



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Alkoholmissbrauch und Differenzen
psychopathologischer Symptome
im Rahmen der Wiener Heimstudie“

verfasst von / submitted by

Alexander Kail (BSc)

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Table of Contents

Abstract (deutsch).....	3
Abstract (english).....	4
1. Einleitung.....	5
1.1. Wiener Heimstudie.....	5
2. Theoretischer Hintergrund.....	7
2.1. Online-Datenerhebung vs. Erhebung mittels Paper-Pencil-Verfahren.....	7
2.2. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	8
2.3. Frühkindliche Gewalterfahrung und häufige Komorbiditäten.....	11
3. Zielsetzung der Studie.....	13
4. Methodik.....	13
4.1. Studiendesign.....	13
4.2. Untersuchungsdurchführung.....	14
4.3. Stichprobenbeschreibung.....	15
4.4. Untersuchungsinstrumente und gemessene Variablen.....	16
4.4.1. Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18).....	16
4.4.2. State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2 (STAXI-2).....	17
4.4.3. Displaced Aggression Questionnaire (DAQ).....	18
4.4.4. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I).....	18
5. Fragestellungen und Hypothesen.....	19
5.1. Fragestellung zum Kontrollgruppenvergleich.....	19
5.2. Fragestellung zum Vergleich der Kontrollgruppen mit der klinischen Stichprobe.....	20
5.3. Fragestellung zu Alkoholproblemen.....	20
5.4. Fragestellung zur Differenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	21
5.5. Statistische Auswertung.....	22
6. Ergebnisse.....	24
6.1. Stichprobenbeschreibung	24
6.1.1. Alter und Geschlecht.....	24
6.1.2. Familienstand, Bildungsniveau und derzeitiger Beruf.....	24
6.1.3. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	27
6.2. Reliabilitätsanalysen.....	29
6.3. Hypothesenprüfung.....	30
6.3.1. Fragestellung zum Kontrollgruppenvergleich.....	30
6.3.2. Fragestellung zum Vergleich der Kontrollgruppen mit der klinischen Stichprobe.....	32
6.3.3. Fragestellung zu Alkoholproblemen.....	35
6.3.4. Fragestellung zur Differenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	38
7. Diskussion.....	41
7.1. Interpretation der Ergebnisse.....	41
7.2. Limitationen und Ausblick.....	46
8. Literaturverzeichnis.....	48
9. Abkürzungsverzeichnis.....	53

Abstract (deutsch)

Hintergrund: Im Zuge der Wiener Heimstudie wurde Personen, die psychischer, physischer oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, die Möglichkeit gegeben, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten. Häufige Folgen dieser Erfahrungen sind psychische Probleme und speziell Substanzmissbrauch bzw. missbräuchlicher Alkoholkonsum.

Zielsetzung: Um die Daten auswerten zu können, musste eine möglichst große Vergleichsstichprobe erreicht werden. Diese wurde mittels klassischen Paper-Pencil-Verfahren und einer später integrierten Online-Befragung erhoben. Ziel der Studie war das Prüfen der erhobenen Kontrollgruppen auf Vergleichbarkeit. Infolge wurden die Kontrollgruppen mit der klinischen Stichprobe im Hinblick auf psychopathologische Symptome, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit verglichen.

Methode: Die Studie umfasste 436 ProbandInnen. Die 218 Personen starke klinische Stichprobe bestand aus TeilnehmerInnen, die in ihrer Vergangenheit in Wiener Kinder- und Jugendheimen aufgewachsen sind und institutionellen Missbrauch erlebt haben. Das *Strukturierte Klinische Interview* (SKID) wurde zur Erfassung der Alkoholabhängigkeits- und Alkoholmissbrauchsdiagnosen nach DSM-IV verwendet. Die Erfassung der untersuchten psychopathologischen Symptome erfolgte mittels *Displaced Aggression Questionnaire* (DAQ), *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2* (STAXI-2) und dem *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18).

Ergebnisse: Die Online-Kontrollgruppe zeigte im Vergleich mit der Paper-Pencil-Stichprobe signifikant höhere Werte in den Skalen Depressivität, Ängstlichkeit, der generellen psychischen Belastung und Angry Rumination. ProbandInnen mit einer Alkoholmissbrauchsdiagnose zeigten im Vergleich zu Personen mit einer schwerwiegenderen Alkoholabhängigkeitsdiagnose weniger starke Ausprägungen in den Dimensionen Depressivität, Angry Rumination und Displaced Aggression.

Schlussfolgerungen: Online erhobene Stichproben sollten nicht in allen Aspekten mit den mittels klassischen Paper-Pencil-Verfahren erhobenen Daten gleichgesetzt werden, erfüllen jedoch die Voraussetzungen für reliable und valide Untersuchungsinstrumente. In Bezug auf Alkoholproblematik zeigte sich, je schwerwiegender das Alkoholproblem einer Person ist, desto schwerwiegender zeigen sich die Auswirkungen auf der Ebene psychologischer Probleme. Bei der langfristigen Behandlung einer Alkoholproblematik muss immer das zugrunde liegende psychische Problem mitbehandelt werden.

Keywords: Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Alkoholkonsum, Depressivität, Ärger, institutioneller Missbrauch

Abstract (english)

Background: Part of the Vienna Institutional Abuse-Study (VIA-S) was to give people, who grew up in Viennese foster homes and experienced physical, psychological or sexual abuse, a chance to reprocess their past. Common consequences of such mistreatment were psychological illnesses, as well as substance or alcohol abuse.

Goal: In order to evaluate the data of the clinical group, a sufficiently big control group sample had to be collected. This was accomplished by using both classical paper-pencil-methods as well as incorporating an online questionnaire. Aim of this study was to compare both of those control groups. Depending on their comparability, they were either pooled together or compared separately with the clinical group in relation to psychopathological symptoms, alcohol abuse and alcohol addiction.

Method: The study included a total of 436 participants. The clinical group consisted of 218 people, all of them raised in foster homes and experienced some sort of institutional abuse. The *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) was used to diagnose alcohol abuse and alcohol addiction. Other psychopathological data was collected with the help of the *Displaced Aggression Questionnaire* (DAQ), *State-Trait-Anger-Expression-Inventory-2* (STAXI-2) and the *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18).

Result: The online control group showed significantly higher scores in the dimensions depressiveness, anxiety, their general psychological distress and angry-rumination. People who were diagnosed with alcohol abuse showed significantly lower scores in the dimensions depressiveness, angry rumination and displaced aggression compared to those with an alcohol addiction diagnosis.

Conclusion: Online questionnaires should not necessarily be seen as equal to classic paper-pencil-surveys. They do serve their purpose of being valid and reliable research tools though. Regarding the alcohol-related questions, the results show, that the more serious the alcohol problem, the more severe the psychopathological impact. Therapy for people who suffer from alcohol abuse or alcohol addiction should always comprise of treatment against the underlying psychological problem as well.

Keywords: alcohol abuse, alcohol addiction, alcohol consume, depressiveness, anger, institutional abuse

1. Einleitung

Die heute immer noch als Tabuthema angesehene psychische, körperliche und auch sexuelle Gewalt in den diversen Institutionen der Wiener Jugendwohlfahrt war bis in die späten 1980er Jahre kein seltenes Ereignis. Auch heutzutage leiden noch viele Personen, die in solchen Kinder- oder Jugendheimen aufgewachsen sind, an den Folgen der damaligen Erziehungsmethoden. Nicht selten manifestieren sich solche Probleme in den späteren Lebensjahren als psychische Störungen wie beispielsweise Depression oder sogar Suizidalität (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999). Ein Großteil der betroffenen Personen versucht jedoch oft noch Jahrzehnte nach solchen traumatischen Ereignissen ihre Vergangenheit und die Probleme, die in der Kindheit verursacht wurden, ruhen zu lassen (Corrigan & Rüsch, 2002). Dies liegt unter anderem an dem auch heute noch gängigen Stigma der psychischen Krankheiten und Behandlung dieser. Um Menschen mit traumatischen Heim- und Kindheitserfahrungen die Möglichkeit zu geben, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten und mit dieser abzuschließen, wurde im Juni 2015 das Projekt „Wiener Heimstudie“ ins Leben gerufen. Mit diesem Vorhaben wird versucht, die psychosozialen Langzeitfolgen von institutionellen Misshandlungen zu untersuchen, um so das immer noch weit verbreitete Stigma psychischer Krankheiten auch für Außenstehende zugänglicher zu machen, betroffenen Personen die Möglichkeit zu geben, therapeutische und psychoedukative Hilfe zu finden, und infolgedessen ebenfalls präventive Maßnahmen für die Zukunft erarbeiten zu können.

1.1. Wiener Heimstudie

Im Zuge der Wiener Heimstudie sollen Menschen, die in Kinderheimen und anderen Institutionen der Wiener Jugendwohlfahrt vor 1980 aufgewachsen sind und denen ein Schicksal psychischer, physischer oder sexueller Misshandlung widerfahren ist, die Möglichkeit bekommen, ihre Vergangenheit mittels professioneller Hilfe aufzuarbeiten. Im Zuge des Projektes, das noch bis Mai 2017 laufen wird, sollen die Langzeitfolgen institutioneller Gewalt untersucht werden und durch die gewonnenen Informationen präventive und interventive Maßnahmen für die Zukunft gesetzt werden. In Kooperation mit dem Weißen Ring, einer Organisation, die professionelle Hilfe für Personen in Opfersituationen bietet, wird versucht, möglichst viele Menschen, sowohl Betroffene als auch Personen, die als Teil der Kontrollstichprobe helfen möchten, zu rekrutieren. Um möglichst viele Menschen zu erreichen, die ihre Vergangenheit aufarbeiten oder als Teil der Vergleichsstichprobe mithelfen wollen, wurde die anfangs ausschließlich mittels Paper-Pencil-

Fragebogen und Face-to-Face-Interview durchgeführte Studie auch auf eine weitreichende Online-Plattform verlagert. Dies soll gewährleisten, dass auch Personen, die unter den bestehenden Bedingungen nicht teilgenommen hätten, über den Weg der Online-Befragung ebenfalls helfen können. Um die Vergleichbarkeit der beiden Kontrollstichproben gewährleisten zu können, soll im Zuge dieser Arbeit zudem überprüft werden, ob zwischen der Online-Erhebung der Daten und den Paper-Pencil-Verfahren (PP) signifikante psychopathologische Unterschiede bestehen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Online-Datenerhebung vs. Erhebung mittels Paper-Pencil-Verfahren

In den letzten Jahren publizierte Studien zeigen, dass die mittels Online-Fragebögen erhobenen und klinisch relevanten Informationen – wie beispielsweise die Befragung zu posttraumatischen Belastungsstörungen (*Posttraumatic Stress Disorder*; PTSD), Depressionen oder Traumata – nicht weniger valide als das klassische Vorlegen von Paper-Pencil-Verfahren sind. Auch für klinische Forschungszwecke seien Online-Erhebungen reliabel einsetzbar (Fortson, Scotti, Ben, & Chen, 2006; Krantz & Dalal, 2000; Musch & Reips, 2000; Read, Farrow, Jaanimägi, & Ouimette, 2009). Obwohl miteinander verglichene Online- und Offline-Stichproben definitiv nicht in allen Aspekten ähnlich sind, kann aus der derzeitigen Literatur zumindest darauf geschlossen werden, dass die psychometrischen Eigenschaften von computerisierten und online bearbeiteten Verfahren denen der traditionellen Paper-Pencil-Methoden in nichts nachstehen (Riva, Teruzzi, & Anolli, 2003).

Kürzlich gewonnene Studienergebnisse zeigen sogar, dass Online-Therapie – also Therapieformate, die über das Internet angeboten werden können, wie beispielsweise Internet-mediierte Therapie – sogar Vorteile mit sich bringen kann. PatientInnen, die unter PTSD leiden, Angststörungen besitzen, die es ihnen schwer machen, mit Menschen umzugehen, physisch beeinträchtigte Personen, die nur schwer zu den Therapiestandorten gelangen, oder einfach nur Menschen, die aufgrund der Angst einer Stigmatisierung ihrer Krankheit keine therapeutischen Maßnahmen ergreifen, haben durch den Weg der Online-Befragungen und online-unterstützten Therapiemöglichkeiten die Wahl, so doch an ihren Problemen arbeiten zu können (Lange et al., 2003). Die Anonymität, die bei computerisierten Befragungen über das Internet oft gegeben ist, ermöglicht es auch, kosten- und zeiteffizient Personen zu erreichen, die andernfalls nicht an einer thematisch sensiblen Studie mitmachen würden. Auch hier zeigt sich, dass die psychometrischen Eigenschaften der Online-Erhebungen mit denen der Paper-Pencil-Verfahren gleichsetzbar sind (Fortson et al., 2006; Read et al., 2009). Nicht auszuschließen ist jedoch, dass Personen, die den Fragebogen online entdecken und ausfüllen, generell häufiger Kontakt mit Computern und sozialen Medien haben. Eine kürzlich publizierte Studie zeigt, dass eine signifikante Korrelation zwischen Depressivität und dem Benutzen sozialer Medien existiert (Lin et al., 2016). Es kann zwar kein kausaler Schluss aus den Daten gezogen werden, jedoch zeigt die Studie, dass man zusätzlichen Störvariablen, die das Online-Testen mit sich bringen kann, Beachtung schenken sollte. Um die Vergleichbarkeit der online erhobenen Kontrollstichprobe der Heimstudie mit der Kontrollgruppe, die mittels traditionellem Interview und

PP-Verfahren durchgeführt wurde, gewährleisten zu können, soll ebenfalls überprüft werden, ob sich signifikante Differenzen in den psychometrischen Eigenschaften von Depressivität, Ärgerexpression, Ärgerverschiebung oder Ängstlichkeit finden lassen. So lassen einige Studien darauf schließen, dass *Internet addiction* mit hohen Depressivitätswerten einhergehen kann und vergleichsweise öfter Männer und junge Personen davon betroffen sind (Morrison & Gore, 2010). Dies würde sich zwar nur bedingt auf die in dieser Studie verwendeten Stichproben auswirken, sollte aber dennoch miterhoben werden, um Vergleiche ziehen zu können. Buchanan (2002) zeigte ebenfalls, dass Differenzen zwischen Online- und Offlineerhebungen existieren können. Besonders zeige sich dies bei der Erhebung negativer Effekte und schwer vergleichbarer Konstrukte. Es sollte daher vor allem bei der Testung negativer Aspekte, die in dieser Studie erhoben werden, auf Differenzen zwischen Online- und Offlineerhebung geprüft werden. Bei einer Äquivalenztestung verschiedener Arten von Online-Plattformen, wie zum Beispiel crowd-sourcing-Webseiten oder virtuellen Welten, auf denen dieselben Selbstbeurteilungsfragebögen vorgegeben wurden, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den untersuchten Konstrukten (Briones & Benham, 2016).

2.2. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition* (DSM-5) findet man Alkoholproblematiken unter der Definition Substanzgebrauchsstörung (*substance use disorder*). Das DSM-5 listet dabei 11 mögliche Merkmale auf, die in den letzten 12 Monaten vorliegen müssen, um eine Diagnose stellen zu können. Diese rangieren von einem wiederholten Substanzgebrauch, der zum Versagen wichtiger Verpflichtungen führt, über Toleranzentwicklung, Entzugssymptomen oder fortgesetztem Konsum trotz vorhandener psychischer oder körperlicher Probleme bis hin zu einem *Craving*, dem starken Verlangen nach der jeweiligen Substanz (American Psychiatric Association, 2013). Diese Substanzgebrauchsstörungen werden dabei in moderat (bei zwei bis drei erfüllten Kriterien) oder schwer (bei vier oder mehr erfüllten Kriterien) differenziert. Da die Testbatterie, die im Rahmen der Wiener Heimstudie kreiert und verwendet wurde, das strukturierte klinische Interview für DSM-IV (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) umfasst und nach DSM-IV-Kriterien diagnostiziert, wurden im Zuge dieser Studie die untersuchten Alkoholproblematiken ebenfalls nach den Merkmalen des DSM-IV klassifiziert. Die vierte Edition des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000) unterscheidet bei vorliegenden Alkoholproblematiken zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Tabelle 1 zeigt die Symptome, die durch das jeweilige

Krankheitsbild auftreten können und zum Diagnostizieren der Krankheiten verwendet werden.

Tabelle 1. Kriterien einer Alkoholmissbrauchs- und Alkoholabhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV

Alkoholmissbrauch	Alkoholabhängigkeit
1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen wichtiger Verpflichtungen führt 2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann 3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch 4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Problemen	1. Toleranzentwicklung 2. Entzugssymptome 3. Einnahme in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt 4. Wunsch oder erfolglose Versuche, den Gebrauch zu verringern oder zu kontrollieren 5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen 6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt 7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems

Anmerkung: Merkmale nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000).

Aus den in Tabelle 1 aufgelisteten Symptomen muss für das Diagnostizieren einer Alkoholmissbrauchsdiagnose nach DSM-IV mindestens eines der vier Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate vorhanden gewesen sein. Um Alkoholabhängigkeit bei einer Person feststellen zu können, müssen mindestens drei der sieben Symptome innerhalb der letzten 12 Monate aufgetreten sein. Eine Doppeldiagnose ist dabei nicht möglich, da Alkoholmissbrauch nur diagnostiziert werden kann, wenn die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit nicht vorliegen. Liegen genügend Symptome für die Bestimmung einer Abhängigkeit vor, so wird die Alkoholmissbrauchsdiagnose verworfen. Die beiden Diagnosen sind daher als einander ausschließend anzusehen.

In Bezug auf die epidemiologischen Aspekte von Alkoholproblematiken zeigen die Daten des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Prävalenzrate von 5% (Uhl, Bachmayer, & Strizek, 2015). Dies entspricht bezogen auf die Gesamtbevölkerung etwa 360.000 Personen. Die Statistik umfasst dabei alle Erwachsenen und Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr. Bezogen auf die Gesamtlebenszeitprävalenz zeigt sich, dass rund 10% der in Österreich lebenden Personen zumindest einmal in ihrem Leben an chronischem Alkoholismus erkranken. Eine Inzidenzrate von 0.13% lässt zudem darauf schließen, dass jährlich zirka 9.500 Österreicher und Österreicherinnen neu an Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit erkranken und

Behandlungsbedarf aufweisen.

In der klinischen Literatur wird nicht selten angenommen, dass hinter Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit eine andere tief sitzende Störung vorliegt. Beispielsweise wird Depressivität oft als ein komorbider Faktor für die Entstehung und auch Aufrechterhaltung von überdauernder Alkoholproblematik angesehen (Soyka, Hollweg, & Naber, 1996). Im Zuge dessen weisen PatientInnen, die ausschließlich auf ihren Alkoholkonsum oder andere psychotrope Substanzen hin therapiert werden, eine häufigere Rückfallrate auf als Personen, die auch auf ihre grundlegenden Probleme, wie affektive Störungen oder Angststörungen, behandelt werden. Einige kürzlich publizierte Studien zeigen deutlich, dass der größte Therapieerfolg bei AlkoholpatientInnen, die auch an Depressionen leiden, mit einer gleichzeitigen Behandlung beider Störungen erreicht werden kann (Hillemacher, Wilhelm & Heberlein, 2012). So kann nicht nur ein erneuter Rückfall längerfristiger verhindert werden, auch die depressiven Phasen, die nach solchen Rückfällen entstehen können, werden vermindert.

In stationären Entwöhnungseinrichtungen konnte zudem festgestellt werden, dass grundlegende und unbehandelte depressive Störungen oft einen Rückfall und erneuten Konsum psychotroper Substanzen, darunter auch Alkohol, prognostizieren können (Batra, Niethammer, Mänz, & Peukert, 2011). Aber nicht nur depressive Störungen, sondern auch Angststörungen bilden einen großen Teil der zugrunde liegenden Probleme, die Alkoholmissbrauch zur Folge haben können. So hat sich gezeigt, dass alleine das starke Verlangen (*craving*) nach Alkohol, das von EntzugspatientInnen während Abstinenzphasen oft beschrieben wird, Depressivität und auch Ängstlichkeit bei den Personen hervorrufen kann (Demmel & Schröder, 2003). Dies führt bei unzureichender Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen oft zu erneuten Rückfällen und Weiterkonsum als auch zu Einbußen des Selbstwerts der PatientInnen.

Der Zusammenhang zwischen Angststörungen und Alkoholmissbrauch konnte auch in anderen Studien repliziert werden. So konnten beispielsweise signifikant überdurchschnittliche Komorbiditätsraten zwischen kritischem Alkoholkonsum und diversen Angststörungen gefunden werden (Stevens, Rist, & Gerlach, 2008). Andererseits wurde jedoch festgestellt, dass Alkoholkonsum generelle Ängstlichkeit in spezifischen Situationen ebenfalls unterdrücken kann (Abrams, Kushner & Reinertsen, 2002). Es wird spekuliert, dass der Konsum von Alkohol positives Denken, zumindest während einer Konversation, beeinflusst und gleichzeitig negative Gedanken inhibiert. In Bezug auf klinische Stichproben konnte gezeigt werden, dass AlkoholpatientInnen, die bereits einen stationären Erstentzug hinter sich gebracht haben und später rückfällig geworden sind,

bereits vor dem erneuten Therapiebeginn höhere Werte an Ängstlichkeit zeigen (Wacker, 2011).

Auch der charakteristische Ärger beziehungsweise das angeborene Temperament (*Eigenschaftsärger; trait-anger*) von Personen scheint einen Einfluss auf das Alkoholkonsumverhalten zu haben. Zumindest zeigen Befunde, dass der Konsum von Alkohol bei Personen, die generell eine höhere Ärgerneigung besitzen, schneller zu aggressivem Verhalten führen kann (Giancola, 2002). Auch an einer Stichprobe von Kriegsveteranen, die an PTSD leiden und deren Altersklasse und Bildungsstufe in etwa der klinischen Stichprobe der Heimstudie entsprechen dürften, konnte festgestellt werden, dass Alkoholkonsum und Eigenschaftsärger in bestimmten Situationen signifikant höher ausfällt als bei Personen, die nicht an PTSD gelitten haben. Der angeborene *Eigenschaftsärger* und Alkoholkonsum scheinen miteinander zu korrelieren (Sakusic et al., 2010). Auch chronische AlkoholmissbrauchspatientInnen, die sich aktuell in einer Stabilisierungsphase befanden beziehungsweise bereits einige Wochen abstinent lebten, zeigten generell höhere Werte auf Skalen wie *trait-anger*, nach innen gerichteter Ärger und nach außen gerichteter Ärger (Tivis, Parsons, & Nixon, 1998). Eine starke Ausprägung des nach innen gerichteten Ärgers zeigte hier unter anderem einen Zusammenhang mit Depressivität.

Je nachdem, ob sich die mittels Paper-Pencil-Verfahren erhobene Kontrollgruppe signifikant in den Dimensionen Aggressivität, Ärgerkontrolle, Ängstlichkeit oder Depressivität von der online erhobenen Vergleichsstichprobe unterscheidet, können diese beiden zusammengefasst oder einzeln mit der klinischen Stichprobe im Hinblick auf Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit verglichen werden. Der nicht vernachlässigbare Unterschied des Bildungsstandes zwischen den Gruppen soll ebenfalls kontrolliert werden.

2.3. Frühkindliche Gewalterfahrung und häufige Komorbiditäten

Diverse Studien haben bereits gezeigt, dass frühkindliche Gewalterfahrung und institutioneller Missbrauch mit der Entstehung von psychischen Störungen einhergeht (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Lueger-Schuster et al., 2014). Ein überwiegender Anteil dieser Störungen zeigt sich in Form von Depressivität, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, vermindertem Selbstwertgefühl oder auch als Verhaltensstörungen. Es hat sich gezeigt, dass rund 80% der Personen, die in ihrer Kindheit institutioneller Gewalt ausgesetzt waren, später an zumindest einem dieser Probleme leiden werden (Carr et al., 2010). Ein Grund für die Entstehung dieser Störungen könnte der beobachtete Zusammenhang zwischen Misshandlung in der Kindheit und Änderungen neurobiologischer Systeme im Gehirn sein, die vor allem durch Stress ausgelöst

werden können (Bremner & Vermetten, 2001; Teicher, 2000). Aufbauende Studien zeigen zudem, dass das Ausmaß und die Häufigkeit der erlebten Kindheitstraumata das Risiko, später an einer psychischen Störung zu leiden, graduell steigern kann (Anda et al., 2006). Jedoch sind nicht nur psychische Störungen, sondern auch multiple Gesundheits- und Sozialprobleme als auch ein höheres Ausmaß an Suizidversuchen das Resultat von psychischem, physischem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit (Dube et al., 2005). Viele der tiefsitzenden psychischen Probleme resultieren oft in missbräuchlichem Substanzgebrauch, wie beispielsweise chronischem Alkoholismus, der in diesem Zusammenhang als eine Art kontraproduktive Selbsttherapie zur kurzfristigen Entlastung von den betroffenen Personen angesehen werden kann (Denson et al., 2008; Walter, Dammann, Wiesbeck, & Klapp, 2005). Dies hat den Grund, dass tiefsitzende psychische Störungen, allen voran Depressionen und Angststörungen, oft verantwortlich für die Entstehung und im Weiteren auch Aufrechterhaltung von Substanzmissbrauchsproblemen sein können (Soyka et al., 1996; Stevens et al., 2008). Da im Zuge der Wiener Heimstudie ausschließlich ProbandInnen gesucht und getestet wurden, die bis in die 1980er Jahre in Institutionen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen sind, scheint es zudem sinnvoll zu erwähnen, dass Depressivitäts- und Angstwerte, häufig aufgrund diverser Körperbeschwerden, genereller Müdigkeit oder altersbedingter Multimorbidität, graduell mit dem Alter ansteigen (Schwarz, Gunzelmann, Hinz, & Brähler, 2001).

3. Zielsetzung der Studie

Im Zuge der Wiener Heimstudie wurde versucht, eine möglichst große Personenstichprobe zu erreichen. Dies wurde mittels der zusätzlichen Erstellung einer weitreichenden Online-Umfrage gewährleistet. Unter anderem war daher ein Ziel dieser Studie zu erheben, ob die durch Online-Befragungen erhobenen Daten mit denen der mittels Paper-Pencil-Verfahren erhobenen Informationen vergleichbar sind oder ob sich die beiden Arten der Kontrollgruppenbefragung in grundlegenden Aspekten wie Depressivität, Aggressivität oder Ängstlichkeit unterscheiden. Je nach Vergleichbarkeit der individuellen Vergleichsstichproben wurden diese dann zusammengefasst oder einzeln mit der klinischen Stichprobe im Hinblick auf psychopathologische Symptome, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit verglichen. Ebenfalls wurden die nicht vernachlässigbaren soziodemografischen Unterschiede der Gruppen ausgewertet und beschrieben.

4. Methodik

4.1. Studiendesign

Bei der Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie. Es wurden nur Personen in einem gewissen Altersbereich (> 40 Jahre) und mit homogenem kulturellen Hintergrund (aufgewachsen in Wien oder Umgebung) befragt. Die TeilnehmerInnen, die in Kinder- oder Jugendheimen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen waren, wurden der klinischen Stichprobe zugeteilt. Die Verteilung auf die beiden Kontrollstichproben erfolgte anhand der Erhebungsmethode. Es handelt sich daher um ein quasi-experimentelles Studiendesign.

Die unabhängigen Variablen, die im Zuge der Studie erfasst wurden, unterscheiden zwischen: Methode der Erhebung der Daten (Online-Fragebogen vs. Paper-Pencil-Vorgabe) und Heimerfahrung in der Vergangenheit (klinische vs. Kontrollstichprobe). Zudem wurde im Zuge des klinischen Interviews die Diagnose eines potenziellen Alkoholmissbrauchs oder einer -abhängigkeit ermittelt. Als abhängige Variablen wurden erhoben: Die selbst eingeschätzte Depressivität der Personen, die Ausprägung der Somatisierung, das Ausmaß an Ängstlichkeitszuständen und die Art des Umganges mit Ärger (interne oder externe Gründe dafür suchen). Als Kontrollvariablen wurden zudem Geschlecht, Alter und Bildungsgrad miteinbezogen.

4.2. Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung der Personen und Erhebung der Daten erfolgte je nach Stichprobe unterschiedlich. Für die Befragung der klinischen Stichprobe waren vor allem DoktorandInnen und MitarbeiterInnen der Heimstudie zuständig. Diese wurden hauptsächlich über die Universität Wien und die Organisation „Weißer Ring“ kontaktiert. Die Akquirierung und Testung der Personen erfolgte mittels einer persönlichen Einladung zu einem Interview und einer anschließenden Testung in einem sicheren Umfeld. Die Befragung und Suche nach geeigneten Personen für die Paper-Pencil-Vergleichsstichprobe wurde vorwiegend von Master-StudentInnen durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte hier vorwiegend über Ausschreibungen in lokalen Printmedien, die Einladung zur Teilnahme an der Studie auf Flyern und die persönliche Rekrutierung von Personen an diversen über die Stadt verteilten Events. Die Personen konnten sich dabei selbst aussuchen, wann und wo sie getestet werden wollten. Die Erhebung der Online-Stichprobe erfolgte durch das Anschreiben relevanter Facebook-Gruppen und Online-Plattformen wie Foren und Vereine, auf denen sich möglichst viele potenzielle Befragungspersonen aufhielten und austauschten. Die Personen, die die Online-Fragebögen ausfüllten, wurden zudem am Ende der Befragung gebeten, sofern Zeit und Interesse bestand, auch am klinischen Interview teilzunehmen. Um die persönlichen Daten der TeilnehmerInnen dabei anonym zu halten, wurden die Informationen aus dem klinischen Interview und den online erhobenen Daten mittels eines individuellen Codes verbunden. Alle Personen wurden vor der Testung über das Studienziel informiert.

In der eigentlichen Befragung wurde den Personen zuerst ein soziodemografischer Fragebogen vorgelegt, dem eine vorher festgelegte Fragebogenbatterie folgte. Diese bestand aus folgenden Subtests:

- Allgemeine Selbstwertkala
- Internale und Externale Kontrollüberzeugungen (IE4)
- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
- Life Events Checkliste für DSM-5 (LEC5)
- ICD-11-Traumafragebogen
- Brief Symptom Inventory (BSI-18)
- Patient Health Questionnaire
- Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) Checkliste für DSM-5

- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
- Acceptance and Action Questionnaire 2 (AAQ-2)
- State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2)
- Fragebogen zur Erfassung von Ungerechtigkeitsempfinden und Gewalterfahrung
- Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)
- Displaced Agression Questionnaire (DAQ)
- Inventory of Attitudes toward seeking Mental Health Services (IADHMS)
- Optionale Haarprobenentnahme zur Stressmessung mittels Langzeit-Cortisol

Zudem wurden die getesteten Personen mittels des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I und SKID-II) nach Symptomen psychischer Störungen befragt. Die Gesamtdauer der Testung betrug je nach Testperson zwischen 1.5 und 4 Stunden.

4.3. Stichprobenbeschreibung

In dieser Studie wurden drei Arten von Stichproben herangezogen und miteinander verglichen: Eine im klinischen Kontext erhobene Stichprobe, eine mittels Paper-Pencil-Verfahren erhobene Kontrollstichprobe und eine weitere durch Online-Fragebögen generierte Vergleichsstichprobe. Da im Zuge der Heimstudie ausschließlich Kontrollpersonen gesucht wurden, die in dieselbe Alterskategorie der betroffenen ProbandInnen passen und zur besseren Vergleichbarkeit einen ähnlichen kulturellen Hintergrund aufweisen sollten, wurden bei der Erhebung der Paper-Pencil- und der Online-Kontrollgruppe ausschließlich Personen befragt, die vor 1974 geboren wurden und in Wien oder in einem Ort um Wien aufgewachsen sind.

In Bezug auf die Stichprobengröße waren insgesamt 436 Personen an der Studie beteiligt. 218 dieser TeilnehmerInnen gehörten der klinischen Stichprobe an. Diese bestand aus Personen, die in ihrer Kindheit in Kinderheimen, Jugendheimen und anderen Institutionen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen waren. Die mittels Paper-Pencil-Verfahren untersuchte Kontrollstichprobe umfasste insgesamt 127 TeilnehmerInnen, während die Online-Vergleichsstichprobe aus insgesamt 91 Personen bestand. Insgesamt wiesen zehn Personen der Gesamtstichprobe Symptomatiken einer aktuellen Alkoholmissbrauchsdiagnose auf, 12 ProbandInnen erfüllen sogar die Kriterien einer aktuellen Alkoholabhängigkeitsdiagnose. Bezogen auf die Gesamtlebenszeit gaben insgesamt 42 TeilnehmerInnen an, jemals an Alkoholmissbrauch gelitten zu haben. Sogar 65 Personen erfüllten Merkmale einer lebenszeitprävalenten

Alkoholabhängigkeitsdiagnose.

4.4. Untersuchungsinstrumente und gemessene Variablen

Im folgenden Abschnitt werden die Untersuchungsinstrumente näher beschrieben, die für die Fragestellung und Hypothesenprüfung relevant sind. Am Beginn aller drei Befragungsarten wurden soziodemografische Daten erhoben, wie Geschlecht, Geburtsjahr, höchste abgeschlossene Ausbildung, aktueller Bildungsstand, derzeitige berufliche Tätigkeit, monatliches Nettoeinkommen, die wöchentliche Erwerbstätigkeit in Stunden und das kulturelle Milieu, in dem die Personen aufgewachsen sind.

Für diese Studie wurden zum einen der derzeitige depressive Zustand und die verspürte Ängstlichkeit mittels *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18; Derogatis, 2000; deutschsprachige Version von Franke, 2000) erhoben. Zum anderen wurde das *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2* (STAXI-2; Spielberger, 1999) benutzt, um die dispositionellen Ärgerdimensionen (Eigenschaftsärger, intern oder extern gerichteter Ärger und Ärgerkontrolle) zu erheben. Außerdem wurde auch die Form der Aggressionsverschiebung und die Art und Weise, ob Personen solche Aggressionen primär an den direkten Adressaten oder anderen Personen auslassen, mittels *Displaced Aggression Questionnaire* (DAQ; Denson, Pedersen, & Miller, 2006) erhoben.

Mittels des *Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse I* (SKID I; Wittchen et al., 1997) wurde die Art der Alkoholabhängigkeit nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) diagnostiziert. Diese kann zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit differenziert werden.

4.4.1. Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Das *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18; Derogatis, 2000; dt. Übersetzung: Franke, 2000) ist die Kurzform des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Spencer, 1993) und umfasst mittels 18 Fragen die psychische Belastung der befragten Person. Die 18 Fragen des BSI-18 lassen sich in die drei Subskalen *Somatisierung* (z.B. „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage unter Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen“), *Depressivität* (z.B. „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren“) und *Ängstlichkeit* (z.B. „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage unter starker Ruhelosigkeit, sodass Sie nicht stillsitzen können“) unterteilen. Jede dieser Skala wird dabei durch

je sechs Fragen erfasst. Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 (= *überhaupt nicht*) bis 4 (= *sehr stark*) und erfasst, wie stark die befragten Personen in den letzten sieben Tagen am jeweiligen Symptom gelitten haben. Zudem ist es möglich, einen Gesamtindex des BSI-18 über alle drei Subskalen zu erstellen. Dieser Wert wird *Global Severity Index* (GSI) genannt und kann als Maß für die generelle psychische Belastung gesehen werden. Eine kürzlich erschienene Studie von Spitzer et al. (2011) prüfte die interne Konsistenz (Cronbach's α) des BSI-18 anhand der drei Personengruppen Studenten, nicht klinischen Probanden und psychisch kranken Patienten. Dabei konnten für die Skalen *Somatisierung* (Studenten: $\alpha = .64$, Probanden: $\alpha = .63$, Patienten: $\alpha = .75$), *Depressivität* (Studenten: $\alpha = .85$, Probanden: $\alpha = .79$, Patienten: $\alpha = .86$) und *Ängstlichkeit* (Studenten: $\alpha = .78$, Probanden: $\alpha = .68$, Patienten: $\alpha = .84$) durchschnittliche bis hohe interne Konsistenzen gefunden werden. Der Global Severity Index (GSI) setzt sich aus dem Summenwert aller 18 Werte zusammen.

4.4.2. State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2 (STAXI-2)

Das *State-Trait-Anger-Expression-Inventory-2* (STAXI-2; Schwenkmezger, Hodapp, & Spielberger, 1992; dt. Übersetzung: Rohrmann et al., 2013) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die Art der Ängerexpression ermittelt. Er wurde in Anlehnung an die amerikanische Originalversion des *State-Trait-Anger-Expression-Inventory* (STAXI; Spielberger, 1988) entwickelt, für den deutschen Sprachraum jedoch generell neu konzipiert.

Die 34 Items des STAXI erheben zusammen vier Skalen, die den für die Person charakteristischen und dispositionellen Ärgerausdruck messen. Zu den vier Skalen zählen: Der *Eigenschaftsärger* (*trait-anger*), der die allgemeine Anfälligkeit der Person in Bezug auf Ärger erhebt (z.B. „Ich werde schnell ärgerlich“), *intern ausgerichteter Ärger* (*anger-in*), der messen soll, inwieweit eine Person versucht, ihren verspürten Ärger nicht zu zeigen und zu unterdrücken (z.B. „Ich bin weit mehr entzürnt, als andere es wahrnehmen“), *extern ausgerichteter Ärger* (*anger-out*), die nach außen gerichtete, meist negative und unkontrollierte Art, Ärger herauszulassen (z.B. „Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen“) und die Skala *Ärgerkontrolle* (*anger-control*), die erhebt, inwieweit eine Person in der Lage ist, ihre eigenen Gefühle zu kontrollieren, sich diese Emotionen bewusst zu machen und damit in einer positiven Art und Weise umzugehen (z.B. „Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren“). Die Personen sollen dabei auf einer vierstufigen Likert-Skala von 1 (= *fast nie*) bis 4 (= *fast immer*) auswählen, wie sie sich im Allgemeinen fühlen oder in einer Situation, in der sie verärgert oder wütend sind, reagieren würden.

Die internen Konsistenzen (Cronbach's α) liegen in den einzelnen Teilskalen zwischen $\alpha = .71$ und $.91$ und somit im hohen bis überdurchschnittlichen Bereich.

4.4.3. *Displaced Aggression Questionnaire (DAQ)*

Das *Displaced Aggression Questionnaire* (Denson et al., 2006) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der mittels 31 Items die emotionalen, kognitiven und behavioralen Aspekte von *Displaced Aggression* erfasst. Er misst, inwieweit Personen ihre Aggressionen an unbeteiligten Personen auslassen, sofern diese nicht in der Lage sind, ihre inneren Konflikte an dem direkten Adressaten auszulassen. Es kann zwischen den drei Subskalen *Angry Rumination* (affektive Ebene; z.B. „Über Ereignisse, die mich aus der Fassung gebracht haben, denke ich noch lange nach.“), *Revenge Planning* (kognitive Ebene; z.B. „Wenn mich jemand wütend macht, kann ich nicht aufhören, darüber nachzudenken, wie ich es der betreffenden Person zurückzahlen könnte.“) und *Displaced Aggression* (generelle Tendenz, Aggressionen an anderen Personen auszulassen; z.B. „Wenn ich mich schlecht fühle, lasse ich das an anderen aus.“) unterschieden werden. Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (= *überhaupt nicht*) bis 7 (= *ganz genau*). Laut den Autoren zeigt das *DAQ* in den Untersuchungen gute interne Konsistenz, Retest-Reliabilität als auch Konstruktvalidität (Denson et al., 2006).

4.4.4. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)*

Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I* (SKID-I; Wittchen et al., 1997) erlaubt es, psychische Störungen nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) zu diagnostizieren. Die psychopathologische Achse I des Interviews, die zur Diagnostik von klinischen Syndromen verwendet wird, wurde im Zuge dieser Masterarbeit vor allem zur Erkennung und Bewertung von Störungen, die durch Konsum psychotroper Substanzen entstanden sind, eingesetzt, genauer zur Diagnose von *Alkoholmissbrauch* (F10.1) und *Alkoholabhängigkeit* (F10.2). Das strukturierte Interview ermöglicht es, durch das Kodieren der Antworten von 1 (= *nicht vorhanden/falsch*) oder 3 (= *vorhanden/richtig*) am Ende eine Differenzialdiagnose über die vorliegenden Ausprägungen der befragten Person stellen zu können. Laut Manual wurden die psychometrischen Eigenschaften des Interviews der Achse I sowohl durch amerikanische als auch deutsche Studien getestet und mit befriedigend beschrieben (Wittchen et al., 1997).

5. Fragestellungen und Hypothesen

5.1. Fragestellung zum Kontrollgruppenvergleich

Fragestellung 1: Unterscheiden sich Personen der Kontrollgruppe, die mittels Paper-Pencil-Verfahren getestet wurden, von Personen, die durch Online-Befragungen getestet wurden, in Bezug auf ihre psychopathologischen Symptome und ihren Ärgerausdruck?

Ein Ziel der Studie, das für die Prüfung der weiteren Hypothesen wichtig ist, ist herauszufinden, ob die online erhobene Kontrollstichprobe mit der Paper-Pencil erhobenen Kontrollstichprobe vergleichbar ist oder ob die beiden Gruppen unterschieden werden müssen. Wie diverse Studien (z.B. Fortson et al., 2006; Read et al., 2009; Riva et al., 2003) bereits andeuten, sollten zwischen den beiden Erhebungsformen zumindest keine psychometrischen Unterschiede zu finden sein. Da onlinespezifische Störvariablen nicht auszuschließen sind und die Stichproben einen schwer vergleichbaren homogenen kulturellen Hintergrund besitzen, werden die Hypothesenpaare ungerichtet formuliert:

- H_0 (1.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen Personen der Online-Erhebungsgruppe und Personen der Paper-Pencil-Gruppe in Bezug auf Depressivität.
- H_1 (1.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Personen der Online-Erhebungsgruppe und Personen der Paper-Pencil-Gruppe in Bezug auf Depressivität.

Analog zu H_0 (1.1) und H_1 (1.1) werden die Hypothesenpaare (1.2) bis (1.11) zu den weiteren Subskalen des BSI-18 (*Somatisierung*, *Ängstlichkeit* und *GSI*), den charakteristischen Ärgerausdrucksskalen des STAXI-2 (*Eigenschaftsärger*, *intern ausgerichteter Ärger*, *extern ausgerichteter Ärger* und *Ärgerkontrolle*) und den Subskalen *Angry Rumination*, *Revenge Planning* und *Displaced Aggression* des DAQ formuliert.

5.2. Fragestellung zum Vergleich der Kontrollgruppen mit der klinischen Stichprobe

Fragestellung 2: Unterscheiden sich Personen der Kontrollgruppe (Paper-Pencil-Verfahren und Online-Erhebungen) von der klinischen Stichprobe in Bezug auf ihre psychopathologischen Symptome und ihren Ärgerausdruck?

Weiters soll untersucht werden, inwieweit sich die klinisch erhobene Stichprobe von den Kontrollstichproben in Bezug auf ihre psychische Beeinträchtigung und ihren Ärgerausdruck unterscheidet. Je nach Ergebnis von Hypothese 1 wird hier zwischen klinischer Stichprobe und Kontrollstichprobe unterschieden oder zwischen klinischer Stichprobe, Online-Stichprobe und PP-Stichprobe.

H_0 (2.1): PatientInnen der klinisch erhobenen Stichprobe unterscheiden sich nicht signifikant von Personen der Kontrollstichprobe in der Skala Depressivität.

H_1 (2.1): PatientInnen der klinisch erhobenen Stichprobe unterscheiden sich signifikant von Personen der Kontrollstichprobe in der Skala Depressivität.

Analog zu H_0 (2.1) und H_1 (2.1) werden die Hypothesenpaare (2.2) bis (2.11) zu den weiteren Subskalen des BSI-18 (*Somatisierung, Ängstlichkeit und GSI*), den charakteristischen Ärgerausdrucksskalen des STAXI-2 (*Eigenschaftsärger, intern ausgerichteter Ärger, extern ausgerichteter Ärger und Ärgerkontrolle*) und den Subskalen *Angry Rumination, Revenge Planning* und *Displaced Aggression* des DAQ formuliert.

5.3. Fragestellung zu Alkoholproblemen

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Personen der klinischen Gruppe mit einer Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose (nach DSM-IV) signifikant von Personen ohne eine solche Diagnose in Bezug auf ihre psychopathologischen Symptome und ihren Ärgerausdruck?

Im Zuge der Studie werden sowohl aktuelle als auch lebenszeitprävalente Alkoholproblematiken erfasst. Dementsprechend wird im Zuge der Hypothesenprüfung sowohl auf Differenzen zwischen Personen mit und ohne aktuelle Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnose als auch

lebenszeitprävalente Symptomatiken eingegangen.

- H₀ (3.1): PatientInnen mit einer Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose unterscheiden sich nicht signifikant von Personen ohne eine solche Diagnose in der Skala Depressivität.
- H₁ (3.1): PatientInnen mit einer Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose unterscheiden sich signifikant von Personen ohne eine solche Diagnose in der Skala Depressivität.

Analog zu H₀ (3.1) und H₁ (3.1) werden die Hypothesenpaare (3.2) bis (3.11) zu den weiteren Subskalen des BSI-18 (*Somatisierung*, *Ängstlichkeit* und *GSI*), den charakteristischen Ärgerausdrucksskalen des STAXI-2 (*Eigenschaftsärger*, *intern ausgerichteter Ärger*, *extern ausgerichteter Ärger* und *Ärgerkontrolle*) und den Subskalen *Angry Rumination*, *Revenge Planning* und *Displaced Aggression* des DAQ formuliert. Außerdem werden analog zu H₀ (3.1) und H₁ (3.1) die Hypothesenpaare (3.12) bis (3.22) zu den Differenzen zwischen Personen mit lebenszeitprävalenten Alkoholproblemen und Personen ohne Alkoholprobleme für alle Subskalen formuliert.

5.4. Fragestellung zur Differenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Fragestellung 4: Unterscheiden sich Personen mit einer Alkoholmissbrauchsdiagnose (nach DSM-IV) signifikant von Personen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (nach DSM-IV) in Bezug auf Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Ärgerausdruck?

Wenn die Stichprobe ausreichend groß ist, soll zudem auf signifikante Differenzen zwischen AlkoholmissbrauchspatientInnen und AlkoholabhängigkeitspatientInnen geprüft werden.

- H₀ (4.1): Personen mit einer Alkoholmissbrauchsdiagnose unterscheiden sich nicht signifikant von Personen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose in der Skala Depressivität.
- H₁ (4.1): Personen mit einer Alkoholmissbrauchsdiagnose unterscheiden sich signifikant von Personen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose in der Skala Depressivität.

Analog zu H_0 (4.1) und H_1 (4.1) werden die Hypothesenpaare (4.2) bis (4.11) zu den weiteren Subskalen des BSI-18 (*Somatisierung*, *Ängstlichkeit* und *GSI*), den charakteristischen Ärgerausdrucksskalen des STAXI-2 (*Eigenschaftsärger*, *intern ausgerichteter Ärger*, *extern ausgerichteter Ärger* und *Ärgerkontrolle*) und den Subskalen *Angry Rumination*, *Revenge Planning* und *Displaced Aggression* des DAQ formuliert. Außerdem werden analog zu H_0 (4.1) und H_1 (4.1) die Hypothesenpaare (4.12) bis (4.22) zu den Differenzen zwischen Personen mit lebenszeitprävalenten Alkoholproblemen und Personen ohne solche Alkoholprobleme für alle Subskalen formuliert.

5.5. Statistische Auswertung

Die Analyse der Daten wurde mittels des Statistik-Programms *IBM SPSS Statistics – Version 22* durchgeführt. Die Unterschiedshypothesen zwischen zwei Gruppen wurden mit dem *t-Test für unabhängige Stichproben* getestet, der die Mittelwerte beider Gruppen auf signifikante Differenzen überprüft. Die Voraussetzungen für den t-Test sind Varianzhomogenität, Normalverteilung der Daten und Intervallskalenniveau der miteinander verglichenen Werte. Die Normalverteilung kann aufgrund des zentralen Grenzwerttheorems bei allen Subskalen angenommen werden, da die Stichprobengröße über 30 liegt (Bortz & Schuster, 2010). Die Homogenität der Varianzen wurde mittels *Levene-Test* überprüft. Waren die Varianzen heterogen, wurden die Werte mittels *Welchs t-Test für ungleiche Varianzen* verglichen. Bei Hypothesen, die einen Vergleich von drei oder mehr Gruppen voraussetzen, wurde eine einfaktorielle ANOVA (*Analysis of Variance*) durchgeführt. Die Voraussetzungen einer ANOVA sind ebenfalls Varianzhomogenität und Normalverteilung der Daten. Bei heterogenen Varianzen wurde der korrigierte F-Wert nach Welch zur Hypothesenauswertung interpretiert. Signifikante Einzelgruppenvergleiche wurden bei Homogenität der Varianzen mittels des Bonferroni post-hoc-Tests verglichen, bei heterogenen Varianzen der Gruppen wurde der Games-Howell-Test zum Vergleich der individuellen Gruppen herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde für alle ungerichteten Hypothesen entsprechend einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 5\%$ festgelegt. Alle Hypothesen mit einem Ergebnis von $p < .05$ sind daher als signifikant unterschiedlich anzunehmen. Ein Ergebnis zwischen $.05 \leq p \leq .10$ wurde als Tendenz angesehen (Bortz & Döring, 2006).

Die soziodemografische Beschreibung der verwendeten Stichprobe erfolgte mittels Kontingenztafeln. Durch den Einsatz eines χ^2 -Tests nach Pearson wurde überprüft, ob sich die Geschlechterverteilung in den Gruppen signifikant voneinander unterscheidet und ob diese bei

Ungleichheit in den späteren Hypothesentestungen kontrolliert werden musste. Die Effektstärke wird aufgrund des Vergleichs von mehr als zwei Gruppen mittels Cramer's V angegeben. Die Interpretation der Ergebnisse wurde mit Hilfe von Effektstärken anschaulicher gemacht. Die Größe der Effekte wurden daher durch die standardisierte Effektstärke Cohen's d beschrieben und interpretiert. Ein Ergebnis von $d \geq .20$ wird als kleine, ein $d \geq .50$ als mittlere und ein $d \geq .80$ als große Effektstärke bezeichnet (Cohen, 1988). Die Größe des Effekts mehrerer Gruppenvergleiche mittels ANOVA wurde in η^2 (Eta-Quadrat) angegeben. Ein Ergebnis von $\eta^2 \geq .01$ wird als kleine, ein $\eta^2 \geq .06$ als mittlere und ein $\eta^2 \geq .12$ als große Effektstärke bezeichnet (Cohen, 1988). Um der Alpha-Fehler-Kumulierung entgegenzuwirken, bei der sich die Wahrscheinlichkeit, die H_0 fälschlicherweise anzunehmen (Alpha-Fehler), durch sukzessive statistische Testungen erhöht, wurde, sofern erforderlich, eine Bonferroni-Holm-Korrektur angewendet. Das korrigierte Signifikanzniveau wurde dabei je nach Subskala innerhalb des Konstruktes angepasst und als α^* bezeichnet. Fehlende Werte wurden, sofern alle Voraussetzungen dafür gegeben waren, mittels der Expectation Maximization Method analysiert und angeglichen oder bei ausreichend großen Stichproben aus der statistischen Auswertung ausgeschlossen. Bei fehlenden Werten bezieht sich die Gesamtsumme jeder Statistik und Tabelle auf verfügbaren Daten.

6. Ergebnisse

6.1. Stichprobenbeschreibung

6.1.1. Alter und Geschlecht

Die untersuchte Stichprobe ($N = 436$) setzte sich aus insgesamt 208 männlichen (47.7%) und 228 weiblichen Personen (52.3%) zusammen. In der klinischen Stichprobe ($n = 218$) befanden sich 131 männliche (60.1%) und 87 weibliche (39.9%) TeilnehmerInnen. Die mittels klassischen Pencil-Paper-Verfahren untersuchte Kontrollgruppe ($n = 127$) bestand aus 43 männlichen (33.9%) und 84 weiblichen (66.1%) Testpersonen. Der Online-Fragebogen wurde insgesamt 359 Mal aufgerufen, wovon aber nur 95 Personen mehr als den soziodemografischen Teil bearbeiteten. Effektiv ergab sich eine verwertbare Kontrollgruppe von $n = 91$ Personen, die sich durch den Zusammenschluss von 34 männlichen (37.4%) und 57 weiblichen (62.6%) ProbandInnen bildete. Mittels der Durchführung eines χ^2 -Tests erkennt man, dass sich die einzelnen Stichproben signifikant in ihrer Geschlechterverteilung unterscheiden (χ^2 ($df = 2$) = 27.070, $p = < .001$, $V = .249$). Das durchschnittliche Alter aller beteiligten Personen lag bei $M = 57.94$ Jahren ($SD = 9.99$) mit einem Mindestalter von 29 Jahren und einem Maximum von 87 Jahren. Das durchschnittliche Alter der einzelnen Gruppen lag relativ nahe beieinander (klinische Stichprobe: $M = 57.95$ ($SD = 9.53$); Paper-Pencil: $M = 59.63$ ($SD = 10.71$); Online: $M = 55.48$ ($SD = 9.63$)). Die Durchführung einer ANOVA zeigte jedoch, dass ein signifikanter Unterschied mit einem kleinen Effekt im Alter zwischen den Gruppen zu finden war ($F(df1 = 2, df2 = 212.926) = 4.434$, $p = .013$, $\eta^2 = .021$). Die online erhobene Stichprobe scheint einen leicht niedrigeren Altersmittelwert zu besitzen. Bei der Betrachtung der Einzelgruppenvergleiche mittels Games-Howell-post-hoc-Test zeigte sich, dass die Online-Vergleichsgruppe im Vergleich mit der Paper-Pencil-Kontrollgruppe einen signifikant niedrigeren Altermittelwert besaß ($p = .009$), während sich die klinische Stichprobe nicht signifikant von den Kontrollstichproben in diesem Aspekt unterschied (PP: $p = .313$; Online: $p = .105$).

6.1.2. Familienstand, Bildungsniveau und derzeitiger Beruf

Die Stichprobe lässt sich in insgesamt 71 ledige (16.4%), 201 in Partnerschaft lebende (46.4%), 136 geschiedene (31.4%) und 25 verwitwete (5.8%) Personen unterteilen. Tabelle 2 zeigt die genaue Verteilung des Familienstandes innerhalb der einzelnen Gruppen. Die Daten zeigen, dass ein

überwiegender Großteil der TeilnehmerInnen jeder Gruppe aktuell in einer Partnerschaft lebt oder geschieden ist. Grundsätzlich zeigt sich beim Vergleich aller drei Gruppen keine signifikante Differenz zwischen den Häufigkeitsverteilungen (χ^2 (df = 6) = 12.326, p = .055, V = .119)

Tabelle 2. Absolute und prozentuelle Gruppenverteilung in Bezug auf Familienstand

			Gruppe		
			Klinisch	Paper-Pencil	Online
Familienstand	Ledig	Anzahl %	34 15.6%	13 10.4%	24 26.7%
	In Partnerschaft lebend	Anzahl %	97 44.5%	65 52.0%	39 43.3%
	Geschieden	Anzahl %	74 33.9%	38 30.4%	24 26.7%
	Verwitwet	Anzahl %	13 6.0%	9 7.2%	3 3.3%
Gesamtsumme		Anzahl %	218 100%	125 100%	90 100%

Anmerkungen. Aufgrund nicht ausgefüllter oder invalider Items werden bei der Berechnung Werte ausgeschlossen.

Sieht man sich hingegen die Daten über die höchste abgeschlossene Ausbildung der Personen an, so lassen sich schon eher Differenzen zwischen den Gruppen erkennen (Tabelle 3). Vor allem bei Personen der klinischen Stichprobe, die in Kinder- und Jugendheimen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen sind, zeigte sich ein deutlich niedrigeres Bildungsniveau. Ein überwiegender Anteil dieser Gruppe hatte eine Lehre absolviert (49.5%), während beide Kontrollgruppen einen wesentlich höheren Bildungsstand aufwiesen. Nur 7.3% der TeilnehmerInnen, die der klinischen Stichprobe zugehörig sind, besaßen einen Matura- oder Universitätsabschluss. Wie die Daten der Paper-Pencil- und Online-Kontrollstichprobe hingegen zeigen, besaßen deutlich mehr Personen einen sekundären oder tertiären Bildungsabschluss. Obwohl die Häufigkeitsvergleiche der beiden Kontrollgruppen ebenfalls signifikant ausfielen (χ^2 (df = 5) = 13.923, p = .016, V = .253), zeigte sich bei beiden Gruppen eine weitaus höhere Differenz des Bildungsniveaus in der Gegenüberstellung mit den Personen, die eine Heimvergangenheit aufwiesen (χ^2 (df = 6) = 177.412, p = < .001, V = .638).

Tabelle 3. Absolute und prozentuelle Gruppenverteilung in Bezug auf das Bildungsniveau

			Gruppe		
			Klinisch	Paper-Pencil	Online
Höchste abgeschlossene Ausbildung	Kein Pflichtschulabschluss	Anzahl %	21 9.6%	0 0.0%	0 0.0%
	Pflichtschule (inkl. 9. Schuljahr)	Anzahl %	44 20.3%	2 1.6%	2 2.2%
	Lehre	Anzahl %	108 49.5%	25 19.7%	18 19.8%
	Berufsbildende mittlere Schule (ohne Matura)	Anzahl %	29 13.3%	28 22.0%	9 9.9%
	Höhere Schule, HTL, HAK	Anzahl %	9 4.1%	42 33.1%	22 24.2%
	Hochschulverwandte Lehranstalt	Anzahl %	4 1.8%	9 7.1%	8 8.8%
	Universität, Hochschule	Anzahl %	3 1.4%	21 16.5%	32 35.1%
Gesamtsumme		Anzahl %	218 100%	127 100%	91 100%

Tabelle 4 zeigt die aktuelle berufliche Beschäftigung der TeilnehmerInnen aller drei Gruppen. Ein großer Teil der interviewten Personen befand sich aufgrund der Ausschlusskriterien der Studie in einem fortgeschrittenen Alter. Nicht verwunderlich war daher der hohe Anteil an bereits pensionierten Menschen. Fast ein Drittel aller befragten TeilnehmerInnen war bereits in Rente. Signifikante Differenzen zeigten sich in den Einzelvergleichen der Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Kontrollgruppen und der klinischen Gruppe (χ^2 (df = 9) = 99.285, p = < .001, V = .482). Besonders in der Kategorie „Krankheitsbedingte Frühpensionierung“ zeigte sich, dass ein überaus hoher Anteil der klinischen Stichprobe vertreten war (klinisch: 27.5%; Paper-Pencil: 3.9%; Online: 3.3%). Auch der prozentuale Anteil der Personen, die sich aktuell im Langzeitkrankenstand befanden, zeigte sich im Vergleich mit den beiden Kontrollgruppen deutlich erhöht (6.6%). Das bedeutet, dass Personen, die Gewalterfahrungen in der Kindheit beziehungsweise Misshandlung in Kinder- und Jugendheimen in ihrer Vergangenheit erlebt haben, signifikant häufiger krankheitsbedingt am Ausüben ihrer beruflichen Tätigkeit verhindert waren. Beim Vergleich der beiden Kontrollstichproben zeigte sich, dass sich die Online-Stichprobe nicht signifikant von der Paper-Pencil-Gruppe unterschied (χ^2 (df = 8) = 8.898, p = .351, V = .202).

Tabelle 4. Absolute und prozentuelle Gruppenverteilung in Bezug auf die derzeitige berufliche Tätigkeit

			Gruppe		
			Klinisch	Paper-Pencil	Online
Derzeitige berufliche Tätigkeit	PensionistIn	Anzahl %	59 28.0%	53 41.7%	22 24.4%
	Krankheitsbedingte Frühpensionierung	Anzahl %	58 27.5%	5 3.9%	3 3.3%
	Langzeitkrankenstand	Anzahl %	14 6.6%	2 1.6%	1 1.1%
	Angestellte/r	Anzahl %	25 11.8%	41 32.3%	34 37.9%
	ArbeiterIn	Anzahl %	9 4.3%	1 0.8%	2 2.2%
	HilfsarbeiterIn	Anzahl %	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%
	Selbstständig	Anzahl %	11 5.2%	17 13.4%	18 20.0%
	StudentIn	Anzahl %	0 0.0%	1 0.8%	1 1.1%
	Arbeitslos	Anzahl %	22 10.4%	6 4.7%	8 8.9%
	SozialhilfeempfängerIn/Mindestsicherung	Anzahl %	12 5.7%	1 0.8%	1 1.1%
	Gesamtsumme	Anzahl %	211 100%	127 100%	90 100%

6.1.3. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Spricht man von Alkoholproblematik, so muss zwischen aktuellem Missbrauch bzw. Abhängigkeit und Lebenszeitprävalenz unterschieden werden. Nach der Befragung mittels des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV, Achse I (SKID-I) zu ihren aktuellen Alkoholproblemen wiesen insgesamt 22 Personen (6.2%) Symptome einer aktuellen Alkoholproblematik auf (Tabelle 5). Zehn Personen (2.8%) davon beschrieben, alkoholische Getränke missbräuchlich benutzt zu haben, während 12 ProbandInnen (3.4%) sogar Abhängigkeitssymptome zeigten. Zusätzlich zu aktuellen Problemen wurden die TeilnehmerInnen zu ihrer Vergangenheit mit Alkohol befragt. Ein kurzer Blick auf Tabelle 5 genügt, um zu sehen, dass die Lebenszeitprävalenz von Alkoholmissbrauchs- oder -abhängigkeitsfällen sehr viel größer ausfällt. 42 (11.8%) der interviewten Personen beschrieben Symptome eines Alkoholmissbrauchsverhaltens auf ihrem bisherigen Lebensweg. 65 TeilnehmerInnen (18.3%) bejahten Fragen, die auf eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose in ihrer

Vergangenheit schließen lassen. Dies ergibt eine Gesamtlebenszeitprävalenz von 30.1% in der erhobenen Gesamtstichprobe bezogen auf Alkoholprobleme.

Tabelle 5. Absolute und prozentuelle Verteilung der Gesamtstichprobe in Bezug auf Alkoholproblematiken

			Verteilungswerte
Alkohol-problematik, aktuell	Keine aktuelle Alkoholproblematik	Anzahl %	333 93.8%
	Alkoholmissbrauch, aktuell	Anzahl %	10 2.8%
	Alkoholabhängigkeit, aktuell	Anzahl %	12 3.4%
	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, aktuell	Anzahl %	22 6.2%
	Summe	Anzahl %	355 100%
Alkohol-problematik, Lebenszeit	Keine Alkoholproblematik bezogen auf die Gesamtlebenszeit	Anzahl %	248 69.9%
	Alkoholmissbrauch, Lebenszeit	Anzahl %	42 11.8%
	Alkoholabhängigkeit, Lebenszeit	Anzahl %	65 18.3%
	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, Lebenszeit	Anzahl %	107 30.1%
	Summe	Anzahl %	355 100%

Anmerkungen. Aktuell = Personen mit einer derzeitigen aktuellen Alkoholproblematik, Lebenszeit = Personen, die in Bezug auf ihre Gesamtlebenszeit (derzeit oder in der Vergangenheit) eine Alkoholproblematik aufwiesen

Sieht man sich die erhobenen Daten der Alkoholprobleme im Hinblick auf die Erhebungsform an, so zeigt sich in Tabelle 6 folgendes Bild: In der online erhobenen Kontrollstichprobe gab es insgesamt 11 Personen, die auf ihre Alkoholproblematik getestet wurden. Davon zeigten insgesamt zwei Personen (18.2%) eine Alkoholproblematik bezogen auf die gesamte Lebenszeit. Nur eine Person zeigte derzeitige Missbrauchs- und Abhängigkeitssymptome. Sieht man sich die klinische Stichprobe genauer an, so scheint es, dass die Lebenszeitprävalenz von Alkoholproblemen besonders hoch bei den in Kinder- und Jugendheimen aufgewachsenen Personen ausgeprägt ist. Insgesamt zeigten aus der klinischen Stichprobe nur 56.2% der TeilnehmerInnen Indizien, niemals Probleme im Umgang mit Alkoholkonsum gehabt zu haben, während in den beiden Kontrollgruppen ein weitaus höherer Personenanteil (81.8% bis 92.1%) keine Alkoholproblematik

über die gesamte Lebenszeit angab.

Tabelle 6. Absolute und prozentuelle Gruppenverteilung in Bezug auf Alkoholproblematik

			Gruppe		
			Klinisch	Paper-Pencil	Online
Alkohol-problematik, aktuell	Keine aktuelle Alkoholproblematik	Anzahl %	197 90.8%	126 99.2%	10 90.9%
	Nur Alkoholmissbrauch, aktuell	Anzahl %	9 4.1%	1 0.8%	0 %
	Nur Alkoholabhängigkeit, aktuell	Anzahl %	11 5.1%	0 0%	1 9.1%
	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, aktuell	Anzahl %	20 9.2%	1 0.8%	1 9.1%
	Summe	Anzahl %	217 100%	127 100%	11 100%
Alkohol-problematik, Lebenszeit	Keine Alkoholproblematik bezogen auf Gesamtlebenszeit	Anzahl %	122 56.2%	117 92.1%	9 81.8%
	Nur Alkoholmissbrauch, Lebenszeit	Anzahl %	39 18.0%	2 1.6%	1 9.1%
	Nur Alkoholabhängigkeit, Lebenszeit	Anzahl %	56 25.8%	8 6.3%	1 9.1%
	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, Lebenszeit	Anzahl %	95 43.8%	10 7.9%	2 18.2%
	Summe	Anzahl %	217 100%	127 100%	11 100%

Anmerkungen. Angegebene Prozentangaben beziehen sich auf die individuellen Erhebungsgruppen.

6.2. Reliabilitätsanalysen

Um die Zuverlässigkeit der benutzten Messinstrumente zu gewährleisten, wurden vor der Auswertung der Hypothesen Reliabilitätsanalysen anhand der vorliegenden Daten durchgeführt. Tabelle 7 zeigt die Cronbach-Alpha-Werte der benutzten Messinstrumente und Subskalen. Bei einer Stichprobe von insgesamt 436 Personen ergaben sich folgende Werte: Die Skalen des BSI-18 weisen insgesamt akzeptable bis gute Cronbach-Alpha-Koeffizienten auf. Sie rangieren von $\alpha = .73$ in der Skala Ängstlichkeit bis hin zu $\alpha = .90$ in der Skala Depressivität. Ähnlich den Skalen des BSI-18 zeigen auch die Cronbach-Alpha-Werte des STAXI-II reliable Werte von $\alpha = .79$ bis $\alpha = .92$. Der *Displaced Aggression Questionnaire* zeigt sogar Werte von $\alpha = .88$ bis hin zu $\alpha = .95$ und liegt daher ebenfalls in einem äußerst zufriedenstellenden Bereich. Alles in allem lassen die Werte annehmen, dass alle verwendeten Messinstrumente für die Hypothesenprüfungen reliabel sind. Ebenfalls zeigte sich, dass die online vorgelegte Fragebogenbatterie sogar leicht bessere

psychometrische Eigenschaften aufwies als die klassische Paper-Pencil-Vorgabe.

Tabelle 7. Cronbach-Alpha-Werte aller verwendeten Messinstrumente und deren Subskalen

Skala	Cronbach α			
	Klinisch	Paper-Pencil	Online	Gesamt
BSI-Depressivität	.859	.757	.904	.881
BSI-Ängstlichkeit	.818	.732	.849	.838
BSI-Somatisierung	.795	.793	.873	.828
STAXI-Trait-Anger	.889	.785	.868	.887
STAXI-Anger-In	.834	.812	.915	.865
STAXI-Anger-Out	.899	.822	.837	.891
STAXI-Anger-Control	.882	.786	.792	.857
DAQ-Angry-Rumination	.883	.889	.914	.901
DAQ-Revenge-Planning	.933	.925	.933	.903
DAQ-Displaced-Aggression	.942	.911	.948	.936

6.3. Hypothesenprüfung

6.3.1. Fragestellung zum Kontrollgruppenvergleich

Fragestellung 1: Unterscheiden sich Personen der Kontrollgruppe, die mittels Paper-Pencil-Verfahren getestet wurden, von Personen, die durch Online-Befragungen getestet wurden, in Bezug auf ihre psychopathologischen Symptome und ihren Ärgerausdruck?

Tabelle 8 listet die Mittelwertvergleiche der beiden Kontrollgruppen auf. Signifikante Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben zeigten sich vor allem in den Skalen des BSI-18. Die Daten lassen darauf deuten, dass TeilnehmerInnen, die den Selbstbeurteilungsfragebogen online ausgefüllt haben, signifikant höhere Werte in den Skalen Ängstlichkeit ($p = .008$) und Depressivität ($p = < .001$) zeigen als Personen, die mittels klassischen Paper-Pencil-Tests befragt wurden. Ein Cohen's- d -Wert von 0.851 zeigt einen starken Effekt auf und lässt darauf schließen, dass die TeilnehmerInnen, die den Fragebogen online ausgefüllt haben ($M = 5.00$), grundsätzlich mehr Symptomen für Depressivität zeigen als die Personen, die freiwillig zu einer persönlichen Testung ($M = 1.43$) angetreten sind. Die Daten zeigen ebenfalls eine Tendenz ($p = .066$, $d = 0.274$) in der Skala Somatisierung. Die signifikanten Unterschiede in den einzelnen BSI-18-Skalen wirken sich zudem auf den Global Severity Index aus. Als Maß für die generelle psychische Belastung

zeigt dieser an, dass nicht nur einzelne psychopathologische Symptome, sondern auch der Gesamtwert der Online-Kontrollgruppe mit einem mittleren Effekt ($d = 0.607$) von der Paper-Pencil-Stichprobe in diesem Aspekt abweicht. ProbandInnen der online erhobenen Vergleichsstichprobe zeigten sich demnach insgesamt depressiver und ängstlicher als die Kontrollpersonen, die persönlich zu der Testung erschienen sind. Aus diesem Grund werden die Nullhypothesen für diese beiden Skalen des BSI-18 verworfen und die Alternativhypothesen angenommen.

Tabelle 8. Vergleich der online erhobenen Kontrollstichprobe mit der Paper-Pencil-Vergleichsgruppe mittels t -Test für unabhängige Stichproben, Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung

Skala	Gruppe	n	M	SD	t	p	d
BSI-Depressivität	PP	126	1.43	2.43	-5.480 (df=111.255)	< .001	0.851
	online	90	5.00	5.83			
BSI-Ängstlichkeit	PP	127	2.37	2.87	-2.668 (df=146.645)	.008	0.391
	online	91	3.75	4.28			
BSI-Somatisierung	PP	127	2.50	3.11	-1.852 (df=140.695)	.066	0.274
	online	90	3.57	4.82			
BSI-Gesamt (GSI)	PP	126	6.20	6.85	-3.990 (df=122.970)	< .001	0.607
	online	90	12.29	13.27			
STAXI-Trait-Anger	PP	127	17.07	4.15	-1.497 (df=206)	.136	0.213
	online	81	18.06	5.35			
STAXI-Anger-In	PP	127	15.39	4.23	-1.261 (df=134.658)	.210	0.192
	online	83	16.35	6.00			
STAXI-Anger-Out	PP	126	11.83	3.20	-1.182 (df=204)	.238	0.169
	online	80	12.41	3.76			
STAXI-Anger-Control	PP	127	25.57	4.15	2.626 (df=207)	.009	-0.374
	online	82	23.97	4.47			
DAQ-Angry-Rumination	PP	125	30.86	12.01	-1.946 (df=201)	.053	0.281
	online	78	34.45	13.96			
DAQ-Revenge-Planning	PP	125	22.54	11.60	-1.567 (df=198)	.119	0.229
	online	75	25.35	13.34			
DAQ-Displaced-Aggression	PP	125	17.78	8.49	-0.882 (df=202)	.379	0.127
	online	79	18.94	10.12			

Anmerkungen. PP = Paper-Pencil-Vergleichsgruppe, online = online erhobene Kontrollstichprobe, d = Effektstärke Cohen d unter Berücksichtigung der Gruppengröße, GSI (Global Severity Index) = Maß für die generelle psychische Belastung berechnet aus dem Summenwert der drei Subskalen, t -Werte mit Angabe der Nachkommastellen in den Freiheitsgraden (df) zeigten im Levene-Test ungleiche Varianzen und wurden deshalb mittels Welch- t -Test für ungleiche Varianzen ermittelt.

In Bezug auf die Ärgerausdrucks- und Ärgerverschiebungsskalen des STAXI-II und des DAQ zeigten die zwei Kontrollgruppen ausschließlich Differenzen in der Dimension Anger-Control ($p = .009$). Eine negative Effektstärke ($d = -0.374$) bedeutet, dass Personen der Paper-Pencil-

Kontrollgruppe generell höhere Werte in dieser Dimension zeigen, was mit einem erfolgreicherem Umgang mit Ärgeremotionen gleichzusetzen ist. Eine Tendenz ($p = .053$, $d = 0.281$) lässt sich ebenfalls in der Angry-Rumination-Subskala des DAQ finden. Personen, die zu einer persönlichen Testung erschienen sind, wiesen insgesamt einen bessere Handhabung von Ärgergefühlen als auch eine bessere Zurückhaltung und eine weniger oft fälschlicherweise Auslassung ihres Ärgers an anderen Menschen auf. Dementsprechend wird die Nullhypothese für die Skala Anger-Control ebenfalls verworfen und die Alternativhypothese angenommen.

6.3.2. Fragestellung zum Vergleich der Kontrollgruppen mit der klinischen Stichprobe

Fragestellung 2: Unterscheiden sich Personen der Kontrollgruppe (Paper-Pencil-Verfahren und Online-Erhebungen) von der klinischen Stichprobe in Bezug auf ihre psychopathologischen Symptome und ihren Ärgerausdruck?

Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse, mittels der die klinische Stichprobe sowie die beiden Kontrollgruppen auf Mittelwertunterschiede in den einzelnen Skalen verglichen wurden. Es zeigte sich, dass nahezu alle untersuchten Aspekte, bis auf die Subskala Displaced Aggression des DAQ ($p = .489$), signifikante Differenzen zwischen den Gruppen aufwiesen ($p < .001$). Zudem zeigten sich in allen signifikanten Skalen mittelgroße bis große Effekte ($\eta^2 = .049$ bis $\eta^2 = .161$). Zur Interpretation der Ergebnisse ist daher eine genauere Betrachtung der Einzelgruppenunterschiede nötig. Tabelle 10 zeigt die individuellen Gruppenvergleiche zwischen der klinischen Stichprobe und den zwei Kontrollstichproben. Wie aus den Signifikanzwerten absehbar, ergaben sich im Vergleich der einzelnen Stichproben viele Differenzen. Vergleichbar mit den Ergebnissen der ANOVA zeigten sich die Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen, die in Institutionen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen sind und Gewalt in ihrer Kinder- und Jugendzeit erfahren haben, und der Paper-Pencil-Kontrollgruppe, die aus Personen bestand, die zu einer persönlichen Testung erschienen sind. Bis auf die Skala Displaced Aggression zeigten die ProbandInnen der klinischen Gruppe weitaus höhere Werte in den Dimensionen Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung, allen Ärgerdimensionen des State-Trait-Anger-Expression-Inventory-2, wie auch höhere Ausprägungen in Bezug auf Angry Rumination und Revenge Planning ($p < .001$).

Tabelle 9. Vergleich der klinischen Stichprobe, der Online-Kontrollstichproben und der Paper-Pencil-Vergleichsgruppe mittels ANOVA, Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung.

Skala	Gruppen- vergleich	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Quadrat- summe Zwischen	Quadrat- summe Gesamt	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BSI-Depressivität	klinisch	218	6.11	6.15	1776.10	13740.31	57.560 (df1=2, df2=205.780)	< .001	.129
	PP	126	1.43	2.43					
	online	90	5.00	5.83					
BSI-Ängstlichkeit	klinisch	217	6.80	5.85	1714.39	11806.27	43.836 (df1=2, df2=232.403)	< .001	.145
	PP	127	2.37	2.87					
	online	91	3.75	4.28					
BSI-Somatisierung	klinisch	216	6.30	5.48	1283.07	11032.36	33.628 (df1=2, df2=224.456)	< .001	.116
	PP	127	2.50	3.11					
	online	90	3.57	4.82					
BSI-Gesamt (GSI)	klinisch	215	19.13	15.21	13588.44	84629.32	59.246 (df1=2, df2=215.002)	< .001	.161
	PP	126	6.20	6.85					
	online	90	12.29	13.27					
STAXI-Trait-Anger	klinisch	215	21.99	7.47	2221.85	18642.88	31.058 (df1=2, df2=217.974)	< .001	.119
	PP	127	17.07	4.15					
	online	81	18.06	5.35					
STAXI-Anger-In	klinisch	213	19.60	5.69	1600.41	13682.47	31.285 (df1=2, df2=204.909)	< .001	.117
	PP	127	15.39	4.23					
	online	83	16.35	6.00					
STAXI-Anger-Out	klinisch	216	15.08	5.88	981.31	10816.70	22.388 (df1=2, df2=223.519)	< .001	.091
	PP	126	11.83	3.20					
	online	80	12.41	3.76					
STAXI-Anger-Control	klinisch	216	22.85	6.01	590.49	12158.88	12.346 (df1=2, df2=224.492)	< .001	.049
	PP	127	25.57	4.15					
	online	82	23.97	4.47					
DAQ-Angry-Rumination	klinisch	206	41.67	13.98	9718.68	82680.94	27.040 (df1=2, df2=406)	< .001	.118
	PP	125	30.86	12.01					
	online	78	34.45	13.96					
DAQ-Revenge-Planning	klinisch	210	30.78	16.38	5667.41	91625.40	14.542 (df1=2, df2=202.195)	< .001	.062
	PP	125	22.54	11.60					
	online	75	25.35	13.34					
DAQ-Displaced-Aggression	klinisch	210	18.99	11.41	125.77	44272.16	0.717 (df1=2, df2=206.029)	.489	.003
	PP	125	17.78	8.49					
	online	79	18.94	10.12					

Anmerkungen. klinisch = klinische Stichprobe, Personen mit Heimerfahrung, PP = Paper-Pencil-Vergleichsgruppe, online = online erhobene Kontrollstichprobe. Quadratsumme Zwischen = Summe der Abweichungsquadrate der Gruppenmittelwerte vom Gesamtmittelwert, Quadratsumme Gesamt = Summe von Quadratsumme Zwischen und der Summe der Abweichungsquadrate der beobachteten Werte vom jeweiligen Gruppenmittelwert, η^2 (Eta-Quadrat) wird berechnet mittels der Division der Quadratsumme zwischen den Gruppen durch die Quadrate der Gesamtsumme.

Im Vergleich mit der online erhobenen Kontrollstichprobe zeigten sich ebenfalls signifikante Differenzen in allen Ärgerausdrucksskalen, Angry Rumination und Revenge Planning. Im Gegensatz zur persönlich erhobenen Kontrollstichprobe zeigten sich jedoch vergleichbare

Mittelwerte in der Skala Depressivität und Ärgerkontrolle zwischen den Personen, die in Kinder- und Jugendheimen aufgewachsen sind, und der Online-Vergleichsgruppe.

Tabelle 10. Einzelgruppenvergleiche der klinischen Stichprobe mit den Kontrollgruppen mittels Games-Howell-Test im Zuge der post-hoc-Analyse der ANOVA. Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung

Skala	Gruppenvergleich	Mittelwertdifferenz	Standardfehler	<i>p</i>
BSI-Depressivität	klinisch – PP	4.68	0.47	< .001
	klinisch – online	1.11	0.74	.296
BSI-Ängstlichkeit	klinisch – PP	4.43	0.47	< .001
	klinisch – online	3.05	0.60	< .001
BSI-Somatisierung	klinisch – PP	3.80	0.46	< .001
	klinisch – online	2.73	0.63	< .001
BSI-Gesamt (GSI)	klinisch – PP	12.93	1.20	< .001
	klinisch – online	6.84	1.74	< .001
STAXI-Trait-Anger	klinisch – PP	4.92	0.63	< .001
	klinisch – online	3.93	0.78	< .001
STAXI-Anger-In	klinisch – PP	4.21	0.54	< .001
	klinisch – online	3.26	0.76	< .001
STAXI-Anger-Out	klinisch – PP	3.25	0.49	< .001
	klinisch – online	2.67	0.58	< .001
STAXI-Anger-Control	klinisch – PP	-2.71	0.55	< .001
	klinisch – online	-1.12	0.64	.189
DAQ-Angry-Rumination	klinisch – PP	10.81	1.45	< .001
	klinisch – online	7.22	1.86	< .001
DAQ-Revenge-Planning	klinisch – PP	8.25	1.53	< .001
	klinisch – online	5.43	1.91	.014
DAQ-Displaced-Aggression	klinisch – PP	1.21	1.09	.901
	klinisch – online	.05	1.38	.999

Anmerkungen. klinisch – PP = Mittelwertvergleiche zwischen klinischer Stichprobe und Paper-Pencil-Kontrollgruppe, klinisch – online = Mittelwertvergleiche zwischen klinischer Stichprobe und online erhobener Kontrollgruppe. Games-Howell-Test wird aufgrund der Heterogenität der Varianzen dem Bonferroni-Test vorgezogen.

Es zeigte sich demnach, dass Personen mit Heimerfahrung auch Jahrzehnte später durchschnittlich mehr psychopathologische Symptome aufweisen als Personen ohne solche Kindheitserfahrungen. Aus diesem Grund werden die Nullhypothesen für die Skalen Ängstlichkeit und Somatisierung des BSI-18, allen Skalen des STAXI und den Dimensionen Angry Rumination und Revenge Planning des DAQ verworfen und die Alternativhypothesen angenommen.

6.3.3. Fragestellung zu Alkoholproblemen

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Personen der klinischen Gruppe mit einer Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose (nach DSM-IV) signifikant von Personen ohne eine solche Diagnose in Bezug auf ihre psychopathologischen Symptome und ihren Ärgerausdruck?

Aktuelle Alkoholprobleme:

Tabelle 11 zeigt die Differenzen zwischen ProbandInnen mit einer aktuellen Alkoholproblematik und Personen ohne eine aktuelle Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose. Den vorliegenden Daten ist zu entnehmen, dass auch hier signifikante Differenzen in allen Skalen des BSI-18 auffindbar sind ($p = < .001$ bis $p = .038$). Auch in den Ärgerausdrucksskalen Anger-In ($p = .058$, $d = 0.447$) und Anger-Out ($p = .099$, $d = 0.389$) konnten Tendenzen gefunden werden, dass TeilnehmerInnen mit einem aktuellen Alkoholproblem sich von jenen ohne ein solches Problem in diesen Aspekten unterscheiden. Auch die DAQ-Skala Angry Rumination ($p = < .001$, $d = 0.727$) zeigte signifikante Werte dahingehend, dass TeilnehmerInnen mit aktuellen Abhängigkeits- oder Missbrauchssymptomen durchaus häufiger über Dinge, die ihnen Ärger bereiten, nachdenken oder Rachegefühle schlechter verwerfen können. Die Daten zeigten ebenfalls, dass die ProbandInnen mit aktuellen Alkoholproblemen eine Tendenz dazu besitzen, ihre Aggressionen häufiger an unschuldigen Personen auslassen, was aus den Ergebnissen der Skala Displaced Aggression ($p = 0.099$, $d = 0.398$) ersichtlich ist.

Besonders stark ausgeprägt waren die Unterschiede in den Dimensionen des BSI-18. Die Skalen Depressivität ($p = .002$, $d = 1.058$), Ängstlichkeit ($p = .002$, $d = 0.737$) und Somatisierung ($p = .038$, $d = 0.491$) zeigten allesamt mittlere bis große Effektstärken, die sich auch auf den Gesamtindex GSI ($p = < .001$, $d = 0.894$) auswirken. Personen ohne ein aktuelles Alkoholproblem sind demnach erheblich weniger depressiv, weniger ängstlich und zeigen auch weniger Somatisierungssymptome. Die Nullhypothesen können für alle Skalen des BSI-18 und der Skala Angry Rumination des DAQ verworfen und die Alternativhypothesen angenommen werden.

Lebenszeitprävalente Alkoholprobleme:

Analog zu den Differenzen von Personen mit und ohne aktuelle Alkoholprobleme zeigt Tabelle 12 die Unterschiede zwischen TeilnehmerInnen mit und ohne lebenszeitprävalente Alkoholmissbrauchs- und -abhängigkeitssymptomatiken.

Tabelle 11. Vergleich der Personen mit einer derzeitigen Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose mit Personen ohne eine solche Diagnose mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben, Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung

Skala	Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BSI-Depressivität	unauffällig	197	5.56	5.72	-3.632 (df=21.322)	.002	1.058
	auffällig	20	11.80	7.47			
BSI-Ängstlichkeit	unauffällig	196	6.44	5.66	-3.087 (df=214)	.002	0.737
	auffällig	20	10.60	6.50			
BSI-Somatisierung	unauffällig	195	6.08	5.46	-2.090 (df=213)	.038	0.491
	auffällig	20	8.75	5.17			
BSI-Gesamt (GSI)	unauffällig	194	17.98	14.55	-3.805 (df=212)	< .001	0.894
	auffällig	20	31.15	16.51			
STAXI-Trait-Anger	unauffällig	195	21.77	7.52	-1.327 (df=213)	.186	0.312
	auffällig	20	24.10	6.81			
STAXI-Anger-In	unauffällig	193	19.37	5.72	-1.905 (df=211)	.058	0.447
	auffällig	20	21.90	5.03			
STAXI-Anger-Out	unauffällig	196	14.87	5.79	-1.656 (df=214)	.099	0.389
	auffällig	20	17.15	6.53			
STAXI-Anger-Control	unauffällig	196	22.93	5.98	0.625 (df=214)	.533	-0.146
	auffällig	20	22.05	6.47			
DAQ-Angry-Rumination	unauffällig	186	40.70	14.12	-4.600 (df=31.711)	< .001	0.727
	auffällig	20	50.65	8.49			
DAQ-Revenge-Planning	unauffällig	190	30.34	16.40	-1.212 (df=208)	.227	0.285
	auffällig	20	35.00	15.96			
DAQ-Displaced-Aggression	unauffällig	191	18.58	11.40	-1.655 (df=208)	.099	0.398
	auffällig	19	23.10	10.94			

Anmerkungen. unauffällig = Personen ohne eine derzeitige Alkoholproblematik, unabhängig von der Erhebungsmethode, auffällig = TeilnehmerInnen mit einer derzeitigen Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose.

So zeigte sich, dass ProbandInnen, die über ihren gesamten Lebensweg keine Alkoholproblematiken aufwiesen, generell weniger depressiv, ängstlich und somatisierend sind. Es zeigte sich ebenfalls ein gesünderer Umgang mit Ärgeremotionen. Sowohl bezogen auf die allgemeine Anfälligkeit in Bezug auf Ärger (Trait-Anger; $p = .011$, $d = 0.352$) als auch auf den nach außen gerichteten, meist unkontrollierten Ärgerauslass (Anger-Out; $p = .012$, $d = 0.357$) ist die Personengruppe ohne Alkoholprobleme durch vergleichbar bessere Ausprägungen auf diesen Dimensionen gekennzeichnet. Ein kleiner, aber doch signifikanter Effekt ($p = .025$, $d = -0.309$) zeigte sich zudem in der Dimension Anger-Control. Dies zeigt, dass ProbandInnen, die angaben, an einer Alkoholkrankheit zu leiden oder gelitten zu haben, generell schlechter mit ihrem Ärger und den damit verbundenen Gefühlen umgehen können. Eine Tendenz zu häufigeren Unterdrückungsversuchen von ärgerlichen Emotionen zeigte sich ebenfalls bei den ProbandInnen,

die zumindest einmal in ihrem Leben an Alkoholproblemen gelitten haben (Anger-In; $p = .081$, $d = 0.242$). Auch in den Skalen Angry Rumination ($p = .037$, $d = 0.297$), Revenge Planning ($p = .027$, $d = 0.310$) und Displaced Aggression ($p = .024$, $d = 0.331$) zeigten Personen mit einem lebenszeitprävalenten Alkoholproblem höhere Werte als Personen ohne eine solche Problematik. Die Nullhypothesen können daher für alle Skalen außer die Skala Anger-In verworfen werden und die Alternativhypothesen angenommen werden.

Tabelle 12. Vergleich der Personen mit einer lebenszeitprävalenten Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose mit Personen ohne eine solche Diagnose mittels t -Test für unabhängige Stichproben, Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung

Skala	Gruppe	n	M	SD	t	p	d
BSI-Depressivität	unauffällig	122	5.03	5.54	-3.044 (df=215)	.003	0.417
	auffällig	95	7.55	6.62			
BSI-Ängstlichkeit	unauffällig	121	5.90	5.18	-2.576 (df=177.828)	.011	0.364
	auffällig	95	8.00	6.44			
BSI-Somatisierung	unauffällig	121	5.13	4.83	-3.655 (df=177.844)	< .001	0.515
	auffällig	94	7.87	5.89			
BSI-Gesamt (GSI)	unauffällig	120	15.86	13.19	-3.662 (df=174.919)	< .001	0.518
	auffällig	94	23.50	16.52			
STAXI-Trait-Anger	unauffällig	120	20.84	7.16	-2.566 (df=213)	.011	0.352
	auffällig	95	23.44	7.65			
STAXI-Anger-In	unauffällig	119	19.00	5.86	-1.755 (df=211)	.081	0.242
	auffällig	94	20.37	5.42			
STAXI-Anger-Out	unauffällig	121	14.17	5.29	-2.540 (df=180.917)	.012	0.357
	auffällig	95	16.24	6.40			
STAXI-Anger-Control	unauffällig	121	23.66	5.94	2.252 (df=214)	.025	-0.309
	auffällig	95	21.82	5.98			
DAQ-Angry-Rumination	unauffällig	119	39.93	14.34	-2.103 (df=204)	.037	0.297
	auffällig	87	44.05	13.17			
DAQ-Revenge-Planning	unauffällig	119	28.60	15.54	-2.222 (df=208)	.027	0.310
	auffällig	91	33.63	17.09			
DAQ-Displaced-Aggression	unauffällig	119	17.37	9.62	-2.286 (df=158.519)	.024	0.331
	auffällig	91	21.11	13.15			

Anmerkungen. unauffällig = Personen ohne eine lebenszeitprävalente Alkoholproblematik, unabhängig von der Erhebungsmethode, auffällig = TeilnehmerInnen mit einer Life-time-Diagnose Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit.

6.3.4. Fragestellung zur Differenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Fragestellung 4: Unterscheiden sich Personen mit einer Alkoholmissbrauchsdiagnose (nach DSM-IV) signifikant von Personen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (nach DSM-IV) in Bezug auf Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Ärgerausdruck?

Vergleich zwischenzeitigem Missbrauch und Abhängigkeit:

Wie bei Fragestellung 3 wird auch hier zwischen aktuellen und lebenszeitprävalenten Alkoholproblemen unterschieden. Tabelle 13 zeigt die Differenzen zwischen derzeitig alkoholabhängigen ProbandInnen und Personen mit einer aktuellen Alkoholmissbrauchsdiagnose.

Tabelle 13. Vergleich von Personen mit einer derzeitigen Alkoholmissbrauchsdiagnose und Personen mit einer aktuellen Alkoholabhängigkeitsdiagnose mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben, Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung

Skala	Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BSI-Depressivität	Missbrauch-A	9	9.22	8.88	-1.372 (df=13.024)	.193	0.644
	Abhängig-A	11	13.90	5.65			
BSI-Ängstlichkeit	Missbrauch-A	9	10.55	7.53	-0.027 (df=18)	.979	0.013
	Abhängig-A	11	10.64	5.90			
BSI-Somatisierung	Missbrauch-A	9	7.67	5.74	-0.841 (df=18)	.411	0.378
	Abhängig-A	11	9.64	4.74			
BSI-Gesamt (GSI)	Missbrauch-A	9	27.44	19.69	-0.903 (df=18)	.378	0.448
	Abhängig-A	11	34.18	13.61			
STAXI-Trait-Anger	Missbrauch-A	9	23.78	6.67	-0.186 (df=18)	.854	0.083
	Abhängig-A	11	24.36	7.24			
STAXI-Anger-In	Missbrauch-A	9	21.78	4.79	-0.096 (df=18)	.925	0.043
	Abhängig-A	11	22.00	5.46			
STAXI-Anger-Out	Missbrauch-A	9	17.44	6.73	0.178 (df=18)	.861	-0.079
	Abhängig-A	11	16.91	6.68			
STAXI-Anger-Control	Missbrauch-A	9	22.00	5.74	-0.030 (df=18)	.976	0.014
	Abhängig-A	11	22.09	7.29			
DAQ-Angry-Rumination	Missbrauch-A	9	53.67	9.62	1.482 (df=18)	.156	-0.667
	Abhängig-A	11	48.18	6.92			
DAQ-Revenge-Planning	Missbrauch-A	9	37.22	16.72	0.553 (df=18)	.587	-0.248
	Abhängig-A	11	33.18	15.88			
DAQ-Displaced-Aggression	Missbrauch-A	8	18.87	8.39	-1.485 (df=17)	.156	0.690
	Abhängig-A	11	26.18	11.89			

Anmerkungen. Missbrauch-A = Personen mit aktuellen Alkoholmissbrauchssymptomen, Abhängig-A = Personen mit aktuellen Alkoholabhängigkeitssymptomen.

Grundsätzlich lassen sich in beiden Stichproben keine signifikanten Unterschiede erkennen ($p = .156$ bis $p = .979$). Die Alternativhypothesen werden deshalb für alle Skalen verworfen. Da die

nicht signifikanten p -Werte aufgrund der kleinen Stichprobengrößen zustande kommen könnten, wird jedoch trotzdem auf die errechneten Effektstärken näher eingegangen. Eine mittlere Effektstärke konnte für die Skala Depressivität aufgezeigt werden ($d = 0.644$). Auch in den Dimensionen Angry Rumination ($d = -0.667$) und Displaced Aggression ($d = 0.690$) zeigte sich eine mittelgroße Effektstärke. Die Daten lassen daher vermuten, dass aktuell alkoholabhängige Personen mehr depressive Symptomatiken zeigen als Personen, die unter einer Alkoholmissbrauchsdiagnose leiden, und ihre Frustration öfter unangemessen auslassen. Konträr zu den bisherigen Funden würde die Effektstärke der Dimension Angry Rumination jedoch darauf schließen lassen, dass die ProbandInnen mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose geistig weniger oft mit ihren Problemen konfrontiert sind als die TeilnehmerInnen, die Alkohol missbräuchlich verwenden.

Tabelle 14. Vergleich von Personen mit einer lebenszeitprävalenten Alkoholmissbrauchsdiagnose und Personen mit einer lebenszeitprävalenten Alkoholabhängigkeitsdiagnose mittels t -Test für unabhängige Stichproben, Auflistung deskriptivstatistischer Kennwerte und Signifikanztestung

Skala	Gruppe	n	M	SD	t	p	d
BSI-Depressivität	Missbrauch-LZ	39	5.20	5.80	-3.079 (df=88.627)	.003	0.626
	Abhängig-LZ	56	9.18	6.71			
BSI-Ängstlichkeit	Missbrauch-LZ	39	6.85	5.81	-1.466 (df=93)	.146	0.305
	Abhängig-LZ	56	8.80	6.78			
BSI-Somatisierung	Missbrauch-LZ	38	7.87	5.66	-0.005 (df=92)	.996	0.000
	Abhängig-LZ	56	7.87	6.10			
BSI-Gesamt (GSI)	Missbrauch-LZ	38	20.03	15.09	-1.696 (df=92)	.093	0.356
	Abhängig-LZ	56	25.86	17.16			
STAXI-Trait-Anger	Missbrauch-LZ	39	22.02	6.07	-1.608 (df=92.918)	.111	0.317
	Abhängig-LZ	56	24.43	8.49			
STAXI-Anger-In	Missbrauch-LZ	39	19.13	5.14	-1.902 (df=92)	.060	0.397
	Abhängig-LZ	55	21.25	5.48			
STAXI-Anger-Out	Missbrauch-LZ	39	16.46	6.67	0.277 (df=93)	.782	-0.057
	Abhängig-LZ	56	16.09	6.27			
STAXI-Anger-Control	Missbrauch-LZ	39	21.51	5.34	-0.417 (df=93)	.678	0.087
	Abhängig-LZ	56	22.03	6.43			
DAQ-Angry-Rumination	Missbrauch-LZ	37	39.40	14.01	-2.950 (df=85)	.004	0.640
	Abhängig-LZ	50	47.48	11.50			
DAQ-Revenge-Planning	Missbrauch-LZ	38	29.42	15.04	-2.022 (df=89)	.046	0.430
	Abhängig-LZ	53	36.64	17.95			
DAQ-Displaced-Aggression	Missbrauch-LZ	38	16.34	9.02	-3.299 (df=87.340)	.001	0.651
	Abhängig-LZ	53	24.53	14.59			

Anmerkungen. Missbrauch-LZ = Personen mit lebenszeitprävalenten Alkoholmissbrauchssymptomatiken, Abhängig-LZ = Personen mit lebenszeitprävalenten Alkoholabhängigkeitssymptomatiken.

Vergleich zwischen lebenszeitprävalentem Missbrauch und Abhängigkeit:

Tabelle 14 veranschaulicht, dass beim Vergleich von TeilnehmerInnen mit lebenszeitprävalenten Alkoholproblemen doch einige Differenzen erkennbar sind. Es zeigte sich, dass sich die Skalen Depressivität ($p = .003$, $d = 0.626$) und alle Skalen des DAQ, Angry Rumination ($p = .004$, $d = 0.640$), Revenge Planning ($p = .046$, $d = 0.430$) und Displaced Aggression ($p = .001$, $d = 0.651$), mit einem mittelgroßen Effekt zwischen den Gruppen unterscheiden. Es ist daher absehbar, dass Personen, die nur Symptome eines Alkoholmissbrauchs über die gesamte Lebenszeit berichtet haben, immer noch signifikant weniger depressiv sind als die ProbandInnen, die auch die Punkte einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose erfüllten. Auch denken Personen, die zumindest einmal in ihrem Leben alkoholabhängig waren, öfter über Situationen nach, die Aggressivität oder Ärgeremotionen hervorrufen können, sind häufiger mit Rachegefühlen beschäftigt und haben eine höhere Tendenz, Aggressionen an anderen Personen auszulassen. Die Alternativhypothesen werden daher für die Dimension Depressivität des BSI-18 wie auch für die Skalen Angry Rumination, Revenge Planning und Displaced Aggression des DAQ angenommen.

7. Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der statistischen Hypothesentestungen näher diskutiert, mit den in der aktuellen Literatur auffindbaren Informationen verglichen und die inhaltlichen und theoretischen Restriktionen der Studie aufgezeigt.

7.1. Interpretation der Ergebnisse

Um die weiteren Hypothesenprüfungen durchführen zu können, war das erste Ziel der Studie, die mittels Online-Fragebogen erhobene Kontrollstichprobe ($n = 91$) mit den Kontrollpersonen zu vergleichen, die mittels klassischen Paper-Pencil-Verfahren und Interviews persönlich getestet wurden ($n = 127$). Vorranging wurden psychopathologische Symptome wie Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung, aber auch Aggressivität und Ärgerverschiebung erhoben und zwischen den Kontrollstichproben analysiert. Bisherige Studien lassen vermuten, dass bei homogenen Stichproben und einer randomisierten Aufteilung dieser auf verschiedene Selbstbeurteilungsverfahren, unter anderem klassische Paper-Pencil-Tests und Online-Erhebungen, die untersuchten Dimensionen nicht signifikant unterschiedlich sind (Briones & Benham, 2016). Auch die psychometrischen Eigenschaften beider Erhebungsarten seien laut Literatur miteinander vergleichbar (Fortson et al., 2006; Musch & Reips, 2000; Read et al., 2009; Riva et al., 2003). In der statistischen Auswertung zeigte sich jedoch, dass allen voran die Skalen Depressivität, Ängstlichkeit und der Gesamtindex GSI des BSI-18 signifikante Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen aufwiesen. Besonders groß war die Differenz zwischen der Paper-Pencil erhobenen Stichprobe und der Online-Kontrollgruppe in der Skala Depressivität. Eine Studie zeigte bei Personen, die oft soziale Onlineplattformen benutzen, ebenfalls signifikant höhere Depressivitätswerte auf (Lin et al., 2016). Da ein Großteil der TeilnehmerInnen der Online-Kontrollstichprobe ebenfalls über soziale Medienseiten rekrutiert wurden, sollte nicht ausgeschlossen werden, dass der in der Literatur gefundene Bias in Bezug auf erhöhte Depressivität vielleicht auch in dieser Stichprobe zu finden ist. Eine Publikation, die sich mit Depressivitäts- und Ängstlichkeitsausprägungen beschäftigte, zeigte zudem, dass das zunehmende Alter von Personen einen direkten Einfluss auf diese zwei Konstrukte hat (Schwarz et al., 2001). Konträr dazu lassen die Daten aus der Stichprobenbeschreibung jedoch darauf schließen, dass die Skalen des BSI-18 inklusive der Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte der Online-Stichprobe um einiges höher als

im Vergleich zur Paper-Pencil-Kontrollstichprobe ausfallen. Demnach sollten die durchschnittlich jüngeren TeilnehmerInnen der online erhobenen Stichprobe (Paper-Pencil: $M = 59.63$ Jahre; Online: $M = 55.48$ Jahre) aber weniger hohe Werte in diesen Skalen zeigen. Da der gefundene Effekt des Online-Bias in Bezug auf Depression jedoch ein weitaus höherer ist, kann davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Kontrollstichprobendifferenzen mit den in der Literatur postulierten Ergebnissen (Lin et al., 2016) vergleichbar sind.

Ein weiteres Ziel der Studie war es, Personen, die in Kinder- oder Jugendheimen der Wiener Jugendwohlfahrt aufgewachsen sind und Missbrauchserfahrungen in dieser Zeit erlebt haben, mit den beiden Kontrollstichproben zu vergleichen. Aufgrund der sehr spezifischen Zielgruppe und des angestrebten homogenen sozialen Milieus der Studie war es schwer, vergleichbare Publikationen zu finden. Im Vergleich der ProbandInnen der klinischen Gruppe mit den Vergleichspersonen zeigten sich bei der Hypothesenauswertung signifikant höhere Ausprägungen der psychopathologischen Symptome in nahezu allen Skalen. Kendall-Tackett et al. (1993) zeigten vor Jahrzehnten bereits, dass die Auswirkungen von Kindesmissbrauch, egal in welcher Form, schwerwiegende Folgen für die Psyche eines Menschen haben können. Unter anderem können dies Verhaltensprobleme in der Jugend sein, aber auch Angstzustände, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), unterdurchschnittliches Selbstbewusstsein und vieles mehr. Besonders bei Frauen, aber auch bei Männern konnte nach einem sexuellen Übergriff eine signifikant höhere Rate an Depressivität im späteren Erwachsenenalter nachgewiesen werden. Im Vergleich der klinischen Stichprobe mit den beiden Kontrollgruppen ergab sich in dieser Studie ein ähnliches Bild. Auch in Bezug auf Ärgerausdruck und Ärgerverschiebung lassen sich vergleichbare Ergebnisse wie in der Literatur finden. So zeigt sich beispielsweise, dass frühkindliche Misshandlung Auswirkungen auf Substanzmissbrauch als auch auf generelle Aggressivität und aggressionsähnliche Domänen hat, was auch in den Ergebnissen der durchgeführten ANOVA zu sehen war (Anda et al., 2006; Dube et al., 2005).

Eine genauere Betrachtung der Einzelgruppenvergleiche zeigte, dass sich die online erhobene Kontrollstichprobe nicht in allen Dimensionen von der klinischen Gruppe mit Missbrauchshintergrund unterscheidet. So zeigten sich in der Skala Depressivität ähnliche Werte in den beiden Gruppen. Die mittels klassischem Interview und Paper-Pencil-Tests befragten ProbandInnen zeigten signifikant kleinere Werte im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen. Dies könnte abermals auf die höheren Depressivitätsraten der Personen mit mehr *social-media*-Kontakt zurückzuführen sein (Lin et al., 2016). Auch in der Dimension Anger-Control, die das

Ausmaß angibt, inwieweit eine Person versucht, die Entstehung und den Ausdruck von Ärger zu kontrollieren oder in angemessener Weise auszulassen, zeigten sich ähnliche Werte zwischen der klinischen Gruppe und der online erhobenen Stichprobe. Der bisherige Forschungsstand zeigt jedoch keine vergleichbaren Ergebnisse in Bezug auf eine niedrige Ärgerkontrolle bei Onlinestichproben. Eine Studie von Jensen-Campbell, Knack, Waldrip und Campbell (2007) hat zwar gezeigt, dass Extraversion mit einer leicht geringeren Ausprägung in der Skala Anger-Control des STAXI einhergeht, die Online-Stichprobe unserer Studie mit introvertierten Personen gleichzusetzen wäre jedoch nicht angebracht, da dieser Aspekt nicht miterhoben wurde. Unter allen untersuchten Dimensionen zeigte nur die Skala Displaced Aggression des DAQ keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Stichproben. Der derzeitige Forschungsstand zeigt keine Indizien dafür, dass klinische Gruppen mit Missbrauchserfahrung oder Heimvergangenheit in Bezug auf Displaced Aggression hin differenzierbar wären. Eine Studie, die für die Ergebnisinterpretation heranziehbar wäre, zeigt, dass zumindest junge Erwachsene häufig Displaced Aggression beim so genannten *Cyber-Bullying*, dem aggressiven online-Mobbing anderer Personen, anwenden (Wright & Li, 2012). Wäre dies auch in der hier verwendeten Online-Stichprobe der Fall, so müssten diese TeilnehmerInnen einen weitaus höheren Wert als die klinische oder die Paper-Pencil-Gruppe aufweisen. Da das Durchschnittsalter der ProbandInnen in der aktuellen Studie jedoch stark über dem Altersmittelwert der Publikation von Wright und Li (2012) liegt, lässt sich nur bedingt von einer Kontradiktion der in der Literatur gefundenen Ergebnisse sprechen.

In Anbetracht des aktuellen Forschungsstandes in Bezug auf Alkoholproblematiken zeigt sich deutlich, dass die gefundenen Ergebnisse stark denen der Literatur entsprechen. Im Vergleich der derzeitig unauffälligen Personen und den ProbandInnen, die eine aktuelle Alkoholmissbrauchs- oder Alkoholabhängigkeitsdiagnose aufweisen, lassen die Daten auf einen extrem hohen Unterschied ($d = 1.058$) in Bezug auf Depressivitätssymptomatiken schließen. Wie in vielen Publikationen zu sehen ist, wird eine zugrunde liegende Depression oft als Entstehungsfaktor einer Alkoholproblematik angesehen (Batra et al., 2011; Soyka et al., 1996). Neben der Dimension Depressivität zeigten die Daten ebenfalls starke Differenzen in den anderen Skalen des BSI-18. Hillemecher et al. (2012) erklärten, dass auch Angst- und Somatisierungsstörungen grundlegende Faktoren für den Beginn oder die Aufrechterhaltung von problematischem Alkoholkonsum sein können und deshalb bei einer Entzugstherapie mittherapiert werden sollten. Wie in dieser Studie gefundene Ergebnisse deuten auch andere Publikationen darauf hin, dass ein problematischer Alkoholkonsum oft mit diversen Angststörungen und erhöhter Ängstlichkeit einhergehen kann

(Stevens et al., 2008). Die Ergebnisse der Skala Trait-Anger ($p = .011$, $d = 0.352$) zeigen ebenfalls, dass Personen mit einer lebenszeitprävalenten Alkoholproblematik höhere Ausprägungen in der Dimension Eigenschaftsärger besitzen. Studien zu einem ähnlichen Thema haben ebenfalls herausgefunden, dass Personen mit einer höheren angeborenen Ärgerneigung generell auch häufiger Alkohol konsumieren (Sakusic et al., 2010). Auch die Skalen Anger-In und Anger-Out unterschieden sich signifikant zwischen den ProbandInnen mit und ohne über die gesamte Lebenszeit auftretende Alkoholproblematiken. Diese Ergebnisse lassen sich mit denen von Tivis et al. (1998) vergleichen, die ebenfalls Unterschiede in diesen Skalen bei Personen fanden, die sich in einer derzeitigen Stabilisierungsphase nach einem problematischen Alkoholkonsum befanden. Die signifikanten Differenzen in den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit der Personen, die in ihrem Leben an Alkoholproblemen gelitten haben, könnte ebenfalls dadurch erklärt werden, dass die TeilnehmerInnen auch Jahre später noch an gelegentlichem starken Alkoholverlangen (*craving*) leiden. Dieses *craving* kann zu erhöhter Depressivität und Ängstlichkeit führen (Demmel & Schröder, 2003). Bezogen auf die erhobenen Daten könnte dies die signifikant höhere Gesamtlebenszeitdepressivität und -ängstlichkeit erklären. Wacker (2011) zeigte in seiner Dissertation ebenfalls, dass die Ängstlichkeitswerte von Personen nach einer Therapie beziehungsweise nach einem erneuten Rückfall erhöht sind.

Im Vergleich von alkoholabhängigen ProbandInnen mit TeilnehmerInnen, die nur Alkoholmissbrauchssymptomatiken aufwiesen, zeigte sich, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit einer derzeitigen Problematik gab. In Bezug auf die Lebenszeitprävalenz ließen die Daten darauf schließen, dass diejenigen TeilnehmerInnen, die jemals alkoholabhängig waren, signifikant depressiver als die Personen mit einer Alkoholmissbrauchsdiagnose waren. Dies kann auf die aufschaukelnde Wirkung von Alkohol bei depressiven Symptomatiken zurückzuführen sein (Walter et al., 2005). Um psychosozialen Stress, depressive Gefühle und Angstzustände zu unterdrücken, wird von vielen Personen die entlastende Wirkung des Alkohols eingesetzt. Diese werden jedoch nur unterdrückt und führen im Anfangszustand des Alkoholmissbrauchs zur Entwicklung psychopathologischer Symptome. Im weiteren Verlauf treten immer mehr komorbide Störungen auf, und die anfänglichen Beeinträchtigungen verschlimmern sich. Dies wird auch durch die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse unterstützt. Zwar keine signifikanten Unterschiede, aber tendenziell signifikante Resultate lassen sich beim Vergleich von ProbandInnen mit Missbrauchs- und Abhängigkeitssymptomen finden. So zeigen neben Depressivität auch die Dimensionen Angry Rumination, Revenge Planning und Displaced Aggression Differenzen zwischen den beiden

Gruppen. Eine Studie hat gezeigt, dass unter anderem Personen mit einer hohen Ausprägung an Angry Rumination einen erhöhten wöchentlichen Alkoholkonsum aufzeigen (Ciesla, Dickson, Anderson & Neal, 2011). Dies zeigt sich sowohl beim Vergleich von ProbandInnen mit und ohne eine derzeitige Alkoholproblematik, beim Vergleich von Lebenszeitalkoholproblematiken und bei der Gegenüberstellung von Alkoholmissbrauchs- und -abhängigkeitsdiagnosen bezogen auf die Gesamtlebenszeit. Ebenso lassen sich in der Literatur Publikationen zum Einfluss von Alkohol auf Displaced Aggression finden. So hat sich gezeigt, dass Personen unter Alkoholeinfluss öfter ihre Aggressionen fälschlicherweise an unschuldigen Menschen auslassen als Personen, die keine alkoholischen Getränke zu sich genommen haben (Aviles, Earleywine, Pollock, Stratton, & Miller, 2005). Im Zuge dessen kann davon ausgegangen werden, dass auch diese Funde mit denen der bisherigen Literatur einhergehen.

Zusammenfassend lassen die Daten darauf schließen, dass Personen, denen psychische, körperliche oder auch sexuelle Gewalt in Kinder- und Jugendheimen der Wiener Jugendwohlfahrt widerfahren ist, in nahezu allen untersuchten psychopathologischen Symptomen signifikant höhere Ausprägungen zeigen als die beiden Kontrollstichproben. Personen der online erhobenen Kontrollgruppe weisen im Vergleich mit den TeilnehmerInnen, die mittels klassischer Paper-Pencil-Tests befragt wurden, erhöhte Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte auf. Zusammen mit einer Tendenz zu erhöhten Somatisierungssymptomen und höheren Ausprägungen in der Gesamtskala des BSI-18 (GSI) lässt sich folgern, dass die Online-Stichprobe eine generell höhere psychische Belastung aufweist. In Bezug auf Alkoholsymptomatiken zeigen sich Personen mit einem aktuellen oder einem lebenszeitprävalenten Alkoholproblem signifikant depressiver, ängstlicher und weisen auch häufiger Somatisierungsstörungen auf. Bezüglich der Ärgerdimensionen lässt sich darauf schließen, dass Personen, die zumindest einmal in ihrem Leben an Alkoholproblemen gelitten haben, ein generell höheres Anfälligkeitsrisiko in Bezug auf Aggressivität und Ärgeremotionen besitzen, weniger gut mit diesen sowohl intern als auch extern umgehen können und sowohl auf affektiver (Angry Rumination) als auch kognitiver Ebene (Revenge Planning) durch Ärger und Frustration mehr belastet sind als die ProbandInnen, die keine Alkoholprobleme aufweisen. Im direkten Vergleich beider Alkoholproblematiken zeigt sich, dass TeilnehmerInnen mit der schwerwiegenderen Diagnose – Alkoholabhängigkeit – generell depressiver sind, öfter über negative Ereignisse nachdenken und davon belastet sind, Rachegefühle schlechter verwerfen können und ihre Aggressionen häufiger an den falschen Personen auslassen.

7.2. Limitationen und Ausblick

Wie bei allen Selbstbeurteilungsfragebögen gilt es auch hier, die Ergebnisse kritisch vor dem Hintergrund der sozialen Erwünschtheit zu betrachten. Speziell bei heiklen Thematiken wie Missbrauchserfahrungen, Gewalttaten oder Substanzmissbrauch zeigen sich in der Literatur Tendenzen zur Verzerrung (Davis, Thake, & Vilhena, 2010; Tourangeau & Yan, 2007). Diese seien bei einer persönlichen Testung zwar kleiner, da ein Interview einen weitaus privateren Charakter besitzt als eine anonymisierte Testbatterie, allerdings ist ein sozial erwünschtes Antwortverhalten nicht auszuschließen. Nicht zu vernachlässigen ist auch die retrospektive Validität der gegebenen Antworten. Für diese Studie ist dies besonders relevant bei Fragestellungen über den Alkoholkonsum und die Zeit, die die ProbandInnen in Anstalten der Wiener Jugendwohlfahrt in ihrer Kindheit verbracht haben. Diverse Publikationen haben gezeigt, dass ein Bias in diese Richtung existiert und Antworten auch ungewollt verzerrt werden (Hardt & Rutter, 2004; Sapareto & Ruggiero, 1994). Außerdem zeigt sich, dass die Anzahl der Personen der Online-Stichprobe, die zusätzlich auch zum klinischen Interview erschienen sind, leider sehr gering ausgefallen ist ($n = 11$). Auch die Gruppengrößen der Personen mit aktuellen Alkoholproblematiken (Missbrauch-Aktuell: $n = 10$, Abhängigkeit-Aktuell: $n = 12$) waren trotz großer Gesamtstichprobe ($N = 436$) leider sehr gering. Bortz und Schuster (2010) erklärten bereits, dass das Finden von Differenzen und das Aufzeigen von Effekten bei kleinen Stichproben erschwert ist. Dies würde auch erklären, dass beim Vergleich lebenszeitprävalenter Problematiken signifikante Ergebnisse gefunden wurden, im Gegensatz zu der Gegenüberstellung von Personen mit aktuellen Alkoholproblemen. Die Zumutbarkeit und Dauer der Testdurchführung der gesamten Testbatterie kann ebenfalls als ein Kritikpunkt angeführt werden. Die Gesamtdauer der Testung betrug je nach Pausenbedarf der Testperson zwischen 1.5 und 4 Stunden. Besonders bei älteren ProbandInnen merkte man bereits vor der Durchführung des klinischen Interviews, dass die Aufmerksamkeitsspanne abnahm. Dies wird auch durch die hohe Dropout-Rate von 74.7% bei Bearbeitung des Onlinefragebogens untermauert. Die Betrachtung der Geschlechterdifferenzen zeigt, dass sowohl in der Paper-Pencil-Gruppe als auch der Online-Kontrollstichprobe weitaus mehr Frauen als Männer befragt wurden. Weiters ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse kritisch zu betrachten, da die Stichprobe aufgrund der Fragestellung sehr homogen ausgefallen ist. So wurden nur Personen mit einem Geburtsjahrgang vor 1980 rekrutiert, die einen kulturellen Hintergrund in Wien besaßen und, bezogen auf die klinische Gruppe, ProbandInnen, die psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt in Kinder- und Jugendheimen der Wiener Jugendwohlfahrt erfahren haben. Da nahezu die Hälfte

aller Personen der Gesamtstichprobe aus der klinischen Gruppe bestehen, könnte dies die hohe Gesamtlebenszeitprävalenz von Alkoholproblemen (30.1% der Gesamtstichprobe) erklären. Auch das Bildungsniveau zeigte sich bei der klinischen Stichprobe als sehr gering, während sich beide Kontrollgruppen aus überdurchschnittlich vielen Personen mit einem Hochschul- oder einem Universitätsabschluss zusammensetzten.

Weiterführende Forschung, vor allem im Bereich der Differenzen aktueller Alkoholproblematiken in Bezug auf Ärgerverschiebung, Angry Rumination und Revenge Planning, scheint sinnvoll, da nur wenige Studien diese Bereiche speziell untersuchen. Zudem wäre es interessant, weiterführende Studien bezüglich der hohen Depressivitätswerte in der Online-Stichprobe durchzuführen, um die Gründe für diese Differenz näher zu erforschen. Die Daten zeigten ebenfalls, dass Personen, die krankheitsbedingt frühpensioniert wurden, in der klinischen Stichprobe verstärkt zu finden waren. Weiterführende Forschung zur Feststellung und Behandlung der biopsychosozialen Gründe, die krankheitsbedingte Frühpensionierung zur Folge haben, könnte zur Entwicklung von Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden. Auch wäre eine Replikation der gefundenen Ergebnisse mit einer größeren heterogenen Stichprobe sinnvoll. Da Alkoholkonsum in Österreich ab dem 16. Lebensjahr erlaubt ist und die publizierten Prävalenzdaten der Statistik Austria in Bezug auf Alkoholismus bereits ab einem Alter von 15 aufgelistet werden, wäre es interessant zu sehen, ob die gefundenen kleineren Effekte auch bei Einschließung von Personen jünger als 42 Jahre und unterschiedlichen sozialen Milieus standhalten würden. Die derzeitige Literatur zeigt, dass grundlegende Symptomatiken wie Depressivität oder Ängstlichkeit zu Alkoholproblemen führen können. Große Effekte sind jedoch auch auf den Ärgerverschiebungs- und Ärgerausdrucksskalen zu finden. Erstrebenswert wäre deshalb die Durchführung von weiterführenden Studien, die sich im Hinblick auf Alkoholentzugstherapien mit Aggressionsbewältigung und Ärgeremotionsmanagement beschäftigen.

8. Literaturverzeichnis

- Abrams, K., Kushner, M., & Reinertsen, K. (2002). Effects of alcohol on anxiety-relevant cognitions in individuals with social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 97–110.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Aviles, F., Earleywine, M., Pollock, V., Stratton, J., & Miller, N. (2005). Alcohol's effect on triggered displaced aggression. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 108-111.
- Batra, A., Niethammer, S., Mänz, C., & Peukert, P. (2011). Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit – Motivationsfaktoren und Erfolgsaussichten. *Sucht*, 57(5), 337-346.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Bremner, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, 13(3), 473-489.
- Briones, E. M., & Benham, G. (2016). An examination of the equivalency of self-report measures obtained from crowdsourced versus undergraduate student samples. *Behavior Research Methods*, 48, 1-15.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.
- Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 148-154.
- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., ... Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, 34(7), 477-489.

- Ciesla, J. A., Dickson, K. S., Anderson, N. L., & Neal, D. J. (2011). Negative repetitive thought and college drinking: Angry rumination, depressive rumination, co-rumination, and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 142-150.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corrigan, P. W., & Rüsch, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312-334.
- Davis, C. G., Thake, J., & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, 35(4), 302-311.
- Demmel, R., & Schröder, M. (2003). Verlangen nach Alkohol, Depressivität und Ängstlichkeit während stationärer Entzugsbehandlung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(4), 303-306.
- Denson, T. F., Aviles, F. E., Pollock, V. E., Earleywine, M., Vasquez, E. A., & Miller, N. (2008). The effects of alcohol and the salience of aggressive cues on triggered displaced aggression. *Aggressive Behavior*, 34(1), 25-33.
- Denson, T. F., Pedersen, W. C., & Miller, N. (2006). The Displaced Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(6), 1032-1051.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory 18*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. (1993). *Brief Symptom Inventory: BSI*. Upper Saddle River, NJ, USA: Pearson.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438.
- Fortson, B. L., Scotti, J. R., Ben, K. S. D., & Chen, Y. C. (2006). Reliability and validity of an Internet traumatic stress survey with a college student sample. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 709-720.
- Franke, G. H. (2000). *BSI – Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Deutsches Manual*. Göttingen: Beltz.
- Giancola, P. R. (2002). The influence of trait anger on the alcohol-aggression relation in men and women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(9), 1350-1358.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2),

260-273.

- Hillemacher, T., Wilhelm, J., & Heberlein, A. (2012). Depression und Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 31(5), 305-310.
- Jensen-Campbell, L. A., Knack, J. M., Waldrip, A. M., & Campbell, S. D. (2007). Do big five personality traits associated with self-control influence the regulation of anger and aggression? *Journal of Research in Personality*, 41(2), 403-424.
- Krantz, J. H., & Dalal, R. (2000). Validity of web-based psychological research. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 35–60). New York: Academic Press.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Van De Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., ... & Primack, B. A. (2016). Association between social media use and depression among US young adults. *Depression and Anxiety*, 33(4), 323-331.
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Butollo, A., Moy, Y., ... & Glück, T. (2014). Institutional abuse in the catholic church in Austria: Types of abuse and impact on adult survivors' mental health. *Child Abuse & Neglect*, 8(1), 52–64.
- Morrison, C. M., & Gore, H. (2010). The relationship between excessive internet use and depression: A questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. *Psychopathology*, 43(2), 121-126.
- Musch, J., & Reips, U. (2000). A brief history of web experimenting. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 61–87). New York: Academic Press.
- Read, J. P., Farrow, S. M., Jaanimägi, U., & Ouimette, P. (2009). Assessing trauma and traumatic stress via the Internet: Measurement equivalence and participant reactions. *Traumatology*, 15(1), 94-102.
- Riva, G., Teruzzi, T., & Anolli, L. (2003). The use of the internet in psychological research: Comparison of online and offline questionnaires. *CyberPsychology & Behavior*, 6(1), 73-80.
- Rohrmann, S., Hodapp, V., Schnell, K., Tibubos, A. N., Schwenkmezger, P., & Spielberger, C. D.

- (2013). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar-2 (STAXI-2)*. Bern: Huber.
- Sakusic, A., Avdibegovic, E., Zoricic, Z., Pavlovic, S., Gaspar, V., & Delic, A. (2010). Relationship between anger, alcoholism and symptoms of posttraumatic stress disorders in war veterans. *Medical Archives*, 64(6), 354-358.
- Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Schwarz, R., Gunzelmann, T., Hinz, A., & Brähler, E. (2001). Angst und Depressivität in der über 60-jährigen Allgemeinbevölkerung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126(21), 611-615.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)*. Bern: Huber.
- Soyka, M., Hollweg, M., & Naber, D. (1996). Alkoholabhängigkeit und Depression. Klassifikation, Komorbidität, genetische und neurobiologische Aspekte. *Nervenarzt*, 67(11), 896-904.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Scale (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1999). *STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory-2; Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M., ... & Franke, G. H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79, 517-523.
- Stevens, S., Rist, F., & Gerlach, A. L. (2008). Ein Überblick über experimentelle Befunde zur Wirkung von Alkohol auf klinisch relevante Angst. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(2), 95-102.
- Teicher, M. H. (2000). Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum*, 2(4), 50-67.
- Tivis, L. J., Parsons, O. A., & Nixon, S. J. (1998). Anger in an inpatient treatment sample of chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(4), 902-907.
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859-883.
- Uhl, A., Bachmayer, S., & Strizek, J. (2015). *Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2015*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Wacker, S. (2011). *Stationäre 6-Wochen-Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige – Eine Katamneseuntersuchung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Göttingen.
- Walter, M., Dammann, G., Wiesbeck, G. A., & Klapp, B. F. (2005). Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum: Wechselwirkungen, Krankheitsprozess und Interventionsmöglichkeiten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 517-525.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American journal of psychiatry*, 156(6), 816-828.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SKID I*. Göttingen: Hogrefe.
- Wright, M. F., & Li, Y. (2012). Kicking the digital dog: A longitudinal investigation of young adults' victimization and cyber-displaced aggression. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(9), 448-454.

9. Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSI-18	Brief Symptom Inventory 18
DAQ	Displaced Aggression Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GSI	Global Severity Index
PP	Paper-Pencil-Verfahren
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview
STAXI-2	State-Trait-Ärgerausdrucksinventar-2
VIA-S	Vienna Institutional Abuse-Study