8.

Ich glaube, ein solches sozialpädagogisches Konzept könnte für Kinder von alkoholabhängigen Eltern weiter ausgearbeitet werden und würde in der Praxis sicherlich Anklang finden, denn der Bedarf ist gegeben.

10 LITERATURVERZEICHNIS

10.1 Fachliteratur

Balabanova, Svetlana (2001): Alkohol: Ein Rausch- und Genussmittel in den alten Kulturen. Aachen. Schaker Verlag GmbH.

boJA (2016): Qualitätshandbuch für die Offene Jugendarbeit. 4. Auflage. Wien: boJA.

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009. 3. Auflage. Wien. Hausdruckerei des Bundesministerium für Gesundheit.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013); Alkohol-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 1. Hamm. Kunst- und Werbedruck.

Dietze, Klaus / Spicker Manfred (2011): Wie viel ist noch normal? Alkoholprobleme erkennen und überwinden. 3. Auflage Weinheim und Basel. Beltz Verlag.

Döring, Nicola / Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Berlin Heidelberg. Springer Verlag.

Fisch, Sabine (2009): Kinder von alkoholkranken Eltern. In: Österreichische Ärztezeitung. 2009, Heft 22, o.S.

Hg. Kontakt + co Suchtprävention Jugendrotkreuz (2006): Wie schütze ich mein Kind vor Sucht? Ein Handbuch für Eltern. 2. Auflage. Linz. Institut Suchtprävention, pro mente OÖ.

Kühling, Ludger / Richter, Katrin (2009): Genogramm in der Sozialen Arbeit – erste Annäherungsversuche. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hrsg.): Methodenbuch Soziale Arbeit: Basiswissen für die Praxis, 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Küsters, Ivonne (2009): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. 2. Auflage. Wiesbaden. Verlage für Sozialwissenschaften.
- Lambrou, Ursula (2010): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag GmbH.
- Lelke, Arno (2014): Auf der Schattenseite des Lebens. Kinder in alkoholbelasteten Lebensgemeinschaften. Wismar. Persimplex Verlag.
- Lindenmayer, Johannes (2005): Lieber schlau als blau. 7. Auflage. Weinheim, Basel. Beltz Verlag.
- Mayer, Reinhardt (2003): Wirklich?!-Niemand Alkohol?!. Balingen. Druckerei Hans Schwenk.
- Mayring, Philipp (2010). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim, Basel. Beltz Verlag.
- Musalek, Michael / Mader, Roland (2012): Alkoholabhängigkeit, ÖÄZ 6/2021.
- Ramsenthaler, Christina (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse“. In: Schnell, Martin / Schulz, Christian / Kolbe, Harald / Dunger, Christine (Hrsg.): Der Patient am Lebensende. Eine Qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden. Verlage für Sozialwissenschaften.
- Reker, Martin (2015): Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. Köln. Psychiatrie-Verlag.
- Riesenhuber, Martin (2007): Professioneller Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen. Die Drogenberatung des Landes Steiermark als Schnittstelle von

Suchthilfe und Jugendwohlfahrt. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz.

Schild, Bea (Hrsg) / Wiesbeck A. Gerhard (2012): Partnerschaft und Alkohol. Lengerich. Pabst Science Publishers.

Srizek, Julian / Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht. Wien. Gesundheit Österreich GmbH.

Staiger, Jürgen (2014): ALKOHOL: Das Drama der Abhängigkeit. Borsdorf. Edition Winterwork.

Strehl, Egid (Hrsg.) / Blümle, Heidegun / Szabo, Bela (2017): Alkohol, Coffein, Nikotin. Eschborn. Govi (Imprint) in Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH.

Wegscheider, Sharon (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg. Verlag Mona Bogner-Kaufmann.

Woititz, Janet (2015): Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München. Random House GmbH.

Zobel, Martin (2017): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und Chancen. 3. neu ausgestattete Auflage. Göttingen. Hogrefe-Verlag Gmb

Zobel, Martin (Hg.) (2001): Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn. Psychiatrie-Verlag.

10.2 Quellenangaben

Alkoholsucht (2017): Welche sozialen Folgen können durch Alkoholmissbrauch entstehen. In: <https://www.alkoholsucht.eu/sozialen-folgen-des-alkoholmissbrauchs/> [15.11.2017].

Alkoholiker-hilfe (o.J.): Trockener Alkoholiker. In: <http://www.alkoholiker-hilfe.de/wann-wie/trockener-alkoholiker.htm> [01.01.2018].

Dialogwoche Alkohol (o.J.): Alles was sie über Alkohol wissen sollten. In: <http://www.dialogwoche-alkohol.at/factsheet-zur-dialogwoche/> [01.11.2017].

Frohnwieser, Harald (o.J.): Die vier Trinkertypen nach Lesch. Die Freiheit vom Alkohol als Ziel, In: <http://www.alk-info.com/index.php/gesundheit-hm/866-typologie-nach-prof-otto-lesch-vier-trinkertypen-koerperlich-abhaengig-konflikt-angstloeser-stressabbau-verhaltensauffaellig-therapiemoeglichkeiten-lat-online>. [17.10.2017].

Frohnwieser, Harald (o.J.): Neue Langzeit-Alkohol-Studie bestätigt: Trinkende Eltern haben trinkende Kinder, In: <https://www.alk-info.com/kinder-und-jugendliche/1031-vorbildfunktion-von-eltern-trinkverhalten-prosecco-fraktion-legale-droge-rauscherfahrungen-dunkelziffer-jugendschutzgesetze-kontrollieren-einfluss-aufklaerung-dak-praevention> [20.11.2017].

Gesundheitsfonds Steiermark (o.J.): Weniger Alkohol mehr vom Leben. Zahlen und Daten über Alkohol, In: <http://www.mehr-vom-leben.jetzt/fakten/>. [24.10.2017].

Hofstetter, Hermann (o.J.): Co-Abhängiges Verhalten im Umgang mit Alkoholkranken, In: <http://www.alkoholhilfe.at/pdf/INFO%20Co-Abhaengigkeit.pdf> [10.11.2017].

Hogrefe (2016): DSM und ICD, In: <https://www.hogrefe.de/themen/klinik/klassifikationssysteme> [17.10.2017].

Kuckartz, Udo / Dresing, Thorsten / Rädiker, Stefan / Stefer, Claus (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

ÖAMTC (2017): Alkohol am Steuer, In: <https://www.oeamtc.at/thema/vorschriften-straften/alkohol-am-steuer-was-alkoholisierten-lenkern-bluehen-kann-16179524> [04.12.2017].

Statistik Austria (2017): Unfälle mit Personenschaden, In: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaden/index.html [04.12.2017].

Statistik Austria (2017): Unfallgeschehen mit alkoholisierten Beteiligten nach Bundesländern. In: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaden/index.html [04.12.2017].

Verein für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol (2012): Alkohol ohne Schatten. Basis-Information zur Alkohol-Problematik in Österreich. In: http://www.alkoholohneschatten.at/wp-content/uploads/Basis_Kit_Alkohol.pdf. [18.08.2017].

VIVID (o.J.): Die Suchtspirale, In: http://www.vivid.at/_pdf/4cc8126d6c06d.pdf [19.09.2017]

10.3 Fachbroschüren und Streuliteraturen

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Alkoholkonsum und mögliche Folgen. Wien. Informationsbroschüre. Kopierstelle des BMGF

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V. (2013): Kinder von Suchtkranken Halt geben. Informationsbroschüre. 2. Auflage. Druckerei Hesse GmbH. Fulda. Fulda.

Heimgartner (2015) Folien aus der Vorlesung: Entwicklung und Konzeptionen der Sozialpädagogik.

Interview 1: Interviewpartner 1 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 12.02.2018.

Interview 2: Interviewpartner 2 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 12.02.2018.

Interview 3: Interviewpartner 3 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 13.02.2018.

Interview 4: Interviewpartner 4 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 13.02.2018.

Interview 5: Interviewpartner 5 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 16.02.2018.

Interview 6: Interviewpartner 6 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 16.02.2018.

Interview 7: Interviewpartner 7 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 18.02.2018.

Interview 8: Interviewpartner 8 (2018): Persönliches Interview, durchgeführt von Pollheimer Carmen, 18.02.2018.

Soyka (2001): Serie – Alkoholismus: Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholkonsums. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 42. o.S.

Sucht Schweiz / Arge Suchtvorbeugung (2013): Alkohol. Informationsbroschüre. 4. Auflage. Linz. Österreichische Arge Suchtvorbeugung.

Uhl, Alfred / Puhm, Alexandra (2015): Co-Abhängigkeit. Ein populärer Ausdruck, der mehr Verwirrung als Klarheit schafft. In: SUCHT, 2015 Winter, Heft 96, S.10 – 11.

11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Beschreibung der Stichprobe.....	80
Abbildung 2: Übersicht Durchführung der Interviews.....	82

12 ANHANG

12.1 Einverständniserklärung

Karl-Franzens-Universität Graz
Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft



Liebe Interviewpartnerin, Lieber Interviewpartner!

Im Rahmen meiner Masterarbeit zum Thema: GESELLSCHAFTS (FÄHIGE) DROGE Alkohol, Grundlagen eines sozialpädagogischen Konzepts für Kinder alkoholabhängiger Eltern, werde ich dieses Interview durchführen. Meine Name ist Carmen Pollheimer und ich studiere seit 2015 an der Karl-Franzens-Universität im Fachbereich Sozialpädagogik. Um diese Interviews später transkribieren (Verschriftlichung) zu können, möchte ich sie um die Erlaubnis einer digitalen Aufnahme bitten. Diese Aufnahmen werden sowohl vertraulich als auch anonym behandelt, am Ende der Transkription gelöscht und auch nicht an dritte Personen weiter gegeben. In der Abschlussarbeit werden nur Teile (Absätze oder Sätze) aus einem Interview genommen und mit „Person 1-8“ gekennzeichnet um die Anonymität zu bewahren. Diese niedergeschriebenen Interviews werden auch nicht als Anhang in die Abschlussarbeit gegeben und nach der Ausarbeitung für meine Masterarbeit ebenfalls gelöscht.

Ich freue mich wirklich sehr, mit Ihnen dieses Interview durchführen zu dürfen. Falls Sie Einsicht in meine abgeschlossene Masterarbeit haben möchten, können Sie sich gerne jederzeit bei mir melden (carmen.pollheimer@hotmail.de). Ich kann Ihnen ein fertiges Exemplar gerne zukommen lassen.

Graz, Februar 2018

Carmen Pollheimer

12.2 Selbstevaluierungsbogen

GESELLSCHAFTS (FÄHIGE) DROGE Alkohol

Selbsteinschätzungskarte um Stärken/Schwächen herauszufinden

Belastbarkeitsstrategien - Selbsteinschätzungsbogen					
Stärken	++	+	0	-	--
Belastbarkeit – Ich halte das aus					
Beharrlichkeit – Ich kämpfe weiter					
Treue – Ich verlassedich nicht					
Soziale Fähigkeiten – Ich komme schon klar mit allem					
Empathie – Ich kann es auch fühlen					
Organisationstalent – Ich regle das schon					
Stimmungsexperten – Ich kann viele Situationen aufheitem					

Schwächen	++	+	0	-	--
Wertlos – Mein Leben ist verrückt					
Heimatslos – Die unendliche Suche nach einem Zu Hause					
Leere - Beziehungssüchtig und Beziehungslos					
Gefühlsexplosion – Meine Gefühle sind immer extrem					
Isolation – Mein Inneres bleibt verborgen					
Tarnung – Zu Hause ist alles gut					