

**"Erwachsene Kinder von Alkoholikern" als Risikogruppe -
Systematisierung des Forschungsstandes und Reflexion aus identitätstheoretischer
Perspektive**

**Diplomarbeit im Studiengang Erziehungswissenschaften
Fachbereich Erziehungswissenschaften
Universität Lüneburg
vorgelegt von**

Romana Römer

April 1999

- 1. Gutachter: Prof. Dr. Franz Stimmer**
- 2. Gutachter: Dr. Walter Kamps**

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
<u>EINLEITUNG</u>	<u>1</u>
<u>1 "ERWACHSENE KINDER VON ALKOHOLIKERN" (EKAs) ALS RISIKO-GRUPPE</u>	<u>4</u>
1.1 DAS 'EKA-PHÄNOMEN' ALS KOMPLEX PSYCHOSOZIALER STÖRUNGEN	4
1.1.1 TRANSMISSION VON ALKOHOLISMUS	5
1.1.2 ZWISCHEN ZWANGHAFTEM VERHALTEN UND SUCHTGEFÄHRDUNG	6
1.1.3 Co-ABHÄNGIGKEIT	7
1.1.4 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	11
1.1.5 UNDERLEARNING	12
1.1.6 VERLEUGNUNG	13
1.1.7 ZWISCHENMENSCHLICHE BEZIEHUNGEN	14
1.1.8 RIGIDE ROLLENMUSTER	16
1.1.9 DAS "INNERE KIND"	16
1.2 STATISTISCHE PRÜFUNG DES EKA-PHÄNOMENS	18
1.2.1 VERGLEICH EKAs /NICHT-EKAs	19
1.2.2 BINNEN-HETEROGENITÄT	26
1.2.3 VERGLEICH EKAs/ERWACHSENE AUS ANDEREN BELASTETEN FAMILIEN	28
1.3 FAZIT: EKAs ALS RISIKOGRUPPE	30
<u>2 IDENTITÄTSTHEORETISCHE REFLEXION DES EKA-PHÄNOMENS</u>	<u>33</u>
2.1 EINFÜHRUNG IN SOZIALWISSENSCHAFTLICHE IDENTITÄTSMODELLE	33
2.1.1 HINFÜHRUNG ZUM LEITENDEN IDENTITÄTSVERSTÄNDNIS	33
2.1.2 MEAD: SELBSTREFLEXIVE IDENTITÄT ZWISCHEN NORMEN UND KREATIVITÄT	34
2.1.3 KRAPPMANN: IDENTITÄT ALS "BALANCIERENDE LEISTUNG" OHNE VERLEUGNUNG	37
2.1.4 HAUBER: GENERALISIERTE SELBST-ERFAHRUNG	40
2.2 EKAs AUS IDENTITÄTSTHEORETISCHER PERSPEKTIVE	44
2.2.1 IDENTITÄTSDYNAMIK BEI EKAs	44
2.2.2 DAS EKA-PHÄNOMEN ALS IDENTITÄTSSTÖRUNG	54
<u>3 ALKOHOLISMUS - VOM INDIVIDUELLEN PROBLEM ZUM FAMILIENORGANISIERENDEN PRINZIP</u>	<u>59</u>
3.1 ALKOHOLISMUS ALS HETEROGENE KRANKHEIT	59
3.1.1 DEFINITION	59
3.1.2 KRANKHEITSVERLAUF	61
3.1.3 TYPOLOGIE	62
3.2 FAMILIENKRANKHEIT ALKOHOLISMUS	63
3.2.1 FAMILIENSTREßTHEORIE	66

III

3.2.2 DYSFUNKTIONALE BEWÄLTIGUNGSMECHANISMEN	67
3.2.3 FAMILIENDIAGNOSTIK	71

4 IDENTITÄTSENTWICKLUNG IN ALKOHOLISMUSBELASTETEN FAMILIEN 77

4.1 IDENTITÄTSENTWICKLUNG NACH ERIKSON	77
4.2 EKAS UND ZENTRALE ASPEKTE DER IDENTITÄTSENTWICKLUNG	84
4.2.1 KONTINUIERLICHE EINFLÜSSE	84
4.2.2 LEBENSEREIGNISSE	104
4.3 INTERAKTION ZWISCHEN RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN	107

5 ZUSAMMENFASSUNG 111

6 AUSBLICK 115

<u>ANHANG: DIE SOZIALE BEWEGUNG “ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS”</u>	119
---	------------

<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	V
------------------------------------	----------

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: MODELL DER IDENTITÄTSREGULATION	43
ABBILDUNG 2: INTEGRATIVES FORSCHUNGSMODELL	65
ABBILDUNG 3: STREß-VERARBEITUNGS-MODELL	68
ABBILDUNG 4: CIRCUMPLEX-MODELL	72
ABBILDUNG 5: INTERPUNKTIONSFOLGEN	102

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: WOITITZ-KATEGORIEN	20
TABELLE 2: PERSÖNLICHKEITSMERKMALE	21
TABELLE 3: ZWISCHENMENSCHLICHE BEZIEHUNGEN	23
TABELLE 4: EMOTIONALE VERFASSUNG	24
TABELLE 5: BINNEN-HETEROGENITÄT	27
TABELLE 6: EKAS IM VERGLEICH MIT PROBANDEN AUS ANDEREN DYSFUNKTIONALEN FAMILIEN	29
TABELLE 7: IDENTITÄTSKOMPONENTEN	52
TABELLE 8: BEWÄLTIGUNGSFORMEN VON STRESSOREN	70
TABELLE 9: FAMILIÄRE STRUKTUREN UND ORGANISATIONS- MECHANISMEN	106

Einleitung

Mitte der 1970er Jahre entdeckten klinische Therapeuten in den USA auffallende Ähnlichkeiten hinsichtlich der Ausprägung psychosozialer Störungen bei Personen, die mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil aufgewachsen sind.

Weitere Beobachtungen führten schließlich seitens der Therapeuten zu der Auffassung, daß es sich bei diesem Personenkreis um eine “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” (Cermak, 1990, S. 4) handelt, die als “Erwachsene Kinder von Alkoholikern” (EKAs) bezeichnet wurde. In dieser Bestimmung werden Kindheitserfahrungen im Kontext von parentalem Alkoholismus in einen engen Zusammenhang zu psychosozialen Schwierigkeiten im Erwachsenenalter gesetzt.

In den folgenden Jahren entwickelte sich ein wissenschaftlicher Diskurs über die Fundiertheit der klinischen Beobachtungen resp. deren Schlußfolgerungen. Da viele von Alkoholismus in der Herkunftsfamilie betroffene Menschen sich mit der beschriebenen Problematik identifizierten und damit die klinischen Erkenntnisse unterstützten, entstand ein breiteres wissenschaftliches Interesse an dieser Klientel. In Ergänzung zu den unstandardisiert vorliegenden klinischen Beobachtungen wurden diese nun anhand statistischer Verfahren bzgl. ihrer grundsätzlichen Gültigkeit für alle EKAs überprüft. Die Diskussion ist bisher noch nicht beendet. Im Gegenteil stehen sich hier zwei Forschungsbereiche gegenüber, deren Erkenntnisse intern und in bezug aufeinander bisher wenig systematisiert wurden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht aufgrund dieser Situation darin, die klinischen Erkenntnisse einer fundierten Analyse zu unterziehen und auf die statistischen Forschungsergebnisse anzuwenden. Damit verbindet sich ein dreifaches Erkenntnisinteresse:

Erstens interessiert mich, ob die von klinischen Therapeuten aufgestellte Bestimmung von EKAs als “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe” bei genauer Prüfung aufrecht erhalten werden kann. Den Ausgangspunkt dieser Prüfung bildet meine Annahme, daß zwar bei EKAs eine erhöhte Gefährdung für die Ausbildung bestimmter Störungen vorliegt, jedoch weder ‘Allgemeingültigkeit’ innerhalb der Gruppe noch ‘Einzigartigkeit’ im Vergleich zu anderen Problemgruppen uneingeschränkt gültig sind. Daraus ergibt sich für mich die These, daß EKAs sinnvoll als ‘Risikogruppe’ beschrieben werden können. Diese These wird im Verlauf der vorliegenden Arbeit geprüft.

Zweitens versuche ich in dieser Arbeit, die vielfältigen Beobachtungen zu EKAs miteinander zu verbinden, um deren grundlegendes Moment herauszuarbeiten. Dies gelingt anhand einer Reflexion aus identitätstheoretischer Perspektive. Indizien für die Relevanz des Identitätsthemas, das in der EKA-Literatur zwar angesprochen, aber nicht

grundlegend behandelt wird, motivieren mich dazu, hierauf die Basis der gesamten Arbeit zu gründen.

Drittens ergibt sich aus der bereits genannten Vermutung, daß zwischen Alkoholismus im Elternhaus und bestimmten Problemen im Erwachsenenalter ein Zusammenhang besteht, die Frage, welchen Einfluß Alkoholismus auf die familiäre Situation und damit auf das Kind haben kann.

Die Bearbeitung dieser Themen vollzieht sich anhand des folgenden Aufbaus der Arbeit:

Kapitel 1 zielt darauf, Beobachtungen zu EKAs vorzustellen und einer statistischen Prüfung zu unterziehen. Um eine Vorstellung davon zu erlangen, weshalb klinische Autoren EKAs als “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” bezeichnen, werden deren Beobachtungen in Kapitel 1.1 ausführlich dargelegt. Kapitel 1.2 behandelt, vorwiegend anhand von Ergebnissen statistischer Testverfahren, die Frage, welcher Stellenwert der Bezeichnung von EKAs als ‘unterscheidbare Bevölkerungsgruppe’ eingeräumt werden kann. Die Prüfung der These, daß statt dessen der Begriff ‘Risikogruppe’ treffender das Verhältnis von Gefährdung, Vergleichbarkeit mit anderen Gruppen und Individualität beschreibt, systematisiert gleichzeitig den Forschungsstand.

Da die gewonnenen Erkenntnisse zum ‘EKA-Phänomens’ auf eine identitätstheoretische Interpretation des Themas hinweisen, reflektiert Kapitel 2 das vorliegende Thema aus dieser Perspektive. Kapitel 2.1 führt zu diesem Zweck in ausgewählte sozialwissenschaftliche Identitätsmodelle ein. Die chronologisch und inhaltlich aufeinander aufbauenden Modelle von Mead, Krappmann und Haußer dienen als Grundlage der unter 2.2 und 2.3 folgenden Reflexion.

Unter Bezugnahme auf Kapitel 1 und 2 wendet sich der Blickpunkt im folgenden von Analysen zur aktuellen Situation bei EKAs in die Retrospektive, also in Kindheit und Jugend. Eine Annäherung an den von Klinikern formulierten Zusammenhang zwischen Alkoholismus in der Herkunftsfamilie und psychosozialen Schwierigkeiten im Erwachsenenalter verfolgend, behandelt Kapitel 3 die Frage, wie sich Alkoholismus a) auf das abhängige Individuum und b) auf die Familie auswirkt. Kapitel 3.2 zielt dabei auf strukturelle Konsequenzen des Alkoholismus auf das familiäre Umfeld des Kindes.

Nach der allgemeinen Bestimmung alkoholismusbelasteter Familien konzentriert sich Kapitel 4 auf Bedingungen der individuellen Identitätsentwicklung in diesem Kontext. Hier soll geprüft werden, ob potentiell pathogen wirkende Faktoren gefunden werden, die den genannten Rückschluß auf die EKA-Problematik zulassen. Die Analyse anhand

kontinuierlicher und akuter Einflüsse orientiert sich an dem Werk Eriksons. Schließlich wird in Kapitel 4.4 die bisherige Fokussierung kritischer Bedingungen durch mögliche schützende Aspekte ergänzt.

Kapitel 5 faßt die im Verlauf der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse zusammen.

Als Ausblick für die folgende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema “EKAs” verfolgt Kapitel 6 zwei Richtungen. Erstens wird die Frage aufgegriffen, welche Implikationen in bezug auf Interventionen für EKAs sich aus den Erkenntnissen dieser Arbeit ableiten lassen.. Zweitens wird, anknüpfend an den derzeitigen Stand der Forschung, ein Ausblick für explizite Identitätsforschung skizziert.

Einen Blick auf die Ursache für das große, vorwiegend US-amerikanische, wissenschaftliche Interesses an der EKA-Thematik wird dem interessierten Leser im Anhang ermöglicht.

Die Komplexität des vorliegenden Themas verwies mich bei der Bearbeitung an Grenzen in bezug auf den persönlichen Anspruch, der Individualität jedes Menschen gerecht zu werden. So können die hier dargelegten Interpretationen lediglich als eine Annäherung an die eigene Wahrheit des Einzelnen aufgefaßt werden.

1 “Erwachsene Kinder von Alkoholikern” (EKAs) als Risikogruppe

Was sind “Erwachsene Kinder von Alkoholikern”? Diese Frage läßt sich nicht mit einer kompakten Definition beantworten, da der Terminus verschiedene Ebenen anspricht. Grundsätzlich sind damit alle Personen gemeint, die mit alkoholabhängigen Eltern aufgewachsen sind. US-amerikanische klinische Therapeuten entdeckten in ihrer praktischen Arbeit erstens, daß viele ihrer Klienten zu diesem Personenkreis zählen und beobachteten zweitens weitgehende Übereinstimmungen im Krankheitsbild (vgl. Brown/Beletsis/Cermak, 1988, S. VIII).

Sie schlossen daraus, daß EKAs einer in Relation zur Gesamtbevölkerung höheren Gefährdung bzgl. psychosozialer Störungen unterlägen, deren Ausdruck spezifisch sei. Hinter der oben genannten neutralen Definition verbirgt sich deshalb die Hypothese, daß es sich bei EKAs um eine “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” handelt (Cermak, 1990, S. 4).

Eine genauere Bestimmung des EKA-Begriffes läßt sich also erst über die genannten klinischen Beobachtungen anhand der Frage erschließen, worin die Besonderheiten dieser Gruppe liegen. Anstatt von einer Definition läßt sich deshalb passender von einem ‘EKA-Phänomen’ sprechen. Kapitel 1 widmet sich somit der Aufgabe, dieses Phänomen lebendig werden zu lassen und auf dieser Grundlage zu hinterfragen, inwieweit das Postulat einer “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe” legitim erscheint.

Die hier eingenommene Perspektive richtet den Blick auf die psychische Verarbeitung von Eindrücken und Erlebnissen bei EKAs in ihrem *derzeitigen* Leben. Es geht an dieser Stelle also nicht um die Frage, inwieweit bestimmte Muster und Überzeugungen aus der Kindheit erlernt, bzw. transportiert wurden.

1.1 Das ‘EKA-Phänomen’ als Komplex psychosozialer Störungen

Ungefähr mit Mitte Zwanzig zeigen sich bei diesen jungen Menschen die Auswirkungen, die das Heranwachsen in einer Alkoholikerfamilie auf ihre Persönlichkeit hat. Die inzwischen erwachsen gewordenen Kinder von Alkoholabhängigen empfinden allmählich eine Einsamkeit, die sie sich nicht erklären können. Sie werden sich der Gefühle bewußt, die sie von anderen trennen und fühlen sich deprimiert. Wenn dann diese Depressionen häufiger auftreten und länger andauern, ist die Ursache dafür nicht mehr erkennbar. Daneben leiden sie öfter unter Angstgefühlen, und auch hier lassen sich die Gründe dafür nicht ausmachen. Es bereitet ihnen Schwierigkeiten, ein vertrautes Verhältnis zu anderen zu entwickeln. Es fällt ihnen schwer, enge Beziehungen aufrecht zu erhalten, oder sie haben den Eindruck, daß irgend etwas in ihren Beziehungen fehlt. Eine gewisse Sinnlosigkeit ergreift all-

mählich alle Bereiche ihres Lebens. Und sehr wahrscheinlich beginnen sie verstärkt zu trinken, oder sie befinden sich bereits in einer Beziehung mit einem Alkoholismusgefährdeten oder Alkoholabhängigen (Black, 1988, S. 45).

Dieses Zitat bietet einen Einblick in das folgende Kapitel, da darin beinahe sämtliche EKA-Kriterien angesprochen werden.. Das Phänomen impliziert also u.a. negative Gefühlszustände (Ängste, Depressionen), Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen (Eindruck von Isolation, Vertrauensdefizite, Beziehungsarbeit) und anhaltende lebensgeschichtliche Prägung durch Alkoholismus (durch eigene Abhängigkeit oder Partnerschaft mit einer abhängigen Person), deren Bewältigung häufig durch Verleugnungsprozesse verstellt ist. Kapitel 1.1. widmet sich all diesen Aspekten.

1.1.1 Transmission von Alkoholismus

Unterschiedliche Studien (z.B. Cotton, 1979; Drake/Vaillant, 1988) zeigen, daß ca. ein Drittel der untersuchten AlkoholikerInnen ebenfalls alkoholranke Eltern haben bzw. hatten (vgl. Klein/Quinten, 1998, S.2). Diese erhöhte Gefährdung Alkoholabhängigkeit zu entwickeln gilt als ein Argument, EKAs als “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe” zu kennzeichnen (vgl. Cermak, 1990, S.22). Familienstudien über mehrere Generationen (Cotton, 1979) belegen außerdem, daß keine gleichmäßige Verteilung der Krankheit in der Bevölkerung vorliegt, sondern bestimmte Familien überdurchschnittlich betroffen sind (vgl. Cermak, 1990, S. 21 ff.). “Transmission von Alkoholismus” bezeichnet also die übergenerative ‘Weitergabe’ der Abhängigkeitserkrankung.

Laut Klein/Zobel (1997) scheint ein “biopsychosoziales” Bedingungsgefüge “am besten geeignet, Risiken für die generationsübergreifende Transmission des Alkoholismus zu erklären” (Klein/Zobel, 1997, S. 135). Es wird damit angenommen, daß sowohl biologisch-genetische Faktoren als auch soziale Lernprozesse und Einflüsse sowie die psychische Verarbeitung des Individuums im Zusammenspiel die Entwicklung einer Abhängigkeit verstärken oder hemmen (vgl. ebd.).

Soziale Einflüsse aus dem familiären Umfeld konnten bisher allerdings in Studien nicht bestätigt werden. Eine *Adoptionsstudie* (Goodwin et al. 1973) verglich Geschwister alkoholkranker Eltern anhand der Variable, ob sie bei den leiblichen Eltern aufgewachsen waren. Die hinter dieser Untersuchung stehende These, daß das Aufwachsen ohne den alkoholabhängigen Elternteil die Gefährdung für eigene Abhängigkeitsentwicklung verringern würde, konnte nicht bestätigt werden (vgl. Searles, 1994, S. 188). Searles weist jedoch darauf hin, daß bei der “derzeitigen Faszination, die genetische/biologische Modelle zur Pathogenese von Krankheiten hervorrufen”, weitere Forschungen zu den Umwelteinflüssen vernachlässigt worden seien (Searles, 1994, S. 209).

Besondere Aufmerksamkeit erregte der Hinweis der oben genannten Untersuchung eines genetischen Einflusses der Alkoholismus-Transmission. EKAs, die direkt nach der Geburt in eine Familie ohne diese Problematik adoptiert wurden, bildeten danach vier- bis neunmal häufiger eine Alkoholabhängigkeit aus als im gleichen Alter adoptierte Personen aus einer Herkunftsfamilie ohne diese Problematik (vgl. Cermak, 1990, S. 22).

Zwillingsstudien unterstützen die These, daß Alkoholismusedwicklung teilweise erblich bedingt ist. Das Forschungsdesign orientiert sich daran, daß monozygote (MZ) bzw. eineiige Zwillingspaare genetisch 100% übereinstimmen, sich dizygote (DZ) bzw. zweieiige Zwillinge hingegen, wie andere Geschwisterpaare, in ihrem genetischen Material nur zu ca. 50% gleichen. Diesen Werten entsprechend fand Kaij (1960) heraus, daß im Vergleich bei MZ-Paaren doppelt so häufig wie bei DZ-Paaren beide Geschwister durch Alkoholismus betroffen sind. Das heißt, ein MZ-Zwilling hat den Ergebnissen zufolge zu 60% einen ebenfalls abhängigen Geschwisteranteil, bei DZ-Zwillingen trifft dies nur in 30% der Fälle zu.

Die Eindeutigkeit dieser Untersuchungen wird durch folgende Anmerkungen beeinträchtigt: Erstens gelten die Ergebnisse der Adoptionsstudie nur für männliche Probanden. Zweitens kann der sozialisatorische Anspruch an MZ-Zwillinge, sich “in allem” ähnlich zu sein, von der genetischen Komponente nicht extrahiert werden (vgl. Searles, 1994, S.182 f.).

Der bisherige Erkenntnisstand ermöglicht nur die tendenzielle Aussage, daß EKAs einer überdurchschnittlichen Gefährdung ausgesetzt sind, alkoholabhängig zu werden.

1.1.2 Zwischen zwanghaftem Verhalten und Suchtgefährdung

Seit den 70er Jahren trat in der Alkoholismusforschung an die Stelle des Sucht-Begriffes die Bezeichnung ‘Abhängigkeit’, womit insbesondere dem diskriminierenden Impetus eines ‘siechenden’, willensschwachen Menschen entgegengewirkt werden sollte (vgl. Stimmer, 1978, S. 29, Wilson Schaefer, 1995; S. 328). Außerdem ermöglichte diese Bestimmung eine Fokussierung auf körperliche und psychische Konsequenzen von substanzgebundenem Abusus, in Abgrenzung zu prozeßgebundenen Süchten.

In der neueren Literatur wird diese Unterscheidung teilweise wieder aufgehoben. Die mittlerweile gewonnen Erkenntnissen zu Alkoholismus führten einige Autoren zu der Annahme, daß Suchtverläufe, gleichgültig im Bezug auf welche Substanz oder Tätigkeit, vergleichbare psychische und soziale Konsequenzen und Muster zeigten. Spiel-, Sex-, Eß-, oder Arbeitssucht unterliegen demnach denselben Mechanismen (z.B. Toleranzsteigerung, Kontrollverlust, Verheimlichung oder sozialer Abstand) wie Alkoholabhängigkeit (siehe dazu Kap. 3).

Bei Erwachsenen Kindern von Alkoholikern wurde eine gesteigerte Gefährdung für den Eintritt in diesen Verlauf festgestellt. Die für Alkoholismus geltende schwierige Differenzierung zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit muß berücksichtigt werden, wenn eine Inflation des Begriffes ‘Sucht’ vermieden werden soll. Deshalb übernehme ich die Definition des bei EKAs beobachteten gesteigerten ‘Suchtpotentials’ als ‘zwanghaftes Verhalten’ (siehe Robinson/Rhoden, 1998, S. 83).

Robinson/Rhoden beschreiben EKAs als Personen, die, zur Ablenkung von Ängsten und Gefühlen, überproportional häufig zwanghaft reagieren. Dabei kann entweder eine Festlegung auf ein Medium erfolgen (“I hid my work as my father had hidden his bottle” (Robinson, bei Robinson/Rhoden 1998, S. 87) oder die Person springt zwischen verschiedenen Suchtmitteln und empfindet sich in vielen Lebensbereichen unter ‘Suchtdruck’ (“Damn, I’m not an alcoholic. I’m compulsive when I drink just like I’m compulsive when I eat or talk or used to be when I smoked” (Emma, bei Robinson/Rhoden, 1998, S. 85).

1.1.3 Co-Abhängigkeit

In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition von Co-Abhängigkeit, da der theoretische Zugang, z.B. familientherapeutisch, kognitionspsychologisch oder psychoanalytisch die Sichtweisen variieren läßt. Auch sind laut Cermak viele Anschauungen “vage und metaphorisch” (vgl. Cermak, 1990, S. 94).

Cermak bietet die folgende Definition an: Co-Abhängigkeit ist “eine Persönlichkeitsstörung, die beruht auf: einem (starken) Kontrollbedürfnis, auch angesichts schwerwiegender nachteiliger Konsequenzen, Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse, Bindungsverzerrungen bezüglich Intimität und Abgrenzung, Verstrickung mit eindeutig dysfunktionalen Personen, und anderen Anzeichen wie Verleugnung, (.), Depression und streßbedingten physischen Krankheiten (Cermak, 1986, übersetzt durch R.R.).¹

Daraus resultiere “ein Muster schmerzhafter Abhängigkeit von zwanghaften Verhaltensweisen und der Anerkennung durch andere in dem Versuch Sicherheit, Selbstwert und Identität zu finden” (US Journal preconference forum on co-dependence, 1989).²

Cermak verwendet den Begriff Co-Abhängigkeit sehr differenziert, deshalb soll seine Sichtweise zuerst vorgestellt und durch andere Beschreibungen ergänzt werden. Er geht davon aus, daß es eine “reife” Form von “Mit-Abhängigkeit” gibt, die zu einer gesunden, ausgewogenen Persönlichkeit gehöre (vgl. Cermak, 1990, S.94). Die “unreife”

¹ zit. nach Whitfield, 1992, S.817.

² zit. nach ebd. a.a O.

Form jedoch verursache pathologische Persönlichkeitseigenschaften und könne in ihrer Intensität bis zur Bildung einer Persönlichkeitsstörung reichen (vgl. ebd. a.a.O.)³ Er plädiert dafür, diese starke Ausformung, wie alle anderen Persönlichkeitsstörungen, diagnostisch zu erfassen und orientiert sich hierbei am DSM-III-R.

Ineffektive Bewältigungsstrategien führen nach Auffassung Cermaks zu der Persönlichkeitsstruktur der “Co-Abhängigkeit”, welche nicht nur in Alkoholikerfamilien vorzufinden, aber in vielem mit dem Sucht-Prozeß zu vergleichen sei und deshalb in seiner Intensität und Rigidität der Ausprägung bei EKAs unbedingt untersucht werden müsse.

Bei Whitfield (1992) findet sich der Vorschlag, aus pragmatischen Gesichtspunkten die “adult child condition” und Co-Abhängigkeit diagnostisch zu einen (vgl. Whitfield, 1992, S. S. 817). Cermak hingegen betont, daß Co-Abhängigkeit nur einen Teil des Spektrums der möglichen Auswirkungen des Aufwachsens mit Alkoholkrankheit darstelle: “It is not possible to collapse the “ACA-Syndrome” onto being equivalent to co-dependence.(...) Since alcoholism is not a necessary condition for co-dependence, and since ACAs are not necessarily co-dependent, it’s a grave oversimplification to equate being an ACA with being co-dependent” (siehe ebd. a.a.O.). Greenleaf knüpft an eine Diskussion um “Primäre” und “Sekundäre” Co-Abhängigkeit an. Sekundäre Co-Abhängigkeit bezeichnet, daß die Ausprägung erst im Erwachsenenalter als Folge einer anpassenden Antwort auf das Leben mit einem abhängigen Menschen erfolgte. Im Fall von EKAs wird von Primärer Co-Abhängigkeit gesprochen, da schon während der Kindheit co-abhängiges Verhalten und Fühlen erlernt wurde. Diese Störung ist schwerer, da tiefgreifender, zu behandeln (vgl. Cermak, 1990, S. 111).

Weit verbreitet ist die Beschreibung der Rolle des “enablers”⁴, die der co-abhängigen Person zukommt, bzw. die sie sich nimmt. Der enabler verhindert, daß der abhängige Mensch die Folgen seines Verhaltens vollständig selber zu tragen hat (vgl. Bennett/Wolin, 1994, S.29). Dadurch wird der Suchtprozeß mindestens indirekt unterstützt. ‘Co’ bedeutet in diesem Kontext soviel wie “nötig für das funktionieren” (Greenleaf, 1988, S.6) der Abhängigkeit. Bewirkt wird dieser Effekt häufig durch Maßnahmen der Angehörigen oder Nahestehenden, die eigentlich das Gegenteil, die Reduktion des Alkoholkonsums, bewirken sollen. Ausdruck findet dieses Verhalten z.B. darin, jemanden krankzuschreiben, Alkohol zu besorgen oder auch zu vernichten, Alkoholismus zu verheimlichen und die abhängige Person nach Alkoholexzessen zu pflegen.⁵

³ Laut dem DSM –IV stellen “Persönlichkeitszüge (.) überdauernde Muster des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt dar. Sie kommen in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen und Zusammenhänge zum Ausdruck” (DSM-IV, 1996, S. 712).

⁴ enable = ermöglichen

⁵ Diese ‘Dienste’ können vom gesamten sozialen Umfeld erbracht werden, also auch von Arbeitskollegen, Freunden oder Vorgesetzten.

Co-Abhängigkeit ist ein komplexes Verhaltens- und Bedingungsgefüge, so daß Schematisierungen schnell zu unzulässiger Vereinfachung geraten. Deshalb soll hier ein Zugang über drei Grundemotionen gesucht werden, die laut Cermak co-abhängigem Verhalten zugrunde liegen. Auf diesem Weg kann kausale Zuweisung umgangen werden, denn entscheidend ist nicht das gezeigte Verhalten, sondern die damit verbundene Motivation.⁶ Die erkenntnisleitende Frage ist also nicht ‘warum tut er/sie dies’, sondern ‘wozu’. Was soll erreicht oder verhindert werden?

Als charakteristische Grundemotionen der co-abhängigen Person nennt Cermak a) Stolz, b) Scham und c) Zweifel. Die Intensität, in der diese Gefühle das Leben dominieren, gilt jeweils als Indiz für das Ausmaß der Betroffenheit (vgl. Cermak, 1990, S. 132 f.).

a) Stolz

Stolz entsteht aus der aufgebrauchten Willenskraft, Dinge und Personen unter Kontrolle zu halten. Die Ausweglosigkeit, darüber “Glück” zu erfahren bedingt sich häufig dadurch, daß Kontrollillusionen bestehen über Bereiche des Lebens, die nicht zu kontrollieren sind. Hier überschneiden sich die Erscheinungsbilder der Alkohol- und Co-Abhängigkeit. Im allgemeinen lebt auch der Alkoholiker vor Beginn der Genesung mit der Idee, er habe sein Trinkverhalten, seine “Beziehung zum Alkohol” im Griff. Diese “Omnipotenz” begründet sich bei der co-abhängigen Person häufig darin, sich kompetent zu fühlen, den Abhängigen von der Krankheit zu befreien. Repräsentiert wird diese Vorstellung durch Glaubenssätze wie “wenn ich ihn/sie nur genügend liebe” oder “wenn ich ihm/ihr keinen Anlaß gebe, wird das Problem verschwinden”. Deutlich wird, daß über solche Annahmen ein Selbstbewußtsein außerhalb des eigenen Selbst “konstruiert” wird. Erfolg und Leistung im beruflichen, intellektuellen und menschlichen Bereich werden gebraucht, um diese ‘Wichtigkeit’ aufrechtzuerhalten. Wie wenig stabil diese Sicherheit ist, verdeutlicht die häufige Suche nach Zuneigung bzw. Anerkennung: ‘Nur wenn ich gebraucht werde/ gut bin, habe ich eine Existenzberechtigung’. Durch immer stärkeres Insistieren auf Erfolge, die nicht oder nur durch Vernachlässigung der eigenen Gesundheit erreichbar sind, entsteht ein Teufelskreis.

b) Scham

Hilfsbereitschaft gilt als sozial hoch anerkanntes Attribut. EKAs sind häufig wahre Künstler darin, Bedürfnisse anderer zu erkennen und prompt zu erfüllen. Sie haben ‘Antennen’ dafür. Allerdings ist dies nicht in erster Linie ein Kennzeichen für ‘Altruismus’ als gewünschtes soziales Potential, sondern ein Überlebenswerkzeug (vgl. Cermak, 1990). Ein während der Kindheit unerläßliches Werkzeug, um erstens die extremen, oft unkalkulierbaren Stimmungsschwankungen des abhängigen Elternteils so früh wie mög-

⁶Dieser Standpunkt entspricht einer ‘finalen’ Sichtweise, die sowohl in der Individualpsychologie als auch im Konstruktivismus verwendet wird.

lich wahrzunehmen und zweitens, um all seine Fähigkeiten einzusetzen, die Situation zu entschärfen. Drittens wird laut Cermak Kindern in Alkoholikerfamilien bedingungslose Zuneigung oft vorenthalten, d.h., um Zuneigung und Anerkennung zu bekommen, müssen sie anderen gerecht werden und eigene Bedürfnisse in den Hintergrund stellen. Daraus resultiert auf Dauer eine gestörte Beziehung zu den eigenen Gefühlen. Diese werden als nicht genügend wertvoll bewertet, um sich für sie einzusetzen. Hieraus entstehe die zweite zugrunde liegende Emotion: Scham im Bezug auf die eigenen Bedürfnisse (vgl. Cermak, 1990, S.133).

Ulrich Mees reiht in seinem Buch DIE STRUKTUR DER EMOTIONEN (1991) sowohl Stolz als auch Scham in die Hauptklasse der “Attributionsemotionen” ein. Dabei zählen beide zu der “internalen” Kategorie, womit “gemeint (ist), daß es hierbei um die Zuschreibung (Attribution) von internaler Verantwortung geht. Man schreibt *sich* (kursiv bei Mees) (als tatsächlichem oder formalem Urheber) die Verantwortlichkeit für ein Tun/Lassen zu, das entweder gebilligt oder mißbilligt ist” (Mees, 1991, S.59). Billigung führt danach zu Stolz, Mißbilligung hingegen zu Scham. Co-abhängiges Verhalten orientiert sich maßgeblich an diesen Kriterien. Dabei wird zunehmend Verantwortung für Begebenheiten außerhalb des eigenen Selbst übernommen (z.B. Trinkverhalten, Streitigkeiten zwischen den Eltern, aber auch positive Stimmungen oder Verhaltensweisen anderer Personen werden auf das eigene Verhalten bezogen).

c) Zweifel

Zweifel über die eigene Identität stellen laut Cermak die dritte Grundemotion dar. Das Individuum ist auf eine Definition seiner Person von außen angewiesen. Diese Definition erfolgt vorwiegend aus Bedürfnissen anderer Menschen, insbesondere denen des Alkoholikers. Im gleichen Maß, wie der Alkoholiker den co-abhängigen Gegenpart braucht, um seine Abhängigkeit aufrecht erhalten zu können, benötigt der co-abhängige Partner den Alkoholiker, um sich ‘identisch’ zu fühlen.⁷

Der von Cermak geleistete Hinweis auf die ‘Außendefinition’ bei co-abhängigen EKAs wird uns in Gestalt einer identitätstheoretischen Interpretation (1.3) weiter beschäftigen.

⁷ Mit dem Entschluß des Alkoholikers, trocken zu werden, verbindet sich deshalb für die co-abhängige Person häufig nicht nur Erleichterung. Vielmehr wird sie dadurch vor die Aufgabe gestellt, ihren Selbstwert aus anderen Quellen zu beziehen. Abstinenz bedeutet für das Paar somit einerseits die Notwendigkeit einer neuen Beziehungsstruktur, andererseits eine neue Selbstdefinition beider Partner.

1.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Cermak kennzeichnet das Aufwachsen in einer von Alkoholismus betroffenen Familie als im hohen Maße streßgefährdet, offen oder/und verdeckt. Er zieht eine Parallele zu Untersuchungen über Vietnam-Veteranen und stellt die These auf, daß viele EKAs ebenfalls unter der sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD⁸) leiden. Diese Persönlichkeitsstörung kann traumatischen Erlebnissen folgen und weist gemäß dem DIAGNOSTISCHEN UND STATISTISCHEN MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN (DSM-IV, 1996) folgende Kriterien über einen Zeitraum von mindestens einem Monat auf:

a) Wiedererleben des Traumas

“Wiedererleben des Traumas” kann in Form von “wiederkehrend und eindringliche(n) belastende(n) Erinnerungen” (DSM-IV, 1996, S.491) und Träumen im Kontext mit dem resp. den Erlebnissen geschehen. Weiterhin können Handlungen oder Gefühle auftreten die suggerieren, das Erlebnis wiederhole sich. Intensive psychische und/oder körperliche Reaktionen können auf die Wahrnehmung von verwandten Aspekten des Ereignisses auftreten (vgl. DSM-IV, 1996, S. 492).

b) Psychische Taubheit

Aus dieser Erinnerungsgewalt können pathologische Abwehrmechanismen resultieren. Diese äußern sich in Vermeidung von mit dem Erlebnis in Beziehung stehenden Gedanken und Aktivitäten. Dabei können Erinnerungslücken entstehen, die Gefühlsvielfalt wird durch “psychische Taubheit” blockiert und der/die Betroffene hegt pessimistische Antizipationen bezüglich der ihm/ihr möglichen positiven Zukunftsgestaltung.

c) Erhöhtes Arousal

Eine weitere Bewältigungsstrategie besteht darin, ständig ‘auf der Hut’ zu sein. Ein beträchtlicher Teil der Konzentration wird darauf verwendet, die Umgebung zu ‘kontrollieren’. Dieses “erhöhte arousal” bewirkt eine (bei EKAs zu beobachtende) große Sensibilität für Änderungen und Stimmungen, straft jedoch durch Symptome wie Schlaflosigkeit, Reizbarkeit oder Wutausbrüche (durch ständige Anspannung), Konzentrations-schwierigkeiten (da die Energie schon gebunden ist) und übertriebene Schreckreaktionen, bzw. Ängstlichkeit (vgl. DSM-IV., 1996, S.492; Cermak, 1990, 78 ff.).

d) Überlebensschuld

Im DSM wurde seit der Revision des dritten Manuals auf das diagnostische Kriterium der Überlebensschuld verzichtet. Zuvor galt es als weiteres Kriterium für PTSD (vgl. Cermak, 1990, S.80). Cermak schreibt diesem Phänomen Bedeutung für EKAs zu.

⁸ engl. : Post-Traumatic-Stress-Disorder

Grundstein der “Überlebensschuld” sind Schuldgefühle jenen Personen gegenüber, die einer traumatisierenden Situation nicht entkommen sind. EKAs, die mittlerweile in räumlicher Distanz zu ihrem Elternhaus leben, können demnach darunter leiden, die Familie in ihrer ausweglos scheinenden Situation zurückgelassen zu haben. Die sich schuldig führende Person kann nicht akzeptieren, daß sie machtlos war, die Situation zu ändern. (vgl. Cermak, 1990, S. 80). Cermaks klinische Beobachtungen zeigen einen Zusammenhang zwischen dieser Störung und Depressionen. (vgl. Cermak, 1990, S. 80).

PTSD ist nicht bei allen EKAs voll entwickelt, aber einige Elemente lassen sich Cermaks Beobachtungen zufolge bei den meisten Personen dieser Gruppe nachweisen. Im Unterschied zu den psychischen Kriegsfolgen bei Veteranen habe sich die Symptomatik bei EKAs im Verlauf der Kindheit gebildet (vgl. ebd. S.12 f.).

1.1.5 Underlearning

“Underlearning” bezeichnet “ungenügendes Ausgesetztsein gegenüber normalem Verhalten” (vgl. Cermak, 1990, S. 14). Daraus resultiert, daß bestimmte Inhalte mangels eines adäquaten Vorbilds nicht vermittelt wurden. Diese Defizite können auf a) kognitiver resp. verhaltensbezogener Ebene, auf b) emotionaler Ebene und c) Identitätsebene auftreten. Die Interventionsschwierigkeit erhöht sich von a - c (vgl. ebd. S.15).

a) Kognitive resp. verhaltensbezogene Ebene

Defizite auf der Kognitions- und Verhaltensebene äußern sich dadurch, daß die betroffene Person in bestimmten Situationen (die individuell variieren) nur einen eingeschränkten Zugang zu möglichen Verhaltensweisen oder Entscheidungen hat (vgl. Cermak, 1990, S.155). Manifestiert sich “underlearning” nur auf dieser Ebene, kann das Wissensspektrum Cermak zufolge durch Informationshilfen relativ leicht erweitert werden (vgl. ebd. a.a.O.).

b) Emotionale Ebene

Wie bereits in Kapitel 1.1.3 (Co-Abhängigkeit) skizziert wurde, verweisen klinische Beobachtungen bei EKAs auf eine reduzierte ‘Gefühlspalette’. Bestimmte Emotionen dominieren das Erleben derart, daß die mögliche Vielfalt menschlicher Empfindung nur eingeschränkt wirksam wird. Cermak betrachtet dieses Phänomen als Konsequenz aus dem familiären ‘Verbot’ bestimmter Gefühlsäußerungen. Danach bedingt Alkoholismus in der Familie ein Zurücktreten der individuellen emotionalen Wahrnehmung hinter die Erfordernisse der Abhängigkeit. EKAs haben deshalb Schwierigkeiten, ihre Gefühle wahrzunehmen oder zu benennen. Die direkte Übersetzung von Emotionen, d.h. das Ausdrücken des wahrgenommenen Gefühls ist blockiert. Als “verboten” wahrgenom-

mene Gefühle kommen durch Ersatz-emotionen zum Ausdruck, beispielsweise wird Wut zu Trauer transformiert (vgl. Cermak, 1990, S.142).

c) Identitätsebene

Bei einigen Klienten liegt das Problem nach der Beobachtung Cermaks tiefer. Selbst wenn sie sich in der Intervention von Begrenzungen auf level a) und b) teilweise befreien konnten, hat sich ihr Selbstverständnis nicht geändert, sondern erscheint weiterhin brüchig. (vgl. ebd. S.150). Hier findet sich, neben der oben genannten ‘Außenorientierung’, ein weiterer Hinweis auf identitätsrelevante Schwierigkeiten bei EKAs, deren Relevanz unter 1.3 geprüft wird.

1.1.6 Verleugnung

Since denial prevents one from being aware of the real reasons of the pain in one's life, there is an endless searching for 'the answer' - something that will make sense of the feeling (Cermak, 1990, S.182).

Klinische Beobachtungen zeigen, daß EKAs sich des Hintergrunds ihrer Probleme häufig nicht bewußt sind (siehe Brown, 1988; Cermak, 1990; Woititz, 1990). Sie empfinden oft ein anscheinend “ursprungsloses Gefühl von Unbehagen” (Cermak, 1990, S. 182, übersetzt durch R. R.). Verantwortlich für diese fehlende Kopplung zwischen Kindheitserfahrungen und der aktueller Situation ist nach Ansicht der Autoren ein, den Alkoholismus begleitender, Verleugnungsprozeß.

Der Terminus ‘Verleugnung’ wird in der Psychoanalyse zweifach gebraucht. In der alltagssprachlichen Verwendung handelt es sich um das Abstreiten eines bekannten Sachverhaltes, um einen bewußten Vorgang. Als Metapher für diesen Vorgang verwendet die Tiefenpsychologie den Begriff aber auch, wenn dasselbe unbewußt geschieht. Dadurch kennzeichnet sich das Wesen eines Abwehrmechanismus. Entscheidend für das Wesen der Verleugnung in diesem Sinn scheint zu sein, daß zwar die Tatsache bekannt ist, aber ihr affektiver Stellenwert oder der Bedeutungszusammenhang verdeckt sind (vgl. König, 1996, S.39 ff.).

Angewendet auf Alkoholismus bedeutet die letztgenannte Definition, daß die alkoholabhängige Person ihr Trinkverhalten zwar registriert, es aber nicht realitätsgerecht interpretiert und sich somit über mögliche Folgen nicht klar ist (vgl. ebd. S.40). Sie verharrt in der Illusion, die Kontrolle über den Alkohol zu haben.

Bei den Angehörigen kommt das gleiche Prinzip zur Wirkung. *Wenn* der Konsum offensichtlich ist, können von dem Partner oder den Kindern Konsequenzen, auch für die eigene Person, verleugnet werden. Das kann einmal bedeuten, daß die Alkoholkrankheit als solche nicht gedeutet wird. Zum anderen kann (wenn das Problem erkannt ist) auch

bei ihnen eine Kontrollillusion bestehen, die sie scheinbar dazu ermächtigt, den Alkoholiker ‘davon abzubringen’. Die eigene Involviertheit sowie Konsequenzen für das eigene Leben können verborgen bleiben. Diese Realitätsverzerrung wirkt potentiell pathogen. (vgl. Haubl et al., 1986, S.192).

Kinder alkoholabhängiger Eltern wachsen häufig in diese Mechanismen hinein und folglich werden, nach Auffassung klinischer Autoren, Probleme bei EKAs oft weder von ihnen selbst noch von professionellen Helfern in ihrem Entstehungszusammenhang erkannt.

Wie auch bei den bisher genannten diagnostischen Kriterien kann die Ausprägung der Störung interindividuell variieren.

1.1.7 Zwischenmenschliche Beziehungen

Es erscheint gewagt, sich der Frage zuzuwenden, welche Schwierigkeiten sich Beobachtungen und Interviews zufolge für EKAs in intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen (hier sind sowohl platonische als auch sexuelle Freundschaften gemeint) ergeben können. Denn welcher Mensch bleibt vor Problemen in diesem Bereich verschont? Das von Woititz aufgestellte Merkmal “Erwachsene Kinder von Alkoholikern haben Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen” (Woititz, 1990, S.113) läßt an der Fundiertheit der EKA-Literatur zweifeln. Um zu verstehen, weshalb dieses Thema in der gesamten Diskussion gegenwärtig ist, bedarf es einen tieferen Blickes auf die beobachtete Beziehungsdynamik dieser Gruppe.

Als Grundsteine dieser Komplikationen werden Mißtrauen, Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Relation angeführt und Angst vor Kontrollverlust genannt (vgl. z.B. Lambrou, 1990; S.100 ff.).

Förderliche, intime Beziehungen gedeihen ohne stete Bedingungen annahmsweise am besten. Der Literatur ist zu entnehmen, daß EKAs sich auf dem Weg dorthin häufig selbst blockieren. Denn, wie oben gezeigt wurde, beziehen EKAs ihren Selbstwert und ihr ‘Recht auf Liebe’ häufig aus der Annahme, gebraucht zu werden, unentbehrlich zu sein. Dem entspricht die Beobachtung Cermaks, daß co-abhängige EKAs oft Beziehungen mit hilfebedürftigen, also z.B. wiederum alkoholabhängigen Menschen eingehen, die wahrscheinlich nicht in der Lage sind, ausreichend auf die Bedürfnisse ihres Gegenübers einzugehen (vgl. Cermak, 1990; S. 104 f.). Im Gegenteil neigen EKAs dazu, unangemessenes Verhalten ihres Gegenübers lange zu ertragen (vgl. Whitfield, 1992, S. 821). Das EKA findet sich damit in einer (wohlbekannten) Situation wieder. Dadurch braucht es sein Selbstkonzept “wenn man sich auf Nähe einläßt, muß man ganz (bis zur Selbstaufgabe) für den anderen dasein” (Schmidt, 1987, S. 47) nicht zu ändern und befindet sich auf vertrautem Terrain. Vertraut sind allerdings auch die begleitenden Frustrationen, einhergehend mit weiter sinkendem Selbstwertgefühl sowie Gefühlen des

Ausgenutztwerdens und Opferdaseins (vgl. Cermak, 1990, S. 104; Al-Anon-Familiengruppen, 1995; S. 208).

Dieser Dynamik folgend ist es wahrscheinlich, daß auch Partner, die ‘Hilfe’ nicht wollen, von dieser Taktik nicht ausgenommen bleiben. Negatives Feedback aus solchen Konstellationen kann zu Isolation bzw. Abkapselung führen (vgl. Al-Anon, 1995, S. 146).

Dies verweist auf ein hohes Kontrollbedürfnis bei EKAs. Solange sie das Gegenüber manipulieren können, wägen sie sich in relativer Sicherheit. Sich nicht für die andere Person verantwortlich zu fühlen und dabei “Mitleid mit Liebe zu verwechseln” (Al-Anon, 1995, S. 147) hieße, ihr Gestaltungsfreiraum zu lassen *und* würde das EKA auf sich selbst zurückwerfen. Lambrou dazu: “Nähe zulassen kann man nur, wenn man sich für die eigenen Bedürfnisse verantwortlich fühlt, sie nicht beiseite schiebt, sondern erfüllt und sie auch dem anderen mitteilen kann” (Lambrou, 1990, S. 128). Da der Umgang mit den eigenen Gefühlen bis dato häufig versperrt oder in Verwirrung mündend war, ergibt sich hier ein Risiko (vgl. Schaef, 1986; S.54). EKAs und Co-Abhängige allgemein versuchen häufig, diese ‘Wirrungen’ kognitiv in den Griff zu bekommen:

Dabei sind wir richtige Gehirnakrobaten geworden. Wir können alles und jeden analysieren, aber anhaltende Analyse bringt uns nicht weiter. Unsere Beziehungen funktionieren immer noch nicht (Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S: 79).

Wird das Risiko gewagt, sich ‘zu öffnen’, gelangt man zur tieferliegenden Problematik. Bis hierher orientieren sich die Überlegungen an der aufrecht zu erhaltenden Fassade. So stark diese erscheint, so undefiniert sind die Grenzen, die sich jenseits verbergen. Ersteinmal ‘geknackt’, finden sich EKAs häufig in einer Suche nach ‘Symbiose’ wieder. Dabei fällt es ihnen schwer, sich abzugrenzen, es entsteht der Eindruck ‘in den anderen hineinzufallen’ (vgl. Schaef, 1986; S.57). Das EKA dürstet nach ‘Liebesbeweisen’ und bleibt skeptisch: “Mir fällt dazu nur ein, daß ich Angst habe, niemals zu wissen, ob die Liebe real ist” (Anonym, in Woititz, 1990, S. 70).

Hinzu kommt die häufig genannte Angst davor, verlassen zu werden: “Selbst wenn ich es wert bin, werden sie mich auf jeden Fall wieder verlassen, und ich kann nichts tun, damit sie bleiben; es braucht nicht viel, damit sie weggehen. So ist das immer” (Anonym, bei Woititz, 1990, S. 71).

Laut Woititz beruht diese ausgeprägte Furcht vor Verlust auf der Unfähigkeit, Unstimmigkeiten als Teil einer funktionierenden Beziehung zu sehen: “Ein Paar hat immer wieder mit Mißverständnissen oder mit Ärger zu tun. Das winzigste Mißverständnis wird für erwachsene Kinder von Alkoholikern sehr schnell zu einem Riesenproblem, weil das Thema ‘Verlassenwerden’ in den Vordergrund tritt” (Woititz, 1990, S. 70).

Dementsprechend umgehen EKAs laut Schmidt (1987) direkte Konfliktregelung. Diese Umwege führen z.B. zu Symptombildung, Wutausbrüche oder Intrigen (siehe Schmidt, 1987, S.48).

Daran schließt sich die Beobachtung an, daß EKAs oft den Aspekt ‘Beziehungsaufbau’ vernachlässigen:

Ich habe das Gefühl, daß die einzige Möglichkeit, wie ich mich jemals in jemanden verlieben könnte, darin besteht, daß er ein absolut perfekter Mensch ist, der zur Tür hereinkommt, und die Beziehung ist sofort und automatisch vollkommen (Anonym, bei Woititz, 1990, S. 70).

Zusammenfassend erschwert bei EKAs mangelndes Vertrauen, verbunden mit der Furcht, ‘das wahre Gesicht’ zeigen zu müssen die Beziehungsaufnahme; “underlearning” hinsichtlich gesunder, zwischenmenschlicher Prozesse (z.B. Nähe/Distanz-Relation) behindert Beziehungsaufbau und -gestaltung.

1.1.8 Rigide Rollenmuster

EKAs werden als Personen beschrieben, deren Verhaltensrepertoire rigide an bestimmten Mustern orientiert ist. Nach Black (1988) und Woititz (1990) führt Alkoholismus in der Herkunftsfamilie bei Kindern zu bestimmten Anpassungsleistungen, die nicht ‘kindgerecht’ sind. Das Kind identifiziert sich mit einer, ihm zugewiesenen Rolle und stabilisiert damit das familiäre System. Dem Rollenträger bietet deren Inhalt Orientierung, wenngleich jede Rolle ihr eigenen negativen Auswirkungen für die kindliche Entwicklung hat. Beobachtungen an EKAs zeigen, daß diese Rollen in rigider Ausprägung in das Erwachsenenalter transportiert werden. EKAs gelingt damit keine Distanzierung von diesen Mustern, die jedoch notwendig wäre, um eigene Fähigkeiten und Bedürfnisse erkennen und lebensgeschichtlich ausformulieren zu können.⁹

1.1.9 Das “Innere Kind”

Bradshaw (1990) liefert mit seinem Modell des “Inneren Kindes” eine metaphorische Zustandsbeschreibung von EKAs. Er geht davon aus, daß bestimmte Entbehrungen in Kindheit und Jugend eine Diskrepanz zwischen äußerem reifen Erscheinen und innerem Verharren im verletzenden Stadium der Entwicklung bewirken. So stünde dem ‘funktio-

⁹ Ausführlich werden die von Wegscheider (1988) dargelegten kindlichen Rollen sowie deren Fortführung im Erwachsenenalter in dem Kapitel “Identitätsentwicklung in alkoholismusbelasteten Familien” (Kap. 5) thematisiert.

Bradshaw, 1990)¹⁰. Dem entspricht die Feststellung Subbys, hinter einer glücklichen und erfolgreichen Oberfläche sei bei EKAs häufig ein innerlicher Zustand von “Angst, Schuld, Verletzung, Wut, Ohnmacht, Scham und Einsamkeit” verborgen (vgl. Rennert, 1990, S. 164).

Die familiären Umstände und insbesondere deren psychisch abgewehrte Konsequenzen, d.h. die nicht geleistete Verarbeitung, hätten dazu geführt, daß “das Kind in uns unser Leben als Erwachsener sabotiert” (Bradshaw, 1990, S. 27), da die betroffene Person “unter schrecklichen Gefühlen (leidet), die nichts mit der Gegenwart zu tun haben” (Jacks, zit. nach Bradshaw, 1990, S. 25).

Bradshaw zufolge kann das Individuum den emotionalen Folgen der Abwehrmechanismen nicht entkommen, sondern spürt “eine nur schwach ausgeprägte Depression, die man als innere Leere empfindet” (Bradshaw, 1990, S. 47). Negative emotionale Zustände wie Depression und Angst werden in der gesamten EKA-Literatur angeführt (z.B. Black, 1986, S. 45; Cermak, 1990, S. 105).

Zusammenfassung

Bis hierher wurden EKAs anhand verschiedener Problembereiche beschrieben. Diese Bereiche sind teilweise direkt gekoppelt mit dem Thema Alkoholismus, z.B. bei der Analyse von Alkoholismustransmission oder Co-Abhängigkeit. Andere Schwierigkeiten wie Angst- und Beziehungsstörungen oder Lerndefizite werden erst durch ihre spezifische Ausprägung zum EKA-Merkmal. Insgesamt handelt es sich bei dem EKA-Phänomen um eine spezielle Kombination unterschiedlicher Störungen, d.h. einen Merkmals-Komplex. Die klinischen Erkenntnisse lassen sich also in ihrer Vielfalt derart zusammenfassen, daß EKAs anscheinend eine ähnliche Art des Fühlens, Wahrnehmens und Handelns miteinander verbindet. Deshalb läßt sich beim bisherigen Kenntnisstand schlußfolgern, daß eine Beschäftigung mit EKAs unter der Prämisse einer “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” sinnvoll erscheint.

¹⁰Die Transaktionsanalyse Eric Bernes arbeitet eingehend mit verschiedenen “Zuständen” innerhalb einer Person. Bernes Differenzierung in “Eltern”-, “Erwachsenen”- und “Kind-Ich” wird von Bradshaw aufgegriffen, jedoch nicht ausführlich diskutiert (Bradshaw, 1994)..

1.2 Statistische Prüfung des EKA-Phänomens

In Kapitel 1.1 wurden Beobachtungen zu EKAs dargestellt. Im folgenden soll geklärt werden, ob auch nach empirischer Prüfung das Postulat einer “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” aufrecht erhalten werden kann. Hierzu zählt auch der statistische Blick auf die dargelegte “Identitätsdynamik” bei EKAs.

Die hier gegenübergestellte These lautet, daß die Kriterien ‘speziell und ‘unterscheidbar’ in dieser Absolutheit nicht haltbar sind und deshalb EKAs stattdessen sinnvoll als ‘Risikogruppe’ beschrieben werden können: “Dem Risikokzept liegt die Annahme einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einzelner Phänomene zugrunde” (Klein, 1996 a, S.29).

Dieser Ansatz impliziert einerseits individuelle Unterschiede, andererseits mögliche Überschneidungen mit Personen, die nicht das Kriterium “EKA” aufweisen. Gleichzeitig weist er ausdrücklich auf das Gefährdungspotential hin.

Die Systematisierung der Forschungsergebnisse erfolgt dementsprechend anhand folgender Überlegungen:

- 1) Kann wirklich insofern von einer “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe” gesprochen werden, als daß die Ergebnisse für alle EKAs gelten?
- 2) Im welchen Verhältnis stehen die Beobachtungen bei EKAs zu Personen aus anderweitig belasteten Familien?

Die klinischen Beobachtungen liegen wenig standardisiert vor, statistische Werte spielen keine Rolle bei der Exploration. Dieses “qualitative” Vorgehen führte zu Hypothesen, zu deren Überprüfung “quantitativ” orientierte Forscher antraten (vgl. Selg/Klapprott/Kamenz, 1992, S.92). Psychometrische *Persönlichkeitsfragebögen* dienen dabei als Mittel, um Eigenschaften bei EKAs mit denen einer Kontrollgruppe zu vergleichen. “Psychometrisch” bedeutet, daß die jeweiligen Verfahren den Testgütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität der klassischen Testtheorie genügen.¹¹ Anstatt zur Individualdiagnose fanden sie hier Verwendung als “Forschungsinstrumente zur Hypothesenprüfung über Aggregatwerte” (Bortz/Döring, 1995, S.176), d.h. in diesem Zusammenhang zur Bildung von Gruppenmittelwerten (Signifikanztests).

¹¹ Genügt ein Test diesen Anforderungen, so hat er sich als spezifisches, verbindliches Meßinstrument qualifiziert. Zur Beschreibung der Hauptgütekriterien haben sich die Definitionen nach Lienert (1969) durchgesetzt. Danach wird ein Test als *objektiv* bezeichnet, wenn sein Ergebnis unabhängig von der untersuchenden Person ist. *Reliabilität* bezeichnet die formale Prägnanz eines Verfahrens, d.h. die Zuverlässigkeit bemißt sich an der Genauigkeit der Merkmalerfassung. Inhaltliche Exaktheit ist durch den Grad gekennzeichnet, in dem wirklich das erwünschte Merkmal gemessen wird. Diese *Validität* gilt als das Wichtigste und zugleich am schwierigsten feststellbare Kriterium (vgl. Rauchfleisch, 1994, S.55).

Überwiegend operationalisierten sie das Bild ‘EKA’ mit Hilfe psychometrischer Forschungsdesigns und konstruierten Testbatterien. Die Testbatterien bestehen häufig aus Bestandteilen etablierter Persönlichkeitsfragebögen, d.h. die Kriterien wurden in diesen Fällen nicht aus den Erkenntnissen zu EKAs neu entwickelt. Daraus folgt, daß z.B. kein Fragebogen speziell zum Thema “Co-Abhängigkeit” vorliegt.

1.2.1 Vergleich EKAs /Nicht-EKAs

Der erste Forschungsbereich versucht, die durch Beobachtungen suggerierte Spezifität der EKA-Gruppe mit Hilfe von Kontrollgruppen zu prüfen. Es geht also um die Frage, ob sich die Probanden mittels des Merkmals ”EKA” gekoppelt mit anderen Variablen voneinander differenzieren lassen.¹²

Über die Themen “Persönlichkeitsmerkmale”, “Interaktionale Fähigkeiten”, “Emotionale Verfassung” und “Identitätskomponenten” werden die obigen klinischen Beobachtungen erfaßt.

1.2.1.1 Persönlichkeitsmerkmale

Woititz (1990)¹³ leitete aus Beobachtungen an ca. 500 EKAs folgende Persönlichkeitsmerkmale ab, die mit den in Kapitel 1.1 psychosozialen Schwierigkeiten korrespondieren (vgl. Sher, 1991, S. 153):

Erwachsene(n) Kinder(n) von Alkoholiker(n)

- 1) haben keine klare Vorstellung davon, was normal ist.
- 2) fällt es schwer, ein Vorhaben von Anfang bis Ende durchzuführen.
- 3) lügen, wo es ebenso leicht wäre, die Wahrheit zu sagen.
- 4) verurteilen sich gnadenlos.
- 5) fällt es schwer, Spaß zu haben.
- 6) nehmen sich sehr ernst
- 7) haben Schwierigkeiten mit intimen Beziehungen.
- 8) zeigen eine Überreaktion bei Veränderungen, auf die sie keinen Einfluß haben.
- 9) suchen ständig Anerkennung und Bestätigung.
- 10) haben meistens das Gefühl, anders zu sein als andere Menschen.
- 11) sind entweder übertrieben verantwortungsbewußt oder total verantwortungslos.
- 12) sind extrem zuverlässig, auch wenn offensichtlich ist, daß etwas oder jemand ihre Zuverlässigkeit gar nicht verdient.

¹² Die Bestimmung des EKA-Status erfolgte dabei meist anhand des 1982 von Johnson entwickelten “Children of Alcoholics Screening Test” (CAST) (vgl. Winkelmann, 1990, S. 86).

¹³die US-amerikanische Ausgabe erschien 1983.

- 13) sind impulsiv, sie neigen dazu, sich mit Verhaltensweisen festzurennen, ohne alternative Handlungsmöglichkeiten oder eventuelle Konsequenzen ernsthaft zu bedenken. Diese Impulsivität führt zu Verwirrung, Selbstverachtung und Kontrollverlust über ihre Umgebung. Das Resultat ist, daß sie enorm viel Energie aufbringen müssen, um das angerichtete Durcheinander wieder zu beheben” (vgl. ebd. S.44).

Diese ‘Woitz-Kategorien’ wurden Thema in vier, voneinander unabhängigen, empirischen Arbeiten.

Tabelle 1: Woitz-Kategorien

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Winkelmann (1990)	klinische Untersuchung, 40 EKAs, 42 Nicht-EKAs	Prüfung der Woitz-Kategorien anhand eines Fragebogens, der 95 Items umfaßt. Die Aussagen Woitz wurden vom Autor in mehrere Selbstaussagen zu einem Kriterium umformuliert.	EKAs insgesamt höhere Mittelwerte als Nicht-EKAs ($m^{14}=1,79$) versus EKAs ($m=2,74$), aber weniger als der Hälfte der Fragen signifikant. Davon 8 Items ≤ 0.001 %, 22 Items. $\leq 0,1$ %, 25 Fragen $\leq 0,5$ %, 40 Kriterien keine Signifikanz. ¹⁵
Seefeld/Lyon (1992)	studentisches Sample 54 EKAs, 93 Nicht-EKAs.	Prüfung der Woitz-Kategorien anhand einer Operationalisierung mittels folgender Persönlichkeitstests: Personality Research Form-E (PRF); Jackson Personality Inventory (JPI); Imposter Phenomen Scale	keine signifikanten Unterschiede

¹⁴m = Mittelwert

¹⁵Signifikanzniveaus legen die Schwelle fest, ab der ein statistischer Unterschied im Mittelwert als relevant gewertet wird (Fisher, 1925). Die Wahl des Niveaus (5, 1 oder 0,1 %) hängt von der Forschungsfrage ab. Handelt es sich um grundlagenwissenschaftliche Fragestellungen (z.B. allgemeine Psychologie) genügen laut Bortz/Döring (1995) Festlegungen auf hohem Niveau (5%). Bei speziellen Themen, deren Ergebnis weitreichende Wirkung hat, seien nur die Niveaus 1 bzw. 0,1% angemessen (vgl. Bortz/Döring, 1995, S. S. 464.). Meiner Auffassung nach gilt letzteres für die EKA-Debatte.

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Gondolf/Ackermann (1993)	1) Tagungssample: 328 Teilnehmer einer Tagung zum Thema ‘Alkoholmißbrauch’ 2) studentisches Sample, n=199; 3) klinisches Sample alkoholkranken Pati- enten n=39	Prüfung der Woititz- Kategorien anhand eines “Adult Children of Alcoholics- Indexes”	1) eindeutige Zuordnung von EKAs anhand des Indexes 2) nicht signifikant 3) nicht signifikant (p< 0,001)
Havey/Boswell/Romans (1995)	studentisches Sample 79 EKAs, 363 Nicht-EKAs	Prüfung der Woititz- Kategorien, nur “vage” und “bipolare” Aussa- gen geändert	keine signifikanten Unterschiede

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Die vier Studien ermöglichen keine einheitliche Interpretation. M.E. bedürfen alle vor-
gestellten Untersuchungsergebnisse einer vorsichtigen Einschätzung.

Winkelmanns Schlußfolgerung, EKAs seien definitiv eine spezielle Bevölkerungsgrup-
pe kann m.E. nicht als verifiziert gelten, da die Ergebnisse nicht eindeutig sind. Es kann
nur festgestellt werden, daß sich die von ihm untersuchten EKA relativ stärker als die
Kontrollgruppe mit den Woititz-Kategorien identifizieren.

Die Ergebnisse von Gondolf/Ackerman zielen in dieselbe Richtung. Sie werfen selber
die Frage auf, ob dieser Index nur für EKAs gelte oder allgemeiner für Personen, die mit
dysfunktionalen Familienstrukturen aufgewachsen sind. (Gondolf/Ackerman, 1993,
S. 266),

Seefeldt/Lyon und Harvey/Boswell/Romans führen den Beweis, daß die Beobachtungen
von Woititz nicht in ein Testverfahren valide übersetzt werden können. Der Schritt von
‘qualitativer’ Forschung (Beobachtung) zu ‘quantitativ’ orientiertem Vorgehen (Test)
brachte keine Übereinstimmung. Ob deshalb die Inhalte der klinischen Literatur insge-
samt als nichtig erklärt werden müssen, bleibt an dieser Stelle ungeklärt.

Im folgenden werden weitere Ergebnisse von Signifikanztests zur Persönlichkeitsmerk-
malen dargestellt.

Tabelle 2: Persönlichkeitsmerkmale

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Tweed/Ryff (1991)	114 EKAs, 125 Nicht-EKAs, zwi- schen 18 und 45 Jahren	Dominanzstreben Spielerische Grundhal- tung Leistungsorientierung (PRF)	Keine signifikanten Unterschiede zwischen EKAs und Nicht-EKAs
Winkelmann (1990)	Klinische Untersuchung, 20 EKAs, 62 Nicht-EKAs	Persönlichkeitsprofil nach Frankfurter Per- sönlichkeitsinventar (FPI) beinhaltet in der Version von 1984 folgende Ska- len: Nervosität, Aggressivi- tät, (Depressivität), Erregbarkeit, Gesellig- keit, Gelassenheit, Do- minanzstreben, Ge- hemmtheit, Offenheit, Extraversion, Emotiona- le Labilität, Maskulini- tät, Körperliche Be- schwerden	Zwei Drittel EKAs im Gegensatz zu einem Viertel Nicht-EKAs zeigen starke bis schwe- re Persönlich- keitsstörungen, 90% psychosomatisch überdurchschnittlich geschädigt, 65% ungesellig, zurück- haltend, irritierbar, zö- gerlich, 60% emotional labil. Insgesamt 50% der Nicht-EKAs, 10% der EKAs zeigen ein psy- chologisch unauffälliges Persönlichkeitsprofil.

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Zum Bereich ‘Persönlichkeitsmerkmale bei EKAs’ können keine abschließenden Aus-
sagen gemacht werden, im Gegenteil stehen sich hier die Ergebnisse anscheinend unver-
söhnlich gegenüber. Damit muß für weitere Forschungen die Frage berücksichtigt wer-
den, ob die bei EKAs gefundenen Schwierigkeiten a) über die vorhandenen Testverfah-
ren ausreichend operationalisiert sind und b) Persönlichkeitsmerkmale überhaupt als eini-
gende Kategorie in Frage kommen.

1.2.1.2 Zwischenmenschliche Beziehungen.

In Kapitel 1 wurde in verschiedenen Zusammenhängen auf potentielle Schwierigkeiten
bei EKAs mit zwischenmenschlichen Kontakten hingewiesen.

Im Rahmen klinischer Diagnostik gaben 63,3% der von Black et al.(1986) untersuchten
EKAs im Gegensatz zu 34,9% Nicht-EKAs an, daß sie sich vom eigenen Unvermögen,
Vertrauen gegenüber anderen aufzubauen, belastet fühlen. Gleichzeitig berichteten
62,1% der EKAs (Kontrollgruppe 40,5%) von Schwierigkeiten mit *intimen Beziehun-*
gen. Auf der kommunikativen Ebene gaben EKAs in diesen Untersuchungen häufiger
an, *Gefühle und Bedürfnisse* schwer ausdrücken zu können (Gefühle: 65,2% EKAs ver-
sus 52,5% Nicht-EKAs; Bedürfnisse: 74,3% EKAs versus 59, 3% Nicht-EKAs) (vgl.
Giglio/Kaufman, 1990).

Tabelle 3: Zwischenmenschliche Beziehungen

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Persönlichkeits- eigenschaften und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Tweed/Ryff (1991)	114 EKAs, 125 Nicht-EKAs, zwi- schen 18 und 45 Jahren	Intimität (Loving and Liking Scale)	keine signifikanten Un- terschiede
Wright/Heppner (1993)	40 EKAs, 40 Nicht-EKAs, Studenten, 17-28 Jahre.	Soziale Unterstützung (The Interpersonal Sup- port Evaluation List (ISEL))	keine signifikanten Un- terschiede
Kashubeck (1994)	62 EKAs, 166 Nicht-EKAs	Soziale Unterstützung (Social Support Questi- onnaire-Short Report (SSQR))	keine signifikanten Un- terschiede
Williams/Corrigan (1992) ¹⁶	139 Studenten, ohne Angabe zur Relati- on EKA/Nicht-EKA	Soziale Hemmung	Signifikanter Unter- schied zuungunsten der EKAs
Hibbard (1993)	701 befragte Studenten, 528 Nicht-EKAs, 127 EKAs.	Zwischenmenschliche Beziehungen (The Bell Object Relations Inven- tory)	EKAs signifikant höhere Werte, entspricht größe- ren Problemen in diesem Bereich ($p>0.001$)

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Empirische Untersuchungen speziell zum Thema ‘interaktionale Fähigkeiten’ bei EKAs wurden bisher selten durchgeführt. Nimmt man die betreffenden Ergebnisse des Kapitels 2.1.1 hinzu (z.B.: Winkelmann: Geselligkeit etc.) stärkt die Mehrzahl der bisher vorliegenden Untersuchungen die These, EKAs seien überdurchschnittlich von zwischenmenschlichen Problemen betroffen.

1.2.1.3 Emotionale Verfassung

Unter diesem Titel sollen folgend Tests benannt werden, die bei EKAs beobachtete negative emotionale Zustände untersuchen.

Kapitel 1.1 führte in verschiedenen Kriterien zu der Annahme, daß EKAs überdurchschnittlich häufig unter Ängsten und Depressionen leiden. Ängste wurden insbesondere anhand des PTSD-Syndroms thematisiert, Depressionen wurden als Folge generalisierter externaler Kontrollüberzeugung vermutet. Gemäß psychometrischer Verfahren fand die Überprüfung anhand von isolierten Skalen, ohne bezug zu den genannten klinischen Beobachtungen (PTSD, Locus of control) statt. Weitere psychische Störungen sowie eine ‘positive’ Perspektive auf psychisches Wohlbefinden und Lebenszuversicht wurden ergänzt.

¹⁶vgl. Hoecker, 1996.

Tabelle 4: Emotionale Verfassung

<i>Untersuchung</i>	<i>Sample(s)</i>	<i>Merkmale und Me- ßinstrumente</i>	<i>Ergebnisse</i>
Tweed/Ryff (1991)	114 EKAs, 125 Nicht-EKAs, zwischen 18 und 45 Jahren	Depression (Zung Self-Rating Depression Scale) Ängstlichkeit (entspr. Skala des JPI) Psychisches Wohlbe- finden (Affect Balance Scale) Lebenszuversicht (Purpose in Life Test (PIL))	EKAs statistisch signi- fikant höhere Werte ($p < .05$) EKAs statistisch signi- fikant höhere Werte ($p < .01$) jeweils nicht klinische Ausprägung keine signifikanten Unterschiede
Jarmas/Kazak (1992)	84 EKAs (alkohol- kranke Väter), 123 Nicht-EKAs, Studenten	Introjektive und ana- klitische Depression ¹⁷ (Depressive Experien- ces Questionnaire (DEQ))	EKAs signifikant höhere Werte bei introjektiver ($p < .01$), nicht aber bei anakliti- scher Depression
Webb et al (1992)	59 EKAs, 175 Nicht-EKAs	Ängstlichkeit (State- Trait Anxiety Invento- ry (STAI))	EKAs signifikant höhere Werte ($p < .05$)
Mathew et al (1993)	408 EKAs, 1477 Nicht-EKAs	Generalisierte Angst- Störung, Dysthymie ¹⁸ , Panik-Störung	EKAs höhere Rate, besonders Angststö- rung (15% zu 8,4%)
Dodd/Roberts (1994)	60 EKAs, 143 Nicht-EKAs	Depression, Ängstlichkeit	Keine signifikanten Unterschiede
Williams/Corrigan (1992) ¹⁹	139 Studenten, ohne Angabe zur Relation EKA/Nicht-EKA	Ängstlichkeit, Depres- sion	In beiden Bereichen signifikante Unter- schiede zuungunsten der EKAs
<i>Untersuchung</i>	<i>Sample(s)</i>	<i>Merkmale und Me- ßinstrumente</i>	<i>Ergebnisse</i>
Bush/Ballard/ Fremouw (1995)	157 Personen, 57 EKAs, 100 Nicht-EKAs	Depression (Beck Depression inventory)	EKAs signifikant höhere Werte

¹⁷Blatt (1974) unterscheidet zwei Depressions-Typen. Introjektive Depression ist gekennzeichnet durch ausgeprägte Selbst-Kritik und Schuldgefühlen. Anaklitische Depression hingegen zeigt sich durch Trennungsängste sowie Hilflosigkeits- und Schwächegefühle (vgl. Jarmas/Karzak, 1992, S.244).

¹⁸Dysthymie=Schwermut

¹⁹ vgl. Hoecker, 1996.

Mathew et al. (1993)	408 EKAs, 1477 Nicht-EKAs	Psychische Störungen	Bei EKAs signifikant höheres Vorkommen von Phobien, Disthy- mie, generalisierte Angststörungen, Pa- nik-Störungen, antiso- zialen Symptomen. Männliche EKAs häufigere Rate an Alkohol- oder anderen Suchtmittelabhängig- keiten, sowie häufi- geres Auftreten anti- sozialer Symptome.
Winkelmann (1990)	klinische Untersu- chung, 20 EKAs, 62 Nicht-EKAs	Depressivität; Skala des Frankfurter Per- sönlichkeitsinventars (FPI)	90% der EKAs über- durchschnittlich de- pressiv.

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Diese Ergebnisse unterstützen die klinischen Beobachtungen, nach denen EKAs überdurchschnittlich häufig an psychischen Problemen leiden.²⁰ Depressionen liegen dabei meist im nicht-klinischen Ausmaß vor. Inwieweit dieser Tatbestand auf die oben beschriebenen Zusammenhänge zurückzuführen ist, kann erst durch weitere Forschungsbemühungen geklärt werden.

Aufmerksamkeit erwecken die Ergebnisse von Tweed/Ryff (1991), wonach trotz vergleichsweise höheren Werten bzgl. Ängsten und Depressionen bei EKAs keine Differenz hinsichtlich des “psychischen Wohlbefindens” und “Lebenszuversicht” gefunden wurde. Diese Diskrepanz wird in Kapitel 2.2 thematisiert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

EKAs scheinen im höheren Maß gefährdet an (leichten) Depressionen, Angststörungen und geringerem Selbstwertgefühl zu leiden als die Kontrollgruppe und, so legen einige Ergebnisse nahe, Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt zu haben. Wenig eindeutig als bei diesen Kategorien sind die Ergebnisse bzgl. beobachteter Persönlichkeitsmerkmale. Dies entspricht den Annahmen Blacks (1981) und Kritzbergs (1986), wonach EKAs “experience similiar underlying emotional states, which allow them to recognize and identify with each other even though behavioral differences exist” (Dodd/Roberts, 1994, S. 49).

Die vorliegenden Persönlichkeitstests erfassen vorrangig von außen feststellbares, d.h. über Verhaltensweisen erschließbare Kriterien (vgl. Asendorpf, 1995, S. 240). Diese

²⁰ Auf im Zusammenhang mit diesen Störungen auftretende psychosomatische Beschwerden weist z.B. Winkelmann (1990) hin (siehe Winkelmann, 1990, S. 127)

Annahme rechtfertigt den in Kapitel 2 folgenden Versuch, die EKA-Thematik relativ von Eigenschafts-Theorien zu abstrahieren und demgegenüber die “underlying emotional states” im Identitäts-Konstrukt zu suchen. Damit verbindet sich die Auffassung, daß ‘Persönlichkeit’ auf der Verhaltensebene identitätsrelevante Inhalte abbildet, dieser Ausdruck aber individuell stark variiert (vgl. Zimbardo, 1992, S. 402). Wie bereits erwähnt, sollten im Mittelpunkt der Betrachtung die Motive des Verhaltens liegen (vgl. Cermak, 1990, S. 132). Auch hier erscheinen weitere Forschungsbemühungen angebracht. Hierfür bietet Kapitel 7 Anregungen.

Außerdem sind die Forschungsinstrumente eventuell nicht genügend auf die Thematik abgestimmt. Diese Vermutung legt Shers Aussage nahe, daß sich die “Research-Literatur” wenig auf die klinischen Beobachtungen beziehe (vgl. Sher, 1991 b , S. 302).

Jenseits dieser Einschränkungen zeichnet sich als wichtiges Ergebnis ab, daß das Ausmaß der psychosozialen Schwierigkeiten bei EKAs interindividuell variiert und nicht alle schwerwiegende Beeinträchtigungen davongetragen haben.

1.2.2 Binnen-Heterogenität

Aus der Erkenntnis, daß psychosoziale Schwierigkeiten bei EKAs in ihrer Ausprägung variieren, erfolgt die Notwendigkeit, differenzierte Ansätze zu entwickeln. Laut Michael Klein (telefonische Information) muß die “Binnen-Heterogenität” dieser Gruppe mehr Beachtung finden. Er geht davon aus, daß ca. 25 % der EKAs schwerwiegende Störungen entwickeln (Klein/Quinten, 1998, S: 13).

Von entscheidender Bedeutung ist jedoch, daß nicht jedes belastete Risikokind eine ungünstige Entwicklung nehmen muß, sondern daß Kinder von Alkoholikern nicht als homogene Gruppe betrachtet werden können (Klein/Zobel, 1997, S.138).

Annahmen zur Binnen-Heterogenität wird von Nastasi und DeZolt (1994) insofern unterstützt, als daß sie davon ausgehen, daß nur bestimmte Subgruppen der Kinder alkoholabhängiger Eltern psychische Auffälligkeiten ausbilden (siehe Klein/Zobel, 1997, S.134). Die Forschung muß sich dementsprechend differenzierte mit dem EKA-Thema beschäftigen:

Auch wenn (die) Vielzahl von Einzelbereichen zunächst verwirrend erscheinen mag und ein wenig konsistentes Bild der Spezifität der Vulnerabilitätsmerkmale liefert, wird doch deutlich, auf wie vielen Ebenen mit differentiellen Effekten zu rechnen ist und wie facettenreich und multidimensional das zu betrachtende Gesamtphänomen folglich ist. Dieser Tatsache sind die meisten bisherigen Studien nicht ausreichend gerecht geworden (Klein, vgl. ebd., S.134).

Folgend werden Untersuchungen vorgestellt, die die “Binnen-Heterogenität” bei EKAs anhand verschiedener Faktoren zu ergründen suchen.

Tabelle 5: Binnen-Heterogenität

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u> ²¹			
Klein/Quinten (1998)	98 EKAs, davon 61 abhängig. Vater (V) , 24 abhängig. Mutter (M) und 13 beide Eltern betroffen (VM), 26 mit Eltern ohne dauerhafte Abstinenz (OA) Die Stichprobe beinhaltet nur EKAs, deren Eltern behandelt wurden		V	M	VM	OA
		-Ängste	25,5	23,8	45,5	34,6
		-Depressionen	24,1	19	45,5	26,9
		-Alkoholkonsum	3,6	9,5	20	11,5
		-Drogenkonsum	3,6	0	0	3,8
		-Eßverhalten	18,2	19	27,3	34,6
		-Glücksspiel	3,6	0	9,1	7,7
		-Arbeitsstil	9,1	23,8	36,4	19,2
		-Sozial abhäng. Verh.	29	19	10	38,5
		-Mangel an Selbstwertg	25,5	42,9	18,2	30,8
		-Schuldgefühle	18,2	19	27,3	26,9
		-Stimmungsschwank.	38,2	33,3	54,5	57,7
		-Schlaflosigkeit	18,2	23,8	18,2	26,9
		-Zwänge	14,8	23,8	36,4	38,5
		-dauernde körp. Beschw	14,5	14,3	18,2	19,2
Barnard/Spoentgen (1987) bei Robinson (S.71)	EKAs in Behandlung, EKAs nicht in Behandlung, Nicht-EKAs	Selbstachtung	EKAs in Behandlung signifikant niedrigeren Wert als die beiden anderen Gruppen EKAs nicht in Behandlung kein signifikanter Unterschied zu Non-EKAs (hohes Level)			
Mathew et al. (1993)	408 EKAs, 1477 Nicht-EKAs (Unterscheidung männlich/weiblich)	Psychische Störungen	Männliche EKAs häufigere Rate an Alkohol- oder anderen Suchtmittelabhängigkeiten, sowie häufigeres Auftreten antisozialer Symptome als weibliche Betroffene.			
<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>			
Tweed/Ryff (1991)	82 weibliche EKAs, 32 männliche EKAs	Geschlechtsspezifische Unterschiede Kriterien vgl. oben	Signifikante Differenz nur bei Skala “Dominanz” (männliche EKAs höher als weibliche EKAs)			

²¹Zahlenangaben in Prozent

Winkelmann (1990)	13 weibliche EKAs, 7 männliche EKAs	Geschlechtsspezifische Unterschiede bzgl. Woi- titz-Kategorien (vgl. oben)	keine signifikanten Un- terschiede
-------------------	--	---	---------------------------------------

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Die Ergebnisse machen die Dringlichkeit deutlich, individuelle Unterschiede innerhalb der Gruppe ‘EKA’ zu berücksichtigen. Bestimmte Variablen scheinen die psychosoziale Entwicklung bei EKAs verschieden zu prägen. Geschlechtsspezifische Unterschiede spielen den vorliegenden Ergebnissen zufolge eine geringe Rolle. Personen aus Familien, in denen beide Elternteile alkoholabhängig sind/waren sowie in denen keine dauerhafte Abstinenz erreicht wurde, erscheinen besonders gefährdet, psychosoziale Störungen auszubilden.

1.2.3 Vergleich EKAs/Erwachsene aus anderen belasteten Familien

Die These, EKAs seien eine “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe” beinhaltet neben der diskutierten Einheitlichkeit innerhalb der Gruppe, die Annahme, andere Personenkreise seien von den “speziellen Problemen” (Cermak, 1990, S.) bzw. deren Kombination nicht betroffen. Im folgenden werden zur Prüfung der letztgenannten Prämisse Überlegungen und Untersuchungen vorgestellt, die EKAs mit Personen aus anders belasteten Familien vergleichen.

Erstens läßt sich diese Klärung anhand der Unterscheidung zwischen “Erwachsenen Kindern” aus alkoholkranken und anders suchtmittelabhängigen Familien aufgreifen. In den “Pionierschriften” scheinen die beiden Gruppen teilweise zu verschwimmen, ohne daß dies ausdrücklich thematisiert wird. Einige Autoren wiederum negieren Ähnlichkeiten und erhärten auf diese Weise die Idee einer “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe”. Das Verhältnis der genannten Gruppen zueinander wurde meiner Kenntnis nach noch nicht explizit zum Forschungsgegenstand gemacht. Dieses Kapitel speist sich deshalb aus Überlegungen.

Die Annahme, daß nicht die Droge als solche, sondern die mit der Abhängigkeit verbundenen Mechanismen und Interaktionen folgenreich für Angehörige sind, legt den Rückschluß nahe, daß durch andere Drogen betroffene Familien verwandte Strukturen ausbilden:

“Das wesentliche Übereinstimmungsphänomen ist die Entwicklung und Aufrechterhaltung massiver Abhängigkeitsmuster sowohl in den Beziehungen als auch zu bestimmten Beziehungssurrogaten wie z.B. Suchtmittel” (Schmidt, 1987, S.35).

So könnte Alkohol in der Familie als Exempel verstanden werden: “If you understood everything about the children of alcoholisch, you would know the whole on psychology” (Cermak, 1990, S. 7). Um dabei auch generationsübergreifende Mechanismen zu verdeutlichen, erscheint Alkohol als ‘tradierte’ Droge besonders geeignet.

Andererseits muß bedacht werden, daß, vergleichbar mit der Heterogenität des Alkoholismus, auch jede andere mißbrauchte Droge differente Wirkungen zeigen kann:

Schon die Verschiedenheit der von den Eltern mißbrauchten Substanzen kann Anlaß zu einer ätiologisch ²² sinnvollen Unterscheidung sein. So können die Kinder von Eltern, die nicht von Alkohol, sondern von (...) anderen Drogen (wie z.B. Heroin, Kokain) (...) oder Kombinationen verschiedener Substanzen abhängig sind, unterschiedliche Erfahrungen machen und differierende Störungen entwickeln. (Klein/Zobel, 1997, S.135).

Da, wie gesagt, zu dieser Frage noch keine Untersuchungsergebnisse vorliegen, wird im folgenden weiterhin von EKAs gesprochen. Dabei muß immer beachtet werden: “Es erscheint aus unserer Sicht eher problematisch, z.B. von der “Alkoholikerfamilie” in greller Kontrastierung zur “Drogenfamilie” oder “Medikamentenfamilie” zu sprechen” (Schmidt, 1987, S.35).²³

Mögliche Überschneidungen von Erlebnisinhalten und deren Wirkungen im Vergleich von EKAs mit anderen belasteten Gruppen wurden zweitens allgemeiner anhand der Kategorie ‘dysfunktionale Familien’ thematisiert.

Hadley/Holloway/Mallinckrodt (1993) definieren als dysfunktional “eine Familie, in der physischer, emotionaler oder sexueller Mißbrauch erlitten wurde; oder in der eine oder beide primäre Bezugspersonen nicht in der Lage waren, ihre familiäre Verantwortung zu übernehmen aufgrund von psychischer Krankheit, chronischer körperlicher Krankheit oder Substanzmißbrauch; oder die von inkonsistentem und unvorhersehbarem elterlichen Verhalten oder vernachlässigendem, ablehnendem oder kritischen Eltern-Kind Beziehungen geprägt war” (Hadley/Holloway/Mallinckrodt, 1993, S. 350).

Tabelle 6: EKAs im Vergleich mit Probanden aus anderen dysfunktionalen Familien

²² ätiologisch = ursächlich

²³In Deutschland haben sich unter der Prämisse ähnlicher Auswirkungen Selbsthilfegruppen gebildet, die sich umfassend an “Erwachsene Kinder aus suchtkranken Familien” (EKS) richten.

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Hadley/Holloway/ Mal- linckrodt (1993)	97 Personen aus dys- funktionalen Familien, davon 53 EKAs, nichtklinische Untersu- chung	<ul style="list-style-type: none"> – Funktionalität der Herkunftsfamilie (Self-Report Family Inventory (SFI)) – Vertrauen, Intimität, Soziale Inkompetenz (Bell-Objekt Relations-Reality Testing Inventory (BORRTI))²⁴ – Selbst-Darstellung (Self-Expression-Inventory (SEI)) – Schamgefühl (Internalized Shame Scale (ISS)) – Abhängigkeits- und emotionale Probleme (Problem History Scale (PHS)) 	<p>durchweg hoher Grad an Dysfunktionalität</p> <p>Dysfunktionalität korrelierte durchgängig mit allen Merkmalen entsprechend der Vorhersage, außer bzgl instabilen Lebenszielen und Überlegenheit (Subskalen SEI).</p> <p>Für die Gruppe scheint danach eher ein klares Ziel und geringe Überlegenheit zu gelten.</p>
Jenkins/Fisher/Harrison (1993)	174 Personen; 97 EKAs, 36 Erwachsene aus anderen dysfunktionalen Familien (E-D+) und 41 Kontrollgruppe (E-D-) nichtklinische Untersuchung	EKA-Rollen nach Wegscheider	<p>Dysfunktionale Rollen vergleichbar häufiger bei EKA und E-D+ als bei E-D-.</p> <p>EKAs nahmen im Vergleich häufiger mehrere Rollen an.</p> <p>Nur 30% der E-D- übernahmen eine dieser Rollen.</p>
Dodd/Roberts (1994)	Ergänzungsunter- suchung (vgl. Kap. 2.2.1). E-D+ versus E-D-	<p>Depression</p> <p>Ängstlichkeit</p> <p>Selbstwertgefühl (Coopersmith Adult Self-Esteem Inventory (SEI))</p>	Bei allen Merkmalen signifikante Unterschiede zuungunsten der E-D+-Probanden ($p < 0,01$ bzw $0,001$)

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Die vorliegenden Untersuchungen zu einer allgemeineren Kategorie “Personen aus dysfunktionalen Familien” verweisen auf große Überschneidungen der Problembereiche. Cermaks Forderung, Erkenntnisse zu EKAs flexibel auf andere Gruppen anzuwenden, wird unterstützt.

1.3 Fazit: EKAs als Risikogruppe

²⁴ es wurde nur der Teil “Objekt Relations” verwendet.

Die statistische Prüfung des EKA-Phänomens führte zu folgenden Ergebnissen: Erstens zeigte der Vergleich zwischen EKAs und einer (unspezifischen) Kontrollgruppe, daß die meisten Kriterien tatsächlich eine stärkere Ausprägung bei EKAs aufweisen. Deshalb kann an dieser Stelle tatsächlich von einer “unterscheidbaren Gruppe” gesprochen werden, auch wenn beachtet werden muß, daß nicht *alle* EKAs betroffen sind. Die Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen ergab allerdings widersprüchliche Auskünfte, so daß ohne weitere Forschungsbemühungen keine Aussage möglich ist.

Gleichzeitig wurde deutlich, daß bzgl. der untersuchten Schwierigkeiten unterschiedliche Ausprägungen vorliegen. Damit gilt zwar im definierten Verständnis die These einer “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe”, jedoch muß die ‘Binnen-Heterogenität’ dieser Gruppe dringend berücksichtigt werden.

Schlußfolgernd wurde die Binnen-Heterogenität der EKA-Gruppe anhand verschiedener Variablen getestet. Dieses Vorgehen ergab Hinweise darauf, daß bestimmte ‘Subgruppen’, z.B. EKAs mit zwei alkoholabhängigen Elternteilen, eine stärkere Gefährdung für psychosoziale Probleme aufweisen.

Schließlich wurde das Postulat der “unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe” bezüglich der “speziellen Problematik” geprüft. Überlegungen zu Übereinstimmungen mit Personen, deren Eltern von anderen Drogen abhängig sind/waren, sowie Untersuchungen zu einer allgemeineren Kategorie ‘dysfunktionale Familien’ lassen auf große Übereinstimmungen schließen. Differenzen im Zuge verschiedener Drogen bzw. Dysfunktionen könnten Inhalt weiterer Forschungsbemühungen werden.

Diesen Ergebnissen zufolge kann die Bestimmung von EKAs als “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe” nicht aufrecht erhalten werden. Um den komplexen Erkenntnissen des Forschungsstandes gerecht zu werden, die sowohl auf potentielle Gefährdung als auf individuell unterschiedliche Ausprägungen verweisen, kann der bereits eingeführte Begriff der Risikogruppe verwendet werden.

Damit werden andere Personenkreise nicht ausgeschlossen und Sensibilität gleichzeitig für Gefährdungspotential und Individualität gefördert. In diesem Verständnis gilt als ein Resultat der vorliegenden Arbeit: EKAs sind eine Risikogruppe.

Mit der Bestimmung als Risikogruppe verbindet sich der Anspruch, Erkenntnisse zu EKAs flexibel auf andere Gruppen anwenden zu können: “Understanding ACAs gives us a window for studying the childhood origins of adult psychological problems” (Cermak, 1990, S. 18). Auf dieses Ziel gerichtet, versuchen die Kapitel 3 und 4 die Hypothese einer Identitätsstörung anhand der primären Sozialisation bei Kindern von Alkoholikern zu analysieren.

Der Forschungsstand kann nur als Zwischenergebnis gewertet werden:

Die Vielzahl der Einzelergebnisse liefert bislang jedoch ein wenig konsistentes Bild der Spezifität der Störungen der Kinder in suchtkranken Familien. Es ist daher davon auszugehen, daß hierfür neben der schon erwähnten Heterogenität der Gruppe der belasteten Kinder Probleme bei der Definition von Variablen, ihrer Messung und Rekrutierung von Stichproben verantwortlich sind (Klein/Zobel, 1997, S.138).

Aus diesem Fazit resultieren insbesondere Anforderungen für die weitere Beschäftigung mit Persönlichkeitsmerkmalen bei EKAs. Neben der Perfektionierung statistischer Verfahren mit ihrem Blickwinkel auf “universale Normen” (d.h. Merkmalen, die bei allen Menschen in verschiedener Ausprägung vorzufinden sind), müßte weitere Forschung sich auf die Erfassung sowohl individueller Besonderheiten (“idiosynkratische Normen”) als auch gruppenspezifischer Unterschiede (“Gruppen-Normen”) konzentrieren (vgl. Allport, 1970, S. 13). Hierzu wird in Kapitel 6 ein möglicher Zugang skizziert.

Aus der Feststellung, daß eine Operationalisierung des EKA-Phänomens anhand von durch Beobachter feststellbare Verhaltensweisen, d.h. Persönlichkeitseigenschaften, zu keinen übereinstimmenden Ergebnissen führt, resultiert die These, daß psychosoziale Schwierigkeiten sich auf der Verhaltensebene unterschiedlich manifestieren. Deshalb stellt sich die Frage, ob im Gegensatz dazu eine Analyse des dargelegten “Merkmals-Komplex” in bezug auf seine innerpsychischen Prozesse das Phänomen realistischer erfassen kann. Die Prüfung diese Frage soll im folgenden anhand des Identitätsbegriffs vorgenommen werden.

Hinweise für diese Idee stammen aus der EKA-Literatur. z.B. beschreibt Cermak, wie oben erwähnt, Co-Abhängigkeit als dysfunktionalen Versuch mittels ‘Außendefinition’ Identität zu finden. Bradshaws Überlegungen (1990) zielen in die gleiche Richtung.: “Ich definiere Co-Abhängigkeit als eine Krankheit (engl. disease=dis-ease, soviel wie “gestörtes Wohlbefinden”), deren Hauptmerkmal der Verlust der Identität ist” (Bradshaw, 1990, S.27).

Des weiteren benennt Cermak als dritte Ebene des “underlearning” Defizite im Erkennen der eigenen Identität.

2 Identitätstheoretische Reflexion des EKA-Phänomens

Im folgenden werden diese Indizien in Form einer allgemeinen Reflexion des EKA-Phänomens aus identitätstheoretischer Perspektive aufgegriffen. Um zunächst ein Verständnis für den Nutzen dieses Theorems für die vorliegende Arbeit zu erlangen, erfolgt in Kapitel 2.1 eine Einführung in sozialwissenschaftliche Identitätsmodelle.

2.1 Einführung in sozialwissenschaftliche Identitätsmodelle

2.1.1 Hinführung zum leitenden Identitätsverständnis

Vorweg erfolgt hier eine Eingrenzung der verschiedenen Blickwinkel auf den Identitätsbegriff auf die gemeinsame Grundlage der drei im folgenden darzustellenden Identitätstheorien.

Die *wörtliche* Verwendung des Begriffes “Identität” (“vollständige Übereinstimmung in allen Merkmalen”, lat.) (Brockhaus Lexikon, 1986, S. 239), verweist auf äußere bzw. objektive Bestimmungen. Gegenstände wie auch Menschen können über Identitätsmerkmale “bestimmt” werden, wobei im folgenden nur die menschliche Identität berücksichtigt wird. Eine Person kann beispielsweise anhand von Alter, Aussehen oder (genetischem) Fingerabdruck als ‘mit sich selbst übereinstimmend’ identifiziert werden.

Aus *philosophischer* Sicht (z.B. bei Aristoteles, Locke, Kant, Husserl oder Heidegger) führte das Prinzip der Übereinstimmung zu der Frage “wie eine Person dieselbe bleiben könne, obwohl sie sich im Verlauf ihres Lebens immer wieder anders verhält” (Krappmann, 1987, S. 132). Identität erscheint hier also als ‘Besitz’, deren Erhaltungsmechanismen in den Mittelpunkt treten (vgl. Krappmann, ebd. a.a. O.).

Diese Arbeit nimmt eine *sozialwissenschaftliche* Perspektive auf den Identitätsbegriff ein, da psychosozialen Schwierigkeiten bei EKAs diesem Forschungsgebiet zuzuordnen sind.

James (1890) wird der Verdienst zugesprochen, mit seiner Arbeit *THE CONSCIOUSNESS OF SELF* den Grundstein für die zeitgenössische sozialwissenschaftliche Identitätstheorie gelegt zu haben (vgl. Frey/Haußer, 1987, S. 1; Drewes, 1993, S. 1). Er machte als erster auf einen Kerngedanken dieser Richtung aufmerksam: Auf das “Zusammenfallen des Subjekts und Objekts in einem Gegenstandsbereich, nämlich der Identität” (Drewes, 1993, S. 1). Darunter ist zu verstehen, daß jeder Mensch auf der Suche nach dem, was ihn ausmacht, sich selber zum Objekt der eigenen Betrachtung machen muß und dabei eine “Innenperspektive” einnimmt. Es handelt sich um die Situation, daß eine Person

sich selbst identifiziert. Identität wird so als “selbstreflexiver Prozeß eines Individuums” (Frey/Haußer, 1987, S. 4) verstanden. Dieser Schwerpunkt auf die Innenperspektive von Identität bildet einen eigenen, eher der Psychologie zugeordneten Forschungsschwerpunkt der Identitätsforschung und soll zur Analyse des EKA-Phänomens im Vordergrund stehen. Das eher ‘unauffällige Leid’ bei EKAs verweist auf die Notwendigkeit, ‘hinter die Kulisse’ zu schauen (vgl. Lambrou, 1991, S. 21).

Diese Perspektive schließt die Annahme ein, daß Identität eine “subjektive Konstruktion” (Drewes, 1993, S. 7) des Individuums darstelle, wodurch Identität sich “objektiv” geltender “Wahrheitsfindung” (und damit rein empirischer Überprüfung) entziehe.

In, wie sich zeigen wird, idealtypischer Abgrenzung von “Identität als Selbstidentifikation” versteht sich die Verwendung derselben als “von außen zugeschriebener Merkmalskomplex” (Frey/Haußer, 1987, S. 3). Dabei ist das “Objekt der Identifizierung eine Person, Subjekt sind andere Personen” (Frey/Haußer, 1987, S. 3).

Die Berücksichtigung von Selbst- und Fremdentifizierung, also die Kopplung der oben beschriebenen Blickwinkel erklärt sich aus der Anschauung, daß “individuelles Erleben und Handeln zumeist im Kontext vielfältiger sozialer Bezüge stattfindet und deshalb immer einen relationalen Charakter besitzt” (Drewes, 1993, S. 9). Das bedeutet, Identität kann erst durch Bezugnahme zur Umwelt entstehen und bestehen.²⁵

Im folgenden werden drei Theorien vorgestellt, die gedankliche Konstruktionen zu Struktur und Dynamik der menschlichen Identität bereitstellen. Es handelt sich also um *Identitäts-Modelle*. Die Wahl fiel auf die Ansätze von Mead, Krappmann und Haußer, da sie einerseits die genannte Innenperspektive auf Identität repräsentieren und durch die Setzung verschiedener Akzente einen differenzierten Zugang zum Thema Identität ermöglichen. Chronologisch und inhaltlich bauen sie aufeinander auf.

2.1.2 Mead: Selbstreflexive Identität zwischen Normen und Kreativität

Den Ausgangspunkt des hier vertretenen Identitätsverständnisses soll das Modell von George Herbert Mead bilden, welches erstmals 1934 posthum in dem Werk *GEIST, IDENTITÄT UND GESELLSCHAFT* veröffentlicht wurde. Meads Ansatz läßt sich der innenperspektivischen Richtung zuordnen, da eine seiner zentralen Fragen lautet: “Wie kann ein Einzelner (erfahrungsgemäß) aus sich selbst heraustreten, so daß er für sich selbst zum Objekt wird?” (Mead, 1973, S. 180).

²⁵Diese Überzeugung bildet einen Grundstein der Theorie des “Symbolischen Interaktionismus” deren Inhalte hier nicht vertieft werden können.

Ihm auf der Suche nach einer Antwort auf diese Frage folgend, die er als “das entscheidende psychologische Problem der Identität” (Mead, 1973, S. 180) bezeichnet, sollen hier vier grundlegende Annahmen seiner Theorie markiert werden:

- 1) Mead geht von einer rein *kognitiv* bedingten Einheit des Individuums aus (vgl. Mead, 1973, S. 738; Stross, 1991; S.92).
- 2) Die Herausbildung von Verhalten beruht laut Mead auf *interaktiven*, d.h. wechselseitigen Prozessen (vgl. Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 19).
- 3) Mead zufolge beruhen aktuelle Verhaltensweisen immer auf vorangegangenen *Erfahrungen* (siehe Haeberlin/Niklaus, 1978; S. 16).

Zu 1) Die kognitive Ausrichtung seines Konzeptes ist einerseits als Ausdruck Meads philosophischer Herkunft zu deuten. In Anknüpfung an den englischen Empirismus²⁶ Lockes und Humes (17. Jhd.) wendet sich Mead gegen die Vorstellung eines metaphysisch und damit als substantiell vorausgesetzten Verständnisses von Identität. Im Gegensatz dazu betrachtet Mead, wie Locke vor ihm, Identität als zu erbringende kognitive Leistung des Individuums, “welches allein aus der Organisation des menschlichen Verstandes erwächst” (Stross, 1991, S. 105).

Andererseits zeigt sich in seiner Überzeugung “Das Wesen der Identität ist (...) kognitiv” (Mead, 1973, S. 216) ein Abgrenzungsbedürfnis gegenüber denjenigen psychologischen Auffassungen, deren Fokus auf emotionalen Inhalten des Erlebens liegt: “Man nimmt an, daß es (das Bewußtsein, Anm. R.R.) zuerst in den affektiven Zuständen auftritt, nämlich bei Freude und Schmerz; und weiter, daß durch Freude und Schmerz das einzelne Wesen sein Verhalten kontrolliert” (Mead, 1973, S. 378). Diese Auffassung verkenne aber, daß “diese Empfindungen (...), die Erklärung der Umwelt selbst” (Mead, 1973, S. 378) voraussetzen (siehe ebd. a.a.O.).

Zu 2) Im Mittelpunkt seiner Identitätstheorie, als auch in der auf ihn zurückgeführte Theorie des Symbolischen Interaktionismus steht die soziale Bedingtheit des Individuums. Daraus folgt zum einen, daß das Individuum für die genannte “Identitätsarbeit” seiner Mitmenschen bedarf und demzufolge keine Identität per Geburt besitzt (vgl. Haeberlin/Niklaus, 19).²⁷ “Bezüglich seiner geistig-seelischen Existenz wird somit der Mensch im Rahmen des Symbolischen Interaktionismus ausschließlich als soziales We-

²⁶Definition Empirismus: “In seiner klassischen Form von J. Locke in der englischen Philosophie des 17. Jhd.. begründet, richtete er sich besonders gegen des Rationalismus und dessen Lehre von den angeborenen Wahrheiten (dtv Brockhaus Lexikon, 1986, Band 5, S. 55). Begründer Aufklärung, “Das Bewußtsein, sei ursprünglich eine ‘leere Tafel’ (‘tabula rasa’), als einzige Erfahrungsquelle gilt die (äußere) Sinneswahrnehmung (sensation) und die (innere) Selbstbeobachtung (reflection)” (dtv Brockhaus Lexikon, 1986, Band 11, S.92). (auch ‘Symbolik’ durch Sprache wurde von Mead übernommen! R.R., siehe ebd.)

²⁷In welcher Form die Einflüsse aus der Umwelt sich in der Identität abbilden, wird unten im Meadschen Modell beschrieben.

sen betrachtet; die Möglichkeit eines autonomen, von sozialen Determinanten unabhängigen Menschen wird bestritten” (Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 17).

Meads wissenschaftliche Ausrichtung wird aufgrund dieser Anschauung als sozialpsychologisch bezeichnet (siehe Morris, 1934, S. 13, Einleitung Mead 1973). Für Mead selbst bedeutet dies: “Die Sozialpsychologie beschäftigt sich vor allem mit dem Einfluß, den die gesellschaftliche Gruppe bei der Bestimmung von Erfahrung und Verhalten des einzelnen Mitgliedes ausübt. (...) Daher finden wir bei der Untersuchung von Erfahrung und Verhalten des individuellen Organismus oder der Identität in ihrer Abhängigkeit von der jeweiligen gesellschaftlichen Gruppe eine Definition des Sachbereiches der Sozialpsychologie” (Mead, 1973, S. 39).

Daneben bereitet das Interaktionismus-Theorem mit seiner Implikation einer wirkenden Interdependenz zwischen Gesellschaft und Individuum den Boden für Thesen zu gesellschaftlichem sowie persönlichem Wandel (vgl. Stross, 1991, S. 95).

Zu 3) Aus der in Punkt 2 erfolgten Bestimmung des Menschen als “sozial determiniertes Wesen” (Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 16) ergibt sich, und diese Annahme gilt für alle Vertreter des Symbolischen Interaktionismus, daß

alle vergangenen Ereignisse von Bedeutung für die gegenwärtige Situation eines Menschen und einer Gruppe sind. Erfahrungen, die ein Mensch in früheren Interaktionen gemacht hat, fließen in die Gestaltung der stattfindenden Interaktionen ein. Frühere gemeinsame Handlungen einer Gruppe bestimmen die derzeitigen Handlungen einer Gruppe. (...) Denn man will die Handlungen einer Person in aktuellen Situationen dadurch verstehen, dass man auf ihr früheres Erleben zurückgreift (Haeberlin/Niklaus, 1978, S.16 f.).

Wenden wir uns nun konkret dem von Mead entwickelten Identitätsmodell zu, so gilt als leitende Definition:

Unter der Identität oder (in gleicher Bedeutung) unter dem Selbst einer Person versteht Mead deren Möglichkeit, die eigenen Verhaltensweisen als zusammenhängend und sinnvoll zu erfahren und das eigene Leben als zusammenhängendes Ganzes zu gestalten (kursiv im Original) (Haeberlin/Niklaus, 1978, S.18).

Identität kann laut Mead in “unbewußter” und “bewußter” Form vorliegen: Reflexion ermöglicht demnach dem Menschen, eine “bewußte” Identität zu erlangen. Diese Möglichkeit, über sich selbst nachzudenken unterscheidet ihn von anderen Lebewesen. Erst wenn die Person sich zum Objekt des Nachdenkens mache, gelange sie zu Identitäts-Bewußtsein bzw. Selbst-Bewußtsein. In diesem Zustand bilden die Komponenten “I” und “me”, vermittelt über das reflektierende “mind” das “self” (entspricht Identität) (vgl. Haeberlin/Niklaus, 1978, S.25). “Me” steht für die verinnerlichten Rollen- und Verhaltenskodexe. Das “I” hingegen bündelt die kreative Energie und macht durch

Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung die Person zum einzigartigen Individuum.²⁸ In dieser “dialogischen Struktur” (Stimmer, 1987, S.143) drückt sich die immer vorhandene Beziehung zwischen “Determination und Freiheit der Identität” aus (vgl. Haeberlin/Niklaus (1978), S.24 f.). In Unterscheidungen zwischen “sozialer” versus “persönlicher” Identität wird diese Relation in vielen Abhandlungen zum Thema (vgl. Haubl et al., 1986, S. 250, Frey/Haußer, 1987, S. 5).

2.1.3 Krappmann: Identität als “balancierende Leistung” ohne Verleugnung

Krappmanns Beitrag zur sozialwissenschaftlichen Identitätstheorie (1972) soll für die hier vorliegende Fragestellung auf folgende Aspekte fokussiert werden:

- 1) Für Krappmann ist Identität keine dauerhafte, “stabile” Größe, sondern bedarf, ausgehend vom jeweiligen Identitätsentwurf, einer flexiblen Neubildung (“Gewinnung”) in je aktuellen Interaktionen. Dadurch gewinnt der Identitätsbegriff an *Dynamik* (vgl. Stimmer, 1978, S. 69).
- 2) Krappmann richtet sein Interesse besonders auf *Fähigkeiten*, die es dem Individuum erleichtern, diese “Identitätsleistung” zu vollbringen. Dabei weist er außerdem auf die hemmende Wirkung von Verleugnung hin (vgl. Haeberlin/Niklaus, 1978, S.41).
- 3) Der kognitiven Ausrichtung des Meadschen Konzeptes fügt er eine *motivationale Komponente* hinzu, d.h. er beschäftigt sich auch mit den Handlungsimpulsen resp. “Beweggründen” des Individuums (vgl. Stimmer, 1978, S. 69).

Zu 1) Krappmann zufolge muß Identität als Prozeß verstanden werden, im Verlauf dessen das Individuum ständig gefordert wird, gegensätzliche Kräfte zu integrieren. Eine Person ‘besitzt’ also Identität nicht dauerhaft, sondern muß sie sich situativ neu erarbeiten. Diesem dynamischen Ansatz zufolge bezeichnet Identität laut Krappmann kein festes Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine “ständig zu erarbeitende Haltung” (Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 41).

Krappmann nimmt die Unterscheidung Meads zwischen “I” als kreativem Pol und “me” als Repräsentanz gesellschaftlicher Ansprüche an die Person auf.²⁹ Dabei erweitert er

²⁸Vordenker dieser Unterscheidung ist James (1890), oben genannt als Mitbegründer der Philosophie des Pragmatismus. In seiner Terminologie bezeichnet “I” (“self as a knower”) Funktionen wie Kontinuität und Reflexion, das “me” (“self as a known”) hingegen entwirft Vorstellungen über das Selbst (“self-concepts”). Die Einheit der beiden Komponenten bezeichnete auch er als das “Selbst” (siehe Drewes, 1993, S.1).

²⁹Krappmann orientiert sich mit seinem Konzept “balancierender Identität” an verschiedenen Autoren der interaktionistischen Schule (besonders Mead, Goffman und Habermas), in Folge dessen er - je nach Autor - unterschiedliche Balanceakte formuliert. Das heißt, je nach theoretischem Hintergrund stehen sich andere gegensätzliche Kräfte gegenüber. Für den Kontext dieser Arbeit wird nur die an Mead anschließende Herleitung aufgegriffen. Den Balanceakte zwischen “I” und “me” bezeichnet Krappmanns als “horizontal”,

das Verständnis Meads insofern, als daß er die ständige Bewegung zwischen den beiden Kräften hervorhebt. Daraus leitet er die folgende Identitäts-Definition ab:

“Die jeweils neu zu entwerfende Struktur, in die - nach der Terminologie G. H. Meads - das ‘I’ durch interpretierende Organisation die ‘me’s’ bringt, wird hier als Identität bezeichnet. Sie ist die kreative Antwort des Individuums auf angesonnene Erwartungen” (Krappmann, 1975; S. 59).

Mit der je ‘gewonnenen’ Identität tritt die Person in die nächste Interaktion ein. Gehemmt wird die Balancefähigkeit durch eine längerfristige “Überakzentuierung” (Haubl et al., 1986, S. 186) von entweder Individualität oder Vergesellschaftung (vgl. Haubl et al., 1986, S. 206):

Würde das Individuum zunächst nur auf die Erwartungen der anderen achten, fehlte sein eigener Beitrag; würde es sich ohne Rücksicht auf die Erwartungen der anderen präsentieren, so riskierte es eine völlige Fehleinschätzung der Situation (Krappmann, 1975, S. 36).

Das Konzept des ständigen Balanceaktes darf aber nicht Willkürlichkeit suggerieren, denn: “(m)it Hilfe seines Identitätsentwurfs (..) versucht das Individuum, eine Interpretation der Situation durchzusetzen, die seinen Handlungsmöglichkeiten und Absichten möglichst weitgehend entspricht” (Krappmann, 1975, S. 11 f.).

Ein gelungener Balanceakt zeichnet sich dadurch aus, daß “ihr (der Person; Anm. R.R.) eine der Situation angemessene Selbstdarstellung gelingt, ohne dass sie Diskrepanzen und Konflikte verleugnet” (Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 41).

Aus dieser Darstellung sollte deutlich geworden sein, daß ‘Stabilität’ für Krappmann nur durch Rigidität erkaufte werden könne, dadurch aber erfolgreiche Interaktion zwangsläufig gehemmt wäre und deshalb Identitäts-Balance immer als ‘labil’ bezeichnet werden müsse (vgl. Krappmann, 1975, S. 148).

Zu 2) Die bei Mead gefundene Auffassung, daß Identität nicht angeboren sei, findet sich bei Krappmann in assimilierter Form wieder: Die Vermittlung bestimmter Kompetenzen, um die beschriebene Identitätsarbeit erfolgreich leisten zu können, bildet für ihn das Ziel primärer Sozialisation (vgl. Stimmer, 1978, S.69). In Anlehnung an Mead und Goffman formuliert Krappmann in diesem Sinne vier “identitätsfördernde Fähigkeiten”

weil es um die Frage geht, wie Identität erreicht werden kann angesichts gleichzeitig auftretender, divergierender a) Rollen-Erwartungen und b) Selbst- und Fremdansprüche (vgl. Krappmann, 1975, S. 75).

Die Balance zwischen “sozialer” und “personaler” Identität im Anschluß an Goffman bezeichnet Krappmann hingegen als “vertikale” Ebene, da es hier vorrangig um die Frage ginge, “wie er seinen Lebenslauf als kontinuierlich zu interpretieren und darzustellen vermag, obwohl er in verschiedenen Lebensphasen auf sehr unterschiedliche Art versucht hat, die Balance einer Ich-Identität aufrechtzuerhalten” (Krappmann, 1975, S. 75).

(Krappmann, 1975, S. 132 ff.), die bei ihm sowohl als Voraussetzung als auch als Beweis (Korrelat oder Folge) des Gelingens gelten (Krappmann, 1975, S. 143).³⁰

*Role-taking*³¹, die Fähigkeit “kurzfristig die Perspektive des Interaktionspartners” einzunehmen, verschafft dem Individuum Informationen über die antizipierten Erwartungen des Gegenübers (vgl. Stimmer, 1978, S. 64 f.). Dieser Vorgang bezieht sich auf den Aspekt der “sozialen Identität” und muß, wie oben ausgeführt, mit der “persönlichen Identität” abgeglichen werden, um eine Balance zu erreichen. Daraus ergeben sich zwei mögliche Störungen der role-taking-Kompetenz: Die Unfähigkeit, sich in die andere Person hineinzuversetzen, verhindert befriedigende Interaktion genauso wie ein Übermaß an Konzentration auf die Bedürfnisse des anderen. Um gleichberechtigte Interaktion zu ermöglichen, bedarf es also eines ausgewogenen role-takings.

Das Vermögen, sich bzgl. der eigenen Rolle/n auf eine Meta Ebene zu begeben, d.h. Rollen und Normen zum “Gegenstand des Nachdenkens zu machen” (Haebelin/Niklaus, 1978, S. 43) wird als *Rollendistanz* bezeichnet. Hier tritt die “persönliche Identität” in Auseinandersetzung mit der “sozialen Identität”. Für diese Fähigkeit benötigt das Individuum sogenannte “Meta-Normen” (Normen, um über Normen nachzudenken), anhand derer sie eine flexible Überprüfung vornehmen kann. Haebelin/Niklaus gehen davon aus, daß Inhaber vieler, bzw. verschiedener Rollen begünstigt seien, jeweils kritische Distanz zu wahren (vgl. Haebelin/Niklaus, 1978, S. 43).

Ausgewogene Rollendistanz ermöglicht es dem Individuum, seine Rollen mit persönlicher Note zu interpretieren oder ggf. aufzugeben. Goffman (1961) weist auf zwei Formen nicht-gelungener Rollendistanz hin. Auf der einen Seite kann zu geringe Distanz vorliegen, gleichbedeutend mit der völligen Absorption des Individuums in seinen Rollen (“overattachment”). Auf der anderen Seite kann der Kontakt zu den Rollen völlig abbrechen, womit der Person Verhaltensrichtlinien verlorengehen und sie sich von ihrer Position in der Gesellschaft entfremdet (“alientation”) (vgl. Krappmann, 1975, S. 135 f./Stimmer, 1978, S. 79). Rigidität und Beliebigkeit stehen sich in diesen beiden Formen beschädigter Rollendistanz gegenüber.

Als drittes Qualifikationsmerkmal zur Gewinnung “balancierender Identität” nennt Krappmann *Ambiguitätstoleranz*. Krappmann betont stärker als Mead die Schwierigkeit, in Interaktionen Einigkeit zu erzielen, zum einen in Bezug auf die Interpretation der jeweiligen Situation, zum anderen hinsichtlich divergierender, widersprüchlicher oder mehrdeutiger Erwartungen (vgl. Haebelin/Niklaus, 1978, S. 41 f.). Ambiguitätstoleranz bezeichnet das Vermögen einer Person, diese Unstimmigkeiten zu ertragen, darüber

³⁰ Sie werden hier nur kurz definiert und unter 1.3.2 im Rahmen einer Anwendung auf das EKA-Phänomen genauer beleuchtet.

³¹ Dieser Begriff wurde 1963 von Kohlberg in die sozialwissenschaftliche Theorie eingeführt.

hinaus sie auch deutlich zu machen und mit ihnen umzugehen.(vgl. Krappmann, 1975, S. 155). Wenn diese Toleranz unzureichend ausgebildet wurde, besteht die Gefahr, daß das Individuum seine eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellt und damit *Selbstdarstellung* vermeidet (vgl. Krappmann, 1975, S. 155).

Selbstdarstellung als vierte von Krappmann aufgeführte Kompetenz bezeichnet das Einbringen der “persönlichen Identität” in eine Interaktion und wird erst durch die erstgenannten Fähigkeiten möglich (vgl. Krappmann, 1975, S. 170/Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 44).

Zu 3) Während Mead den Weg zu Identität als rein kognitiv beschreibt, befaßt sich Krappmann auch mit dem Stellenwert motivationaler Aspekte der Identitätsbalance. So betont er erstens, daß “role taking” als Leistung des “me” vom Individuum intendiert sei, um die Interaktion zu kontrollieren (vgl. Krappmann, 1975, S. 61). Die Motivation, den Verlauf einer Situation zu antizipieren bewegt die Person dazu, sich in den Interaktionspartner hineinzusetzen. Zweitens definiert Krappmann Motive allgemeiner als Bedürfnisse, für deren Befriedigung wiederum ein Balanceakt gefordert wird. Wegen der Diskrepanz zwischen “Übernahme der vorgeschriebenen Bedürfnis-Befriedigungs-Relationen und dem Versuch, seine eigenen Wünsche mit in den Interaktionsprozeß einzubringen” (Krappmann, 1975, S. 68) sei Identität jeweils leichter zu erreichen, wenn das Individuum immer berücksichtige, daß seine Wünsche nicht vollständig realisierbar seien (vgl. Krappmann, 1975, S. 64). “Nur in diesem Falle wird es, ohne Angst zu haben, die Selbstkontrolle zu verlieren, diese anderen Bedürfnisse nicht zu verdrängen brauchen, sondern kann auf sie eingehen” (Krappmann, 1975, S. 64)³².

2.1.4 Haüßer: Generalisierte Selbst-Erfahrung

Haüßers Ansatz (1983) bildet aufgrund der folgenden Gesichtspunkte eine Ergänzung zu den bisher vorgestellten Modellen:

- 1) Haüßer vollzieht eine eindeutige analytische Trennung zwischen “Außen”- und “Innenperspektive” von Identität, um Zugang zu den “subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen” (Haüßer, 1983, S. 149) des Individuums zu gewinnen.
- 2) Die dadurch angesprochene subjektive Verarbeitung von Erfahrungen versucht er über Generalisierungs- versus Spezifizierungsabläufe in der Identität abzubilden.
- 3) Haüßers Modell berücksichtigt außer den benannten kognitiven und motivationalen auch emotionale Aspekte von Identität.

³²Dieser Zusammenhang weist auf die oben bereits eingeführte “Ambiguitätstoleranz” hin.

Zu 1) Mead und Krappmann beschäftigen sich insbesondere mit der wechselseitigen Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft. Bezeichnet man den Zugang Meads eher als sozialpsychologisch (Abhängigkeit von der sozialen Gruppe), den Krappmanns als soziologisch (Rollen), so liefert der Ansatz von Haußer (1983) eine psychologische Ergänzung.

Wie Krappmann geht er davon aus, daß ein qualitativer Unterschied zwischen dem bestehe, was die Umwelt an Ideen über und Forderungen an die Person heranträgt und dem, wie diese Informationen innerhalb des Individuums verarbeitet werden und dann als "wahrgenommene Außenperspektive" (Frey/Haußer, 1987, S. 16) in die Identität einfließe. Er schließt sich dem Konzept "balancierender Identität" an, wobei aber der persönliche Faktor in den Mittelpunkt des Interesses rückt. Denn dieses "biographisch akkumulierte Wissen über sich selbst" (ebd. a.a.O.) beeinflusst in seinem Modell maßgeblich, in welcher Weise die Außeninformationen interpretiert werden:

Selbstreflexion ist ein aktiver Prozeß der Auswahl und Interpretation, der Gewichtung der in einem sozialen Definitionsraum angebotenen Merkmale und ihre (durchaus nicht immer harmonische oder stabile) "Synthese" mit den im Verlauf der Biographie zu "Selbst-Erfahrungen" geronnenen Identitätsdesignata der subjektiven Innenwelt (Frey/Haußer, 1987, S.16).

In gleicher Intensität, wie der Symbolische Interaktionismus die Abhängigkeit des Individuums von seiner Umwelt fokussiert, nimmt Haußer die Selbstkonstruktion von Identität in den Blick.

Zu 2) "Persönliche Identität" gewinnt in Haußers Modell an relativer Stabilität, die aber, an Krappmann angeschlossen, in jeder "situativen Erfahrung" den beiden Kräften "Generalisierung" und "Spezifizierung" ausgesetzt wird. Relative Stabilität zeigt das Individuum in seiner "Kernidentität"³³ (entspricht Krappmanns Begriff "Identitätsentwurf"), in der sich Generalisierungen bzgl. der eigenen Person manifestieren (vgl. Haußer, 1983, S. 58). Spezifizierungen, d.h. neue selbsterfahrene Informationen, bewirken Veränderungen in dieser "Kernidentität" und können in verschiedener Wirkungsstärke vorkommen (vgl. Identitätskrise, lebenslange Entwicklung).

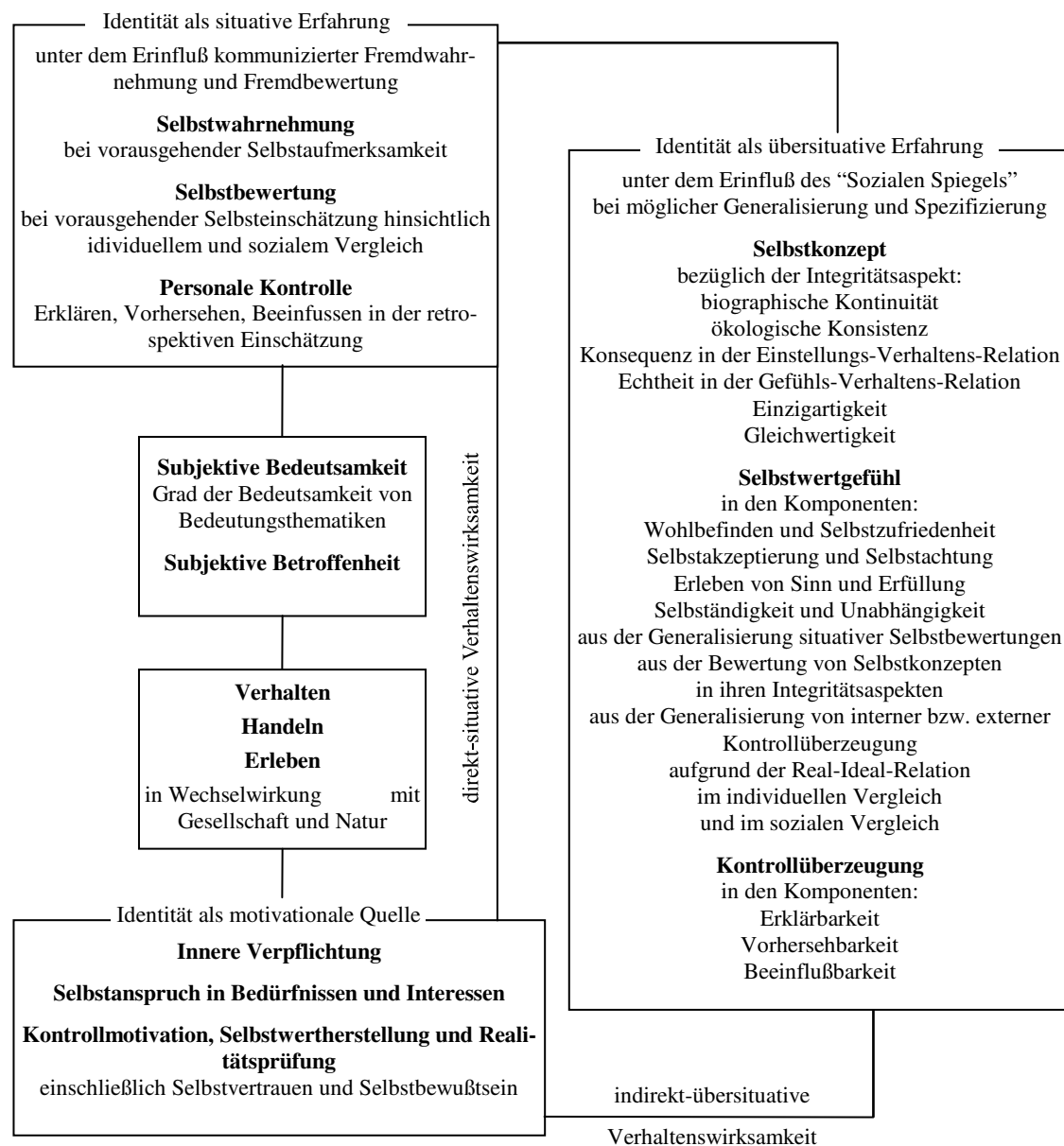
Diese Konstruktion einer 'Identitätsgeneralisierung' wird im weiteren Verlauf aufgegriffen, um den 'Ist-Zustand' der EKA-Beschreibungen aufzuzeigen.

³³Haußer verwendet den Begriff in zwei verschiedenen Bedeutungen. Einmal greift er ihn auf, um die verschiedene Bedeutsamkeit von Identitätsdesignata zu verdeutlichen (vgl. Haußer, 1983, S. 39). An anderer Stelle, und dieses Verständnis ist hier gemeint, bezieht er sich auf Gergens (1979) Verständnis, wonach Kernidentität durch Generalisierungen über Zeit und Raum relativ "global-stabile" Identitätskomponenten bezeichnet (vgl. Haußer, 1983, S. 56).

Zu 3) Die genannte “Kernidentität” bezeichnet laut Haußer die Dynamik zwischen den drei Identitätskomponenten. Bei Haußer findet sich ein gleichberechtigter Stellenwert einer emotionalen Identitätskomponente (Selbstwertgefühl) neben dem Selbstkonzept (kognitive Komponente) und der Kontrollüberzeugung (motivationale Komponente). Dies scheint deshalb sinnvoll, da er, wie oben gesagt, nur die subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen für identitätsrelevant hält. Betroffenheit ist laut Lazarus (1982) aber ohne Gefühle nicht möglich (emotionale Komponente) (siehe Haußer, 1983, S. 43).

Das Individuum reagiert nach Haußer in relevanten Situationen mit Selbstwahrnehmung (besonders bzgl. personaler Kontrolle) und anschließender Selbstbewertung (vgl. Haußer, 1983, S. 40 ff.). Im Rahmen dieser Verarbeitungen kommt es zu sogenannten “psychischen Generalisierungen” (siehe Frey/Haußer, 1987, S. 21), also einer relativen Stabilisation (bereichsspezifisch oder global) in bezug auf die drei Identitätskomponenten Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung. Die oben angeführte Umschreibung “Selbst-Erfahrung” soll dieses Zusammenfließen kognitiver, emotionaler und motivationaler Aspekte zu dem Konstrukt “Identität” deutlich machen (vgl. Frey/Haußer, 1987, S.19).

Im Idealfall ‘funktioniert’ Haußers Identitätsmodell als Kreislauf zwischen situativ und übersituativ gewonnener “Selbst-Erfahrung”. Relative *Stabilität* ist durch Generalisierung gleichzeitig Ausgangspunkt und Ergebnis/Ziel von “Identitätsdynamik” (vgl. Frey/Haußer, 1987, S. 21). Diese Dynamik entsteht durch einen Austausch von Informationen zwischen Umwelt und persönlicher Identität, die sich in der sozialen Identität begegnen.

Abbildung 1: Modell der Identitätsregulation

Quelle: Haußer, 1983, S. 105

Zusammenfassung

Meads Bestimmung menschlicher Identität als Zusammenspiel der beiden Kräfte "I" und "me" wird von Krappmann aufgegriffen und erfährt durch dessen Betonung stetig vom Individuum zu erbringender Identitätsarbeit eine dynamisierende Erweiterung. Haußer greift diese Hypothesen auf und konzipiert ein die Identitätsdynamik hervorhebendes Identitätsmodell. Das Modell beruht auf dem Wechselspiel zwischen generalisierenden und spezifizierenden Erfahrungen, die mittels der 'Kooperation' zwischen den drei Identitätskomponenten Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept und Selbstbewußtsein verarbeitet werden.

Auf diesen Variablen soll im folgenden eine Reflexion des EKA-Phänomens begründet werden. Damit wird intendiert, die in Kapitel 1 dargestellten Probleme auf ihre tieferliegenden Ursachen zu untersuchen.

2.2 EKAs aus identitätstheoretischer Perspektive

2.2.1 Identitätsdynamik bei EKAs

Die in Kapitel 1 dargestellten, EKAs betreffenden psychosozialen Störungen werden im folgenden anhand der Dynamik von Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept und Selbstwertgefühl reflektiert (vgl. Haußer, 1989, S. 281). Die Mechanismen der Aufrechterhaltung bzw. der unaufhörlichen "Herstellung und Darstellung" (Frey/Haußer, 1987, S. 16) des Zusammenspiels dieser Komponenten bezeichnen Frey/Haußer als *Identitätsdynamik* (vgl. ebd.).

Kontrollüberzeugung

Haußers Modell der Identität faßt die jeweilige Kontrollüberzeugung einer Person als "motivationale Komponente", also als den Motor für die Strukturierung von Erleben und Verhalten auf (vgl. Haußer, 1983, S. 89 ff.). Für EKAs ist dieses Thema der klinischen Literatur zufolge von besonderer Bedeutung. (z.B. Black/Cermak/Beletsis, 1989; S. 4 ff.; Robinson/Rhoden, 1998, S. 71 ff.).

Das Konzept des "Locus of control of reinforcement" (Rotter, erstmals 1955) unterscheidet zwischen "internaler" versus "externaler" Kontrollüberzeugung. Eine Person mit überwiegend internaler Kontrollüberzeugung geht davon aus, die eigenen Belange beeinflussen und nach seinen Vorstellungen gestalten zu können. Das bedeutet, von einem direkten Zusammenhang zwischen eigenem Bemühen und daraus resultierendem Erfolg überzeugt zu sein. Diese Überzeugung wird annahmsweise eher zu 'Aktion' führen. Externale Kontrollüberzeugung hingegen bedeutet, daß sich die Person tendenziell machtlos Einflüssen von außen ausgesetzt fühlt (Skala Machtlosigkeit). Außerdem kann es sein, daß sie Ereignisse, die ihrem Handeln folgen, als willkürlich durch Glück, Pech oder Zufall ausgelöst ansieht (Skala Fatalismus). Wird dieser Eindruck dominant, besteht die Gefahr der Resignation und daraus folgender Passivität oder bloßer 'Reaktion' auf die Umstände (vgl. Brickenkamp, 1997, S: 662 f.).

Klinische Beobachtungen an EKAs zeigen eine hohe generalisierte externale Kontrollüberzeugung. Bedrohliche Erlebnisse sowie anhaltende streßerzeugende Lebenszusammenhänge während der Kindheit werden als verantwortlich für die Furcht vor unvorhersehbaren Ereignissen angesehen. Stark ausgeprägte externale Kontrollüberzeugung äußert sich in Symptomen des bereits beschriebenen PTSD, wie "übermäßiger Aufmerksamkeit" bzgl. der Geschehnisse außerhalb der eigenen Person oder innerer Unruhe, also

ständiger ‚Alarmbereitschaft‘. Die ständige Anspannung kann zu Angstsymptomen führen. Seligmann (1979) fand außerdem ein erhöhtes Risiko zur Ausbildung von Depressionen (vgl. Haußer, 1983, S. 76). Gleichzeitig kann der Versuch, die antizipierten Gefahren auszublenden, „psychische Taubheit“ bewirken (vgl. Cermak, 1990, S. 72 ff.).

EKAs kompensieren diese Furcht, Situationen hilflos ausgeliefert zu sein, häufig mit dem Versuch, durch eigene Aktivitäten Unvorhersehbares zu eliminieren. Die Schwierigkeit besteht darin, daß sie dieses Prinzip in der Kindheit anhand einer Variable erlernen, die nicht kontrollierbar war: Alkoholismus eines Elternteils sowie sämtliche Konsequenzen für die Familie sind vom Kind nicht bewältigbar. Da diese Einsicht aber außer Hoffnungslosigkeit keinen Ausweg zuläßt, erhöhen sich die Anstrengungen des Kindes. Als ‚Erfolge‘ erscheinende Situationen (z.B. die Kopplung einer guten Schulnote mit kurzfristiger Abstinenz der alkoholkranken Person) werden als persönliche Einflußnahme interpretiert. Dadurch kann eine „Kontrollillusion“ entstehen, die sich schließlich zu dem bereits beschriebenen Persönlichkeitsprofil der Co-Abhängigkeit verdichtet.

Im Erwachsenenalter manifestiert sich die Kontrollillusion an einer anscheinend „internen Kontrollüberzeugung“, die auf sämtliche Lebensbereiche übertragen wird.. So erscheinen EKAs häufig als durchsetzungsfähig, obwohl darunter weiterhin die „externale Kontrollüberzeugung“ wirkt.

Das überhöhte Kontrollbedürfnis führt langfristig zu Überforderung: „Kontrollillusion und objektive Verhältnisse dürfen nicht allzu extrem auseinanderklaffen, soll nicht der betreffende Mensch psychischen Schaden nehmen“ (Haußer, 1983, S. 93).

Das EKA erfährt bei dem Versuch, das Verhalten anderer Menschen zu kontrollieren zwangsläufige Rückschläge. In diesen Momenten offenbart sich die generalisierte externe Ausrichtung und führt vorübergehend zu Resignation, bis neue Einflußmöglichkeiten gesehen werden. EKAs pendeln also zwischen den Extremen Omnipotenz und Resignation. Diese Abhängigkeit von dem Verhalten anderer Personen verdeutlicht die bereits skizzierte ‚Außenorientierung‘ bei EKAs.

Die Überakzentuierung des Kontrollthemas bildet sich in der Identitätsdynamik bei EKAs ab. Diese motivationale Komponente von Identität dominiert sowohl die kognitive als auch die emotionale Ebene.

Selbstkonzept

Das Selbstkonzept als „selbstbezogenes Kognitionssystem“ (Filipp, 1985, S. 347) bildet zugleich Anfangs- und Endpunkt der Verarbeitung von Wahrnehmungen bzgl. der eigenen Person. Somit kann das Selbstbild als *relativ* stabiles Gerüst interpretiert werden,

das gleichzeitig 'Format' selbstbezogener Informationsverarbeitung, wie aber auch Abbildungsfolie für Veränderungen ist (vgl. Filipp, 1985, S. 348).

Folgend werden verschiedene Aspekte eingeführt, die dem Individuum Maßstäbe für sein Selbstkonzept bereitstellen (vgl. Abbildung 1).

Um die Identität zusammenzuhalten, neigt der Mensch dazu, Wahrnehmungen im Sinne "biographischer Kontinuität" und "ökologischer Konsistenz" zu interpretieren. Dieses Bestreben nach Übereinstimmung in der Selbstwahrnehmung scheint Forschungen (Meyer, 1984) zufolge dominanter zu sein als das Ziel der Selbstwerterhöhung. *Biographische Kontinuität* bezeichnet dabei im vorliegenden Verständnis Übereinstimmung (mit sich selbst) im zeitlichen Verlauf (also nicht zu verstehen als anzustrebende 'Geradlinigkeit'), *ökologische Konsistenz* steht für die Übereinstimmung im Zusammenspiel verschiedener Lebensbereiche (siehe Haußer, 1983, S. 59 f.).

Ein relativ stabiles Selbstbild manifestiert sich außerdem in einer selbstbeobachteten *Konsequenz in der Überzeugungs-Verhaltens-Relation* (Haußer, 1983, S.61), wobei diese "gelebten Wertvorstellungen" hier nicht im Sinne von 'Moral', sondern in Rogers' Verständnis bzgl. Übereinstimmung von Ideal- und Realselbst verstanden werden soll, deren Mißverhältnis laut Rogers zu geringem Selbstwertgefühl führt (vgl. Pavel, 1975, S. 30). *Echtheit in der Emotions-Verhaltens-Relation* als weitere Komponente eines konsistenten Selbstbildes bedarf als Voraussetzung der Fähigkeit, die Gefühle und ggf. deren Widersprüchlichkeit wahrnehmen und akzeptieren zu können (vgl. Haußer, 1983, S. 62). Mangelnde Umsetzung kann zu Verzerrungen der Selbstinterpretation und/oder Verwirrung führen.

Für ein förderliches Selbstverständnis bedarf jede Person einer Positionsbestimmung zwischen der Ruhe, sich als ähnlich den Mitmenschen wahrzunehmen, sich also im Alltagsverständnis als 'normal' zu empfinden, aber sich auch der eigenen *Einzigartigkeit* bewußt zu sein. Letzteres bildet den Ursprung sowohl des Wissens nicht beliebig austauschbar zu sein und einer kreativen Energie, um das Leben nach den eigenen Vorstellungen zu prägen und Einfluß zu nehmen. Die identitätsrelevante Frage 'Wer bin ich?' bezieht sich im großen Teil auf diese Abgrenzung von anderen. Zwar kann nicht für alle Menschen von einem nötigen 'goldenen Mittelweg' zwischen *Vergleichbarkeit* und *Einzigartigkeit* ausgegangen werden, da diese kulturell und individuell variieren. Als Vermutung kann trotzdem formuliert werden, daß extreme Einstellungen ein positives Selbstverständnis erschweren.

Eine etwas andere Nuance bezeichnet das Verständnis von *Gleichwertigkeit* in bezug auf die Mitmenschen. Nur wenn ich mich als ebenbürtig ansehe, kann mein Selbstkonzept eine gewisse immanente Unabhängigkeit von meiner Umwelt erlangen, gerade dadurch, daß ich mich als Teil dieser empfinde. Sowohl Tendenzen zur Ab- als auch Auf-

wertung der eigenen Person implizieren immer einen stetigen Vergleich, der notwendig die Konzentration auf die eigenen Belange verstellt.

Die Formulierung der Selbstkonzept-Komponenten machte deutlich, daß diese jeweils in integrierter oder desintegrierter Form vorliegen können (siehe Haußer, 1983, S. 59). Ein hohes Maß an Desintegration läßt Konflikte in der Selbstorganisation vermuten.

Die Analyse der Kontrollüberzeugung bei EKAs zeigte, daß diese auf der Basis von Furcht vor Kontrollverlust begründet ist. Das Ziel, ihr Umfeld zu beeinflussen, läßt sie die eigene Person aus dem Blick. Ihre Selbstwahrnehmung beruht maßgeblich auf 'Außendefinitionen'.

Die Dominanz des Kontrollverhaltens zeigt sich im Selbstkonzept anhand desselben Mechanismus, negative Überzeugungen in Sicherheit suggerierende Selbstbilder zu transformieren. Diese Dynamik wird folgend (zwangsläufig durch die Verfasserin konstruiert) anhand von Glaubenssätzen sowie daraus resultierenden Einstellungen zur eigenen Person dargestellt.

Glaubenssatz: Ich kann nur ganz schwach oder ganz stark sein. Da Schwäche mich jeglicher Verantwortung, Akzeptanz und Kraft beraubt, darf ich nur stark sein. Meine Bedürfnisse sind zweitrangig.

Selbstkonzept: Ich bin stark. Schwache Situationen sind 'Ausrutscher'.

Laut Woititz (1986) und Cermak (1990) fehlen EKAs häufig Richtlinien, um sich der "Normalität" (von Woititz als "tiefgreifendster Wesenszug bezeichnet (Woititz, 1990, S. 44)) eines Gedankens, Gefühls oder einer Handlung gewiß zu sein. Dies kann entweder zu stetigen Zweifeln oder leichter Irritierbarkeit bzgl. der ureigensten Vorstellungen führen oder andererseits die genannte Flexibilität einschränken, also zu Rigidität führen. Rigidität legt erlaubte Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen (auch Rollen) über Gebühr fest und hemmt somit die Ausbildung und Bewußtwerdung der oben angesprochenen "Einzigartigkeit". Diese Starrheit in bezug auf den gesamten Lebensvollzug, angefangen bei Ansprüchen an die eigene Person, wurde bei EKAs in Gestalt ausgeprägten "Schwarz-oder-Weiß"-Denkens beobachtet (vgl. Woititz, 1990, S. 63). Zwischentöne werden nicht gesehen, es existiert eine Welt von 'oben oder unten', 'schlecht oder gut'. Damit könnte zum einen der häufig benannte Perfektionismus erklärt werden: Wenn etwas nicht 100% ist, öffnet sich zugleich die Falle 'ungenügend'. Zum anderen wird der von Haußer angesprochene Aspekt "Gleichwertigkeit" angesprochen: Viele EKAs berichten von der Schwierigkeit, sich auf einer Stufe mit ihren Mitmenschen zu sehen, es besteht ein ständiges Kräfteressen - wer gewinnt die Oberhand? Damit einher geht ein wiederum rigides Verständnis von Schwäche und Stärke. Dabei heißt 'Schwä-

che' v.a., Verletzlichkeit preiszugeben. Bei anderen kann dies eher akzeptiert werden als bei der eigenen Person, ebenso wie sogenannte Fehler. Dabei geht ‚stark sein‘ damit einher, die gesamte Verantwortung in der Situation zu übernehmen, ‚schwach sein‘ hingegen bedingt, sich aller Verantwortung zu entziehen, bzw. diese entzogen zu bekommen. (vgl. Schmidt, 1987, S. 47). EKAs schwanken oft, wie bereits beschrieben, zwischen beiden Extremen, d.h. zwischen Minderwertigkeits- und damit einhergehenden Machtlosigkeitsgefühlen und anscheinender ‚Omnipotenz‘ mit dem Anspruch alles und allein zu bewältigen (vgl. Al-Anon, 1995, S. 26).

EKAs stellen somit oft überhöhte Anforderungen an sich selbst. Das entsprechende Selbstkonzept ‚ich muß immer beste Leistungen erbringen‘ erschwert den Zugang zu Genugtuung, da selbst Höchstleistungen meist nur kurzfristig Befriedigung bringen (vgl. Gondolf/Ackerman, 1993, S. 262).

Glaubenssatz: Ich bin anders als die anderen und wenn das jemand merkt, verliert diese Person die Achtung vor mir. Deshalb darf ich nur das von mir zeigen, was (meiner Ansicht nach) für andere akzeptabel ist .

Selbstkonzept: Ich kann mich anderen gegenüber gut darstellen. Wenn mir dies nicht gelingt...ich komme ja auch alleine klar, bin autark.

Beobachtungen zufolge sind EKAs häufig davon überzeugt, ‚anders zu sein als andere‘.

‚Irgendetwas stimmt nicht mit mir‘ ist ein heimlicher Gedanke, den viele von uns in den Tiefen ihres Inneren tragen. Wir fürchten, daß wir einen Makel haben oder voller Schuld sind, weil wir uns mit uns selbst und der Welt so unwohl fühlen (Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 81).

Emotionen oder Erlebnisinhalte, die Mitmenschen diesen Eindruck vermitteln könnten, werden aus Furcht vor Zurückweisung versteckt. Folge dieser Taktik kann nach außen das ‚Glattbügeln‘ des eigenen Charakters sein. Dabei wird das Individuum dem Anspruch der *Echtheit in der Emotions-Verhaltens-Relation* nicht gerecht. Für das Ziel, nicht ‚auffällig‘ zu sein, geht die Person die Gefahr ein, zum ‚Wendehals‘ zu werden; sie verliert gleichzeitig ihren Biß und Humor in dem Versuch, nicht anzuecken. Die Selbstkonzept-Komponente *Einzigartigkeit* hat wenig Chance zur Entfaltung.

Ich war wie ein berechnendes Chamäleon. Ich versteckte mich gut vor jedem echten menschlichen Kontakt - und ich war verzweifelt und völlig einsam (Anonym, Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 24).

Erwachsene Kinder von Alkoholikern spüren häufig ihre ‚Unechtheit‘ in Form von Unwohlsein und Anspannung im Umgang mit Menschen. Die Kopplung zwischen Emotio-

nen und Verhalten scheint unter diesen Umständen schwer lebbar zu sein. Diese Außenorientierung verhindert den Zugang und das Vertrauen in die eigenen Gefühle. M.E. kann aber auch der gegenteilige Effekt eintreten: Viele EKAs berichten gleichzeitig, häufig ‚verwirrt‘ zu sein, widerstreitende Gefühle stehen unvereinbar den ‚ich sollte‘ Gedanken gegenüber, wodurch häufig ein Angriff nach vorn, in Richtung ‚blinden Aktivismus‘ eingeschlagen wird (vgl. Woititz, 1990, S. 148).

Da wichtige Themen und Gefühle aus Furcht vor der Aufdeckung der inneren Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit auch in tieferen Gesprächen ausgespart bleiben, verstärkt sich der Eindruck ‚anders‘ als die Mitmenschen zu sein: “(...) ich habe heute allen möglichen Leuten die intimsten Dinge von mir erzählt, ohne ihnen etwas von mir zu sagen” (zitiert bei Lambrou, 1990, S. 9).

Diese Unoffenheit kann zu Isolationsgefühlen anwachsen. Das bedeutet nicht zwangsläufig, EKAs hätten keine Freunde. Im Gegenteil gehört zu ihrem Selbstbild häufig, daß sie intensive Freundschaften pflegen und dementsprechend ‚beliebt‘ sind. Hinzu kommt, daß EKAs dazu neigen, anderen Verantwortung abzunehmen, sich ‚unentbehrlich‘ zu machen und damit ihren Kompetenzbereich überschreiten. Darüber findet oft eine scheinbare Stabilisierung des Selbstbildes, doch ‚normal‘ und ‚wertvoll‘ zu sein, statt. Allerdings bleibt ein Zwiespalt zwischen außen und innen häufig bestehen, so daß tief in der Person weiterhin die Überzeugung existiert, von niemandem wirklich verstanden und deshalb einsam zu sein. “Es gab das Innenleben, das niemand jemals kennenlernen würde und die äußere Hülle, die sowieso nicht wichtig war” (Anonym, Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 30).

Daraus kann allerdings auch ein Gefühl der Stärke entstehen, nach dem Motto: ‘Ich gegen den Rest der Welt’. In dieser Auffassung, nicht teilen oder abgeben zu können zeigt sich häufig die Tendenz, ‘alles alleine schaffen zu müssen’ und EKAs wirken deshalb häufig ‘voll im Leben stehend’ und festigen über daraus resultierende Kompetenzen ein Selbstkonzept in dieser Richtung:

Ich war ein “Selbstversorger” - d.h. völlig selbständig und unabhängig. Ich war immer für meine “Freunde” da und wartete darauf, daß sie mich im Stich ließen. Normalerweise erwiesen sie mir diesen ‘Gefallen’, und dann verdoppelte ich meine Anstrengungen, genügsam zu sein (Anonym, in Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S.26).

Hier zeigt sich die bei Haußer als Suche nach *biographischer Konsistenz* bezeichnete Erfahrungsstrukturierung. ‘Selbsterfüllende Prophezeiungen’ können also der Person dazu dienen, ihr Selbstbild aufrecht zu erhalten. Die Furcht davor als ‘anormal’ zu erscheinen, prädestiniert EKAs außerdem dafür, mit Kritik nicht konstruktiv umgehen zu

können. Kritik kann nicht von der gesamten Person getrennt gesehen werden, sondern trifft auf das Raster ‚gut‘ oder ‚schlecht‘. Demzufolge erscheint Kritik für EKAs oftmals als vernichtende Beurteilung der gesamten Persönlichkeit. Vor diesem Hintergrund wirken ausstehende oder erlebte Konflikte extrem bedrohlich für die eigene Person. Wie im Zitat angedeutet, werden Konflikte deshalb oftmals nicht ausgetragen, sondern enden mit Kontaktabbruch, der das EKA jedoch mit dem Gefühl, ein Opfer und im Stich gelassen worden zu sein, zurückläßt.

Glaubenssatz: Ich muß etwas leisten, um anerkannt/geliebt zu werden, weil ich sonst nicht genug wert bin. Nur Bestätigung von anderen beweist mir, daß ich ‘o.k.’ bin.

Selbstkonzept: Ich bin leistungsstark, ich habe Freunde.

EKAs meinen häufig, für Zuneigung etwas ‚leisten‘ zu müssen:

Eine Zeitlang erschien es mir, als hätte ich das Geheimnis des Erfolges entdeckt - wenn ich für jemand anderen sorgte, erhielt ich als Gegenleistung Zuwendung. Aber für mich, mit dieser inneren Leere hatte Zuwendung die gleiche Bedeutung wie für einen Alkoholiker das erste Glas. Je mehr ich bekam, um so mehr wollte ich. Selbst wenn ich erreicht hatte, daß mir jemand Beachtung schenkte, war das nicht befriedigend für mich, weil das eine zweischneidige Sache für mich war. Ich brauchte die Zuwendung, aber gleichzeitig mißtraute ich den Menschen, die mir die Zuwendung gaben (Anonym, Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 26).

Glaubenssatz: Das Leben ist ein Kampf. Wünschenswertes bekomme ich nur über Leistung und es lauern viele Gefahren, die alle gedanklich im Griff gehalten werden müssen.

Selbstkonzept: Ich lasse mir nichts vormachen und darauf bin ich stolz.

Das Streben nach *ökologischer Konsistenz*, um den Eindruck einer Identität zu manifestieren, äußert sich in einer Generalisierung des Prinzips ‚Leben als ständiger Kampf, das es zu meistern gilt‘. Dieser überfordernde Lebensstil führt zwangsläufig zu ‚Mißerfolgen‘, die der *Konsequenz in der Überzeugungs-Verhaltens-Relation* nicht gerecht werden. In diesen Überlastungsmomenten bricht die vermeintliche *ökologische Konsistenz* in sich zusammen, beeinträchtigt das Selbstbild in bedrohlicher Weise und führt zu „gnadenloser Selbstverurteilung“ (Woititz, 1990, S. 61). ‚Schlechtes Gewissen‘, ‚sich Sorgen machen‘ und „Kopfkino“ (quälende Gedankenzirkel, die unaufhaltsam erscheinen und das Individuum aburteilen) können Konsequenzen dieser Überforderung sein (vgl. Leehrsen/Namuth, 1988, S. 65).

Wir halten fest, daß EKAs bei dem Versuch, ökologische und biographische Konsistenz herzustellen, Glaubenssätze, deren Aussagen auf Vertrauensmangel sich selbst und der Umwelt gegenüber beruhen, zu sichernden Selbstkonzept - Komponenten transformieren. Während die Glaubenssätze im Inneren verborgen bleiben, wird das 'selbstbewußt' anmutende Selbstkonzept nach außen gewendet. Die Diskrepanz zwischen Glaubenssätzen und Selbstkonzepten äußert sich in der Unfähigkeit, die von Haußer benannten Maßstäbe für ein integriertes Selbstkonzept zu erfüllen. Die Auswirkung dieser Desintegration zeigt sich auf der emotionalen Ebene der Identität.

Selbstwertgefühl

William James (1890), Wegbereiter der Identitätspsychologie, bezeichnet das Selbstwertgefühl als Resultat der "Zahl der Erfolge pro Zahl der Vornahmen" (Haußer, 1983, S. 66). Im Konzept Haußers stellt es die, sich aus einer generalisierten Selbstbewertung konstituierende, emotionale Komponente der Identität dar, die der genannten Gleichung zufolge positiver ausfällt, je mehr die Ansprüche einer Person an sich selbst mit dem in der Realität machbaren übereinstimmen. Zwei Wege können somit zu einem niedrigen Selbstwertgefühl führen: Zu geringe Anforderungen an sich selbst ermöglichen nur geringe Erfolgsoptionen (siehe oben Resignation), zu hohe Anforderungen (siehe oben Kontrollillusion, Perfektionismus) bergen die Gefahr des Mißerfolgs. Knüpfen wir an die beschriebene Selbstbild-Dynamik bei EKAs an, liegt die Vermutung nahe, daß letztgenanntes Phänomen bei ihnen gehäuft in Erscheinung treten müßte.

Es wurde bereits auf das mögliche Pendeln zwischen Minderwertigkeit und Omnipotenz bei EKAs hingewiesen, dem ein überhöhtes Kontrollbedürfnis zugrundeliegt. EKAs beziehen sowohl Erfolg als auch Versagen häufig einzig auf sich selbst. So reißt das Mißlingen eines Vorhabens genauso in die Tiefe, wie, wenn auch meist kurzfristiger, Erfolg in die Höhe stemmt. Diese Dynamik bezieht sich, wie bereits beschrieben auch auf zwischenmenschliche Bereiche.

Selbstbewertungen finden unter dem Einfluß des Selbstkonzeptes tagtäglich statt, so daß das Selbstbewußtsein nur *relativ* stabil sein kann. Ein integriertes Selbstkonzept ermöglicht mehr Stabilität in diesem Bereich als die bei EKAs angenommene Desintegrität. Hier laufen die Konsequenzen von Vertrauensdefiziten (Kontrollüberzeugung) und Außenorientierung (Selbstkonzept) zusammen: Das Selbstwertgefühl zeigt sich als labile Einheit, die überwiegend von Erfolgen, die durch positive Feedbacks oder Dankbarkeit von Mitmenschen definiert werden, abhängig ist (vgl., Cermak, 1990, S. 194 f.).

EKAs beschreiben sich dementsprechend häufig als von Stimmungsschwankungen belastet, tendieren insgesamt aber zu geringer Selbstachtung (vgl. Klein/Quinten, 1998, S. 12).

Zusammenfassend kann die Identitätsdynamik als brüchig und zugleich resistent gegenüber Veränderungen beschrieben werden. Die extreme Ausprägung des Kontrollbedürfnisses, in der sich ein Bewältigungsversuch empfundener Machtlosigkeit spiegelt, setzt den Rahmen für ein Sicherheit bietendes Selbstkonzept, das jedoch auf pessimistischen Glaubenssätzen basiert und aufgrund seiner 'Außenorientierung' desintegriert vorliegt. Die Labilität dieses Identitätsgerüsts wird erst auf der emotionalen Ebene offenkundig, da das schwache Selbstwertgefühl im scharfen Kontrast zu nach außen gewendeter Kompetenz steht. Es entsteht eine 'Außen-Innen-Diskrepanz':

Mein Selbstwertgefühl ist gespalten. Ich verkaufe nach außen ein hohes Selbstwertgefühl. Das kommt auch bei Leuten an, alle sagen, gerader Weg, läßt sich nichts gefallen, attraktiv. Mir sagen auch Leute, daß ich selbstbewußt bin. Und mit dem, was ich halt so geleistet habe, da denke ich, da habe ich schon was geschafft, auch unter schlechteren Bedingungen als andere. Was diese emotionale Seite angeht, da hab ich gar keins, ich habe kein Selbstbewußtsein. Z.B. bei diesem Mann habe ich kein Selbstwertgefühl. Ich denke immer, ich muß kämpfen, kämpfen, um von ihm angenommen zu werden.

Ich bin eben gespalten, total gespalten, das weiß ich auch. Richtig schizophr. Ich fühle mich echt gespalten mit meiner Fassade, wo ich mich dahinter so kaputt fühle (Interviewausschnitt (Ulla), Lambrou, 1991, S. 105).

Hiermit läßt sich das Ergebnis der unter 1.2.1.3 vorgestellten Untersuchung Tweed/Ryffs (1991) erklären, nach dem EKAs trotz einem hohen Angst- und Depressionspotential in Testverfahren 'psychisches Wohlbefinden' angeben.

Das Selbstwertgefühl muß als Wegweiser zu den psychosozialen Schwierigkeiten bei EKAs verstanden werden.

Statistische Prüfung der Identitätsdynamik

Tabelle 7: Identitätskomponenten

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Meßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Gondolf/Ackerman (1993)	Drei Samples . a) Tagung, b) Studenten, c) stationäre Therapie wg. Alkoholismus EKAs =182, Nicht-EKAs=313.	Kontrollüberzeugung internal/external	Keine signifikanten Unterschiede

<u>Untersuchung</u>	<u>Sample(s)</u>	<u>Merkmale und Me- ßinstrumente</u>	<u>Ergebnisse</u>
Tweed/Ryff (1991)	114 EKAs, 125 Nicht-EKAs, zwischen 18 und 45 Jahren	Kontrollüberzeugung: Internal, Veränderungen, external (Locus of Control Scale (LOC))	Kein signifikanter Un- terschied zwischen EKA- und Nicht-EKA allgemein, aber EKAs mittleren Alters signifikant höhere Werte bei internaler Kontrollüberzeugung ($p < 0.001$), jüngere hingegen höher bei dem Faktor "Verän- derung" ($p < 0.001$), und "Einfluß durch andere" ($p < 0.05$).
Wright/Heppner (1993)	40 EKAs, 40 Nicht-EKAs, Studen- ten, 17-28 Jahre	Selbst-Konzept (The Interpersonal Schema Questionnaire (ISQ))	Keine signifikanten Unterschiede
Webb et al (1992)	59 EKAs, 175 Nicht-EKAs	Selbst-Konzept (Perso- nal Attribute Inventory (PAI))	Keine signifikanten Unterschiede.
Sheridan/Green (1993) ³⁴	127 Personen, 88 EKAs, 39 Nicht-EKAs	Selbstwertgefühl	EKAs niedrigere Werte als Nicht-EKAs
Churchill/Broida/ Nicholson (1990) ³⁵	497 Studenten, ohne Angaben zur Relation EKAs/Nicht-EKAs	Selbstwertgefühl (JPI)	EKAs signifikant nied- rigere Selbstachtung, dabei weibliche wieder- um geringer als männli- che EKAs
Tweed/Ryff (1991)	114 EKAs, 125 Nicht-EKAs, zwischen 18 und 45 Jahren	Selbstwertgefühl (Self Esteem scale)	keine signifikanten Un- terschiede
Dodd/Roberts (1994)	60 EKAs, 143 Nicht-EKAs	Selbstwertgefühl (Coo- persmith Adult Self- Esteem Inventory (SEI))	Keine signifikanten Unterschiede
Williams/Corrigan (1992) ³⁶	139 Studenten, ohne Angabe zur Relation EKA/Nicht-EKA	Selbstwertgefühl	Signifikanter Unter- schied zuungunsten der EKAs
Bush/Ballard/ Fremouw (1995)	157 Personen, 57 EKAs, 100 Nicht-EKAs	Selbstwertgefühl	Signifikanter Unter- schied zuungunsten der EKAs

Quelle: Eigene Zusammenstellung

³⁴ vgl. ebd.

³⁵ vgl. ebd.

³⁶ vgl. Hoecker, 1996.

Die statistische Prüfung unterstützt die beschriebene Identitätsdynamik bei EKAs. Eine Diskrepanz zwischen positivem Selbstkonzept und niedrigem Selbstwertgefühl bildet sich direkt in den Ergebnissen ab. Die Prüfung der Kontrollüberzeugung zeigt in diesem Verfahren zwar keine Signifikanz, jedoch läßt gerade dieser Umstand auf die Hypothese einer Kontrollillusion rückschließen. Die einfache Überprüfung "internaler Kontrollüberzeugung" mit positiver Bewertung kann die Mechanismen zwischen externaler Überzeugung und internaler Wendung nicht erfassen. Deshalb ist wahrscheinlich, daß diese Problematik im Rahmen der Mittelwertbildung nicht auffällt. Erst auf die Problematik abgestimmte Verfahren könnten weiteren Aufschluß geben.

2.2.2 Das EKA-Phänomen als Identitätsstörung

Die Analyse der Identitätsdynamik bei EKAs gab Aufschluß über eine vorliegende Desintegrität der einzelnen Komponenten. Daraus ergibt sich die Frage, ob die bei EKAs beobachteten Probleme möglicherweise auf eine Störung der Identität zurückzuführen sind. Eine Annäherung an diese Frage bietet das folgende Kapitel mittels einer Anwendung der bereits eingeführten Identitätsmodelle Meads und Krappmanns.

2.2.2.1 Ungleichgewicht zwischen "I" und "me"

Kapitel 2.1.2 skizzierte die Identitätstheorie Meads dar, deren Identitätsmodell auf einer Balance zwischen den verinnerlichten Verhaltens- und Rollenkodexen des "me" und der kreativen, Einzigartigkeit ermöglichenden Energie des "I" beruht. Ist diese Struktur aufgrund der Dominanz einer der beiden Komponenten nicht "dialogisch" (Stimmer, 1987, S. 143) wirksam, liegt eine Identitätsstörung vor. Wie die Beschreibungen sowie die bisherige Reflexion des EKA-Phänomens deutlich machten, zeigt sich bei dieser Gruppe eine extreme Orientierung an vorgegebenen Erwartungen. Diese 'Außenorientierung' behindert die Möglichkeit, eigene Bedürfnisse gemäß der persönlichen Fähigkeiten zu entfalten.

Erschwerend kommt hinzu, daß die eingenommene außengeleitete Haltung nicht als 'wahrhaftig' erlebt wird, sondern als Schutzmechanismus dient. Entfaltung einer 'gleichberechtigten' Identität im Wechselspiel zwischen "I" und "me" wird deshalb erst durch eine Bearbeitung der Störung zugrundeliegender Ängste resp. Defizite möglich..

2.2.2.2 "Identitätsfördernde Fähigkeiten" bei EKAs

Das benannte Ungleichgewicht verweist auf die Identitätstheorie Krappmanns. "Identitätsbalance" wird dem Individuum danach durch die bereits dargelegten "identitätsfördernden Fähigkeiten" ermöglicht. "Unbeschädigte Identität" ist im Verständnis Krappmanns aus diesen Kompetenzen ableitbar.

Diese Annahme führt uns zu der Frage, wie nach den bei EKAs beobachteten Problemen die Ausbildung dieser Fähigkeiten (role-taking, Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz und Identitätsdarstellung) eingeschätzt werden kann.

role taking

Wie bereits skizziert, können Störungen im Vollzug des role taking (kurzfristiges in den Interaktionspartner hineinversetzen) in überhöhter oder verminderter Form auftreten. Hier rückt die erhöhte Form in den Mittelpunkt.

Eine übermäßige Ausprägung dieser Haltung führt zu Vernachlässigung der eigenen Sichtweise. Mit dem Ziel, dem Geschehen immer schon antizipativ voranzueilen, verbindet sich ein "ständiges Auf-der-Hut-sein" (Stimmer, 1978, S. 78) und dadurch, wie Riemann (1975) es titulierte, eine "radarähnliche Sensibilität" (siehe Stimmer, 1978, ebd. a.a.O.).

Diese Merkmale trafen wir oben sowohl bei der Beschreibung von Co-Abhängigkeit als auch bei den diagnostischen Kriterien für das Post-Traumatische-Stresssyndrom (PTSD). Co-Abhängigkeit wird von Cermak gegenüber seinen Klienten überspitzt dadurch charakterisiert, daß die betroffene Person "angesichts des Todes das Leben eines anderen Menschen an sich vorbeiziehen sieht" (Cermak, 1990, S. 95). PTSD kann sich laut dem DSM -IV durch "überhöhte Wachsamkeit" gegenüber der Umwelt zeigen. Außerdem kann dadurch ein weiteres bei PTSD beobachtetes Merkmal verstärkt werden: Die eigenen Gefühle werden derart verdrängt, daß "psychische Taubheit" (siehe oben) die Folge sein kann. Allerdings muß berücksichtigt werden, daß dieser Abwehrmechanismus vorwiegend direkte Folge der traumatischen Erfahrung/en ist. Stimmer weist auf eine weitere Wirkung hin: "Das zwanghafte den Anderen-Durchschauen-Müssen verhindert eine wichtige Funktion des 'role-taking', nämlich den Partner in seiner Individualität zu sehen und anzunehmen" (Stimmer, 1978, S. 78). Wie dargelegt wurde, bewirkt die generalisierte externe Kontrollüberzeugung bei EKAs eine Tendenz zu manipulativem Verhalten, welches sich mit Resignation abwechselt. Beide Formen sind von der Furcht vor Kontrollverlust dominiert und bewirken damit einen Informationsfilter.

Laut Stimmer führen sowohl Manipulation als auch Resignation zu einer "schablonenhaften Weltsicht" (Stimmer, 1978, S. 78), da einerseits zum Erhalt des Ideal-Selbst, andererseits zur Komplexitätsreduktion bei dem (überfordernden) Versuch, den anderen zu 'durchschauen', Facetten nicht wahrgenommen werden (vgl. Stimmer, 1978, S. 78 f.). Diese Überlegung korrespondiert mit der von Woititz bei EKAs beobachteten Neigung zu "Schwarz-Weiß-Denken" (Woititz, 1990, S. 63). EKAs besitzen demnach eingeschränkte Möglichkeiten zu role-taking

Rollendistanz

Aus der entwickelten These, daß EKAs sich einer Überidentifikation mit ihrem Gegenüber bedienen, liegt die Vermutung nahe, daß bzgl. der Rollendistanz ähnliche Mechanismen vorliegen. Die oben beschriebenen, aus der Kindheit transportierten psychologischen Rollenmuster bei EKAs verweisen auf eine mangelnde Rollendistanz. Die klinischen Beobachtungen zeigen, daß es ihnen nicht gelingt, die damals erworbenen Erwartungen zu abstrahieren und zu reflektieren. Daraus ergebe sich häufig ein 'blindes' Festhalten an gewohnten Reaktionsformen (entspricht "overattachment nach Goffman) sowie übersteigertes Verantwortungsbewußtsein. Mögliche Rollenvielfalt, die laut Haeberlin/Niklaus Rollendistanz erleichtert, kann nur eingeschränkt wahrgenommen werden (vgl. Haeberlin/Niklaus, 1978, S. 43).

Gekoppelt mit der bereits erwähnten Wahrscheinlichkeit von Enttäuschungen kann aber situativ der gegenteilige Effekt eintreten, an die Stelle von "overattachment" tritt dann "alienation". In dieser resignativen Situation wird jegliche Verantwortung negiert (vgl. Stimmer, 1978, S. 79; vgl. Schmidt, 1987, S. 47).

Rollendistanz als identitätsfördernde Fähigkeit ist bei EKAs demnach unterentwickelt.

Ambiguitätstoleranz

Unter Ambiguitätstoleranz versteht Krappmann, wie bereits ausgeführt, die Fähigkeit eines Individuums, das unausweichliche Maß inter- oder intrapersonaler Inkonsistenzen bzgl. Erwartungen, Interpretationen oder Bedürfnissen und daraus resultierende Bedürfnisfrustrationen ertragen zu können. Rufen wir uns die Ausführungen zu intimen Beziehungen bei EKAs in das Gedächtnis, liegt ein großer Faktor der angeführten Komplikationen in mangelnder Ambiguitätstoleranz. Diese kann für EKAs zweiseitig interpretiert werden. Als grundlegend für die mangelnde Toleranz kann die von Woititz beschriebene Auffassung 'anders zu sein' angenommen werden (vgl. Woititz, 1990, S. 130 ff.). Diese Unsicherheit bzgl. der eigenen 'Normalität' kann bewirken, daß die Person entweder, um diese zu verdecken, die eigene Sichtweise abspaltet bzw. leicht beeinflussbar ist.

Mit diesem Lösungsversuch verdrängt die Person Unstimmigkeiten, indem sie sich auf die Interaktionspartner einstellt und dadurch als 'Fähnchen im Wind' an Profil verliert (vgl. Black, 1988, S. 145). Dieser Prozeß bildet sich, wie oben beschrieben, im Selbstkonzept ab. Krappmann betont, daß die Strategie der 'Angleichung' dazu führt, das Individuum in seinem Verhalten erfolgreich erscheinen zu lassen. Dies gilt solange, wie die unterdrückten Bedürfnisse sich nicht non-konforme Ersatzwege bahnen (vgl. Krappmann, 1975, S. 157).

Es läßt sich die These aufstellen, daß die beschriebenen zwanghaften Verhaltensweisen u.a. auf diesem Prinzip beruhen. Durch diesen Abwehrversuch isoliert sich der Betreffende aber von seiner Umwelt in der Form, daß er 'sich selbst' nicht einbringt (vgl.

Krappmann, 1975, S. 59). Dadurch verstärkt sich die Furcht, 'wenn andere wüßten, wie ich wirklich bin, würden sie mich nicht mehr achten'. Auch bei augenscheinlich sozialer Eingebundenheit kann das Individuum deshalb in Einsamkeitsgefühlen gefangen bleiben. In verschiedener Ausprägung kann "psychische Taubheit" (siehe oben) situativ oder überdauernd Teil dieses Musters sein.

Das beobachtete niedrige Selbstwertgefühl bei EKAs verhindert schlußfolgernd das Aushalten von Ambiguitätstoleranz.

d) Aus dem Gesagten folgt die Schwierigkeit, eine 'wahrhafte' Selbstdarstellung zu leisten. Dies führt zu "Nicht-Identität", die mittels "Schein-Identität" zu kompensieren versucht wird (Stimmer, 1978, S. 78).

Die Analyse der Ausprägung identitätsfördernder Fähigkeiten bei EKAs ergab, daß die von Klinikern beobachtete Klientel Defizite in diesem Bereich und folgernd im Verständnis Krappmanns eine beschädigte Identität aufweist.

Fazit

An die anhand Haußers Identitätskomponenten dargelegte Identitätsdynamik bei EKAs anknüpfend, deren Wechselspiel Desintegrität aufzeigte, wurde eine Interpretation der Ergebnisse aus Sicht der Identitätstheorien Meads und Krappmanns angeschlossen. Die Ergebnisse, erstens Defizite bzgl. der "T"-Komponente nach Mead sowie zweitens das Fehlen identitätsfördernder Fähigkeiten nach Krappmann, lassen die Hypothese zu, daß die von Klinikern behandelten EKAs unter einer Identitätsstörung leiden.

Wie bereits erwähnt, vertritt Krappmann die Auffassung, daß die Fähigkeit zu role taking, Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz und Identitätsdarstellung im Verlauf von Kindheit und Jugend vermittelt bzw. entwickelt werden müßten (vgl. Stimmer, 1978, S. 69). Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Frage nach den Erfahrungen, die Kinder von alkoholabhängigen Eltern im Verlauf der primären Sozialisation machen. Mit diesem Perspektivenwechsel von der aktuellen Situation bei EKAs zu deren Kindheitserfahrung beschäftigen sich Kapitel 3 und 4.

Dieses Vorhaben führt zu der Überlegung, welche Auswirkungen parentaler Alkoholismus auf die Bedingungen primärer Sozialisation haben kann. Damit verbindet sich die Prämisse, die Alkoholabhängigkeit eines Individuums sich auf den familiären Kontext und damit auch auf das Kind auswirkt. Kapitel 3 beschäftigt sich mit diesen Zusammenhängen.

Die Aussage Krappmanns, das Ziel der primären Sozialisation bestehe darin, "identitätsfördernde Fähigkeiten" auszubilden, gekoppelt mit der oben unter 2.3 getroffenen Fest-

stellung, daß EKAs mit psychosozialen Schwierigkeiten hier Defizite, und damit eine Identitätsstörung aufweisen, begründet den Ansatz von Kapitel 4. Es gilt zu untersuchen, welche innerfamiliären Faktoren das Kind in der Ausbildung der genannten Fähigkeiten prinzipiell unterstützen können (4.1), um anschließend die Bedingungen in Alkoholikerfamilien zu prüfen (4.2).

3 Alkoholismus - Vom individuellen Problem zum familienorganisierenden Prinzip

“Wenn *Alkohol* Probleme macht,
dann ist Alkohol *das* Problem.”
(Father Joseph C. Martin)³⁷

Mit Kapitel 3 wechselt der Blickwinkel der Arbeit auf mögliche Entstehungszusammenhänge der Identitätsstörung im Verlauf von Kindheit und Jugend. Bevor Kapitel 4 sich mit konkreten Entwicklungseinflüssen beschäftigt, wird hier allgemeiner der Frage nachgegangen, welche Struktur von Alkoholismus betroffene Familien ausbilden. Diese Struktur bildet die Rahmenbedingungen für den konkreten familiären Umgang.

Dieser Erklärungsversuch setzt in Kapitel 3.1 bei der von Alkoholismus betroffenen Person an, um Einblick in Heterogenität und Verlauf der Abhängigkeit zu gewinnen. Im zweiten Schritt werden Auswirkungen auf das familiäre Umfeld des betroffenen Individuums analysiert.

Durch diese Ableitung rückt die Diskussion *indirekter* Auswirkungen parentaler Alkoholabhängigkeit in den Mittelpunkt. Diese entstehen nicht durch das Suchtmittel als solches, sondern als Einfluß des Alkoholismus auf körperliches und seelisches Wohlbefinden des einzelnen und das familiäre Gleichgewicht (vgl. Klein/Zobel, 1997, S.135).³⁸

3.1 Alkoholismus als heterogene Krankheit

Da die Rede vom ‘Alkoholiker’ der Komplexität der Krankheit und deren Auswirkungen nicht gerecht wird, soll im folgenden das Bild erweitert werden.

3.1.1 Definition

Alkohol ist die älteste Droge der Menschheit (vgl. Lindenmeyer, 1994, S.17) und bis heute in vielen Ländern ‘in aller Munde’. Als Genuß- und Suchtmittel ist er zugleich alltäglich und tödlich.

Eine einheitliche Definition von Alkoholismus liegt nicht vor. Der Zugang differiert je nach Wissenschaftsrichtung und Erkenntnisinteresse (vgl. Stimmer, 1978, S.28). Für die

³⁷zit. nach: Lechler, 1995, S.21, kursiv beim Autor

³⁸*Direkte* Auswirkungen zeigen sich z.B. durch Schädigungen im Uterus oder Intoxikation im frühen Alter im Zuge von Griffnähe gekoppelt mit Vernachlässigung der elterlichen Aufsichtspflicht.

vorliegende Arbeit erscheint es sinnvoll, einen globalen Ausgangspunkt zu wählen, von dem aus Spezifizierungen erfolgen können. Daher wird die folgende Bestimmung Jellineks (1960) zugrundegelegt.³⁹

Unter Alkoholismus versteht man jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden einen Schaden zufügt (Jellinek, zit. nach Feuerlein, 1989, S.5).⁴⁰

Üblicherweise wird unterschieden zwischen "Alkoholmißbrauch" und "Alkoholabhängigkeit".⁴¹ Diagnostisch wird im ersten Schritt von der spezifischen Droge, (also z.B. Alkohol) abstrahiert. Erst nach der Feststellung einer "Störung durch Substanzkonsum" werden die Auswirkungen der jeweiligen Droge festgestellt. Laut der aktuellen Auflage des DSM-IV (1996) ist "das Hauptmerkmal der Substanzabhängigkeit (..) ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, daß das Individuum den Substanzgebrauch trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt" (DSM-IV, 1996, S.223). Substanzmißbrauch zeichnet sich hingegen durch "ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen (...) manifestiert", aus (ebd. S. 228).

Der Übergang von Gebrauch zu Mißbrauch von Alkohol ist schwer zu erfassen.⁴² Erstens differieren Trinknormen interkulturell, d.h. es werden im Gesellschaftsvergleich verschiedene Maßstäbe gesetzt. Zweitens sind in bestimmten Ländern, wie z.B. Deutschland, die Grenzen unklar, der Einzelne erlangt relativ schwer eine Vorstellung davon, welches Trinkverhalten 'normal' sei.

Außerdem gilt der Verlauf von Ge- über Mißbrauch bis zur Abhängigkeit als Kontinuum, die Übergänge sind fließend. Stimmer weist darauf hin, daß Mißbrauch nicht Abhängigkeit gleichkomme, Abhängigkeit aber immer Mißbrauch impliziere (vgl. Stimmer, 1978, S.29).

³⁹Eine Untersuchung von Schulz/Dörmann/Schneider (1992) zur Aktualität Jellineks bestätigt diese und rechtfertigt damit, ihn trotz des Erscheinungsdatums 1960 heranzuziehen. Zudem findet seine Typologie nach wie vor Verwendung in der Suchtkrankenhilfe.

⁴⁰Gesellschaft soll hier besonders in mikrosoziologischer Perspektive, d.h. in seinem Einfluß auf die Familie Bedeutung finden.

⁴¹Im folgenden wird der wertfreiere Begriff 'Abhängigkeit' für substanzbezogene Formen dem Terminus 'Sucht' vorgezogen. Dies entspricht der Entscheidung der WHO von 1969, mangels Beweisen für eine "physiologische Verankerung" von Alkoholismus mittels des Begriffes 'Abhängigkeit' auf dessen physische und/oder psychische Grundlage hinzuweisen (siehe Fahrenkrug, 1984, S. 28).

⁴²Laut Aussage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gilt als Richtwert zum 'schädlichen Gebrauch' bei Männern ein durchschnittlicher täglicher Konsum von 40g reinem Alkohol (entspricht etwa einem Liter Bier), bei Frauen von 20 g (entspricht etwa einem halben Liter Bier pro Tag) (vgl. BZgA (Hg.), 1997, S.9).

In der derzeitigen Diagnostik finden die psychologischen und physischen Auswirkungen des Trinkverhaltens stärkere Beachtung als die meßbaren Einheiten Häufigkeit und Ausmaß des Alkoholkonsums (vgl. Sher, 1991, S.3).

3.1.2 Krankheitsverlauf

Gestützt auf eine schriftliche Befragung unter Mitgliedern der Selbsthilfegruppe 'Anonyme Alkoholiker' in den USA nimmt Jellinek anhand von 42 Symptomen eine Einteilung in drei Krankheitsphasen vor. Der idealtypische Verlauf wird unter Berücksichtigung der innerfamiliären Auswirkungen dargestellt (vgl. Feuerlein, 1990, S.160 ff.).

Die *Prodromalphase* (vorangehende Phase) ist danach durch Rauschzustände mit Erinnerungslücken (Blackouts), heimliches Trinken, ständig um Alkohol kreisende Gedanken, gieriges Trinken der ersten Gläser und Schuldgefühlen wegen des Alkoholkonsums gekennzeichnet. Feuerlein (1990) beurteilt die Beziehung der Angehörigen zum prodromalen Trinker als ambivalent und wechselhaft. In dieser Phase setzt bereits eine schleichende Stigmatisierung des Alkoholikers durch sein soziales Umfeld ein.

Bei Eintritt in die *kritische Phase* zeichnet sich Jellinek zufolge eine intrafamiliärer Umorganisation ab, da der Alkoholiker bereits nicht mehr fähig sei, alle seine Rollenfunktionen zu erfüllen. Dadurch verliert er seine ursprüngliche Position in der Primärgruppe, ein Teil seiner Aufgaben geht auf andere Personen, häufig auch die Kinder, über. Das emotionale Klima verschlechtert sich. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Angehörigen spätestens ab diesem Moment mitbetroffen sind. In der kritischen Phase kommt es nach Trinkbeginn zu Kontrollverlust und der Alkoholiker legitimiert sein Trinken durch Alibis. Es kommt zu ausgeprägten Stimmungsveränderungen wie Aggressionen, selbstherrlichem Auftreten sowie Gram und Selbstmitleid. Interessen, Freunde und Ernährung, Arbeit werden stark vernachlässigt, mit entsprechend negativen Konsequenzen.

Morgendlicher Alkoholkonsum stellt den Übergang zur *chronischen Phase* dar. Dabei nehmen Quantität und Qualität der Rausche weiter zu, die Wertmaßstäbe treten zunehmend außer Funktion, 'Alkoholfreundschaften' entstehen. Die chronische Vergiftung wirkt sich körperlich durch Verlust der zuvor entwickelten Alkoholtoleranz, psychomotorische Hemmungen, Zittern, Angstzustände sowie Beeinträchtigung der Denkleistung aus. Die familiäre Situation verschlechtert sich weiter. Wenn die Umstrukturierung abgeschlossen ist, scheint es auch möglich, daß der familiäre Alltag weitgehend abseits des

Alkoholikers verläuft. Jellinek geht davon aus, daß der Abhängige nach Fortschreiten dieser Phase einer Behandlung zugänglich wäre, da sein Erklärungssystem versage.⁴³

3.1.3 Typologie

Der problematische Umgang mit Alkohol weist eine große Bandbreite auf. Sher spricht von "Heterogenität der Störungen durch Alkoholgebrauch" (Sher, 1991, S.7). Ein Versuch der Handhabung dieser Heterogenität ist darin abzulesen, daß Forscher in den vergangenen Jahrzehnten eine Vielzahl von 'Untergruppen' des Alkoholismus vorgelegt haben.

Für das vorliegende Thema ist eine differenzierte Betrachtung bedeutend, daß die Abhängigkeits-Heterogenität in jeweils spezifischer Wechselwirkung mit dem Familiensystem steht und somit EKAs in ihrer Kindheit durchaus unterscheidbaren Einflüssen und Chancen begegnen (vgl. Sher, 1991, S.10).

Die bis heute in der Suchtkrankenhilfe verwendete Typologie von Jellinek (1960) wird in der Kurzform nach Schmidt (1970) zitiert:

Alpha-Alkoholiker, auch als Problem- oder Erleichterungstrinker bezeichnet, entwickeln eine seelische Abhängigkeit vom Alkohol und erlangen durch Alkoholkonsum Erleichterung, Befreiung, vermehrtes Sicherheitsgefühl. Sie entwickeln jedoch keine Suchtstruktur und vermögen jederzeit zu abstinieren.

Beta-Alkoholiker trinken aus Gewohnheit oft regelmäßig, nicht selten häufig, was vielfach somatische Schäden zur Folge hat. Auch Beta-Alkoholiker entwickeln keine Suchtstruktur.

Gamma-Alkoholiker sind durch den am Beginn der kritischen Phase auftretenden Kontrollverlust charakterisiert, dessen Mechanismen bis heute nicht geklärt sind. Nach Durchlaufen der voralkoholischen und Prodromal-Phase mit ihren charakteristischen Symptomen stellt sich am Beginn der kritischen Phase das Phänomen des "Nicht-aufhören-könnens" ein und macht es dem Kranken nach der Erfahrung der meisten Autoren unmöglich, wieder kontrolliert oder mäßig zu trinken.

Delta-Alkoholiker zeigen aufgrund zunehmender Gewebstoleranz und Anpassung des Zellmetabolismus gegenüber Alkohol schwere Entziehungssymptome nach Absetzen des Äthanols. Sie behalten im Gegensatz zu Gamma-Alkoholikern die Kontrolle über den Alkoholkonsum, vermögen aber aufgrund des massiven Entziehungssyndroms nicht ohne Alkohol zu sein ('Pegeltrinker', Anm R.R.).

Epsilon-Alkoholiker entsprechen dem Bild des Quartalstrinkers, der periodisch Krisentage erlebt, in denen nach Alkoholkonsum Kontrollverlust mit Exzessen von mehreren Tagen auftritt (zit. nach Antons/Schulz, 1990, S.239).

⁴³Diese Annahme führte zu der lange vertretenen Auffassung, der Alkoholiker müsse erst 'ganz unten' sein, bevor die Krankheit zum Stillstand gebracht werden könne. Dem gegenüber stehen die guten Erfolge der relativ neuen, aus den USA stammenden "Interventionstherapie". Diese Methode versucht in Kooperation mit den Angehörigen den typischen Krankheitsverlauf, der nicht selten zum Tod führt, vorzeitig zu unterbrechen, indem der Alkoholiker schonungslos mit den - bisherigen und zukünftigen - Konsequenzen seines Verhaltens konfrontiert wird (vgl. Wegscheider, 1988). In Deutschland arbeitet Winkelmann als Gründer des "Instituts für Strukturierte Intervention" seit 1992 mit dieser Behandlungstechnik.

Alkoholismus ist dieser Bestimmung zufolge eine Krankheit, die das betroffene Individuum expansiv physisch, psychisch und sozial beeinträchtigt. Je nach Abhängigkeitstypus bestehen Differenzen in der Manifestation dieses Prozesses. Ein Ausstieg aus der chronischen Phase ist nur durch Abstinenz möglich.

In diesem Zusammenhang wurden bereits Konsequenzen für die familiäre Situation angesprochen. Folgend soll diese Perspektive vertieft werden.

3.2 Familienkrankheit Alkoholismus

Als Familienkrankheit ist der Alkoholismus sowohl eine individuelle als auch eine systemische Krankheit; er beeinflusst das einzelne Familienmitglied und das Familiensystem als Ganzes (Wegscheider, 1988, S. 86).

Alkoholismus wird weniger wegen der beobachteten erhöhten Weitergabe der Abhängigkeit über Generationen, sondern aufgrund der Annahme, daß das ganze System Familie mitbetroffen sei und sich um die Droge herum organisiere, als Familienkrankheit bezeichnet. Dabei werden alle Personen zu Beteiligten im Umgang mit der Droge und deren Auswirkungen. Brown weist darauf hin, daß durch die Erweiterung der Konzentration von dem Alkoholiker auf die gesamte Familienstruktur der Zugang zu einer systemischen Sichtweise eröffnet wird (vgl. Brown, 1991, S. 277).

When individuals are identified and separated from the focus on the alcoholic, the work of the systems theorists can be applied, facilitating even broader expansion and establishing the importance of a cross-generational, interactional focus (Brown, 1991, S.277).

Im folgenden soll anhand *familienpsychologischer* Theorie versucht werden, ein differenziertes Bild der These zu entwerfen, daß Alkoholismus zum organisierenden Prinzip der Familie werde. Nach Schneewind beschäftigt sich die Familienpsychologie mit dem "Verhalten und Erleben von Personen in Beziehung zu ihrer Familie" (Schneewind, 1991, S. 15).

Daß Familienmitglieder in spezifischer Art und Weise miteinander verbunden sind und dieser Zusammenhalt ein von der Umwelt abgrenzbares Interaktionsgefüge hervorbringt, zu dem jedes Individuum seinen Teil beiträgt, kann am prägnantesten mit dem Begriff "Familiensystem" erfaßt werden:

Ein Familiensystem ist eine besondere Gruppe von Personen, zwischen denen Beziehungen bestehen; diese Beziehungen werden durch die Familienmitglieder etab-

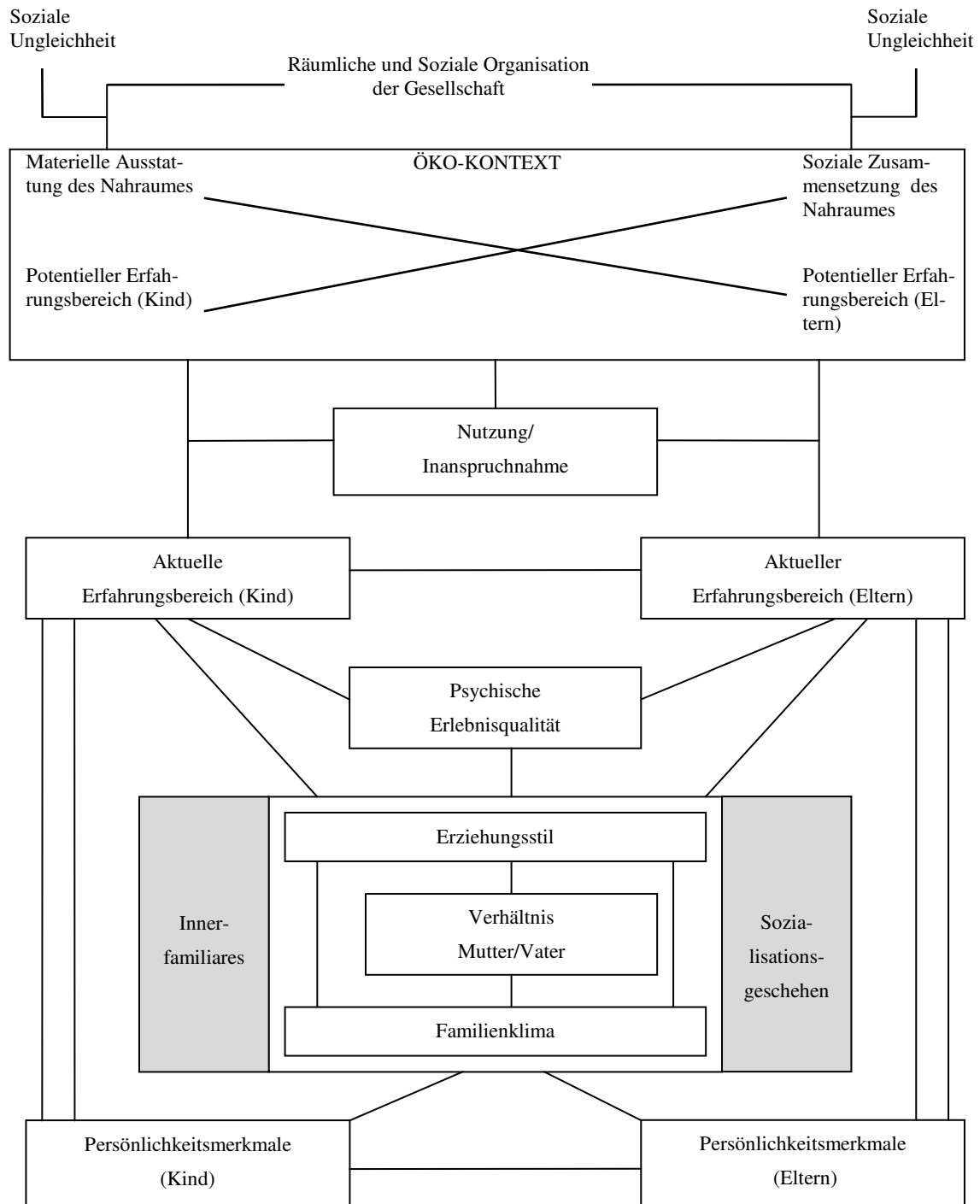
liert, aufrechterhalten und erkennbar gemacht, indem sie miteinander kommunizieren (Bavelas/Segal, 1982, S. 10 f., zit. nach Schneewind, 1991, S.102).

Wegscheider (1988) schlägt vor, das Bild eines Mobiles zu verwenden, um deutlich zu machen, daß “das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist” und dieses System sich in einem ständigen “Fließgleichgewicht” (v. Bertalanffy, 1972) befindet. Letztgenannter Aspekt weist darauf hin, daß die Familie innerhalb ihrer Struktur ständig in Bewegung ist und verschiedenste interne und externe Einflüsse versucht in einem Ausmaß zu integrieren, daß ein Gleichgewicht (Homöostase) erreicht wird.

Entsprechend diesem (familiensystemtheoretischen) Ansatz werden die Bedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen im wesentlichen in den Besonderheiten familiärer Interaktionsmuster gesehen (Schneewind, 1991, S. 270).

Um die Frage zu klären, wie sich parentaler Alkoholismus auf das gesamte Familiensystem auswirkt, werden im nächsten Abschnitt verschiedene Aspekte beleuchtet:

Welche Faktoren bei der Bildung des je eigenen Gleichgewichts eine Rolle spielen, veranschaulicht das “Integrative Forschungsmodell zur familiären Sozialisationsforschung” nach Schneewind (1991, S. 143) auf der folgenden Seite.

Abbildung 2: Integratives Forschungsmodell

Quelle: Schneewind, 1991, S. 143

3.2.1 Familienstreßtheorie

Untersuchungen ergaben, daß EKAs im Vergleich zu Personen aus “normalen” Familien als Kinder häufiger emotionalem Streß ausgesetzt sind (z.B. Kashubeck, 1994, S. 538). Cermak geht davon aus, daß das hohe Streßpotential EKAs bis in das Erwachsenenalter in Form von ständiger Anspannung und Ängstlichkeit verfolgen kann (vgl. Cermak, 1990, S. 64). Mögliche Konsequenzen wurden in Kapitel 1.1.4 unter dem Stichwort “Posttraumatische Belastungsstörung” beschrieben.

Die Umstände werden folgend anhand der *Familienstreßtheorie* deutlich gemacht. Innerhalb dieser Theorie wird ein Familienstressor definiert “als ein auf die Familie einwirkendes Lebensereignis oder Übergangsstadium, das im sozialen System der Familie Veränderungen hervorruft bzw. das Potential zur Veränderung in sich trägt. Diese Veränderung kann sich in verschiedenen Bereichen des Familienlebens äußern, wie z.B. Grenzen, Zielen, Interaktionsmustern, Rollen oder Werten” (Mc Cubbin/Patterson, 1983, S. 8, zitiert nach Schneewind, 1991, S. 120).

Jede Familie erlebt im Verlauf ihrer Entwicklung Stressoren, die Ausdruck des Familienzyklus sind (normative Stressoren). Hierzu zählt z.B. die Geburt eines Kindes, Ortswechsel, berufliche Veränderungen etc. Es handelt sich also um erwartbare Ereignisse. Familien können außerdem mit unerwarteten (nicht-normativen) Stressoren konfrontiert werden. Beispiel hierfür sind: Scheidung, Arbeitslosigkeit, früher Tod eines Familienmitgliedes und - Alkoholismus. Alkoholismus kommt dabei aber insofern eine Sonderstellung zu, als daß er eine *dauerhafte Belastung* darstellt, d.h. mit den Begriffen ‘Lebensereignis’ und ‘Übergangsstadium’ unzureichend erfaßt wird. Alkoholismus erhöht außerdem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens anderer, nicht-normativer Stressoren wie Arbeitslosigkeit, Scheidung oder frühzeitigem Tod der abhängigen Person. Andererseits kann die Krankheit als mißlungener Bewältigungsversuch bereits vorhandener Stressoren entstehen. Es wäre aber verkürzt, nur die aktuelle Familiensituation und deren Umgang mit sogenannten *horizontalen* Stressoren zu beachten. Denn die neue Generation steht auch unter Einfluß ihrer Vorfahren, d.h. *vertikal* vermittelter Inhalte, die ebenfalls als Stressoren wirken können oder den lösungsorientierten Umgang mit ihnen erschweren. Vertikale Stressoren können z.B. Kommunikationsstrukturen, Familientabus und - auf unser Thema verweisend - der Umgang mit Alkohol und dessen Wirkungen sein.

Alkoholismus produziert für das Kind Streß sowohl durch direkte Erlebnisse wie die Konfrontation mit dem betrunkenen Elternteil, dessen Hilflosigkeit oder Gewalttätigkeit als auch durch indirekte Auswirkungen wie der Umorganisation des Familiensystems im Zuge der Verleugnung des Problems, d.h. dessen Regeln, Kommunikation etc. und besonders der häufig unkalkulierbaren Reaktionen: (siehe Cermak, 1990, S. 35 ff.): “Ein

Alkoholiker kann so unwiderstehlich nett und einlullend sein, bis er kriegt, was er will. oder auch wieder aufbrausend und roh - eben unberechenbar." (Interviewausschnitt Bettina, Projekt: Mädchen aus suchtkranken Familien (Hg.), 1996, S. 80).

Wenn die belastenden Situationen überhand über die kräftegebenden gewinnen, kann sich Furcht als allgegenwärtige Alarmglocke manifestieren:

Es ist ununterbrochene fortwährende Angst - Angst vor Zurückweisung, Angst vor dem Unbekannten, Angst, erkannt zu werden - eine immerwährende nagende Angst, die nie verschwindet. (Anonym, aus Al-Anon, 1995, S. 20).

Anhand des integrativen Familienstreßmodells nach Schneewind (1991, S.119) kann die These erklärt werden, daß alkoholismusbelastete Familien sich in Dauerstreß befinden (vgl. Schmidt, 1987, S.45).

Ausgangspunkt dieser Überlegungen bildet die Tatsache, daß der Stressor Alkoholismus nicht 'gelöst' werden kann, bevor der Alkoholkonsum des Abhängigen aufhört. Zwar können die Angehörigen, insbesondere der Lebenspartner diese Entscheidung 'das erste Glas stehenzulassen' durch Arbeit an sich selbst beschleunigen, aber solange Alkohol das Streßkarussell immer wieder antreibt, wird die Familie daraus nicht aussteigen können (außer vordergründig durch Trennung). Schneewind unterscheidet drei verschiedene Formen von Streß: Bewältigungs-, Krisen- und Duldungsstreß. Meine These ist, daß Alkoholikerfamilien häufig im *Duldungsstreß* verharren, d.h. diese "aversive und (als) unveränderbar erlebte familiäre Gesamtsituation" (Klein, 1996, S. 30) passiv auszuhalten versuchen. Oder sie durchlaufen die Station "Bewältigungsstreß", in der Annahme, das Problem 'unter Kontrolle' halten zu können. Erweisen sich dann - zwangsläufig - die Bewältigungsstrategien als ineffizient, resultiert daraus *Krisenstreß*, in Verlauf dessen nach weiteren Ressourcen gesucht wird, um dann entweder wieder in die Bewältigung einzutreten oder solange den Duldungsstreß zu ertragen, bis das Faß überläuft. Die Titulierung von Alkoholismus als Dauerstressor besagt, daß das betroffene Familiensystem dem Streßkreislauf vor dem Entschluß zur Abstinenz nicht entkommen kann.

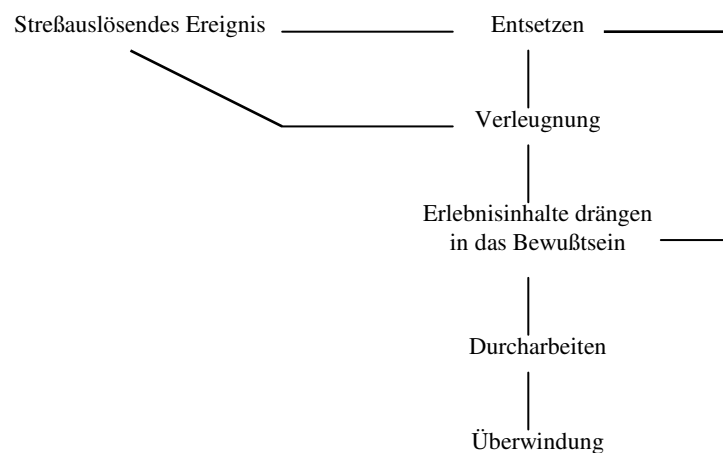
3.2.2 Dysfunktionale Bewältigungsmechanismen

Jeder Mensch, dessen Streßschwelle überschritten wird, hat zwei Möglichkeiten, darauf zu reagieren: Entweder erfolgt eine heftige Reaktion, z.B. in Form einer Panikattacke oder eines Aufschreis des Entsetzens. Der zweite Mechanismus besteht darin, das Geschehene von der bewußten Erkenntnis abzublocken, d.h. die Realität zu verleugnen. Dies geschieht laut Cermak besonders dann, wenn eine Reihe von traumatischen Erlebnissen aufeinander folgen oder das Erlebnis zu schrecklich ist, um es in seiner Tragweite

in diesem Moment verkraften zu können (vgl. Cermak, 1990). Es handelt sich also um eine Schutzfunktion.⁴⁴

Der normale Verlauf der psychischen Verarbeitung führt von beiden Erstreaktionen aus zu einem Pendelprozeß zwischen Verleugnung und einer Reaktivierung der Erinnerungen. Schrittweise kann das Leid so ins Bewußtsein gelangen. Nach dieser in ihrer zeitlichen Länge undefinierten Phase können das traumatische Erlebnis und seine jeweiligen Folgen durchgearbeitet, um schließlich überwunden zu werden. Überwindung heißt, *mit* dieser Erfahrung leben zu lernen.

Abbildung 3: Streß-Verarbeitungs-Modell



Quelle: Horowitz, bei Cermak, 1990, S. 61, übersetzt durch R.R.

Im Fall von Alkoholismus in der Familie bleibt dieser Prozeß häufig im Anfangsstadium stecken. Dies liegt zum einen daran, daß Alkoholismus im Gegensatz zu anderen Einflüssen meist schwieriger als Stressor zu identifizieren ist, er tritt nicht plötzlich auf, da es sich, wie dargestellt, um eine fließende Entwicklung von Genuß zu Mißbrauch bis Abhängigkeit handelt. Wenn das Einbahnstraßenschild 'Abhängigkeit' eigentlich nicht mehr zu übersehen ist, sind dysfunktionale Bewältigungsformen bereits etabliert (siehe Robinson/Rhoden, 1998, S.35). In diesem Fall ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß die Familie lange Zeit in Verleugnung verharrt.

Wenn Familienmitglieder die Abhängigkeit erkennen, besteht ein Grundproblem darin, daß Alkoholismus meist als Willensschwäche angesehen und dementsprechend versucht wird, den Alkoholkonsum mit "pädagogischen" Mitteln zu verringern. Da Alkoholismus aber als Krankheit verstanden werden muß, bilden familiäre Regulationsprinzipien, wie Ermahnung, Liebesentzug oder Übernehmen von Aufgaben keine wirksamen Lösungsmöglichkeiten. Im Gegenteil unterstützt dieses co-abhängige Verhalten meist den Ab-

⁴⁴Dieser Mechanismus ist besonders durch die Arbeit von Kübler-Ross (1969) zu Trauerverarbeitung bei Todesfällen als erste Phase bekannt geworden (vgl. Sapp, 1985, S. S. 52)

hängigkeitsprozeß. Die Familie versucht, die familiäre Homöostase durch einen Wandel *erster Ordnung* aufrechtzuerhalten. Diesen Begriff prägten Watzlawik, Weakland und Fisch (1974), um auszudrücken, daß ein Stressor nicht aus einer Metaebene betrachtet wird. Im Gegenteil nährt das Prinzip 'mehr desselben' die Illusion, sich auf dem Weg zur Lösung des Problems zu befinden (vgl. Schneewind, 1991, S. 104). Dies drückt sich zum Beispiel in der Vorstellung des Kindes aus 'wenn ich noch lieber bin, wird er/sie nicht mehr trinken'. Um bei dem Bild des Bewältigungszyklus zu bleiben, können alle Familienmitglieder davon überzeugt sein, durch Kontrolle des Trinkverhaltens in die Durcharbeitungsphase einzutreten, in Wirklichkeit werden zunehmend dysfunktionale Mechanismen aufgebaut und die Familie pendelt stetig zwischen Verleugnung und Reaktivierung:

Also nachher, als er dann in die Klinik sollte, als es dann wirklich an die Oberfläche brach - vorher war es ja immer unter der Oberfläche, es kam ab und zu hoch, aber dann brach es vollkommen auf - da haben wir auch schon mal darüber geredet (...) (Interviewausschnitt Annette, Projekt "Mädchen aus suchtkranken Familien" (Hg.), 1996, S.55).

Der von Minuchin (1985) festgestellte wechselseitige Beeinflussungsprozeß in Familien produziert einen Teufelskreis, weil die Heilungserwartung immer wieder frustriert wird: Dieses Modell der *zirkulären Kausalität* macht deutlich, daß es sich bei dem vorliegenden dyunktionalen Bewältigungsversuch um ein interaktives Geschehen handelt (vgl. Schneewind, 1991, S. 103): Neues Streßerleben bedingt größere Anstrengung bedingt neues Streßerleben usf.:

Ich habe zehn Jahre darum gekämpft, daß er (der Ehemann Anm. R.R.) aufhört zu trinken, und war auch davon überzeugt: Mit meiner endlos großen Liebe schaff' ich das. Es ging sogar so weit, daß ich mich umbringen wollte, weil ich dachte, ich bin unfähig, das Leben zu meistern (Interviewausschnitt Ute, Projekt "Mädchen aus suchtkranken Familien (Hg.), 1996, S. 72).

Da die Stressoren nicht verarbeitet werden, addiert sich das Streßerleben. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, in einen Zustand der 'psychischen Taubheit' zu geraten, d.h. eine Blockierung der Gefühle:

Was bedeutet es, in einer alkoholkranken Familie aufzuwachsen? Wenn Du mich das vor einigen Jahren gefragt hättest, hätte ich sicher geantwortet: "Keine Ahnung! Ich weiß es nicht!" Meine Kindheit war so voller Schmerz, daß der einzige Weg zu überleben war, den Schmerz abzublocken. Die schönen Gefühle blockte ich auch ab. Es war, als wäre kein Leben in mir (Anonym, Al-Anon, 1995, S. 19).

Um diese Kombination von alkoholismusorientiertem Verhalten und Verleugnung organisiert die Familie ihr System. Wegscheiders Metapher des Mobiles heranziehend, bedeutet Alkoholismus ein extra Gewicht am Abhängigen selbst, wodurch aber alle anderen Mitglieder ebenfalls ein neues Gleichgewicht suchen müssen. Je stärker ein Stressor speziell eine Person betrifft, je 'schwerer' und zentrierter also das Gewicht ist und gleichzeitig gering seine (auch individuellen) Bewältigungskapazitäten, desto mehr und langfristiger gerät das gesamte System in Bewegung:

As alcoholism progresses, the whole family becomes progressively sicker, too. Everything revolves around the dependent parent, whose behavior dictates how other family members interact inside and outside the family. Each family member adapts to the dependent's behavior by developing behaviors that cause the least amount of personal stress and tension within the family. The functioning of all family members continues to shift compensate for the insidious illness (Robinson/Rhoden, 1998, S. 35).

McCubbin/Figley (1983) verglichen funktionale mit dysfunktionalen familiären Bewältigungsformen von Stressoren:⁴⁵

Tabelle 8: Bewältigungsformen von Stressoren

<u>Merkmale</u>	<u>funktional</u>	<u>dysfunktional</u>
Identifikation des Stressors	klar, Annahme	unklar, Verleugnung
Lokalisierung des Problems	familienzentriert	individuumszentriert
Annäherung an das Problem	lösungsorientiert	beschuldigungsorientiert
Verpflichtung + Zuneigung zu Familienmitgliedern	klar, direkt	unklar, indirekt
Kommunikation	offen	geschlossen
Familienrollen	flexibel, sich ändernd	rigide
Nutzung von Ressourcen	balanciert bis hoch	niedrig bis überhaupt nicht
Gebrauch von Gewalt	nicht gegeben	gegeben
Gebrauch von Drogen	selten	häufig

Quelle: Schneewind, 1991, S. 132

Diese Auflistung wird hier nicht weiter ausgeführt, da deren Inhalte unten jeweils Beachtung finden. Es soll aber hervorgehoben werden, daß für das vorliegende Thema der Ausgangspunkt dysfunktionaler Bewältigungsformen in der Verleugnung zu sehen ist.

⁴⁵zitiert nach Schneewind, 1991, S. 132

Allerdings blieb dabei bisher außer Acht, daß das Ausmaß an Verleugnung in alkoholbelasteten Familien verschiedene Ausprägungen erfährt, woraus sich insbesondere wichtige Implikationen für die Frage eröffnen, inwieweit Erfahrungen von EKAs heterogen sind (vgl. Brown, 1988, S. 37). Identitätsentwicklung beeinträchtigende Mechanismen hängen annahmsweise eng mit den familiären Abwehrformen zusammen. Zwischen den beiden Polen der oben genannten Formen findet jede Familie eine ihr eigene Position.

3.2.3 Familiendiagnostik

Dysfunktionale Mechanismen zur Stressbewältigung prägen mit fortschreitender Etablierung die Familienorganisation. Einen allgemeinen Zugang zu familiären Organisationsmustern bildet die *Familiendiagnostik*. Familiendiagnostik zielt darauf ab, "die Struktur und die Prozesse von intimen Beziehungssystemen (.), sofern sie ihre einzelnen Mitglieder beeinflussen. bzw. von ihnen beeinflusst werden" zu erfassen (Schneewind, 1991, S. 174).

In diesem Kontext entwickelten Olson et al. (1983) ein Modell zur Beschreibung von Paar- und Familiensystemen. Dieses *Circumplex-Modell* gründet auf drei Variablen, die in ihrer jeweiligen Ausprägung als grundlegend für die familiäre Organisation angenommen werden:

Kohäsion bezeichnet den Grad der emotionalen Bindung der Familienmitglieder untereinander, die *Anpassungsfähigkeit* eines Familiensystem drückt sich in der mehr oder weniger spontanen Reaktion auf interne oder externe, sowie "situative oder entwicklungsbezogene" (Olson/Lavee, 1989, S.168, zit. nach Schneewind, 1991, S.194) Stressoren aus. *Kommunikation* schließlich wird als "unterstützendes (bzw. hemmendes) Moment" in Bezug auf die zuvor genannten Faktoren angesehen. "Positive Kommunikationsformen (d.h. Einfühlungsvermögen, reflektierendes Zuhören, unterstützende Kommentare) ermöglichen es Paaren und Familien, sich ändernde Bedürfnisse und Vorlieben, die sich auf Kohäsion und Anpassungsfähigkeit beziehen, miteinander auszuhandeln. Negative Kommunikationsfertigkeiten (d.h. Doppelbotschaften, Doppelbindungen, kritische Haltung) verringern die Fähigkeit eines Paares oder einer Familie, ihre Gefühle auszutauschen und schränken damit ihren Bewegungsspielraum auf diesen Dimensionen ein" (Olson/Lavee, 1989, S. 168 f.; zit. nach Schneewind, 1991, S. 194). Das Thema Kommunikation wird unten ausführlicher behandelt.

Das folgende Schaubild macht Bandbreite und mögliche Kombinationen der Dimensionen Kohäsion und Anpassung deutlich (aus Simon/Stierlin, 1984, S.53, zit. nach Schneewind, 1991, S. 195).

Abbildung 4: Circumplex-Modell

Quelle: Schneewind, 1991, S. 195

Funktionale Familien bewegen sich bzgl. beider Faktoren im 'Mittelfeld'. Flexible oder strukturierte Anpassungsmöglichkeiten kennzeichnen sie als "offene" Systeme. Am äußeren Rand der Anpassungsskala stehen einerseits "geschlossene" Systeme mit sehr niedriger Flexibilität, andererseits "zufällige" Systeme, die in beliebiger Form reagieren. Jeweilige Ausprägungen der Kohäsion von "losgelöst" über "getrennt", "verbunden" bis "verstrickt" führen wiederum zu verschiedenen Nuancen. Das Modell muß als Kontinuum verstanden werden, d.h. Familien bewegen sich häufig zwischen bestimmten Typen, je nach aktuellen Anforderungen oder Entwicklungsstadien, sind "ständig zu einem sehr dynamischen Balanceakt aufgefordert" (Schmidt, 1987, S. 34).

Der Standort alkoholismusbelasteter Familien in diesem Modell wird im folgenden anhand der Variablen Anpassungsfähigkeit und Kohäsion analysiert.

Anpassungsfähigkeit:

Sher (1991) geht davon aus, daß bzgl. der Anpassungsfähigkeit ein Schwanken zwischen den Extremen, "losgelöst" und "rigide", anzunehmen sei:

Roles and boundaries are fixed and strong (in geschlossenen Systemen, Anm. R.R.), with strict adherence to established norms. On the other hand, the "random family" is characterized by chaos and fluctuation in rules and decision making. Alcoholic families may fluctuate between "closed" and "random" depending on the degree of activity or parental alcoholism (Sher, 1991, S. 162).

Schmidts (1987) sowie Watzlawiks/Beavins/Jacksons (1990) Ausführungen hingegen deuten darauf hin, daß bei der Beschreibung des Lebens in Alkoholikerfamilien als "chaotisch" und "unberechenbar" sowie der gleichzeitigen Annahme rigider Rollen und Regeln zwei verschiedene Ebenen vorliegen. Die soziale Struktur unter der anscheinenden Chaotik ist danach trotzdem - bzw. gerade deshalb - umso festgelegter. "Sogenannte pathologische Familien, die unablässig über Beziehungsfragen streiten können" zeichnen sich häufig dadurch aus, daß "das scheinbare Chaos ihrer Interaktion sich bei näherem Hinsehen als überraschend regelgesteuert erweist" (Watzlawik/Beavin, Jackson, 1990, S. 127). Kennzeichnend für durch Alkoholismus belastete Familien ist diese festgefahrene Struktur. Dabei gilt: "Je länger ein Suchtverhalten in einer Familie existiert, desto eingeschränkter wird (.) das praktizierte Verhaltensrepertoire" (Schmidt, 1987, S. 41).⁴⁶ Gerade in dieser Starrheit besteht angesichts des Dauerstressors die einzige Möglichkeit, mit Alkoholismus ein System zu bleiben. Erlebnisse wie Schwanken zwischen emotionaler Kälte, Wut und Überschütten mit Nähe; Gewalt, Desorganisation in Haushalt und Alltag und wechselnden Entscheidungen können nur über ein tieferliegendes diffiziles Regelwerk, je nach Bedarf aktiviert, "kontrolliert" werden. So vollzieht sich z.B. von außen betrachtet ein Rollentausch, wenn Kinder ihren Eltern Verantwortung abnehmen, sei es durch psychischen Beistand oder konkrete Erledigungen. Da dieser Vorgang aber Teil des Systems ist, kann er nicht als "chaotisch" bezeichnet werden. Daß diese ständige Anpassungsleistung eine Überforderung für das Kind darstellt, scheint evident.

Es wird also ein übergroßes Maß an *situativer* Anpassungsleistung für das Problem notwendig, so daß diese Fähigkeit für andere Bereiche, wie flexiblen Umgang mit *entwicklungsbedingten* Stressoren (familienbezogen und individuell) unzureichend zur Verfügung steht. Alkoholismus gilt deshalb als 'familienorganisierendes Prinzip'.

Kohäsion:

Mitglieder alkoholismusbelasteter Familien sind in ihren Verhaltensweisen stark voneinander abhängig. Der Alkoholiker braucht die co-abhängige Person und andersherum,

⁴⁶Wichtig ist dabei auch zu bedenken, daß dieses Repertoire in Form "horizontaler Stressoren" (vgl. oben) von der Herkunftsfamilie in die neue Kernfamilie übernommen werden kann.

die Kinder werden instrumentalisiert, um das System aufrecht zu erhalten (vgl. Schmidt, 1987, S. 40). Insgesamt tendieren Alkoholikerfamilien zu hoher Kohäsion und “versuchen in sehr starrer Weise an gleichgewichtsfördernden Beziehungsmustern festzuhalten” (Schmidt, 1987, S. 42). Diese mächtige emotionale Bindung darf aber nicht mit “übermäßiger Zuneigung/Verwöhnung” (“overprotecting”) verwechselt werden. Kinder in von Alkoholismus betroffenen Familien sind häufig emotionalen Wechselbädern ausgesetzt: An einem Tag fühlen sie sich geliebt, am nächsten achtlos beiseite geschoben (vgl. Woititz, 1990, S. 68).

So kann z.B. auf die im Alkoholrausch entstandene Vernachlässigung das Gegenteil, ein Überschütten mit Gefühlen folgen oder es werden nur im Rausch Emotionen zugelassen. Gerade in dieser Unberechenbarkeit besteht ein Grundproblem für die Kinder. Diese schwankende Beziehungsangebote werden häufig durch beide Elternteile vermittelt: In nassen Phasen ist es wahrscheinlich, daß der nicht-trinkende, co-abhängige Elternteil all seine Kräfte in den Partner investiert, danach wiederum versucht, die Vernachlässigung des Kindes auszugleichen.

‘Übermäßige emotionale Bindung’ bedeutet Abhängigkeit, Abhängigkeit ist keine ‘nährende Zuneigung’ sondern ‘Benutzen’. Das Kind fühlt sich unentbehrlich, aber eben wenig ‘aufgehoben’. So ist beides je eine Seite derselben Medaille: die Nichterfüllung kindlicher Bedürfnisse: “(…), daß jeder einzelne in meiner Familie so laut nach Liebe und Anerkennung schrie, daß wir einander übertönten” (Anonym, aus Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 31).

Diese mangelnde Distanz drückt sich außerdem darin aus, daß der Umgang miteinander nicht reflektiert wird. So werden z.B. Familientreffen immer wieder in derselben Form gestaltet, auch wenn es die vergangenen Male zu großen Problemen kam.

Der Versuch eines Mitgliedes aus diesen festen Bahnen auszusteigen, führt zu großer Irritation und wird zu verhindern versucht. (vgl. Stimmer, 1978, S.88). Dies gilt z.B. für den Auszug eines Kindes, dem der natürliche emotionale Loslösungsprozeß verweigert wird resp. ihn, als Teil des Systems, sich selbst verbietet. Auch bei örtlicher Trennung bleiben “langanhaltende Bindungen und Abhängigkeitsbeziehungen” häufig erhalten (Schmidt, 1987, S. 43). Hierin liegt die Antwort auf die Frage, warum EKAs häufig ‘in der Vergangenheit verhaftet’ zu sein scheinen: Sie sind noch dort!.⁴⁷

Mit Wynne (1969) läßt sich die vorgestellte Konstellation von Verstricktheit und Rigidität als “Pseudo-Gemeinschaft” beschreiben. Den Begriff wählte er, da er den entscheidenden Impuls für die Bildung dieser Familienform darin sieht, daß ein oder beide Elternteile die unüberwindbare Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Partner nicht

⁴⁷Dieser Mechanismus kann im übrigen auch zur Wirkung kommen, wenn die langersehnte, dauerhafte Abstinenz des Alkoholabhängigen eintritt: “Als ich mit mir allein war, hatte ich immer mehr Angst davor, daß sie geheilt werden könnte und mich nicht mehr brauchen würde” (Anonym aus Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 23).

ertragen können. Die Pseudogemeinschaft beruht also auf dem mißlungenen Versuch, absolute Harmonie herzustellen. Dieser Anspruch verweist auf die oben dargestellte fehlende "Ambiguitätstoleranz". Anstatt Diskrepanzen auszuhalten und darüber wirklichen Kontakt zu ermöglichen, arbeiten alle Beteiligten an der "Aufrechterhaltung eines *Gefühls* von Beziehung" (Wynne, 1977, S. 47, kursiv im Original; vgl. Scharfetter, 1990, S. 175)

Laut Wynne führt die Starre und Verbindlichkeit der pseudogemeinschaftlichen Familienorganisation dazu, daß "in den Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern (.) Spontaneität, Originalität und Humor" fehlen (Stimmer, 1978, S. 88). Außerdem werden diese Systeme als "geschlossen" bezeichnet, weil sie Austausch mit der Umwelt meiden.

Dieselben Bewältigungsmechanismen, die zur Bildung der Pseudogemeinschaft führen, dienen auch ihrer Aufrechterhaltung. Stimmer (1978, S. 88) nennt:

- "a) direkter (relativ erkennbarer) Zwang
- b) Erzeugen von Schuldgefühlen
- c) 'Mystifizierung' und
- d) 'double bind'"

Die aktive Komponente der "Mystifizierung" nach Laing (1977) ist passgenau mit der oben beschriebenen Verleugnung: "einen Vorgang vertuschen, verschleiern, verdunkeln, maskieren" (Laing, 1977, S. 275). Das Ergebnis der Mystifizierung ist, daß Verwirrung entsteht, "es wird unmöglich zu erkennen, was wirklich erlebt oder getan wird oder was vor sich geht, und es wird unmöglich die tatsächlichen Streitpunkte festzustellen und zu unterscheiden" (Laing, 1977, S. 275). "Die Definition der 'Mystifizierung' schließt den Ausbruch offener Konflikte nicht aus. Es wird häufig um alles mögliche gestritten, nur die wirklich zugrundeliegenden Konflikte sind und bleiben verschleiert" (Stimmer, 1978, S. 89).

Im Konzept alkoholkranker Familien steht dieser Prozeß in den Mittelpunkt - Verleugnung/Mystifizierung ist der entscheidende Bewältigungsversuch, der die restlichen (Schuldzuweisung, Zwang und double-bind⁴⁸) bedingt.

Bis hierher haben wir Alkoholismus als Dauerstressor für das gesamte Familiensystem definiert, dem die Familie mit bestimmten Bewältigungsmechanismen zu begegnen sucht. Da Alkoholismus im aktiven Status nicht zu bewältigen ist, greift das System mit der Zeit zu dysfunktionalen Mechanismen (insbesondere der Verleugnung), die sich aufgrund der chronischen Situation verfestigen und zur "ausgeprägten Beziehungsstruktur" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 197) der Pseudogemeinschaft gerinnen, die

⁴⁸Zu Erklärung und Wirkung des "double-bind" siehe Kap. 5.2.1.4.

“eine eigenartige selbstverewigende Eigenschaft” (ebd. S. 198) aufweist. Schließlich werden die Mechanismen nicht nur als Bewältigungsversuch, sondern auch zur Aufrechterhaltung der Homöostase gebraucht. Diese Ausführungen legen die Vermutung nahe, daß sich die bei EKAs beschriebenen negativen Konsequenzen einer alkoholismusbelasteten Kindheit eher auf die familiäre Dynamik als auf den konkreten Alkoholkonsum des abhängigen Elternteils zurückführen lassen (vgl. Klein/Zobel, 1997, S. 136). Deshalb wird im folgenden der Terminus ‘alkoholismusbelastete Familie’ verwendet.

Wie sich die Pseudo-Gemeinschaft konkret ausdrückt und sich auf Kinder und deren zukünftiges Erleben auswirken kann, wird im Anschluß behandelt.

4 Identitätsentwicklung in alkoholismusbelasteten Familien

Unglücklicherweise ist der Prozeß des Wachstums, der Veränderung und Entwicklung bei Personen, die in einer co-abhängigen Realität gefangen sind, unterbrochen - wenn nicht sogar gänzlich blockiert (Subby, 1987, S. 103, zit. nach Rennert, 1990, S. 164).

Anknüpfend an die im ersten Kapitel entwickelte These, daß die von klinischen Beobachtern ausgemachten Probleme als Identitätsstörung interpretiert werden können, stellt sich die Frage, welche Faktoren für die Ausbildung der Störung verantwortlich sind.

Wie in dem Ansatz von Krappmann bereits dargestellt wurde, werden Fähigkeiten zur Identitätsarbeit in Kindheit und Jugend vorbereitet (vgl. Stimmer, 1978, S. 69). Neben der im ersten Kapitel vorangestellten Betrachtung verschiedener Identitätsmodelle erscheint damit nun eine nähere Untersuchung der Identitätsentwicklung sinnvoll. Im folgenden soll daher mit der entwicklungspsychologischen Theorie Eriksons auf die psychosozialen Bedingungen für die Herausbildung 'gesunder Identität' eingegangen werden, um diese schließlich mit Bezug auf die Situation von Kindern in alkoholismusbelasteten Familien darzulegen.

4.1 Identitätsentwicklung nach Erikson

Erik H. Erikson gilt als Begründer der psychoanalytisch orientierten Identitätstheorie. In seiner 1959 veröffentlichten Abhandlung IDENTITÄT UND LEBENSZYKLUS legt er, unter besonderer Berücksichtigung Freuds psychosexueller Stadien, seine Entwicklungspsychologie dar. Entscheidend an seiner Theorie, und für die vorliegende Arbeit von zentralem Interesse, ist die Fokussierung der Innenperspektive unter besonderer Berücksichtigung der emotionalen Seite von Identität (siehe Pauls, 1990, S. 89 f.). Abgrenzung zu Mead vertritt Erikson die Auffassung, daß "Wissen nicht allein eine Sache des Kopfes" ist (Pauls, 1990, S. 90). Seine eigene Lebensgeschichte reflektierend bemerkt Erikson hierzu: "(M)an glaubte damals, Kinder wüßten nicht, was man ihnen nicht sagte" (Erikson, 1977, S. 25, zitiert nach Pauls, 1990, S. 89 f.). Die hier angesprochene kindliche Sensibilität für 'verdeckte' Situationen wird uns später bei der Analyse kontinuierlicher Sozialisationsbedingungen in alkoholismusbelasteten Familien wieder begegnen (Kapitel 4.2).

Erikson beschreibt Identität als psychosoziale Entwicklung, d.h. als einen ständigen Wechselwirkungsprozeß zwischen Individuum und Gesellschaft (siehe Haußer, 1983, S. 115). Das bereits beschriebene dynamische Identitätsprinzip Krappmanns findet sich schon in Eriksons, für damalige Zeiten revolutionären, Auffassung, Identitätsentwicklung sei ein lebenslanger Prozeß und somit nur sinnvoll als "Synthese aus Identitätsbil-

dung und -veränderung“ beschreibbar (vgl. Oerter/Montada, 1987, S. 306; Haußer, 1983, S.144). Erikson definiert Identität über Begriffe wie “Kontinuität und Gleichheit”, deren Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung jedoch lebenslange Arbeit bedeuten: “Die Identität ist niemals eine “Errungenschaft” in der Form eines Panzers der Persönlichkeit oder sonst als irgendetwas Statisches oder Unveränderliches “festgelegt” (Erikson, 1970, 20, zitiert nach Pauls, 1990, S.88). Wir halten fest: Identität ist ein bewegliches Potential das im Verlauf der Kindheit vorbereitet, im Jugendalter erstmals zu einer Form kumuliert, dann aber lebenslang ein “erweiterungsfähige(r) und dynamische(r) Prozeß” bleibt (ebd., 1990, S.89).

Aus dieser Perspektive betrachtet, beruht eine Störung der Identität auf einem Mangel an ‚Vorbereitung‘, deren Resultat als “Identitäts-Diffusion” zu bezeichnen ist: “Ein *nicht-normativen* Zustand, in dem es dem Individuum unmöglich erscheint, sich selbst und anderen gegenüber ein relatives Maß an “Gleichheit und Kontinuität” aufrechtzuerhalten (siehe Erikson, 1973, S. 18). Diese Störung resultiert aus Defiziten in der Bearbeitung lebensphasenspezifischer Entwicklungsschritte und manifestiert sich häufig im Übergang von Jugendalter zum jungen Erwachsenenalter (vgl. Erikson, 1973, S. 155 f.).

Erikson bestimmt die Kindheit als Lebensabschnitt, in dem die Voraussetzungen für Ich-Identität im Zuge *normativer* Krisen erarbeitet werden (vgl. Erikson, 1973, S. 140). Gemäß seiner psychanalytischen Ausrichtung geht Erikson davon aus, daß die Bewältigung phasenspezifischer Entwicklungsthemen einem aufeinander aufbauenden Prinzip folge. Allerdings schränkt er diese dogmatische Auffassung ein, indem er sowohl die Themen selbst als Kontinuum begreift als auch die spätere Empfindlichkeit der ‚Errungenschaften‘ herstellt:

Was das Kind in den einzelnen Phasen erwirbt, ist ein relatives Gleichgewicht zwischen positiv und negativ; wenn die Waagschale sich mehr zum Positiven neigt, sind die Chancen für eine Überwindung späterer Krisen und eine unbehinderte Gesamtentwicklung günstiger. Die Vorstellung, es werde auf irgendeiner Stufe ein Zustand erreicht, der für neue Konflikte von innen und Änderungen von außen unangreifbar sei, ist eine Projektion (Erikson, 1973, S. 69).

Trotzdem erscheint ein Voranschreiten auf der ‚Skala‘ der Entwicklungsschritte möglich und eine *relative* Lösung erreichbar (vgl. Erikson, 1973, S. 69). In der Adoleszenz werden die ‚Fäden zusammengezogen‘. Entscheidende Voraussetzung für diesen Schritt, woraus sich erstmals Ich-Identität als lebensbegleitende Aufgabe konstituiert, ist Reflexion.⁴⁹: “Der Prozeß der Adoleszenz ist nur dann wirklich abgeschlossen, wenn das In-

⁴⁹ Hier wird Übereinstimmung mit der Theorie Meads deutlich. Wie bereits besprochen, bildet Reflexionsfähigkeit für Mead die Grundvoraussetzung für “bewußte Identität”.

dividuum seine Kindheitsidentifikationen einer neuen Form von Identifikation untergeordnet hat (...) (Erikson, 1973, S. 136). Prägnanter formulieren Döbert/Habermas/Nunner-Winkler Identitätsentwicklung als einen Prozeß der (im idealisierten Fall) von der “natürlichen leibgebundenen Identität des Kleinkindes” über die “rolle gebundene Identität des Schulkindes” bis zur “Ich-Identität des jungen Erwachsenen” führt (Döbert/Habermas/Nunner-Winkler, 1977, S. 10, zitiert nach Pauls, 1990, S. 71).

Für ein besseres Verständnis der Identitäts-Problematik von EKAs sollen im folgenden die von Erikson vorgestellten, phasenspezifischen Entwicklungsthemen dargelegt und jeweils mittels Aussagen von Robinson/Rhoden (1998) auf Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien perspektiviert und angewendet werden. (Erikson, 1973, S. 55-122)⁵⁰:

- 1) Ur-Vertrauen gegen Ur-Mißtrauen (1. Lebensjahr)
- 2) Autonomie gegen Scham und Zweifel (2. und 3. Lebensjahr)
- 3) Initiative gegen Schuldgefühle (4. und 5. Lebensjahr)
- 4) Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (6. Lebensjahr bis Beginn Pubertät)
- 5) Identität gegen Identitäts-Diffusion (Jugend)

1) Ur-Vertrauen gegen Ur-Mißtrauen (1. Lebensjahr)

Diese wesentlich durch die Mutter-Kind-Beziehung geprägte, früheste Lebensphase verdichtet laut Erikson im besten Fall “ein Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens (.), und zwar in bezug auf die Glaubwürdigkeit anderer wie die Zuverlässigkeit seiner selbst” (Erikson, 19973, S. 62). Gemäß der Freudschen Definition als “orale Phase”, bindet Erikson die vertrauensbildenden Erfahrungen an Interaktionen im Rahmen der Nahrungsaufnahme sowie der anschließenden Trennung von “der Mutterbrust” (vgl. Erikson, 1973, S. 64 ff.). Die Schlußfolgerung, daß sich Ur-Vertrauen als “Eckstein der gesunden Persönlichkeit” (Erikson, 1973, S. 63) mit größerer Wahrscheinlichkeit ausbilden kann, wenn die Bezugsperson/en selbst die Fähigkeit zu “handfestem und realistische(m) Lebenswillen” (Erikson, 1973, S. 85) erwerben konnten, liegt nah.⁵¹ Zuverlässigkeit und Sicherheit dem Kind den Boden, um Vertrauen aufbauen zu können.⁵²

In active alcoholic families, infant trust is challenged from the first day of life because parents are too consumed with alcoholism to provide adequate support and

⁵⁰ Bei Robinson/Rhoden zeigt sich der Bezug zu den Persönlichkeitsmerkmalen nach Woitzitz (vgl. Kap. 2).

⁵¹ Hier finden wir einen Hinweis auf oben angesprochene “vertikale Stressoren”. Die Vermutung, daß

⁵² Die “Wichtigkeit eines guten Anfangs” (Petzold/Goffin/Oudhof, 1993, S. 371) darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß Zuversicht durch Streßakkumulation, bzw. traumatische Erlebnisse erschüttert werden, ein Defizit auf diesem Gebiet kann jedoch prinzipiell relativ ausgeglichen werden:

“(..) habe dabei den größten Respekt für die Elastizität und Erfindungsgabe einzelner Kinder bekommen, die mit Unterstützung einer reichlich spendenden sozialen Gruppe lernten, Kompensationen für ihre traurigen Kindheitserlebnisse zu finden” (Erikson, 1973, S. 66).

nurturance to children. The inconsistency, neglect, and abuse that characterize many alcoholic homes will leave children with an overriding sense of mistrust, insecurity, and separation anxiety. (...) These infantile feelings build across the life span and are transformed into problems that many COAs have with intimacy, insecure relationships, and fear of abandonment in adulthood (Robinson/Rhoden, 1998, S. 179).

2) *Autonomie gegen Scham und Zweifel (2. und 3. Lebensjahr)*

Ab dem zweiten Lebensjahr beginnt mit der Entwicklung des Muskelsystems ein neuer Entwicklungsabschnitt, der besonders durch den Wechsel von "Festhalten" und "Loslassen" gekennzeichnet ist. Analog zu Freud bezieht Erikson dieses Entwicklungsthema auf die "Analität", aber auch auf weitere körperliche Koordinationsleistungen (vgl. Erikson, 1973, S. 76). Die erfolgreiche Bewältigung von "Selbstbeherrschung ohne Verlust des Selbstwertgefühles" vermittelt dem Kind den Eindruck von Autonomie. Eine Manifestation der Überzeugung, nur mangelnde Selbstkontrolle zu erreichen, führt hingegen zu "Scham und Zweifel", die sich in Schuldgefühlen manifestierten (siehe Erikson, 1973, S. 79). Nicht zugelassene oder nicht empfundene Autonomie könne bewirken, daß das Kind offenes Interesse an der Welt verliert und sich im Übermaß kritisch selbst beäugt und so ein "frühreifes Gewissen" ausbildet (vgl. Erikson, 1973, S. 81). Auswirkungen solcher Art bis in das Erwachsenenalter akzentuiert Erikson wie folgt: "Denn obwohl er lernt, anderen auszuweichen, läßt ihm sein frühreifes Gewissen doch nichts durchgehen, er windet sich immer beschämt, um Vergebung bittend und Verstecke suchend durchs Leben; oder aber er "überkompensiert"⁵³ und zeigt nach außen hin eine Art trotziger Scheinautonomie" (Erikson, 1973, S. 81):

Hinsichtlich der Bedingungen, die dem Kind diesen Entwicklungsschritt erleichtern, warnt Erikson vor "Patentrezepten". Mithilfe sinnvoller Grenzen sowie "emotionaler Ehrlichkeit" wird dem Kind jedoch eine Orientierung erleichtert:

"Denn ganz gleich, was wir im einzelnen tun, das Kind wird in erster Linie fühlen, wie wir leben, was uns zu liebenden, helfenden und verlässlichen oder aber zu haßerfüllten, unsicheren, mit sich selbst uneinigen Wesen macht" (Erikson, 1973, S. 83).

Ermutigung und Klarheit seitens der Eltern sind es also, die die kindliche Entwicklung in dieser Phase positiv unterstützen.

Toddlers develop a sense of shame or doubt about their abilities when their newly discovered independence is restricted, discouraged, or poorly guided. Shame and doubt and problems with control arise from children in alcoholic homes when they witness parents who lack self-control, who scold and criticize them for making

⁵³Hier, wie auch im folgenden verwendet Erikson individualpsychologisches Vokabular auf, ohne es als solches zu thematisieren. Das Theorem des Minderwertigkeitsgefühls- bzw. komplexes und der damit verbundenen Überkompensation verweisen auf die Individualpsychologie Alfred Adlers.

poor choices and mistakes, or who deny them opportunities to make choices and develop self-control. (...) Rigid parental demands and oppressive rules without some room for choices lead to co-dependency. Without treatment, they will carry issues around control and negative attitudes toward authority into their adult personalities (Robinson/Rhoden, 1998, S. 180).

3) *Initiative gegen Schuldgefühle*

Diese Entwicklungsphase markiert den Übergang von der “leibgebundenen Identität” zur “rollenabhängigen Identität”. Den Schwerpunkt des kindlichen Interesses bildet jetzt nicht mehr der eigene Körper, sondern zunehmend das Verhalten der Bezugspersonen. An ihnen erlernt das Kind nun durch Nachahmung von “Modellen”⁵⁴ “role taking”⁵⁵. Was in Meads Theoretisierung der “Signifiaknte Andere” ist, dessen Rollen spielerisch vom Kind übernommen werden, kann mit Erikson und seinem von Freud adaptierten Begriff der “Identifikation” ergänzend beschrieben werden (vgl. Mead, 1980, S. 319). Denn meinem Verständnis nach betont Meads “play” eine lediglich vorübergehende Identifikation, im Gegensatz zur Freudschen “Introspektion, die Hereinnahme von Verhaltens- und Denkweisen anderer Personen” (Pauls, 1990, S. 91). Doch selbst wenn eine dauerhafte Übernahme vorbildhafte Impulse bei Mead in diesem Stadium der kindlichen Entwicklung noch keine Relevanz ausweist, werden beide theoretischen Nuancen in einem gemeinsamen Ziel einig:

“Es (das Kind, Anm. R.R.) denkt sich zukünftige Rollen aus oder versucht zu begreifen, welche Rollen nachzuahmen lohnt” (Erikson, 1973, S. 89). Eine naheliegende Notwendigkeit, damit diese Entwicklungsphase des “play” (Mead) dem Kind Orientierung bieten kann, ist in einem “lohnenswerten” Vorbild zu sehen.

Modellernen in der hier vorliegenden Ausprägung wird in dieser Phase möglich, da das Kind Entwicklungsschübe in nicht nur in körperlicher, sondern auch in sprachlicher und kognitiver Hinsicht vollzieht: “Es ist bereit, sich mit den Erwachsenen zu messen, es beginnt, Vergleiche anzustellen und entwickelt eine unermüdliche Wißbegier (...)” (Erikson, 1973, S. 89).

Dieses Engagement gilt es von den Bezugspersonen in einen akzeptablen Rahmen von Förderung und Grenzsetzung zu bringen, der dem Kind “Initiative” anstelle von Verharren in “Schuldgefühlen” ermöglicht (vgl. Erikson, 1973, S. 87 ff.). Wie hilfreich hierfür klare Regeln und offene sowie kindgerechte Kommunikation sind, soll an anderer Stelle anhand der Beschreibung alkoholismusbelasteter Familien grundlegend theoretisiert werden (vgl. hierzu Kap. 4.2.1.1 und 4.2.1.4).

⁵⁴ Das Theorem des “Modellernens” geht auf die kognitive ?? Banduras (Jahr?) zurück,

⁵⁵ Den Begriff “role taking” brachte Kohlberg 19?? in die sozialwissenschaftliche Diskussion ein.

Robinson/Rhoden bemerken zu dem Punkt, wie dringend Kinder Rückmeldung über ihre ‚Initiativen‘ benötigen, folgendes:

This developmental characteristic makes reality testing in alcoholic homes doubly problematic, because children are often told what they saw didn't really happen or was not as bad as they perceived it to be. The line between reality and imagination becomes blurred, and children become confused. (..) This stage is also characterized by egocentrism when children believe that they cause everything that happens to them. They feel guilty because they believe their parent drinks because of something they did (...). As adults, children who have trouble at this stage will not be able to distinguish what normal is and feel they are to blame for their parents drinking. They may become overly responsible for others and blame themselves for others' failures (Robinson/Rhoden, 1998, S. 180 f.).

4) Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (6. Lebensjahr bis Beginn Pubertät)

Im Alter zwischen ca. 6 und 10 Jahren, bei Freud als ‚Latenzperiode‘ im Schwerpunkt als Zeit des Wissens - und Fertigkeitenerwerbs gekennzeichnet, begibt sich das heranwachsende Kind auf die Suche nach Tätigkeiten, die es ihm potentiell ermöglichen, sinnvolles und akzeptiertes Mitglied der Gemeinschaft zu sein. Was Erikson hier als „Werksinn“ bezeichnet, markiert durch die Suche nach Anerkennung, den Übergang zu komplexeren Spiel- und Handlungsplanungen (vgl. Erikson, 1973, S. 102; vgl. Mead, 1980, S. 320). In Erweiterung zum Meadschen „play“ sind Kinder in dieser Entwicklungsstufe in der Phase des „game“: Das Kind tendiert zu einer erweiterten, vorwiegend gedanklichen Rollenübernahme *aller* Beteiligten. Während der „Signifikante Andere“ zu einer spielerischen Rollenübernahme motiviert, ist es jetzt die kindliche Erfahrung, die dem Kind zu einer relativen Generalisierung des Gegenübers verhilft. Das erwachsende Potential, diesem „Generalisierten Anderen“ gegenüberzutreten, liegt, so Mead, in der Fähigkeit begründet, andere zu einer Reaktion zu stimulieren, indem man in sich selbst die Tendenz zur selben Reaktion hervorruft und so Ich-Identität gewinnt (siehe Mead, 1980, S. 323).

In diesem Stadium, in dem das Kind ebenso ein Verständnis für „Arbeitsteilung“ und „gerechte Chancen“ (Erikson, 1973, S. 106).gewinnt, wirken psychosoziale Umstände, in denen das Kind keine Möglichkeit zum Beweis seiner Selbst gegeben werden, negativ auf die motivierende Kraft des „Werksinns“. Das Gefühl, minderwertig zu sein, entsteht, und Stolz sowie Zuversicht für das Bestehen von Aufgaben entwickeln sich nur bedingt.

Ähnlich verhält es sich bei Überforderung durch dem Alter nicht angemessene Aufgaben verhalten. Werden dem Kind Anerkennung oder „Ermutigung“ (Adler) vorenthalten, mag es überhöhte Leistungsanforderungen an sich selbst entwickeln ‚niemals gut genug zu sein‘ oder schließlich resignieren.

When frequent failure or disapproval is common, as in most alcoholic homes, children may come to believe that the results of their work are not worthwhile and that they themselves have low worth. (...) In adulthood, these people have difficulty following through on projects, or they are prone to procrastination. On the other extreme, some children in alcoholic homes (...) spend the rest of their life trying to prove themselves and to others that they are competent and worthwhile. They become overly serious and do not know how to have fun (Robinson/Rhoden, 1998, S. 182).

5) *Identität gegen Identitäts-Diffusion (Jugend)*

Die Herausbildung von Identität über den Weg einer Identitätskrise gilt bei Erikson als Leitmotiv des Jugendalters⁵⁶. Dabei wird im Habermaschen Vokabular der Übergang von Rollen-Identität zu Ich-Identität möglich. Ablösung muß erlaubt sein:

Das Gefühl der Ich-Identität ist (.) das angesammelte Vertrauen darauf, daß der Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat, eine Fähigkeit entspricht, eine innere Einheitlichkeit und Kontinuität (...) aufrechtzuerhalten (Erikson, 1973, S. 107).

Auf Erikson aufbauend betont Marcia (1964), daß der Aufbau von Ich-Identität 'Arbeit', als Reflexion der bisher leitenden Regeln und Rollen erfordert (vgl. Haußer, 1983, S. 120). Reflexion jedoch benötigt Freiraum. Das Individuum braucht einerseits Kapazitäten, um sich der reflektorischen Aufgabe zu stellen, andererseits eröffnet ein gelungener Ablösungsprozeß zwischen Festhalten und Ausstoßung der Familie dem Heranwachsenden schrittweise Emanzipation.

Fehlende Autonomie macht sich besonders beim Eintritt in unbekannte Lebenszusammenhänge bemerkbar: "Wo immer die Quellen seiner Identität im überwältigenden Maße von außen kommen, verliert sie der Mensch, sobald er aus seinem Milieu entfernt wird" (Blos, 1973, S. 251, zitiert nach Pauls, 1990, S. 99).

They (the adolescents, Anm. R.R.) find a fit between who they are and what society wants them to be. This fit is impossible for children of alcoholism who have been unsuccessful at the previous stages. Lacking the inward resources to affirm their own worth, they become approval seekers. They constantly change their values to gain the affirmation of others or lose their identity in another person altogether (Robinson/Rhoden, 1998, S. 182)

Die Darstellung der Entwicklungsstadien nach Erikson zeigt, welche Faktoren eine ungestörte Identitätsentwicklung unterstützen. Ein Mangel oder gar Ausbleiben dieser för-

⁵⁶Das Jugendalter muß heute durch die stetig im Wandel begriffenen Sozialisationsinstanzen in westlichen Industrienationen als fließende Größe von Pubertät - Adoleszenz und Übergang in das Erwachsenenalter angesehen werden (vgl. Oerter/Montada, 1987, S. 265 ff.).

derlichen Voraussetzungen für die Bewältigung entwicklungsbedingter Aufgaben an das Kind, wie ehrliche und ermutigende Zuwendung, Sicherheit, Orientierung anhand von Identifikationsmöglichkeiten sowie entwicklungsgerechtes Loslassen der Eltern verdichtet die These, daß die von Klinikern beobachteten EKAs grundlegend in ihrer Identität gestört sind.

4.2 EKAs und zentrale Aspekte der Identitätsentwicklung

Mittels einer Differenzierung zwischen kontinuierlichen Einflüssen und akuten Lebensereignissen soll nun im folgenden eine nähere Überprüfung jener Einflüsse dargelegt werden, denen EKAs in ihrer Kindheit und Jugend ausgesetzt waren, so daß identitätsfördernde Fähigkeiten nicht ausreichend entwickelt werden konnten.

4.2.1 Kontinuierliche Einflüsse

Kontinuierliche Einflüsse auf die Identitätsentwicklung sind Bedingungen des Aufwachsens, die als Ausdruck struktureller Merkmale des familiären System dauerhaft wirken. Die Struktur alkoholismusbelasteter Familie hatten wir als "Pseudogemeinschaft" definiert. Als prägendes Element stand dabei die Rigidität im Mittelpunkt. Die mangelnde Flexibilität sowie deren Auswirkungen werden im folgenden anhand der kontinuierlichen Einflüsse Regeln, Atmosphäre, Rollen und Kommunikation verdeutlicht.

4.2.1.1 Regeln, Routinen, Rituale

Die "Anatomie" einer Familie (Wegscheider, 1988, S. 50) bzw. jedes Systems bedingt und zeigt sich gleichzeitig in jedem ihrer Bausteine, wie Kommunikation, Rollen und Atmosphäre. Familienregeln befinden sich im Wechselspiel mit diesen Bausteinen, sie bilden gewissermaßen das Fundament. In dieser Funktion können sie Orientierung bieten und gerade durch eine Effektivierung und Klarheit bzgl. des Zusammenlebens Freiraum schaffen für die je individuelle Entfaltung, im Rahmen dieser Vereinbarungen (vgl. Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 136). Daraus wird deutlich, daß gesunde Regeln die Bedürfnisse aller Mitglieder berücksichtigen und außerdem den jeweiligen Anforderungen entsprechend angepaßt werden sollten. Wie oben dargestellt geht es um die Balance zwischen Rigidität und Willkürlichkeit. Ein funktionales Regelwerk bedarf also "Regeln zur Änderung der Regeln", sogenannter "Metaregeln" (Watzlawik/Beavin, Jackson, 1990, S. 137).

Der EKA-Literatur zufolge orientieren sich die Metaregeln in alkoholismusbelastete Familien weniger an den Entwicklungsnotwendigkeiten des Einzelnen oder des Sys-

tems, sondern vorwiegend an den Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit und deren Verleugnung.

In Anlehnung an verschiedene Autoren (Brown, 1988; Subby, 1987; Schmidt, 1987) werden im folgenden Regeln dieser umfassenden Art dargestellt.

- 1) Es gibt keinen Alkoholismus in unserer Familie- sprich nicht darüber (vgl. Brown, 1988, S. 34)

An erster Stelle der Regeln steht das Familiengeheimnis Alkoholismus. Was (meistens) jeder weiß, wird nach außen verborgen und innerhalb der Familie nicht direkt thematisiert. Dieses Geheimnis hält die Familie wie ein unsichtbares Band zusammen. Die Botschaft ist paradox (vgl. Kap. Kommunikation) und kann Zweifel an der eigenen Wahrnehmung bzw. Realitätsverzerrung bewirken.

- 2) Sprich nicht über Dinge, die dich innerhalb der Familie irritieren, ängstigen oder ärgern, besonders wenn sie im direkten Zusammenhang mit Alkohol stehen.

Diese Regel verbietet offenen Umgang mit Problemen. Einerseits führt sie zu einer Abgrenzung der Familie nach außen ('Das geht nur uns etwas an, wir halten zusammen') (vgl. Rennert, 1990, S. 176). Andererseits werden Kommunikationsinhalte innerhalb des Systems zensiert. Nicht Auseinandersetzungen insgesamt werden unterbunden, im Gegenteil kann viel gestritten oder diskutiert werden, dabei wird aber das Grundproblem ausgeblendet. Die Überzeugung: 'Wir können über alles reden', schlimmer noch 'wir wissen alles voneinander' verstärkt durch Vedeckung das Tabu, grundlegende Dinge zu verändern und damit die Homöostase zu gefährden (vgl. Rennert, 1990, S. 169). Der wirkliche Konflikt wird indirekt bearbeitet. Sei es wie genannt durch oberflächliche Dispute, aber auch über Vermittler oder Symptombildung, d.h. körperliche Symptome oder Alkoholintoxikation (vgl. Schmidt, 1987, S.48).

Kinder, die dieser Regel ausgesetzt sind, geraten zum einen häufig in objektiv unbewältigbare Vermittlerposition. Da ihre Anstrengungen nicht oder nur kurzfristig zu einer Entspannung führen, empfinden sie dies zudem als eigenes Versagen (vgl. Rennert, 1990, S. 172) Zum anderen kann die Tabuisierung zu Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung und Empfindung führen. Ihre normale Bewertung von Situationen wird gehemmt. Die Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Interpretation innerhalb der Familie kann sich zu der Annahme, selbst "verrückt" zu sein entwickeln. Mit einer Generalisierung dieser Unsicherheit kann sich zunehmende Einschränkung des Austauschs (auch mit Außenstehenden) verbinden, so daß die/der Heranwachsende nicht in der Lage ist, alltägliche Probleme von denen aus der familiären Situation entstandenen zu trennen und deshalb überhäufig annimmt, 'anders zu sein'. Diese Tendenz wird verstärkt, da die Regel nur durch Schuldzuweisungen aufrecht erhalten werden kann. Jemand, der sich

dem Dogma entgegenstellt, wird als 'übersensibel' oder 'hysterisch' abgeurteilt (vgl. Rennert, 1990, S. 168).

- 3) Handle nach dem, was ich sage - nicht nach dem, was ich selbst tue (Subby, 1987, zit. nach Rennert, 1990, S. 163)

Inkonsistenz zwischen Vereinbarungen und Verhalten, in alkoholismusbelasteten Familien häufig bedingt durch die Priorität der Abhängigkeit, kann bei dem Kind negativen Einfluß auf die Vertrauensbildung haben. Anstelle der Zuversicht, sich von zuverlässigen Regeln schützen lassen zu können, tritt einerseits der Eindruck absoluter Eigenverantwortlichkeit und gleichzeitig eine Anpassung an die geringe Kalkulierbarkeit des Geschehens in Form bloßer 'Reaktion' statt selbst entworfener 'Aktion':

Der destruktivste Anteil dieser speziellen Regel ist: Indem wir nur das tun, was wir als Erwartungen der anderen an uns betrachten, verleugnen wir uns selbst und werden innerlich gespalten (...) Wir wissen eine ganze Menge über die Wahrheit - dies ist das Resultat unserer Versuche, sie zu vermeiden - aber wir fühlen uns niemals o.k. (Subby/Friel, 1984, zit. nach Rennert, 1990, S. 175).

Weiterhin muß angenommen werden, daß Personen, die ausgeprägt diskrepant handeln, für Kinder als Identifikationsobjekt bzw. Modell wenig hilfreich, sondern im Gegenteil verwirrend sind.

- 4) Selbstbezogenheit ist Egoismus

Wie oben dargestellt beruhen alkoholismusbelastete Familiensysteme häufig auf enger Kohäsion. Daraus ergibt sich laut Schmidt das Verbot, sich von den innerfamiliären Geschehnissen abzugrenzen und klare Verantwortlichkeiten abzustechen. Die daraus resultierende ständige Involviertheit in familiäre Prozesse verhindert die Konzentration auf individuelle Belange: "Die Bedürfnisse der anderen in einer solchen Notsituation in der Familie sind wichtiger als die eigenen" (Schmidt, 1987, S. 47).

Selbstbezogenheit wird als 'Hartherzigkeit' und 'Egoismus' interpretiert und kann zu intensiven Schuldgefühlen führen, welche verhindern, daß das Kind lernt, sich für seine Bedürfnisse einzusetzen und letztlich diese überhaupt wahrzunehmen (vgl. Rennert, 1990, S. 173). Dadurch kann sich das co-abhängige Muster entwickeln, vermeintlich durch die Sorge an anderen und deren Feedback mit sich selbst in Kontakt zu treten. Identitätstheoretisch formuliert bleibt die "I"-Komponente unterentwickelt.

Die verbotene emotionale Distanz impliziert die Festlegung: 'sei nicht glücklicher als wir'. Ebenfalls als Egoismus gedeutet, verbindet sich mit einem 'Befreiungsschlag' häufig der Ausschluß aus dem System, bzw. die Zuweisung der 'Sündenbock'-Rolle (vgl. Schmidt, 1987, S. 47)..

- 5) Kontrolliere deine Gefühle, insbesondere zeige keine Schwäche oder Anzeichen von Überforderung. Tust du dies, bist du unzurechnungsfähig

Die starke Komplementarität der Beziehung zwischen der alkoholabhängigen Person und dem Enabler polarisiert die Spannbreite menschlicher Interaktion in 'stark' oder 'schwach'. Diese Zuschreibungen erfolgen in stereotyper Weise, d.h. 'Stärke' wird lediglich daran gemessen, inwieweit Kontrolle über andere und die eigenen Gefühle eingehalten wird. Damit verbindet sich die oben genannte Verantwortlichkeit. Sogenannte 'Schwäche', antizipiert als Kontrollverlust (bzgl. Alkohol oder Gefühlen und Bedürfnissen), bewirkt für die betreffende Person Verantwortungsentzug (vgl. Schmidt, 1987, S. 47 f.). Den Kindern fehlt deshalb häufig eine normative Orientierung, da Schuldzuweisungen als 'Blitzableiter' eingesetzt werden und mehr für die Dynamik in der Familie als für die tatsächlichen Begebenheiten sprechen:

Weil uns oft die Schuld zugewiesen wurde, obwohl wir schuldlos waren, fällt es uns sehr schwer, unsere tatsächliche Verantwortung von der übertriebenen, die von uns erwartet und die uns aufgezwungen wurde, zu unterscheiden. Es sind die Extreme von zuviel und zuwenig Verantwortung, die auf unseren Schultern lasten (Al-Anon-Familiengruppen, 1996, S. 207).⁵⁷

Auf der Ebene darunter befindet sich die Ausdifferenzierung in Form von Normen zum Umgang miteinander. Diese Regeln sollen hier als Routinen und Rituale bezeichnet werden. In welchem Ausmaß Alkoholismus als organisierendes Prinzip die Familie durchdrungen hat, zeigt sich am Einfluß der Metaregeln auf das tägliche oder auch besondere Miteinander (vgl. Cermak, 1990, S.45).

Je nach Stadium und Typ des Alkoholismus können dabei erstens Routinen entweder abrupt unterbrochen oder langsam der Krankheit "angepaßt" werden.

Es ist z.B. denkbar, daß bei Vorliegen von Dekaden-Alkoholismus in "trockenen" Phasen der alltägliche Ablauf äußerlich "normal" erscheint (obwohl die Vorsicht vor dem nächsten Einschnitt gänzliche Entspannung unwahrscheinlich macht). Die Kinder werden versorgt, Freizeit wird gemeinsam gestaltet. Die nasse Phase bedingt dann einen Zusammenbruch der Gewohnheiten und fordert Anpassung von allen Familienmitgliedern. Steinglass et al. beobachteten dementsprechend in Alkoholiker-Familien ein häufiges 'Splitting' der Familienkultur zwischen Abstinenz und Intoxikation. Je häufiger dieser Situationswechsel vollzogen werden muß, desto 'chaotischer' werden die Kinder ihr Umfeld erleben. Im Extrem gibt es keine sicheren Momente mehr:

The chaos was the only thing I knew for sure, I always could rely on the unexpected and the knowledge I'd have to quickly adjust - turn my attention to the crisis at hand and get into gear. I always grew up "on guard". It was the only way to survive (Anonym, bei Brown, 1988, S. 50).

⁵⁷Dieser polarisierende Mechanismus wurde bereits als 'Omnipotenz versus Resignation' beschrieben

Bei stetigem Trinken hingegen ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß das System sich dauerhaft an die Zwänge des Alkohols anpaßt. Das abhängige Elternteil wird dauerhaft aus den Familienpflichten ausgeschlossen, die Abendbrotzeit richtet sich nach der Heimkehr des Trinkenden oder gar nicht mehr nach ihm, Spiel und Spaß richten sich nach spontan abzuschätzender Stimmungslage, Planungen enden immer häufiger in Enttäuschung (vgl. Cermak, 1990, S. 47).

Mutter ließ den Haushalt schleifen, als Vater zu trinken anfang, und das Abendessen verlief nicht mehr wie gewöhnlich. Es gab zwei ganz verschiedene Arten von Abendessen; die eine Art des Essens war die, als wir noch so etwas wie eine Familie waren und Vater daran teilnahm. Als es mit seinem Trinken dann wirklich schlimm wurde, hat er oft nicht mal mehr mit uns zusammen gegessen, sondern lag im Bett und schlief. (Anonym, zitiert nach Benett/Wolin, 1994, S. 24).

Als weiteres Kennzeichen, inwieweit die Familie von Alkoholismus dominiert wird, kann laut Benett und Wolin (1994) gelten, inwieweit es ihr gelingt, an Ritualen, wie z.B. Familienfeiern festzuhalten. Als Kennzeichen untersuchten sie u.a. den Grad der

- a) "Rollenkonsistenz der Familienmitglieder" (in Bezug auf das Ritual)
- b) "Veränderung der mit der Aktivität verbundenen Affekte"
- c) "Vorhersagbarkeit des rituellen Ablaufs" (Benett/Wolin, 1994, S. 22)

Eine Untersuchung der genannten Autoren zu diesen Zusammenhängen ergab, daß die Veränderung der Rituale in alkoholismusbelasteten Familien durchaus unterschiedlich ausfällt. Für einige EKAs stellten die besonderen familiären Situationen eine 'Oase' dar: "Weihnachten hat immer Spaß gemacht. Selbst heute noch packen wir gerne Geschenke aus. Jeder zeigt sich von seiner besten Seite. Das war immer so" (Anonym, bei Benett/Wolin, 1994, S. 23).

Andererseits verbinden viele EKAs mit Familienfesten hauptsächlich Enttäuschung. Streit, Alkoholexzesse und Desinteresse können als Anzeichen gewertet werden, daß der Alkohol die Oberhand gewonnen hat, denn: "In order to maintain important rituals, families must often choose to exclude the alcohol" (Cermak, 1990, S. 47):

Meine Mutter hat sich im Laufe der Jahre immer weniger um Weihnachten gekümmert. Dadurch verlor es viel von seinem besonderen Charakter, weil sie diejenige gewesen war, die die ganze Ausschmückung vorbereitete und die Geschenke gekauft hat. Als meine Mutter dann trank und mein Vater merkte, daß sie keine Vorbereitungen traf, ist er losgegangen und hat eingekauft (...) Wir standen alle herum und warteten auf Mutter, daß sie aufstehen würde, weil das Tradition bei uns war. Schließlich kam sie gegen elf Uhr schwankend rein. Mir wurde innerlich ganz kalt, und ich wollte nur noch weg (Anonym, bei Bennett/Wolin, 1994, S. 25).

Bennett/Wolins Untersuchung zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Ritual-Veränderung und der Transmission von Alkoholismus (vgl. Bennett/Wolin, 1994, S. 26). Im Rahmen der Untersuchung unterschieden sie "subsumptive" Familien, in denen Alkoholismus die Routinen und Rituale 'vereinnahmte' von "distinktiven" Familien, die ihre Rituale trotz Alkoholismus erhalten konnten (vgl. Bennett/Wolin, 1994, S. 25). EKAs aus subsumptiven Familien werden danach häufiger selber alkoholabhängig. Hier läßt sich die Vermutung anschließen, daß der Grad der Zerstörung familiärer Gewohnheiten, sowohl abrupt als auch schleichend, auch für die in dieser Arbeit in den Vordergrund gestellte psychische Entwicklung entscheidend ist.

Black (1988) brachte die beschriebenen Regeln auf die knappe Formel: "Rede nicht, traue nicht, fühle nicht !" (Black, 1988, S. 43).

Ein gedanklicher Rückschluß auf die bei Erikson formulierten Entwicklungsvoraussetzungen läßt vermuten, daß die am Alkoholismus orientierten Regeln Sicherheit bzw. Zuverlässigkeit und eine entwicklungsgerechte Anpassung des familiären Umgangs an die Bedürfnisse des Kindes verhindern, wodurch optimale Förderung versagt bleibt. Außerdem hemmen Verleugnungsprozesse bzw. damit verbundene Verbote emotionalem und verbalem Ausdrucks die Entfaltung der Individualität. Schließlich findet das Kind wahrscheinlich keinen Orientierungspunkt in Form einer 'modellspendenden' Elternteils, das die Anforderungen dieser Rolle bzgl. Konsistenz und 'Durchschaubarkeit' erfüllen könnte.

4.2.1.2 Atmosphäre

"(...), die Familienatmosphäre dient in ihren typischen Äußerungen den Kindern als Maßstab fürs Leben" (Dreikurs, 1985, S. 36).

Die grundlegende Stimmung innerhalb einer Familie ist das Gemeinschaftswerk der Launen und Verhaltensweisen aller Mitglieder, Regeln, der räumlichen Umgebung, sinnlicher Eindrücke wie Gerüche, Lichtverhältnisse, Sauberkeit und der emotionalen Beziehungen. Dieses Gefüge bildet eine kontinuierliche Basis für das 'Lebensgefühl'. So hat wahrscheinlich jedes Mikrosystem Familie sein ureigenes Konglomerat.. Kindheitserinnerungen sind häufig von dieser spezifischen 'Aura' geprägt. Ein negatives Beispiel liefert der folgende Eindruck:

Als ich nach Hause kam, war unser Haus dunkel und still, als ob niemand darin leben würde - und so war es auch. In unserer Familie lebte niemand wirklich. Wir existierten nur, völlig abgeschlossen von allem, und lebten unseren Tag wie Robo-

ter. Mutter lag in ihrem Zimmer wie immer regungslos auf dem Bett. Es war tausendmal zuvor so gewesen, aber dieses Mal war es mir zuviel (...) Ich konnte nicht verstehen, warum er (der Vater Anm. R.R..) sie nicht verließ und uns nicht von der Hölle auf Erden erlöste. Seine übliche Antwort war, daß ich übertrieb und alles nicht so schlimm sei. (Anonym aus Al Anon-Familiengruppen, 1995; 286).

Wie bereits beschrieben, geht Feuerlein davon aus, daß sich das emotionale Familienklima ab Eintreten des Alkoholikers in die "kritische Phase" drastisch verschlechtert (vgl. Feuerlein, 1990, S. 160).⁵⁸ Dem Konzept der Familienkrankheit zufolge (vgl. oben) organisiert sich das Familiensystem um den Alkoholismus. Je nach Stadium, Form und Verhaltensauswirkungen der Abhängigkeit sowie der Frage, ob Mutter oder/und Vater betroffen sind, verändern sich familiärer Umgang und Alltag in je spezifischer Weise. Steinglass (1987) stellte fest, daß die Familienmitglieder häufig zwei Verhaltenssysteme ausbilden: Befindet sich der Alkoholiker in einer nassen Phase kommen andere Strategien zum Einsatz und treten andere Gefühle in den Vordergrund als in einer trockenen Phase (vgl. Cermak, 1990, S.44).⁵⁹

All diesen Anpassungsstrategien gemeinsam ist, daß Energie von den eigentlichen familiären Zielen abgezogen wird: Sicherheit, Kontinuität sowie die Förderung und Unterstützung jeder einzelnen Person mit seinen speziellen Fähigkeiten und Neigungen (vgl. Cermak, 1990, S.42). So berichtet eine Betroffene:

In vielerlei Hinsicht machte meine Kindheit einen ganz guten Anschein. Es gab Geld, Status, Respekt und allgemeine Anerkennung. Aber ich vermißte Ermutigung, Rückhalt, emotionale Unterstützung und Liebe, die nicht nur bejaht, sondern auch mit Ehrlichkeit erzieht und die Seele mit Vertrauen füllt. (Anonym, aus Al Anon-Familiengruppen, 1995, S. 41).

⁵⁸Klein/Quinten (1998) befragten 98 EKAs, wie sie als Kinder die Atmosphäre in ihrer Familie empfanden. Insgesamt fiel knapp die Hälfte der Antworten negativ aus. So wurde das familiäre Klima von ca. 40-50% der Befragten jeweils als "disharmonisch", "verschlossen", "verlogen", "bedrückt" und "hemmend" beschrieben. Als "unberechenbar" empfanden 35,2% der Gesamtgruppe das familiäre Stimmungsbarometer. Eine gewalttätige Umgangsform erlebten 14,6%. Jede vierte Person stufte den Umgang untereinander als "unfreundlich" ein. Auffällig sind die höchsten Werte bei den Indikatoren "Instabilität" (54,7%) sowie "Angespanntheit" (56,1%).

Berücksichtigt man außerdem, welcher Elternteil betroffen war/ist und ob es zu einer dauerhaften Abstinenz kam, zeigen sich verschiedene Nuancen im Antwortverhalten: z.B. bedeutet Abhängigkeit der Mutter den Ergebnissen zufolge erhöhten intrapsychischen Streß durch Anspannung und Instabilität und geringeren interaktionalen Streß durch Gewalt und Aggressivität als im Fall eines abhängigen Vaters. Sind beide Elternteile alkoholkrank wird, die Atmosphäre fast doppelt so häufig (54,5% versus 28,9%) als kalt und gewalttätig (30,0% versus 14,6%) im Vergleich zur allgemeinen Gruppe eingeschätzt.

EKAs, deren betroffene Eltern keine dauerhafte Abstinenz erlangten, zeigen überdurchschnittliche Werte bei "Verschlossenheit" (60%), "Unfreundlichkeit" (42,3%) sowie die höchste Ausprägung bei empfundener "Instabilität" (72%) sowie "Angespanntheit" (76, 9%) (siehe Klein/Quinten, 1998, S.5 ff.).

⁵⁹Diese Beobachtung kann, außer im Bezug auf Rückfälle, nicht für den Delta-Alkoholiker, d.h. den sogenannten Pegeltrinker gelten, da diese Abhängigkeitsform der ständige nasse Zustand auszeichnet. Bei Epsilon-Alkoholikern (Quartalstrinkern) hingegen wird diese Spaltung besonders stark ausfallen.

Damit stützt auch die Beschreibung der familiären Atmosphäre in alkoholismusbelasteten Familien die Annahme, daß in diesem Kontext entwicklungsfördernde Bedingungen im Sinne Eriksons ungenügend bereitstehen.

4.2.1.3 Rollen

Kinder in alkoholkranken Familien wurden von Wegscheider (1988) und Black (1981) anhand bestimmter Rollenmuster, die diesem Ansatz zufolge verschiedene Möglichkeiten ausdrücken, mit der Situation umzugehen beschrieben und häufig zitiert.

Auf soziologischer Tradition gründend kann das Rollenkonzept gesellschaftliches Zusammenwirken über Aufgaben und Funktionen der einzelnen Personen verdeutlichen. Das individuelle Rollenmuster variiert im Lebensverlauf.

Soziologisch betrachtet ist die Familie als Zusammenschluß alters-, macht- und aufgabenbedingter Positionen zu sehen, die jeweils mehrere Rollen umfassen können. Diese sozialen Rollen sind heute in den westlichen Industrienationen innerfamiliär weitaus flexibler geworden, so daß sich ihre Zuweisung nicht mehr zwangsläufig an der 'klassischen Rollenverteilung' orientiert.

Für EKAs ist diese soziologische Perspektive hinsichtlich der immer wieder beschriebenen Gefahr einer 'Generationsverschiebung' relevant, da Kinder in alkoholbelasteten Familien häufig 'parentifiziert' werden.. Rollen werden übernommen, die eigentlich die ältere Generation zu erfüllen hätte.⁶⁰ Steht im Zuge der Abhängigkeitsentwicklung zudem der (Ehe)Partner für Gespräche nicht mehr zur Verfügung oder sind die Generationsgrenzen sowie die emotionale Bedürftigkeit der Elternteile verwischt, eskaliert die Gefahr, daß das Kind in eine 'Ersatzpartner'-Rolle gerät:

Arzt: Haben Sie Kinder?

Patientin (suchtkrank): Eine Tochter.

Arzt: Beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrer Tochter.

Patientin: Das ist ganz wunderbar; mit ihr kann ich ALLES besprechen.

Arzt: Wie alt ist Ihre Tochter?

Patientin: Dreizehn.

(Salloch-Vogel, 1987, S.11)

Im Gegensatz resp. in Ergänzung zum vorrangig positionsorientierten soziologischen Verständnis, analysieren psychologische Rollenmodelle typische Interaktionsmuster der einzelnen Familienmitglieder Anhand derer kann innerfamiliäre Zusammenspiel verdeutlicht werden kann (vgl. Schneewind, 1991, S. 110).

⁶⁰ Häufig genannt werden Übernahme des Haushaltes und Versorgung jüngerer Geschwister (vgl. Feuerlein, 1990, S.?).

Entwicklungsfördernde Rollen sind *individualisierte* Rollen, die aufgrund der je spezifischen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Kindes zustande kommen und somit dessen Persönlichkeit widerspiegeln. Eltern ermöglichen diese Findung durch Klarheit in ihrer eigenen Rolle. Als eine grundsätzliche Sicherheit ermöglicht dieses, flexibel mit neuen Lebenssituationen umzugehen und somit auch sich wandelnden Bedürfnissen (in erster Linie des Kindes) gerecht zu werden (vgl. Cermak, 1990, S. 40).

Rollen, die Individualität verhindern, können kurzfristig im Verlauf konfliktreicher Situationen eingenommen werden. Satir (1975) beschreibt beispielsweise ein familiäres 'Rollenspiel' dieser Art mit den Figuren des "Anklagenden, Beschwichtigers, Rationalisiersers und Ablenkers". Ohne hier ausführlicher auf die einzelnen Typen einzugehen ist wichtig festzuhalten, daß funktionale Familien sich dadurch auszeichnen, daß sie nicht in diesen "Streßrollen" verharren (Schneewind, 1991; S. 110).

Die Rollenübernahme in alkoholismusbelasteten Familien ist dagegen außerordentlich festgefahren. Chronisch streßbelastete Familien haben ihre Rollen derart 'daueraktiviert' daß sich ein enorm hohes Maß an *Rollenidentifikation* und eine geringe *Rollendistanz* zeigen. D.h. die lebensmobilisierende Fähigkeit "sich über die Anforderungen von Rollen zu erheben, um auswählen, negieren, modifizieren und interpretieren zu können" (Krappmann, 1975, S. 133) bleibt als identitätsfördernde Variable aus.

Kehren wir zurück zu der Interpretation der Alkoholikerfamilie als Pseudogemeinschaft, so wird deutlich, daß die Frage nach 'Überlebensrollen' bei EKAs von besonderer Bedeutung ist. Denn diese Rollen werden - vorausgesetzt es findet keine Intervention statt - im Erwachsenenalter fortgeführt und behindern in ihrer rigiden Form einen flexiblen Umgang mit der Umwelt.

Die Rollenstruktur in Pseudogemeinschaften, die häufig nur aus sehr wenigen Rollen gebildet ist, ist starr und unhistorisch in dem Sinn, daß - da neue Erwartungen nicht zur Kenntnis genommen werden - längst überholte alte Erwartungen und Rollen auch weiterhin die Struktur der pseudogemeinschaftlichen Beziehung bestimmen (Stimmer, 1978, S. 87).

'Kenntnis der Betroffenen' bedeutet, Erfahrungen besser zu verstehen und Frieden schließen zu können mit festgefahrenen Mechanismen aufgrund der Erkenntnis, daß diese in der Kindheit durchaus schützend wirken konnten (vgl. Cermak, 1990, S.35). Sie ermöglichten es "ihr Leben wenigstens ein bißchen stabil zu gestalten" (Black, 1988, S.24).

Diese Rollen werden wenig aufgrund individueller Fähigkeiten zugewiesen, vielmehr gehorchen sie vorrangig den Bedürfnissen des alkoholkranken Systems. Die Frage 'was wird erwartet' dominiert vor der Frage 'wie bin ich?' und führt zu Zweifeln: 'Was ist

Rolle, was bin ich?’ Die kreative Komponente des Meadschen Identitätsmodells bleibt unerfüllt.. Diese Rollen sind dysfunktional: Sie hemmen die altersgerechte und individuelle Entwicklung des Kindes mit Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter und helfen, die krank(machend)e Familienstruktur aufrecht zu erhalten.⁶¹

Die folgende Darstellung der Familienrollen nach Wegscheider (1988) konstruiert Idealtypen. Die Realität zeigt eventuell nicht alle Merkmale, auch können die Rollen der Kinder vertauscht oder in Mischformen vorliegen. Wegscheider zufolge sind besonders Einzelkinder gefährdet, nicht einmal in diesem Rollenkorsett “Ruhe” zu finden, sondern “gleichzeitig oder abwechselnd” “an allen Rollen teilhaben” (Wegscheider, 1988, S.94). Außerdem finden sich den einzelnen Rollen zugeschriebene Grundannahmen und -emotionen in unterschiedlicher Ausprägung annahmsweise bei allen Familienmitgliedern. In welcher Konstellation sich diese mechanisierten “Seinsformen” auch zeigen mögen, es bleibt immer das Bild einer vorgegebenen Umlaufbahn, welche die Interpreten mit wechselnden Scheuklappen absolvieren. Und: “Je länger jemand eine Rolle spielt, desto mehr ist er mit ihr verwachsen” (Wegscheider, 1988, S.94).

*“Enabler”*⁶²

Die Wirkung des Alkoholismus auf das abhängige Individuum und schließlich auf die Familie wurde bereits in Kapitel 3 beleuchtet. Stellt man sich, wie von Kellermann (1969) im KARUSSELL DES LEUGNENS dargestellt, die Familienkrankheit als Theaterstück vor, bekommt den zweiten Part normalerweise der Lebenspartner. Dessen Rolle wird im folgenden vorweg beschrieben, da erstens die Kinder auch von dessen Verhalten beeinflusst werden und zweitens ein Teil dieses Skriptteils in allen Angehörigen steckt.

Enabler sind Personen, die, meist unbewußt, den Alkoholismus unterstützen. Sich dieser Rolle zu verweigern würde verlangen, “ehrlich zu sagen, was Schwierigkeiten macht, die Verwirrung, das Leiden und die Frustration klar anzusprechen” (Wegscheider, 1988, S. 91) und wird häufig aus Furcht vor Konsequenzen, z.B. Scheidung, gemieden. Statt dessen wird versucht, sich der ‘Situation anzupassen’. Damit begeben sich die Angehörigen aber mit in das Abhängigkeitskarussell, da sie nur noch auf den Alkoholiker reagieren. Auch wenn z.B. der alkoholranke Vater seinen Status in der Familie weitgehend einbüßt, hat er unterschwellig durch seine Krankheit die Familie ‘im Griff’: “In dem Maße, wie der Alkoholiker nach und nach nicht mehr Herr über sein Leben und Verhalten ist, übt er immer mehr Macht auf seine Umgebung aus” (Wegscheider, 1988, S. 87).

⁶¹Allerdings sind sie in anderer Hinsicht durchaus ‘funktional’: “Die Rollen schützen vor und lenken Eltern und Kinder von den hinter der Fassade versteckten wirklichen Problemen und Gefühlen ab” (Robinson/Rhoden, 1998, S. 37, übersetzt durch R. R.).

⁶² Diese Rolle wurde bereits in ihrem Zusammenhang mit Co-Abhängigkeit in Kap. 1.1.3 skizziert.

Resultat dieses Anpassungsprozesses, der in der Literatur auch als Co-Abhängigkeit definiert wird, ist zwangsläufig ein Verhalten, daß dem Alkoholiker das Trinken erleichtert. Entweder direkt, z.B. durch 'Mittrinken, damit man den Konsum im Auge hat' oder indirekt durch Ausüben von Druck neue Trinkalibis schaffend. Co-Abhängigkeit ist dementsprechend gekennzeichnet durch ein Verhalten, daß den Alkoholiker die Konsequenzen seines Trinkens nicht tragen läßt. Der Zuhelfer bildet die "Komplementärrolle" zum Alkoholiker (Schmidt, 1987, S. 51.).

Wie sich an den Beispielen zeigt, übernimmt die Rolle des "Hauptzuhelfers" meist der Lebenspartner. Wichtig ist aber festzustellen, daß alle Familienmitglieder in das Paradox geraten, den Trinkenden davon abbringen zu wollen, jedoch mit ihren Versuchen das Gegenteil erreichen: "Alles was sie tun, begründen sie mit Liebe oder Loyalität oder mit ihrer Familienehre, aber im Grunde tun sie nichts anderes als den Status Quo zu erhalten" (Wegscheider, 1988, S. 89). Unter diesem Blickwinkel müssen die folgenden spezifischen Kinder-Rollen gesehen werden: Sie alle dienen dem Zweck, die Homöostase der Familie zu erhalten, mit dem Preis, das Grundproblem so tief wie möglich zu vergraben.

Die Rollen der Kinder

"Der Held"

Die Quelle des familiären Selbstwertgefühls bildet nach Wegscheider der "Familienheld" (vgl. Robinson/Rhoden, 1998, S. 39). Der Familienheld hat sich zur Aufgabe gemacht, das Familienproblem zu lösen, worin sich seine Rolle mit der des "Hauptzuhelfers" überschneidet und häufig eine Allianz zwischen den beiden zu beobachten sei (vgl. Rennert, 1989). Der Held sucht sich seinen Wirkungsbereich nicht selbst, d.h. entsprechend seiner Fähigkeiten, sondern "sein Part ist Teil des Familienskripts" (Wegscheider, 1988, S. 113). Meist fällt diese Aufgabe dem/der Erstgeborenen (somit auch Einzelkindern) zu.

Der Held versucht die Familie zu retten, indem er ein Übermaß an Verantwortung übernimmt. Das drückt sich durch emotionale und praktische Hilfestellungen im Dienste der Familie aus und in der Vorstellung, durch Willensanstrengung die, bzw. das Problem(e) des Systems beseitigen zu können. Diese Illusion der Macht gibt ihm Antrieb und ein Gefühl von Sicherheit. Helden leisten außergewöhnliches, sind häufig beliebt und erscheinen nach Außen völlig unbelastet von der Familienkrankheit zu sein. Die Eltern können mit dem Helden ihr Gewissen beruhigen, denn 'so schlimm kann es bei uns ja nicht sein, wenn ... so ein tüchtiges Kind geworden ist'. Hinter der Maske der augenscheinlichen "Resistenz" jedoch verbergen sich, zunehmend durch die Akkumulation frustrierte Hoffnungen und Allmachtserwartungen, geringes Selbstwertgefühl und

Versagensängste. Da der Held im System gefangen ist, wird er seine Anstrengungen und Ansprüche an sich selber immer mehr verschärfen, bis gilt: "Gut, besser, am besten - nichts ist je gut genug" (Wegscheider, 1988, S. 118). Denn der Held hat gelernt, so sehr er sich auch bemühte "gut genug zu sein, um eine nüchterne Mutter zu verdienen" (Anonym in: Al-Anon, 1996, S. 161), es reichte nicht. Solange das Karussell weiter läuft, wird sich auch der Held immer in dem Teufelskreis (mehr leisten - nicht der gewünschte Effekt - noch mehr leisten usf.) bewegen, bis hinter der Maske des "serious little adult" (Robinson/Rhoden, 1998, S. 39), die immer undurchlässiger wird, nur noch in Großbuchstaben Einsamkeit steht. Denn: "Wer immer Stärke zeigen muß, wird im Grunde immer schwächer" (Wegscheider, 1988, S. 116).

Schließlich braucht der Held die Bestätigung von außen so dringend, daß er sich von seiner Rolle nicht mehr distanzieren kann. Daraus folgt: "Sein Verhalten wird nicht durch Aufrichtigkeit und Weisheit bestimmt, sondern durch falsche Wahrnehmung und einen übermächtigen Zwang, einem Ziel nachzujagen, das er nie erreichen kann" (Wegscheider, 1988, S. 119).

Erwachsen gewordene Helden neigen, sofern keine Intervention stattfand, weiterhin zu Perfektionismus:

Es fiel mir leicht, mit meinem Perfektionismus Punkte zu sammeln, aber Schwierigkeiten bekam ich, weil ich keine Fehler zugeben konnte. Mein ganzes Selbstwertgefühl baute ich darauf auf, andere auszustecken, und ein Fehler drohte, meine Unfähigkeit aufzudecken (Anonym, Al-Anon-Familiengruppen, 1996, S. 217).

Gekoppelt mit geringem Zugang zu Gefühlen, Bedürfnissen und Lebensfreude besteht die Gefahr, sich in der Arbeitswelt zu verschanzen, d.h. "workaholic" zu werden (vgl. Robinson/Rhoden, 1998). Das verfestigte Rollenmuster erhöht außerdem die Wahrscheinlichkeit, sich neue 'Opfer in Mission Änderung' zu suchen, also z.B. einen abhängigen Partner zu wählen. So kann sich der Held zum Hauptzuhelfer der neuen Generation entwickeln (vgl. Wegscheider, 1988, S.123).

"Das Schwarze Schaf"

Dem zweiten oder mittleren Kind einer alkoholkranken Familie fällt häufig die Rolle des "Schwarzen Schafes" zu, wenn sich das Konkurrieren um positive Aufmerksamkeit mit dem älteren Geschwister als hoffnungslos erweist. Dabei geht das Kind meist eine Koalition mit dem Abhängigen ein und spielt das "negative Spiegelbild des Helden" (Wegscheider, 1988, S. 125). Diese Dynamik tritt auch in 'normalen' Familien auf, der Unterschied besteht aber darin, daß eine Familie mit einem verleugneten Problem, z.B. Alkoholismus, einen Sündenbock geradezu 'brauchen' kann. Er lenkt das Interesse der Familie auf "weniger bedrohliche Nebenschauplätze" (Schmidt, 1987, S. 50), er wird zur "familiären Zielscheibe für deren Probleme und Frustrationen" (Robinson/Rhoden,

1998, S. 41, übersetzt durch R.R.). Der Sündenbock internalisiert die negativen Gefühle der Familie, die nicht zielgerichtet ausgedrückt werden dürfen. So erscheint an der Oberfläche seines Verhaltens zuallererst Wut (weshalb dieser Typus von Black (1988) als "ausagierendes Kind" bezeichnet wird), hinter der Fassade sind laut Wegscheider aber meist Gefühle der Enttäuschung und Verletztheit verborgen. Auch wenn die anderen Mitglieder über das 'unmögliche Betragen' des Kindes, seine Respektlosigkeit, einen evtl. späteren Drogenkonsum oder eine frühe Schwangerschaft klagen, trägt auch das Schwarze Schaf gerade durch seine 'Ablenkungsmanöver' zur Stabilisierung des alkoholkranken Systems bei. Dadurch verfestigt sich auch diese Rolle und kann nicht, wie in anderen Familien, 'bewältigt' werden. Im besten Fall für alle Beteiligten führt das Schwarze Schaf als 'Symptomträger' die ganze Familie einer Behandlung zu, in Verlauf derer die Verleugnung des parentalen Alkoholismus gelöst werden kann.

Laut Wegscheider trägt das Schwarze Schaf am schwersten an den Bürden seiner Rolle, da diese mit selbstzerstörerischem Verhalten gekoppelt sei. (vgl. Wegscheider, 1988, S. 129). Wenn die Rolle nicht unterbrochen wird, stehen dem Sündenbock in allen Lebensbereichen schlechte Chancen bereit, da er nicht gelernt hat, sich konstruktiv an die gesellschaftlichen Anforderungen anzupassen.

"Das Stille Kind"

Diese Rolle nimmt häufig das dritte Kind ein. Wenn es geboren wird, ist die Familienorganisation um den Alkoholismus schon weit fortgeschritten. Es findet neben "Held" und "Schwarzem Schaf" keinen Weg, sich aktiv einzubringen und wählt deshalb den Platz "hinter der Kulisse" (Wegscheider, 1988, S. 136). Es zieht sich räumlich und geistig (in Traumwelten) zurück. Daraus resultiert, "daß es einen großen Teil der Handlung nicht kennt und folglich immer verwirrter wird" (Wegscheider, 1988, S. 137). Es bereitet der Familie nie Probleme und äußert nur akzeptierte Gefühle. Seine Aufgabe besteht also darin, die Familie zu entlasten (vgl. Robinson/Rhoden, 1998, S.42). Dieses Verhalten schützt das Stille Kind vor Konfrontation, kapselt es aber gleichzeitig von positiven Gefühlen ab. Eine Betroffene schildert ihre Erinnerung folgendermaßen:

Ich wußte nie, was mich erwartete. Ich lernte, meinen Mund zu halten, mich unsichtbar zu machen, niemanden zu stören und alles zu tun, was mir gesagt wurde. Wenn die Teller flogen, weinten meine Brüder und Schwestern, und ich floh tief hinein in meine Traumwelt. Ich konnte auf dem Küchenstuhl mitten im Geschehen sitzen und einfach verschwinden, indem ich meine Augen schloß (Anonym, Al-Anon-Familiengruppen, 1996, S. 28).

Der Grundglauben des "Stillen Kindes" besteht darin, daß "für eigenes Erleben kein Platz im System" sei (Schmidt, 1987, S. 50), wodurch es seine Gefühle tief in sich verbirgt und keine persönlichen Standpunkte entwickelt (vgl. Rennert, 1989, S. 73). Aus-

geprägter als bei den anderen Mitgliedern ist sein emotionales Erleben von Einsamkeit geprägt.

Im Erwachsenenalter erscheinen diese Personen sehr autonom. Im zwischenmenschlichen Bereich eröffnen sich nach Ansicht Wegscheiders, sofern es nicht zu einer Bearbeitung der Mechanismen kommt, aber folgende Schwierigkeiten: "Es hat wenig Übung darin, seine Gefühle auszudrücken und auf die Gefühle der anderen einzugehen, weder im Zusammenleben noch in der Auseinandersetzung mit anderen; es kann nicht teilen und auch nicht seine Besitzansprüche verteidigen; es kennt weder den Wert der Dinge noch der Gefühle: *Es hat nicht gelernt, wirklich lebendig zu sein*" (Wegscheider, 1988, S.137 f.).

"Der Clown"

Die Rolle des "Clowns" wird auch mit 'Nesthäkchen' umschrieben, da sie meist dem jüngsten Kind zufällt. Nesthäkchen sind bekannt als diejenigen in der Geschwisterreihe, die lebenslang die 'Kleinen' bleiben. Als schwächstes Glied empfunden, besteht die Gefahr, daß sie überbehütet aufwachsen. Daraus kann in der alkoholkranken Familie folgen, daß diesem Kind, zusätzlich zu der sowieso verleugnungsorientierten Kommunikation (siehe unten), Informationen zum angeblichen Schutz vorenthalten werden. Daraus folgt tiefgreifende Irritation: "Alle seine Sinne sagen dem Kind, daß irgendetwas nicht stimmt, daß jenes Etwas sehr bedrohlich ist - und doch sagt jeder, dem es vertraut, alles sei völlig in Ordnung. Kann das sein? Sehen und hören die anderen denn nicht wie er? Oder ist er selber nicht richtig?" (Wegscheider, 1988, S. 148 f.). Der Clown entwickelt als vorherrschendes Gefühl unbestimmte Angst, da er der realistischen Einschätzung beraubt wird. Die daraus entstehenden inneren Spannungen trägt das Kind nach außen, in Form von motorischer Unruhe oder Kaspereien. Gleichgültig, ob es mit ersterem negative oder mit letzterem positive Aufmerksamkeit erfährt, er verhilft der Familie dazu, inmitten der emotionalen Blockaden ehrliche Gefühle wie Wut oder Humor zu zeigen. Die Clownereien fungieren als "wichtige Gegenregulation im depressiven Familienzirkel" (Schmidt, 1987, S. 51). Da seine Besorgnis von den anderen nicht aufgegriffen wird, übt der Clown sich in den Abwehrmechanismen Ablenkung und Vermeidung, infolge dessen er ein sehr eingeschränktes Verhaltensrepertoire ausbildet. "Er wird "wie ein Sänger, der nur ein einziges Lied kennt" (Wegscheider, 1988, S. 154). Der Clown verhindert den Blick in sein Inneres.

Ich wurde der Klassenclown. So wie ein Theaterstück eine komische und eine tragische Rolle hat, so hatte ich eine komische Seite die die Welt sehen durfte und eine tragische Seite, die ich versteckte. Mein verstecktes Ich saß dann in der Schule und bangte, ob ich zu Hause ein rasendes Toben oder Totenstille vorfinden würde (Anonym, Al-Anon Familiengruppen, 1995, S. 42).

Wenn der Clown erwachsen wird und aus dem familiären System räumlich heraus in Richtung auf neue stützende Beziehungen tritt, kommt ihm die anscheinend “unüberwindliche Kluft zwischen unbesorgter Fassade, die er nach außen wendet, und seinen inneren Ängsten” zu Bewußtsein (vgl. Wegscheider, 1988, S. 157). Gemeinsam mit dem Helden ist der Clown wahrscheinlich am stärksten gefährdet, sich seiner Selbst entfremdet zu fühlen (Außen-Innen-Diskrepanz).

Für alle beschriebenen Rollen⁶³ scheint als Resultat der ‘Rollenzuweisung’ das Vertrauen in die ‘inneren Schätze’ getrübt, wie es im folgenden Zitat deutlich wird: “Ich war davon überzeugt, daß, wenn ich *ich* selbst war, ich niemals die Liebe und Anerkennung erhalten würde, nach der ich mich so sehnte” (Anonym aus Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 26).

Anhand der beschriebenen Rollen läßt sich resümieren, daß die von Erikson geforderte Ermöglichung von Autonomie und altersgerechter Ablösung vom Elternhaus verhindert wird.⁶⁴ Die Entdeckung eigener Interessen und Bedürfnisse scheint durch die Festlegung auf familiäre Erfordernisse eingeschränkt (Autonomie). Gleichzeitig wird der Heranwachsende aus seiner Rolle nicht entlassen, woraus ein Fortwirken im Erwachsenenalter resultieren kann.

4.2.1.4 Kommunikation

In unserer Familie wurde der normale menschliche Austausch zu einer Farce. Subtile Lügen und fortlaufendes Verleugnen machten Ehrlichkeit, Vertrauen und Intimität bestenfalls zu einem faden Abklatsch (Anonym aus: Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S.40).

⁶³ Jenkins et al. (1993 untersuchten 174 Erwachsene, davon 97 EKAs, retrospektiv nach der Frage ob und wenn welche dieser Rollen sie in der Kindheit eingenommen hatten. Das empirisch gewonnene Ergebnis zeigt, daß diese Rollen zwar nicht einzigartig bei EKAs zu finden sind, jedoch zu einem hohen Prozentsatz (77%) sich eine oder mehrere Rollen zu eigen gemacht hatten. Für die Vergleichsgruppe “Personen aus anderen dysfunktionalen Familienstrukturen ohne Alkoholismus” traf dies auf 61%, für die Befragten-Gruppe aus funktionalen Familien auf 30% zu. Die EKA-Gruppe fiel außerdem durch die häufigere Koppelung verschiedener Rollen auf: 41% der Befragten identifizierten sich mit nur einer Rolle, 28% mit zwei Rollen, wobei die häufigste Kombination, entgegen den Beobachtungen Wegscheiders, die von “Held” und “Verlorenes/Stilles Kind” repräsentierte. Die Häufigkeitsverteilung stellt folglich ebenfalls diese beiden Kategorien heraus: je ca. 60% der Befragten wiesen die Antwortkriterien auf. Jenkins et al. stellen die These auf, daß der “unsichtbare Held” in extremen Situationen in Deckung gehe, ansonsten seine “Retterposition” einnehme (siehe Jenkins et al., 1993). Meines Erachtens ist ein Pendeln zwischen diesen beiden Polen durchaus logisch: Wenn der Held zeitweise nichts vorzuweisen hat, mit dem er glänzen kann oder seine Bemühungen nicht beachtet werden und ihm so die “Selbstbewußtseinsfütterung” vorenthalten bleibt, fällt er auf sich zurück und findet... nichts, außer Leere und Selbstvorwürfen. In diesen Momenten wird er zum “lost child”, bis er wieder ein Objekt seines Ehrgeizes erblickt.

⁶⁴ Darüber hinaus läßt sich anhand dieser Beobachtungen die Frage aufwerfen, inwieweit sie zur “Innen-Heterogenität” der EKA-Gruppe beitragen.

Wie bereits diskutiert, kann die Funktionsweise in einer alkoholismusbelasteten Familie als dominiert vom Umgang mit den Folgen, speziell in Form von Verleugnung, verdeutlicht werden. Verleugnung, definiert als Vermeidung, die Realität wahrzunehmen, kann für die familiäre Interaktion⁶⁵ nicht wirkungslos bleiben. Aus offener Kommunikation wird von Verbotsschildern gepflasteter Austausch. Die Installation geschieht schleichend, parallel zur Abhängigkeits- und Verleugnungsentwicklung. So werden im familiären System z.B. im Rahmen der ersten alkoholbedingten beunruhigenden Vorfälle Erklärungen für den Mißbrauch gesucht. Im weiteren Verlauf wird das Thema zunehmend ausgespart, bis entweder nur noch über 'Äußerlichkeiten' gestritten oder gänzlich weggeschaut wird (vgl. Black, 1988, Stimmer, 1978).

Allgemeingültige Kommunikationsregeln werden dadurch verletzt und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, daß "paradoxe Kommunikationsformen" Platz ergreifen. Mit diesen Zusammenhängen beschäftigten sich Watzlawik/Beavin/Jackson (erstmalig 1969) in ihrem Werk MENSCHLICHE KOMMUNIKATION - FORMEN, STÖRUNGEN, PARADOXIEN. Die von ihnen zugrundegelegten Axiome menschlicher Kommunikation werden im folgenden auf die Familiendynamik alkoholkranker Familien (in idealtypischer Form) angewendet.

Größere Beachtung, als häufig in psychologischen oder psychoanalytischen Theorien geschehen, muß der 'Vater-Mutter-Interaktion' beigemessen werden (vgl. Petzold, 1993, S. 361). In ihr liegt der Grundstein der gesamten familiären Kommunikation. Dabei gilt das Axiom: Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Ungleichheit beruht" (ebd. S. 70).

In alkoholkranken Familien dominiert zwischen den Eltern meistens eine *komplementäre* Beziehungsstruktur (vgl. Schmidt, 1987, S. 38). Komplementäre Beziehungen sowie deren Interaktion gründen auf Ungleichheit (vgl. Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 69). Die Verteilung der beteiligten primären bzw. sekundären Stellung resultiert maßgeblich aus kulturellen und gesellschaftlichen Normen, wie z.B. zwischen Lehrer und Schüler oder Arzt und Patient, insbesondere aber Elternteil und Kind. In dieser Beziehungsform "ergänzt das Verhalten des einen Partners das des anderen" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 69). "Es ist nicht so, daß ein Partner dem anderen eine komplementäre Beziehung aufzwingt; vielmehr verhalten sich beide in einer Weise, die

⁶⁵ Der "wechselseitige Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehr Personen" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 50 f.), wird häufig synonym mit dem Begriff Kommunikation verwendet (vgl. Nolting/Paulus, 1990). Verstanden als Spezialform von Kommunikation hingegen wird die Annahme deutlich, daß zwischenmenschliche Kontakte nie in einer "Sender-Empfänger"-Linearität verlaufen, sondern als zirkulärer Prozeß verstanden werden muß (vgl. Nolting/Paulus, 1990). Im folgenden wird, diese Prämisse mitdenkend, der Ober-Begriff Kommunikation verwendet.

das bestimmte Verhalten des anderen voraussetzt, es gleichzeitig aber auch bedingt” (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 70).

Das Gegenstück bildet die auf Gleichheit basierende *symmetrische* Beziehungform. Ihr Wesen besteht in dem “Streben nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den Partnern” (ebd. a.a.O.).

Lebendige, tragfähige Liebesbeziehungen jonglieren lebensphasen- und situationsbezogen mit beiden Formen. Sie sind wertfrei zu verstehen. So schreibt Schmidt z.B. zu komplementären Beziehungen:

Solange (.) die Rolle des Gebenden und des Nehmenden, des eher stark oder schwächer Erscheinenden variabel sind, solange also beide Partner jeweils in beide Komplementärrollen schlüpfen können, kann dies zu einem bereichernden Kontenausgleich führen (Schmidt, 1987, S. 39).

Fixierungen jedoch münden in Störungen der Interaktion. Symmetrische Fixierung kann eskalativen Charakter in Form eines offen oder verdeckten Machtkampfes annehmen. Änderungen im Selbstbild einer Person und damit persönliche Entwicklung bedingen in fixierten komplementären Beziehungen immer eine passende, d.h. ergänzende Umdefinition des Gegenparts. Kann oder will er dies nicht leisten, läuft der Gegenpart Gefahr einer Selbstentwertung. Diese gegenseitige Abhängigkeit verstärkt die Wahrscheinlichkeit, in den alten Mustern zu verharren, d.h. “anachronistisch” zu handeln und sich nicht flexibel dem Lauf des Lebens anzupassen (vgl. ebd. S. 104 f.).

Wie kann Schmidts Feststellung, in alkoholkranken Familien seien die Eltern häufig in komplementäre Rollen verstrickt, interpretiert werden?

“Die Rollen sind meist so verteilt, daß der nicht-süchtige Partner die Position des Star-ken und Kontrollierenden (primäre Position, Anm. R.R.), der sich sehr diszipliniert verhält, einnimmt” (Schmidt, 1987, S. 38). Der süchtige Partner wird komplementär auf “die Rolle eines mehr oder minder beaufsichtigten Sorgenkindes” (Schmidt, 1987, S. 39), d.h. die sekundäre Position, festgeschrieben.

Die als Kontroll- und Unterwerfungsversuche erlebten Bemühungen des kontrollierenden Partners werden vom Suchtpatienten dann durch “Sabotage” im Sinne von vermehrtem Suchtverhalten beantwortet, er unterläuft also diese Steuerungsversuche. Dabei werden überzeugt erlebte Absichtserklärungen, sich den Erwartungen des Partners entsprechend zu verhalten, begleitet von alkoholischen “Aus-rutschen”, die die Kontrollversuche des Partners wieder zunichte machen, diesen aber gerade wieder um so mehr zu verstärktem Kontrollieren aufrufen. Die in dieser Dynamik entstehenden Eskalationen könnten, wenn sie nicht gegenreguliert würden, in massiver Weise das System bedrohen. In dieser Situation wird, wenn es Kinder in der Familie gibt, deren Rolle zentraler Bestandteil der Regulation (Schmidt, 1987, S. 39 f.).

Dabei fügen sie sich (bis auf das Stille Kind, das sich chamäleonartig neutral verhält) in das Komplementaritätsprinzip ein: 'Held' und 'Clown' erscheinen 'stark', während der Sündenbock mit dem Alkoholiker zusammen auf der Seite der 'Schwachen' steht.

Das grundlegendste Axiom menschlicher Kommunikation besagt, daß jegliches Verhalten Kommunikation sei. Auch Schweigen hat Mitteilungscharakter, z.B. die Weigerung sich offen zu äußern. Daraus folgt: "Man kann *nicht* nicht kommunizieren" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 53). Dieser Aspekt scheint in alkoholismusbelasteten Familien häufig mißachtet zu werden. Alkoholexzesse und deren Folgen werden meist 'totgeschwiegen', jedoch produziert auch dieser Versuch, sich nicht zu verhalten, Botschaften. Überforderung mit der Situation, mangelndes Vertrauen und Furcht vor Veränderung werden implizit vermittelt.

Wenn meine Mutter betrunken war, wurde ihre Aussprache undeutlich, ihre Augen glänzten, und sie machte langsame, vorsichtige Bewegungen. Zwei oder drei Sätze nach einer Unterhaltung wiederholte sie die Aussagen oder gab unpassende Antworten, weil sie es nicht richtig verstand. Wenn wir auf irgendeine Art versuchten mitzuteilen, daß wir wissen, was sie zu verbergen versucht, reagierte sie unwirsch und meinte zornig: 'Warum seht ihr mich so an?' 'Es ist nichts. Ich sehe dich doch gar nicht an' "Natürlich tust du das! Ich mache hier wohl überhaupt nichts mehr richtig!" (...) Sobald wir mit dem Essen fertig waren, verließen wir fluchtartig den Tisch und taten so, als sei nichts gewesen. (Anonym, Al-Anon Familiengruppen, 1996, S. 216).

Das Axiom "jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990 S. 56) verweist auf mögliche Konfusionen zwischen den Interaktionspartnern, wie auch auf mangelnde Übereinstimmung der beiden Ebenen. Letztere Komplikation ist besonders relevant für Kinder. Der Inhaltsaspekt transportiert einen Inhalt, mit dem gleichzeitig eine Botschaft gesendet wird, wie der Interaktionspartner sie im Kontext der Beziehung interpretieren soll (siehe Watzlawik/Beavin, Jackson, 1990, S. 53). Dies entspricht einer Differenzierung in eine *digitale* Form, die vorwiegend über Sprache vermittelt werde (Inhalt) und eine *analoge* Form, die der Mensch archaisch verwurzelt mittels Mimik oder Symbolen austausche (vgl. ebd. S. 96 f.). Empfängt der Interaktionspartner häufig widersprüchliche Botschaften auf diesen Ebenen kann dies Verwirrung und schließlich Zweifel an der eigenen Wahrnehmung bedingen (vgl. ebd. S. 83). Insbesondere die für Kinder in Alkoholikerfamilien relevante, durch Verlegung hervorgerufene, Unklarheit in Beziehungsfragen spiegelt sich hier wieder. Denn wie kann ein durch Schuldgefühle emotional blockiertes Elternteil mit verbalen Zuneigungsbekundungen dem Kind Vertrauen möglich machen?

Es ist verwirrend. Die Menschen sagen mir, daß sie mich lieben und dann verletzen sie mich. Tief in meinem Inneren weiß ich, daß irgend etwas schief läuft, aber

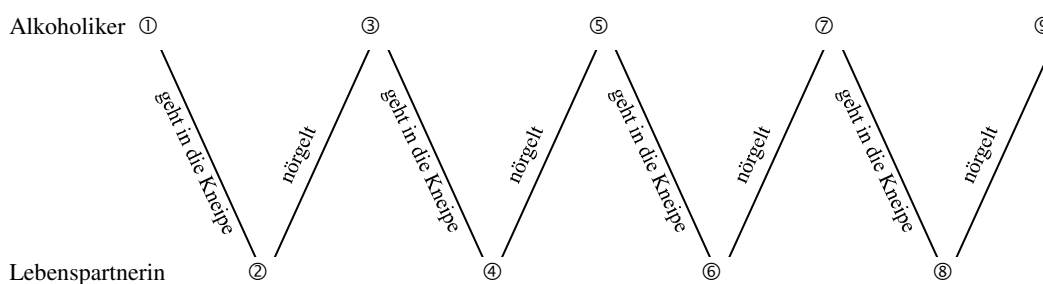
mir wurde gesagt, daß ich übertreibe und zu sensibel bin (Anonym, Al-Alon Familiengruppen, 1996, S. 20).

Weiterhin gehen Watzlawik et al. davon aus, daß in emotional uneindeutigen Beziehungsstrukturen der Beziehungsaspekt Übergewicht erlangt. Das Ringen nach einer Beziehungsdefinition tritt in den Vordergrund und bietet dadurch fruchtbaren Boden für Mißverständnisse.

Die Strukturierung von Interaktionen ergibt sich laut Watzlawik et al. (in Anlehnung an Bateson/Jackson, 1964) aus der "Interpunktion von Ereignisfolgen" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 57). Dadurch wird der aus Sicht eines Außenstehende anscheinend "ununterbrochene Austausch von Mitteilungen" für die Interaktionspartner zu einem Regelsystem, innerhalb dessen "jedes Ereignis gleichzeitig Reiz, Reaktion und Verstärkung ist" (Bateson/Jackson, 1967, zit. nach Watzlawik, Beavin, Jackson, 1990, S. 57). Kommunikation kann damit nicht als einfaches "Sender-Empfänger"-Prinzip verstanden werden, vielmehr beruht sie auf "zirkulärer Kausalität" (Schlippe, Arist von, 1995; S. 33). Die Komplexität wird jedoch seitens der Beteiligten in verschiedenem Ausmaß reduziert. Dieser Mechanismus erleichtert die Organisation von Eindrücken, jedoch führt übermäßige Reduktion zu Kommunikationsstörungen.

Diese Gefahr besteht insbesondere, wenn keine Einigkeit über die Interpunktionen besteht und es zu Schuldzuweisungen kommt. Verstärkungen zwischen Alkoholikern und ihren Lebenspartnerinnen werden häufig in dieser Form formuliert: Er geht in die Kneipe, weil sie nörgelt; sie nörgelt, weil er in die Kneipe geht; er geht... etc.:

Abbildung 5: Interpunktionsfolgen



Angelehnt an Watzlawik/Beavin/Jackson, 1995, S. 59

Aufgrund übermäßiger Komplexitätsreduktion entsteht ein Teufelskreis: Er nimmt in diesem Beispiel nur die Triaden 2-3-4, 4-5-6 usw. wahr, sie hingegen 1-2-3, 3-4-5 usw., "so daß manchmal der Eindruck entsteht, als lebten sie in zwei verschiedenen Welten" (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 59). Die Partner finden keinen Weg, in Meta-

kommunikation einzutreten, um auf dieser abstrakteren Ebene ihr gemeinsames Problem, d.h. Alkoholismus und der Umgang damit, aufzugreifen (vgl. ebd. a.a.O.).

Kinder geraten in dieser Situation häufig in den Zwang, mit einer 'Seite' zu koalieren. Bemühen sie sich um Vermittlung, können sie innerhalb dieses Teufelskreises häufig nur weitere Verhärtung der Interpunktion erreichen. (z.B.: 'Papa muß soviel trinken, weil du...').

Damit steht das Kind vor dem Dilemma, mit seinem Versuch, wertvoller Teil der Gemeinschaft zu werden, letztlich die Fronten in der Familien zu verstärken.

Lokalisierung und Annäherung an das Problem erfolgen hier individuums- und beschuldigungsorientiert. Auf Kinder übertragen bedeutet dieses Prinzip, daß entweder ihr Verhalten oder im schlimmsten Fall ihre Existenz zum Alibi für Alkoholmißbrauch wird. Selbst wenn Beschuldigungen nicht direkt geäußert werden, neigen Kinder dazu, derartige Zusammenhänge zu konstruieren und Schuldgefühle zu entwickeln, die häufig nur vage formulierbar bleiben.

In einer von Alkoholismus belasteten Familie fällt es im Zuge der Verleugnung den Mitgliedern schwer, die Axiome menschlicher Kommunikation zu erfüllen. Es zeigt sich, daß 'Nichteinhaltung' zu einem gestörten Kommunikationsverhalten führt (vgl. Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 72 ff.).

Die Botschaften meiner Eltern waren verwirrend. Mir war, als würden sie sagen: "Ich liebe dich, aber geh weg!" oder "Ich brauche dich, aber du bist das Letzte" oder "Wenn du nicht wärest, hätte ich ein gutes Leben". Von meinen Eltern lernte ich drei Dinge über mich selbst: Ich bin wertlos, aber ich habe über alles Macht - ich kriege alles hin, wenn ich nur schneller, besser und ausdauernder bin - ich bin das Problem, aber es läuft nichts ohne mich (Anonym in Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 83).

Diese hier anklingenden, auf Inkongruenz basierenden Kommunikationsstrukturen können in Extremformen pathogene Auswirkungen haben. Diese Zusammenhänge betrachtet die Theorie der Doppelbindung, welche auf der simultanen Vermittlung zweier sich gegenseitig ausschließenden Botschaften oder Handlungsanforderungen beruht.⁶⁶ Der Empfänger dieser Botschaft steht vor dem Dilemma, keine der Anforderungen erfüllen zu können, ohne die andere zu mißachten.

Eine in einer Doppelbindung gefangene Person läuft also Gefahr, für richtige Wahrnehmungen bestraft und darüber hinaus als böswillig oder verrückt bezeichnet zu werden.

⁶⁶ Ihren Ursprung hat diese Theorie in der Schizophrenieforschung. Bateson/Jackson/Haley et al. (1969) untersuchten Herkunftsfamilien von Schizophreniepatienten und entwickelten aufgrund dieser Beobachtungen u.a. Theorien zu potentiell pathogen wirkenden Familienformen (siehe oben "Pseudo-Gemeinschaft" (Wynne et al.) und Paradoxien in der Kommunikation. Die Erkenntnisse wurden folgend auf weitere Forschungsgruppen angewendet.

net zu werden, wenn sie es wagen sollte, zu behaupten, daß zwischen ihren tatsächlichen Wahrnehmungen und dem, was sie wahrnehmen "sollte", ein wesentlicher Unterschied besteht (Watzlawik/Beavin/Jackson, 1990, S. 196).

Mit dieser Problematik wird deutlich, welcher Paradoxie Kinder in alkoholkranken Familien ausgesetzt sind. Die Botschaft 'es gibt keinen Alkoholismus in unserer Familie - sprich nicht darüber' vermittelt zwei sich ausschließende Inhalte - ein Geheimnis braucht nur gewahrt zu werden, wenn es existiert. Die Artikulation dieses Widerspruches würde immer einen Verweis auf die erste Botschaft bewirken:

Diese, alkoholismusbelastete Familien prägenden. Kommunikationsstrukturen machen Offenheit und Vertrauen unmöglich.

4.2.2 Lebensereignisse

Oben wurde im Zuge der familiendiagnostischen Analyse bereits auf verschiedene Formen und Wirkungsweisen von Stressoren hingewiesen. Lebensereignisse sind jene Stressoren, die unerwartet in das Leben treten und mit einer subjektiv bedeutsamen Veränderung der Lebenssituation einhergehen (vgl. Haußer, 1983, S. 126 ff.). Je nach Bewältigungsmöglichkeit werden sie vom Individuum eher als Anreiz oder Konflikt interpretiert. Insgesamt können Effekte von Ereignissen nicht kausal zugewiesen werden, d.h. Verarbeitung und Bedeutsamkeit variieren interindividuell. Nach Filipp (1981) gelten sie als Motor für Identitätsänderungen, da Anpassungsleistungen erforderlich sind (siehe Haußer, 1983, S. 128).

Jeder Mensch besitzt eine ihm eigene Streßschwelle. Je intensiver oder dauerhafter der Streß ist, der auf ihn einwirkt, desto größer ist allerdings die Wahrscheinlichkeit, daß diese Schwelle überschritten wird und sich die Bewältigungsüberzeugung verringert.

In der Beschreibung alkoholkranker Familien spielen Beschreibungen zu häufig auftretenden akuten, negativen Ereignissen eine große Rolle, so daß Klein/Zobel (1997, S. 136) von einem heuristisch vermutbaren Zusammenhang einer "Kette widriger und aversiver Ereignisse" ("chain of negative events", Rutter, 1993) (Klein/Zobel, 1997, S. 136) und beobachtbaren Schwierigkeiten bei den Kindern sprechen (vgl. ebd. a.a.O.).

Schneewind legte mit seiner Familienstreßtheorie (1991) zwei relevante Streßformen vor: Erstens *Duldungsstreß*, als "langfristiges Aushalten einer aversiven und unveränderbar erlebten familiären Gesamtsituation" (Klein, 1996, S. 30) definierbar, dessen mögliche Wirkungsweise wir bereits im Kapitel "Kontinuierliche Einflüsse" behandelten. Zweitens *Katastrophenstreß*, mit dem sich Extremerfahrungen z.B. durch Gewalt, Mißbrauch, Krankheit, frühzeitiger Tod des abhängigen Elternteils (durch Krankheit oder Suizid), höhere Scheidungs- und Trennungsfälle verbinden. Eine Reihung dieser "nicht-normativen" Stressoren (Schneewind, 1991, S. 121) übersteigt die Bewältigungs-

kapazität und kann zu dem oben beschriebenen “Posttraumatischen Streßsyndrom” führen (vgl. Klein, 1996, S. 30). Meines Erachtens kann sich diese Störung aber ebenfalls durch eine chronische Duldungsstreß-Situation ausbilden.

Besonders bei Kindern hängt deren Bewältigungskapazität vom Umgang seiner direkten Umwelt mit dem Problem ab.

Grief and loss can occur without trauma. For example, when a child is surrounded by a supportive family and helped to understand and grieve as a parent mercifully dies after a painful illness, the loss is not necessarily traumatic (Cermak, 1990, S. 83).

In von Verleugnung geprägten Familien ist die hier angesprochene Offenheit gehemmt und so erhalten Duldungs-Streß und Katastrophenstreß eine sich gegenseitig verstärkende Wirkung:

Wenn wir die Gewalt nicht länger ertragen konnten, schlichen meine Mutter und ich im Haus umher, packten ein paar Sachen und versteckten uns bei einem Nachbarn oder Freund, bis Vater fluchend und kotzend wieder trocken wurde. Wir würden nach Hause kommen und alle drei so tun, als ob nichts passiert wäre (Anonym in Al-Anon-Familiengruppen, 1995, S. 33).

Kinder von Alkoholikern sind überdurchschnittlich häufig potentiell traumatisch wirkenden Erlebnissen ausgesetzt (siehe Mäulen/Faust, 1992, S. 40). Allerdings liegen zu diesem Bereich wenig wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Besonders für die Phänomene sexuellen und körperlichen Mißbrauchs darf keine verkürzte Sichtweise, Alkohol sei der Auslöser, vorgenommen werden (vgl. Tweed/Ryff, 1991, S. 138). Zwar wurden bei Alkoholintoxikation, im Kontext der ‘enthemmenden’ Wirkung, eine häufig erhöhte Gewaltbereitschaft und sexuellen Delikte beobachtet, jedoch bleibt, wie bereits in Kapitel 3.1 angesprochen wurde, die ‘Enthemmung’ bei einigen Formen der Alkoholabhängigkeit aus (vgl. Klein, 1996 b, S. 92). Es darf also nicht Verhalten als Folge von Alkoholmißbrauch und Alkoholismus vermengt werden (vgl. Woititz, 1990, S. 74).

Untersuchungen zu Mißbrauch weisen darauf hin, daß insbesondere Inzest über Generationen in Familien geschieht, also als “vertikaler” Stressor auftritt. Erklärungsansätze nehmen eine übergenerative Weitergabe der ‘durchlässigen’ Grenzen innerhalb der Familie an (vgl. Mäulen/Faust, 1992, S. 40).

Aber nicht alle EKAs wurden zusätzlich mit diesen Stressoren konfrontiert. Dies scheint mir trotz der offensichtlichen Tragweite wichtig, klarzustellen, da eine Analyse der EKA-Problematik gerade auf den weniger greifbaren Mechanismen beruhen muß.

Petzold/Goffin/Oudhof (1993) bemerken:

Es wird (.) deutlich, daß negative ‘events’ allein keine hinreichende Erklärungsgrundlage für Fehlentwicklungen bieten, sondern daß eine transaktionale Beziehung zwischen externalen, situativen Aspekten und internalen, individuumspezifi-

schen Dimensionen in den Blick genommen werden müssen (Petzold/Goffin/Oudhof, 1993, S. 380).

Kontinuierliche Einflüsse, die von einer dauerhaft streßbelasteten Situation geprägt sind, hemmen die Identitätsentwicklung des Kindes in subtiler Form.

Katastrophenstreß hingegen kann zu einem Stillstand der entwicklungsgerechten Bearbeitung der Entwicklungsstadien führen. Denn wenn dem Kind die Bewältigung eines akuten Traumas durch seine Bezugspersonen nicht erleichtert wird, muß es sämtliche Energie in die Verarbeitung resp. das Aushalten der Situation investieren.

Fehlende Voraussetzungen für eine unbeschädigte Identitätsentwicklung, wie sie bisher thematisiert wurden, verstärken die Wirkung von Extremerfahrungen.

Zusammenfassung

Die Überprüfung kontinuierlicher und akuter Einflüsse auf Kinder in alkoholismuskranken Familien zeigt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine defizitäre Identitätsentwicklung.

Die ausbleibende oder mangelnde Bereitstellung unterstützender Kriterien für die Bearbeitung bestimmter Entwicklungsschritte hängt maßgeblich mit der familienorganisierenden Kraft des Alkoholismus zusammen. Kontinuierliche Bedingungen, wie Regeln, Rollen, Atmosphäre und Kommunikation sind wenig an den kindlichen Bedürfnissen orientiert, sondern kennzeichnen den familiären Bewältigungsversuch von Alkoholismus und dessen Verleugnung.

Je dominanter dieser Bewältigungsversuch für das Familiensystem ist, desto wirkungsloser gestalten sich die identitätsrelevanten Variablen für das Kind. Daraus folgt ein je familienspezifisches Kontinuum zwischen Funktionalität und Dysfunktionalität. Die folgende Abbildung dient als Orientierung:

Tabelle 9: Familiäre Strukturen und Organisationsmechanismen

<u>Charakteristiken von gesunden Familien</u>	<u>Störungen verursacht durch elterlichen Alkoholismus</u>
Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> – Emotionale Unverfügbarkeit der Eltern – Kontrollverlust der Eltern – Unfähigkeit, die Kinder vor Gefahren zu schützen – direkter physischer, sexueller, emotionaler Mißbrauch
Offene Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> – Geheimnisse des Friedens wegen – Fassade der Normalität nach außen – Verbergen von Gefühlen – Kinder werden zu Vertrauten

Eigenverantwortlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Limitierte Selbstregenerierungsmöglichkeit – Bedürfnisse des Abhängigen sind vorrangig – Probleme anderer sind wichtiger als die eigenen
<i><u>Charakteristiken von gesunden Familien</u></i>	<i><u>Störungen verursacht durch elterlichen Alkoholismus</u></i>
Individualisierte Rollen	<ul style="list-style-type: none"> – Familienbedürfnisse diktieren Rollen – Rollen werden starr, besonders in Stresssituationen
Beständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Chaos/Willkür/Unvorhersehbarkeit – Auflösung der Familie
Respektierung der Privatsphäre	<ul style="list-style-type: none"> – Eltern verletzen Grenzen der Kinder – Geheimnisse werden mit Privatsphäre verwechselt – Nichtrespektieren der individuellen Besonderheiten
Konzentrierte Aufmerksamkeit (zeitlich/qualitativ)	<ul style="list-style-type: none"> – Bestimmt durch die Bedürfnisse des Abhängigen, nicht die des Kindes
Emotionale Präsenz	<ul style="list-style-type: none"> – Begrenzte emotionale Erlebnissfähigkeit – Alkoholbeeinflusste Emotionen bleiben unverarbeitet

Quelle: Winkelmann, 1995 (nach Cermak, 1990)

Schlußfolgernd wird sich die Wahrscheinlichkeit einer beschädigten Identitätsentwicklung erhöhen, je intensiver die Familie (bereits) vom Alkoholismus geprägt wurde. Davon hängt auch die Bewältigbarkeit akuter Stressoren ab. Damit eröffnet sich ein Erklärungsansatz für die hervorgehobene Heterogenität bei EKAs. Die individuelle Konstellation familiärer Kapazitäten für die Identitätsentwicklung des Kindes führt zu unterschiedlich ausgeprägten psychosozialen Schwierigkeiten bei EKAs. Das Risiko zur Ausbildung einer Identitätsstörung ist bei dieser Gruppe erhöht, bedarf aber der individuellen Diagnose.

Die bisherige Betrachtungsweise ging von der Frage aus, welche Einflüsse pathogen auf das Kind wirken können. Nachdem damit Risikofaktoren für die Identitätsentwicklung bei EKAs dargelegt wurden, wird abschließend ein Blick auf die Frage geworfen, inwieweit das Kind sich vor diesen Einflüssen schützen resp. beschützen lassen kann.

4.3 Interaktion zwischen Risiko- und Schutzfaktoren

In Kapitel 1.2.2 “Heterogenität” wurde bereits gezeigt, daß der Einfluß des elterlichen Alkoholismus auf das Kind z.B. vom Alter des Kindes bei beginnender Abhängigkeit (“Die Wichtigkeit eines guten Anfangs” (Petzold, 1993, S. 371), der Tatsache, ob beide Elternteile abhängig sind, ob dauerhafte Abstinenz zustande kommt, des Verlaufes der Alkoholkrankheit etc. abhängt. Dazu gehören auch, hier außer Acht gelassene; Unterschiede des familiären Lebensstandards, Bildungsniveaus etc., also des sozioökonomischen Status.

Um das Gefährdungspotential einer Person zu erfassen, muß neben dem Ausmaß pathogen wirkender Faktoren die Wirkung salutogener Aspekte berücksichtigt werden. Becker (1982) stellte die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung psychischer Erkrankungen, in dieser Arbeit in Bezug auf EKAs als Identitätsstörung formuliert, als Relation von Risiko- und Schutzfaktoren dar (siehe Petzold/Goffin/Oudhof 1993, S. 354.)

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

Die Theorie von Schutzfaktoren setzt bei der Frage an, warum trotz vergleichbar negativen familiären Bedingungen der Grad der Auswirkung variiert. Im Mittelpunkt dieser Diskussion stehen sogenannte “resiliente” Kindern. Als solche gelten Personen, denen es gelingt, trotz schwerwiegend dysfunktionaler innerfamiliärer Erfahrungen “to escape the darkness of their past and build a healthy future for themselves” (Robinson/Rhoden, 1998, S. 67). Der Fokus liegt dabei auf der außergewöhnliche Fähigkeit, mit Streß umzugehen (vgl. Robinson/Rhoden 1998, S. 67). Die Voraussetzungen für diese Fähigkeit müssen als Wechselspiel zwischen persönlichen Qualitäten und sozialen Bedingungen aufgefaßt werden, deren Erforschung sich noch in den Anfängen befindet (vgl. Petzold, 1993, S. 357).

Protektive Faktoren sind einerseits - internal- Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte gute Erfahrungen, andererseits - external - spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion)., die im Prozeß ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern (Petzold, o.A. zit. nach Petzold/Goffin/Oudhof, 1993, S. 366).

Resiliente Individuen zeichnen sich laut Rubin (1996) dadurch aus, daß ihnen eine “innere Distanzierung” (Petzold, 1993, S. 380) vom familiären Geschehen gelingt. Dadurch eröffne sich eine objektivere Einschätzung der Situation, an der sie sich folglich nicht selbst die Schuld geben. Sie seien in der Lage wahrzunehmen, daß etwas nicht stimmt

und weder vergäßen noch verleugneten sie ihre Erfahrungen. Im Gegenteil erwachse daraus häufig das Ziel, für sich und andere die Gegenwart konstruktiver zu gestalten (vgl. Robinson/Rhoden, 1998, S. 69).

Die "Desidentifikation" (Robinson/Rhoden, 1998, S. 69) bewirke gleichzeitig Isolation, also einen relativen Ausschluß aus den familiären System. Gerade dieser Umstand erlaube aber, "andere Wege zu Zufriedenheit, Zugehörigkeit und Unterstützung" (Robinson/Rhoden, 1998, S. 69) zu suchen. Rubin spricht in diesem Zusammenhang von resilienten Kindern als "adoptable", d.h. "they have the gift of being able to attract others who help them fill in the gaps left by their past" (Robinson/Rhoden, 1998, S. 70). Diese Rolle des "significant caring adult" kann durch Lehrer, Nachbarn, entferntere Verwandte oder Bekannte der Familie erfüllt werden. Im Jugendalter können auch Gleichaltrige, bzw. die Peergroup diese ausgleichende Funktion einnehmen (vgl. Beidler, Robert J., 1989, S.138). Beziehungen dieser Art ermöglichen es dem Kind, neue "externale Fremdbewertungen" zu internalisieren (vgl. Petzold, 1993, S. 370) und gleichzeitig Zugang zu den eigenen Bedürfnissen zu finden. Es wird deutlich, daß "Resilienz" sinnvollerweise nicht als Status, sondern als Prozeß verstanden werden sollte, im Verlauf dessen Identität großen Widerständen zum Trotz erarbeitet wird (vgl. Robinson/Rhoden, 1998, S. 70).

I think I understood when I was very, very young that I wasn't wholly responsible for all the bad things that were happening to me...so I understood that I had to try to keep my distance if I was going to maintain my sanity. Even though our household was crazy, there was quite a lot of freedom because there was so much neglect. So the neglect had its positive side because the freedom taught me very early how to be enormously independent. And that has been one of the very important life skills that has helped me pick myself up and move on (Anonym in Robinson/Rhoden, 1998, S. 69).

Die Beschäftigung mit resilienten Kindern darf jedoch nicht in zwei Lager ('Gewinner versus Verlierer') spalten:

Einzelfallstudien zeigen, daß auch "survivors" einen Preis zahlen: "There exists a group of children, who have not been devastated by adversity, but even within that group, the story of each child, in its way, shows that children cannot "walk between the raindrops", that environmental and genetic risks are costly (Petzold, 1993, S. 362).

Vielmehr können diese Erkenntnisse helfen, auch EKAs, die 'verletzlicher' sind, differenzierter in dem von Becker formulierten Verhältnis zwischen Pathogenese und Salutogenese zu betrachten (vgl. Petzold, 1993, S. 359). Außerdem könnten diese Erkenntnisse als Ausgangspunkt für präventive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nutzbar gemacht werden.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit verfolgte bei der Beschäftigung mit dem Thema “Erwachsene Kinder von Alkoholikern” drei Anliegen:

Erstens sollte die These geprüft werden, daß statt der von klinischen Therapeuten eingeführten Bestimmung dieses Personenkreises als “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” der Begriff ‘Risikogruppe’ die Bandbreite des Phänomens realistischer erfaßt. Die als Merkmals-Komplex dargelegten psychosozialen Schwierigkeiten bei EKAs sollten zweitens auf ihren gemeinsamen innerpsychischen Ursprung untersucht werden. Schließlich sollte die Pathogenese des EKA-Phänomens analysiert werden.

EKAs als Risikogruppe

Psychosoziale Schwierigkeiten bei EKAs können den Erkenntnissen von Kapitel 1.1 zufolge teilweise in einen direkten Zusammenhang mit Alkoholismus gebracht werden, andere Störungsbilder werden erst durch ihre spezielle Ausprägung als EKA-Merkmal erkennbar. So verweist die erhöhte Gefährdung für eine Alkoholismustransmission beim bisherigen Erkenntnisstand besonders auf genetische Einflüsse, das Persönlichkeitsprofil ‘Co-Abhängigkeit’ läßt auf sozialisatorische Konsequenzen des Aufwachsens mit einem alkoholkranken Menschen schließen. Zwanghafte Verhaltensweisen, Ängste, Beziehungsstörungen, Lerndefizite sowie daraus resultierende Depressionen hingegen ergänzen durch ihren Kontext das Bild zu einem ‘EKA-Phänomens’.

Aus der seitens klinischer Therapeuten erfolgten Benennung von EKAs als “unterscheidbarer Bevölkerungsgruppe mit speziellen Problemen” ließen sich folgend zwei Implikationen ableiten. Erstens verbindet sich mit dieser Zuschreibung eine angenommene Relevanz der Merkmale für sämtliche Personen mit alkoholkranken Eltern, so daß sich danach diese Gruppe anhand der genannten Kriterien von der restlichen Bevölkerung “unterscheiden” läßt. Die Annahme einer “speziellen Problematik” deutet zweitens darauf, daß dieser Merkmals-Komplex als EKA-spezifisch interpretiert wird.

Mittels der Systematisierung vorliegender statistischer Untersuchungen wurden diese Implikationen in Kapitel 1.2 geprüft. Um die Frage zu klären, ob EKAs als “unterscheidbare Bevölkerungsgruppe” definierbar sind, wurden im ersten Schritt Untersuchungen vorgestellt, die dieser Gruppe eine Kontrollgruppe ‘Nicht-EKAs’ gegenüberstellten. Dieser Vergleich sollte Aufschluß darüber geben, ob und in welcher Ausprägung sich die EKA-Gruppe anhand unterschiedlicher Merkmale separieren läßt.

Die Ergebnisse verlangen eine differenzierte Interpretation. Zwar zeigt sich bei der

EKA-Gruppe eine stärkere Ausprägung von Depressionen und Angststörungen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Auch geben die Untersuchungen Hinweise auf ausgeprägtere zwischenmenschliche Probleme bei EKAs. Jedoch führten die Prüfungen zu der Schlussfolgerung, daß EKAs in unterschiedlichem Ausmaß von diesen Störungen betroffen sind. Damit sind EKAs im oben definierten Verständnis tatsächlich “unterscheidbar”, wobei allerdings Differenzen innerhalb der Gruppe existieren.

Außerdem erbrachte die Prüfung als spezifisch angenommener Persönlichkeitsmerkmale kein verwertbares Ergebnis. Die betreffenden Forschungen zu diesem Bereich stehen sich unvereinbar gegenüber. Daraus ließ sich für das weitere Vorgehen ableiten, daß sich die gefundene Übereinstimmung von EKAs hinsichtlich psychosozialer Störungen nicht auf der Verhaltensebene abbildbar ist.

In Kapitel 1.2.2 folgte eine genauere Prüfung der gruppeninternen Differenzen. Dabei zeichnete sich ab, daß bestimmte Faktoren die Gefährdung für Störungen erhöhen und damit zu einer Differenzierung innerhalb der EKA-Gruppe als ‘Subgruppen’ führen. Alkoholabhängigkeit beider Elternteile oder eine häufige Rückfallquote der von Alkoholismus betroffenen Person zeigten einen direkten Zusammenhang zu schwerwiegenderen Störungen als in der Vergleichsgruppe. Neben Faktoren, die eine quantitative Differenz der Störungen zu bedingen scheinen, weist der Aspekt ‘Geschlecht des alkoholabhängigen Elternteils’ auf inhaltliche, also qualitative Unterschiede hin.

EKAs müssen diesen Ergebnissen zufolge als Bevölkerungsgruppe angesehen werden, die einem erhöhten Risiko unterliegt, psychosoziale Störungen zu entwickeln, sich aber gleichzeitig durch Binnen-Heterogenität kennzeichnet.

Im zweiten Schritt ging es um die Frage, ob die bei EKAs beobachteten Störungen spezifisch für diese Gruppe sind. Kindheitserfahrungen und potentielle Konsequenzen im Erwachsenenalter sind den Ergebnissen zufolge sowohl bei Personen mit drogenabhängigen Eltern insgesamt als auch einer breiteren Kategorie ‘Erwachsene aus dysfunktionalen Familien’ wahrscheinlich. Daraus folgt, daß die Spezifizierung der EKA-Gruppe als “speziell” bei dem Stand der Erkenntnis nicht haltbar ist. Schlußfolgernd bestätigte sich die These, daß EKAs wirkungsvoller als Risikogruppe interpretiert werden. Insgesamt kann das EKA-Phänomen damit als Exempel für andere Risikogruppen gelten.

EKAs aus identitätstheoretischer Perspektive

Nachdem Kapitel 1 direkt über Hinweise aus der EKA-Literatur sowie indirekt über die mißlungene Operationalisierung des EKA-Phänomens mittels Persönlichkeitsmerkmalen auf die Identitätsthematik aufmerksam machte, wurde der analytische Schwerpunkt

der vorliegenden Arbeit auf die Identitätsebene bezogen. In Abgrenzung von den dominiert außenperspektivischen Persönlichkeitstests konzentrierte sich diese Analyse anhand der Identitätsmodelle von Mead, Krappmann und Haußer, auf die 'Innenperspektive' von Identität. Die in Kapitel 2.2 dargestellte Identitätsdynamik bei EKAs gab Aufschluß über eine vorliegende Desintegrität zwischen den Identitätskomponenten Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept und Selbstwertgefühl, die durch empirische Untersuchungen unterstützt werden konnte. An diese Erkenntnis anknüpfend wurde das EKA-Phänomen mit Hilfe der Theorien Meads und Krappmanns unter der Hypothese einer vorliegenden Identitätsstörung geprüft. Sowohl in bezug auf Meads Kennzeichen uneinträchtiger Identität, die sich in einem Gleichgewicht zwischen der 'Einzigartigkeit' des "I" und der normen- und rollengeprägten Kraft des "me" ausdrückt als auch auf die identitätsfördernden Fähigkeiten bei EKAs nach Krappmann bezogen zeigten sich eklatante Defizite. Die 'Außenorientierung' bei EKAs hemmt erstens den 'Dialog' zwischen "I" und "me". Zweitens dominiert die überhöhte role taking-Kompetenz die gleichzeitig zu gering ausgebildeten Fähigkeiten zu Rollendistanz und Ambiguitätstoleranz. Deshalb gilt als zweite Schlußfolgerung dieser Arbeit, daß den bei EKAs beobachteten psychosozialen Schwierigkeiten eine Identitätsstörung zugrundeliegt.

Pathogenese des EKA-Phänomens

An die These Krappmanns anknüpfend, daß die 'Identitätskompetenz' im Rahmen der primären Sozialisation vorbereitet wird, widmete sich die vorliegende Arbeit schließlich der Frage, welchen Stellenwert parentaler Alkoholismus in diesem Zusammenhang einnimmt.

Hierbei ergab in Kapitel 3 die gedankliche Abstraktion von Alkoholismus als individuellem Problem zu dessen Einfluß auf das familiäre System, daß weniger das Trinkverhalten als solches, sondern vielmehr die strukturellen Veränderungen der Familie weitreichende Folgen für Kinder in diesem Kontext bedingen.

Diese Schlußfolgerung ist die Konsequenz der Erkenntnis, daß Alkoholismus als 'Dauerstressor' von der Familie hohe Anpassungsleistungen erfordert und somit zum familienenorganisierenden Prinzip wird. Da Alkoholismus nicht 'bewältigt' werden kann, greift das System zunehmend zu dysfunktionalen Bewältigungsversuchen, die schließlich zu einer Umgestaltung der Familienstruktur führen.

Diese Umstrukturierung ließ der Analyse zufolge alle Kennzeichen einer 'Pseudogemeinschaft' erkennen. Pseudogemeinschaften erhalten die familiäre Homöostase mittels übermäßiger Kohäsion und daraus folgend rigiden Rollenmustern aufrecht. Kennzeichnend für alkoholismusbelastete Familien ist darüber hinaus, daß große Flexibilität im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung und deren Folgen aufgebracht werden muß und deshalb für die Anpassung an lebensphasenspezifische Bedürfnisse ungenügend Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Da das Erkenntnisinteresse hier in Erklärungen für die Entwicklung einer Identitätsstörung bei EKAs lag, wurde in Kapitel 4 die entwicklungspsychologische Identitätstheorie Eriksons zugrunde gelegt. Eine Extraktion derjenigen Bedingungen, die das Kind in der Bewältigung von Entwicklungsstufen unterstützen, wurde folgend zum Maßstab für die Analyse pseudogemeinschaftlicher Effekte in alkoholismusbelasteten Familien. Kontinuierliche Einflüsse, die anhand der Faktoren Regeln, Rollen, Atmosphäre und Kommunikation veranschaulicht wurden, erschweren danach, je nach Grad der familiären Dysfunktion, die Identitätsentwicklung in unterschiedlichem Ausmaß. Die Bereitstellung der unterstützenden Faktoren: ehrliche und ermutigende Zuwendung, Sicherheit, Orientierung anhand von Identifikationsmöglichkeiten sowie entwicklungsgerechtes Loslassen der Eltern können nur unzureichend wirksam werden oder bleiben gänzlich aus. Damit kann als dritte Erkenntnis dieser Arbeit die Identitätsstörung bei EKAs auf die indirekten Auswirkungen des Alkoholismus auf die kindliche Entwicklung zurückgeführt werden. Erschwerend kommt hinzu, daß, falls außerdem Katastrophenstreß auftritt, dieser unter den genannten Umständen nicht adäquat verarbeitet und die Identitätsentwicklung blockiert werden kann.

Präventive, therapeutische sowie wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Personen aus alkoholismusbelasteten Familien muß zusammenfassend an dem individuellen Verhältnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren ansetzen.

6 **Ausblick**

An dieser Stelle sollen abschließend resp. vorausblickend Anregungen für die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem in dieser Arbeit analysierten EKA-Phänomen gegeben werden. An den aktuellen Erkenntnisstand anknüpfend, werden hier zwei weiterführende Themen skizziert:

Nachdem sich die vorliegende Arbeit intensiv mit der Pathogenese des EKA-Phänomens beschäftigt hat, werfen wir hier erstens einen Blick auf Bewältigungschancen. Denn ausgehend von der Bestimmung der EKAs als Risikogruppe, deren Gefährdung sich in der Ausbildung verschiedener psychosozialer Probleme aufgrund einer zugrundeliegenden Identitätsstörung manifestiert, stellt sich die Frage, welche Prämissen sich daraus für interventive Maßnahmen ableiten lassen.

Zweitens eröffnet die Bestimmung des EKA-Phänomens als Identitätsstörung eine neue Forschungsperspektive.

Identitätstransformation

Ausgehend von der Erkenntnis dieser Arbeit, daß eine alkoholismusbelastete Kindheit Defizite in der Identitätsentwicklung und schließlich im Erwachsenenalter eine Identitätsstörung zur Folge haben kann, ergibt sich die Schlußfolgerung, daß Intervention salutogen auf genau dieser Ebene wirken muß.

Darin liegt die Chance zu einer ‘Identitätstransformation’. Identitätstransformation wird von Siegert/Chapman definiert als “lebensgeschichtlicher Wandlungsprozeß im Selbstverständnis und Verhalten eines Menschen. (Der Begriff) bezieht sich auf Veränderungen in der Interpretation und Bewertung eigener und fremder Lebenszusammenhänge” (Siegert/Chapman, 1987, S. 138).

Im Verständnis der vorliegenden Arbeit bedeutet dies für EKAs, Kongruenz zwischen den Identitätskomponenten Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept und Selbstbewußtsein herzustellen. Damit EKAs in den “Wandlungsprozeß” eintreten können, müssen sie zwei grundlegend die Identität hemmende Faktoren bewältigen. Erstens verhindert der Abwehrmechanismus ‘Verleugnung’ die offene Auseinandersetzung mit der eigenen Person und prägenden Erfahrungen. Zweitens gründet sich die inkongruente Identitätsdynamik von EKAs, wie in Kapitel 1.3 dargelegt wurde, auf deren externalen Kontrollüberzeugung. Dieser Aspekt muß also vorrangig berücksichtigt werden, um eine Veränderung auf den anderen Identitätsebenen zu erreichen.

Diese beiden Richtlinien können interventiver Beschäftigung mit EKAs als Grundlage dienen.

Um außerdem eine Vorstellung davon zu geben, welche Implikationen ein Identitätstransformation für EKAs beinhaltet, wird im folgenden der Verlauf eines “Heilungskontinuums” nach Cermak (1990) skizziert:

1) Das “Überlebens-Stadium” ist durch die schützende Funktion von Abwehrmechanismen (insbesondere Verleugnung) gekennzeichnet, deren Ziel in der Aufrechterhaltung einer Kontrollillusion besteht. Die Person ist z.B. davon überzeugt, den Alkoholkonsum des trinkenden Elternteils beeinflussen oder eigene Gefühle, die in diesem Zusammenhang auftreten, steuern zu können (vgl. Cermak, 1990, S. 181).

Das EKA tritt in den Transformationsprozeß ein, sobald es eine ‘Meta-Perspektive’ auf die eigene Vergangenheit einnehmen kann und damit schrittweise die Verleugnung löst.

2) Der Wille, die ‘Schein-Identität’ aufzugeben, führt das EKA in eine “Reidentifikations-Phase”. Dabei begeben sich viele EKAs in einem Zustand von Ressentiments und Ärger und werden so zu “Opfern der Enthüllung”. Diese Phase gilt als bewältigt, wenn das EKA erkennt, verantwortlich für die eigene Heilung zu sein (vgl. Cermak, 1990, S. 183)⁶⁷. Das EKA erkennt damit, daß seine *eigene* Vorstellung von Willenskraft (Kontrollillusion) gestört ist und entdeckt hinter der Fassade sein “wahres Selbst”: “This true self is more realistic, less grandiose, and more human; flawed, but more vital” (Cermak, 1990, S. 183).

3) Die dritte Station beinhaltet eine kritische Reflexion des eigenen Verhaltens. Die ‘Schein-Identität’ bricht zusammen. Cermak nennt diese Phase wegen der tiefgreifenden Veränderung in der ‘Selbst-Organisation’ “core-issues-stage”. Die grundsätzliche Infragestellung des bisherigen ‘Seins’ bewirkt oft ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Überforderung (Cermak, 1990, S. 184).

4) Die vierte “integrierende Phase” beruht laut Cermak auf dem Willen des EKAs, sich von überkommenen Verhaltensweisen zu trennen, *ohne* bereits Ersatz gefunden zu haben. Darauf folge eine lange Zeit, in der neues Fühlen, Denken und Handeln erprobt wird. “Integrität” resultiert aus dem wachsenden Vermögen, das Leben nach eigenen Maßstäben und Bedürfnissen zu gestalten (Cermak, 1990, S. 185).

Cermak bezeichnet diesen Prozeß als “zweite Chance”, um Defizite in der kindlichen Entwicklung nachzuholen (vgl. Cermak, 1991, S. 29, siehe auch Brown, 1988, S. 7).

⁶⁷Dieses Thema wird - etwas polemisch - in dem Artikel “Erwachsene Kinder von Alkoholikern: Gefangen in der Vergangenheit” von Elli H. Radinger aufgegriffen. Fettgedruckt resümiert sie die Einstellung Betroffener als: “Ich bin zerstörte Ware - Hände weg!”

Diese Idee des ‘Nachreifens’ läßt sich identitätstheoretisch als Möglichkeit deuten, die Phasen nach Erikson in sicherer Umgebung noch einmal aufzugreifen.⁶⁸

Die dargestellten ‘Stationen’ können Überlegungen zu therapeutischen Maßnahmen für EKAs als Orientierung dienen. Dabei sind außerdem folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Bei bestehender Alkoholabhängigkeit hat deren Behandlung absolute Priorität (vgl. Richards, 1989, S.95).
- Wie diese Arbeit zeigte, muß dringend das Ausmaß der Identitätsstörung, z.B. anhand der Variablen Verleugnung und Kontrollillusion, diagnostiziert werden.
- Die drei Interventionsformen Information, Selbsthilfe (z.B. Al-Anon-EKA) sowie Psychotherapie (Einzel- oder Gruppensetting) eröffnen Chancen zur Identitätsarbeit. Grundsätzlich können sie sich gegenseitig ergänzen, jedoch muß sich die Nutzung an der Individualität des jeweiligen Klienten orientieren (vgl. Richards, 1989, S. 96).

Identitätsforschung

Aus der Bestimmung des EKA-Phänomens als Identitätsstörung resultiert die Anregung, folgende Forschungsbemühungen auf dieser Ebene anzusetzen. Ziel dieses Vorgehens sollte dabei insbesondere sein, die Ergebnisse der psychometrischen Persönlichkeitstests zu ergänzen. Wie an der betreffenden Stelle dieser Arbeit bemerkt wurde, erfassen Persönlichkeitstests universale Normen, d.h. Merkmale, die allen Menschen gemeinsam sind. Die Spezifität gruppaler sowie individueller Ausprägungen und Motivationen bei EKAs konnten so nicht berücksichtigt werden. Dies zeigte sich insbesondere an den statistischen Ergebnissen der Identitätskomponenten. Deshalb stellt sich die Frage, was ergänzende Forschung zu leisten hätte:

Allerdings können diese Meßverfahren nicht unabhängig von den Deutungsschemata konstruiert werden, welche die Individuen selber ihren Interaktionsstrategien zugrunde legen. Ein derartiges Vorgehen widerspricht den Anforderungen jener empirischen Sozialforschung, die glaubt, nur mit Begriffen arbeiten zu dürfen, die eine universell, das heißt ohne Rücksicht auf den symbolischen Gehalt situativer Kontexte und auf die subjektive Interpretation der “Versuchspersonen” anwendbare Meßvorschrift enthalten (Krappmann, 1975, S. 16).

⁶⁸ Hier setzt auch die Arbeit am “Inneren Kind” nach Bradshaw (vgl. 1.1.9) an. Sein Konzept zielt darauf, regressive Schübe in der Form zu bearbeiten, daß der Betreffende sich selbst “zum sorgenden Elternteil” wird (siehe Bradshaw, 1992).

Frey/Haußer (1987) fordern von der Identitätsforschung: "anstelle des einfallslosen Gebrauchs vermarkteter geschlossener Skalen subjektnahe, gegenstandsspezifische Erhebungs- und Auswertungsinstrumente zu entwickeln" (Frey/Haußer, 1987, S.22).

Der aus dieser Arbeit resultierende Vorschlag für anschließende Forschung zu EKAs besteht deshalb in einer Ergänzung durch 'qualitativ' orientierte Identitätsforschung, die in der Lage ist, Dynamik und Motivation innerpsychischer Prozesse abzubilden.

Anhang

Die Soziale Bewegung "Adult Children of Alcoholics"

Das in dieser Arbeit aufgezeigte große wissenschaftliche Interesse an der EKA-Thematik läßt die Frage anschließen, welche treibende Kraft hierfür verantwortlich ist. Das heißt: Welcher Stellenwert kann dem Thema beigemessen werden und woran manifestiert er sich?

Diese Überlegung verweist auf die Wurzeln der Thematik in der US-amerikanischen massenhaften Identifikation mit den dargestellten klinischen Beobachtungen zu EKAs, die zu einer sogenannten "Sozialen Bewegung" führte. Hier sollen Entstehung und Verbreitung der Bewegung dargestellt sowie deren Implikationen diskutiert werden.

Die BRD wurde bisher weniger von der Diskussion um EKAs berührt. Deshalb werden hier außerdem interkulturelle Unterschiede zwischen USA und BRD behandelt, um Hypothesen über diesen Tatbestand zu entwickeln und daraus Schlußfolgerungen für die zukünftige Entwicklung abzuleiten.

Bei der Inkennntnisnahme der US-amerikanischen Literatur im Zusammenhang mit der vorliegenden Thematik fällt auf, daß häufig von der Existenz einer Sozialen Bewegung "Adult Children of Alcoholics" (ACA) die Rede ist.⁶⁹ Dieser Umstand verweist zum einen auf eine anzunehmende große Akzeptanz des Themas, zum anderen auf eine Organisationsform.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, daß sich die sogenannte Bewegung aus einem losen Zusammenschluß von Selbsthilfegruppen, Vereinigungen, Therapie- und Beratungseinrichtungen konstituiert (vgl. Leehrsen/Namuth, 1988, S.62). Ihr Ziel besteht darin, öffentliches und professionelles Interesse für Konsequenzen des Aufwachsens mit alkoholabhängigen Eltern zu wecken sowie Hilfsmöglichkeiten für diese Gruppe zu etablieren (vgl. Rennert, 1990, S. 91).

Die Geschichte der ACA-Bewegung⁷⁰ in den Vereinigten Staaten wird im nächsten Abschnitt nachvollzogen und folgend deren Einfluß auf die Bundesrepublik Deutschland untersucht. Vorweggenommen sei, daß in der bundesdeutschen Diskussion der Begriff 'Soziale Bewegung' nicht auftaucht. Erklärungen für diesen Umstand werden im weite-

⁶⁹So betitelt z.B. Stephanie Brown einen Artikel wie folgt: ERWACHSENE KINDER VON ALKOHOLIKERN-DIE GESCHICHTE EINER SOZIALEN BEWEGUNG UND IHR EINFLUß AUF KLINISCHE THEORIE UND PRAXIS (Brown, 1991, übersetzt durch R.R.).

⁷⁰Im folgenden wird die Abkürzung "ACA" immer dann verwendet, wenn die (weitgehend) US-amerikanische Bewegung gemeint ist. Handelt es sich um allgemeine Ausführungen zu erwachsenen Personen mit mindestens einem alkoholkranken Eltern, wird dies durch den deutschen Terminus "Erwachsene Kinder von Alkoholikern" (EKA) gekennzeichnet.

ren Verlauf dieses Kapitels auf zwei Wegen gesucht: Erstens bedarf es Überlegungen dazu, welcher Stellenwert Sozialen Bewegungen im interkulturellen Vergleich zukommt. Zweitens kann unter der Prämisse, daß Soziale Bewegungen einer relativen Quantität von Mitgliedern bedürfen, die Frage aufgeworfen werden, welche Faktoren die Verbreitung fördern bzw. verhindern können.

Geschichte der Sozialen Bewegung "Adult Children of Alcoholics"

Die Entstehungsbedingungen der ACA-Bewegung können nicht losgelöst von den Fortschritten der Alkoholismusforschung und -behandlung beschrieben werden, da erst durch die Abkehr von einer ideellen Isolation des Abhängigen sein soziales Umfeld, und dabei insbesondere die Angehörigen, in die Betrachtung mit einbezogen wurden.

In den Vereinigten Staaten wurden die Forschungen zum Thema Alkoholismus nach Aufhebung der nationalen Prohibition (1919-1933)⁷¹ stark vorangetrieben und erlangten weltweite Bedeutung. So wurde das seit dem 18. Jahrhundert diskutierte Krankheitskonzept wieder aufgegriffen und schließlich 1952 durch Jellinek's Untersuchungen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt.⁷² Heute gilt Alkoholismus als die am besten erforschte Abhängigkeitsform (vgl. Wilson Schaef, 1995, S. 328). Die aus diesen Erkenntnissen entstandene Suchtkrankenhilfe ermöglichte erstmals relativ wertfreie professionelle Hilfe für Alkoholiker.

Parallel dazu gründete sich 1935 die ausdrücklich nicht organisationgebundene Gruppe der "Anonymen Alkoholiker" (AA). Zwei von Alkoholismus Betroffene entdeckten in intensivem Austausch Heilungspotential und legten diesem Prinzip die Arbeit an dem Programm der '12 Schritte' zugrunde, die u.a. eine Auseinandersetzung mit den tragenden Problemen 'Kontrollverlust' und 'Schuldgefühle' ermöglichen. Da diese Selbsthilfe in Wirkung und Verbreitung die professionellen Bemühungen in den folgenden Jahren überholte, wird sie als älteste Methode, Alkoholikern zu helfen bezeichnet (vgl. Wegscheider, 1988, S. 223).

Zu diesem Zeitpunkt wurde an den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Situation mitbetroffener Kinder, die in der präprohibistischen Ära schon thematisiert worden waren (z.B. MacNicholl, 1905; Sullivan, 1899), vorerst nicht wieder angeknüpft (vgl. Sher, 1991, S.149). Cermak vermutet, dies könne ein Resultat der Befürchtung gewesen sein, bei Erörterung der weitreichenden möglichen Auswirkungen von Alkoholmißbrauch als "Neo-Prohibitionist" verhöhnt zu werden (vgl. Cermak, 1990, S.4).

⁷¹Das staatliche Verbot von Alkoholgebrauch ging einher mit der Negierung des gesamten Alkoholismusproblems und einer daraus resultierenden Eindämmung des Forschungsfortschrittes in diesem Bereich (vgl. Antons/Schulz, 1990, S.234). Die Masse während der Prohibition abhängig gewordener Menschen bewirkte danach umso intensiveres Bemühen und Interesse an dieser Klientel.

⁷²Zu den Leistungen Jellinek's vgl. Kap. 3.1

Bis in die 50er Jahre wurde Alkoholismus nur am abhängigen Individuum thematisiert. Mitbetroffene (z.B. Kinder, Ehepartner) wurden in Forschung und Praxis vernachlässigt. Im Zusammenhang mit der Emanzipation der Suchtkrankenhilfe von der traditionellen klinischen Arbeit, wurde aber der Weg für eine Betrachtung der innerfamiliären Prozesse im Zusammenhang mit Alkoholismus geebnet (vgl. Cermak, 1990, S.5).

Der Blickwinkel im Forschungsbereich erweiterte sich durch die Arbeiten Jacksons et al. (1954), deren Fokus auf der Rolle der Ehefrau lagen. Aus der Frage, inwieweit sie die Abhängigkeit mitbedinge oder unterstütze, ergab sich die Einsicht, daß Alkoholismus effektiver als organisierendes Prinzip aufgefaßt werden könne, welches Einfluß auch auf das Umfeld der abhängigen Person habe (vgl. Brown, 1991; S. 268). Daraus resultierte 1951 die Gründung eines Pendantes zu den AA, der Selbsthilfebewegung "Al-Anon"⁷³, adressiert an Angehörige und Freunde von Alkoholikern. 1957 wurden die Familiengruppen durch "Al-Ateen", eine Gruppe für Kinder und Jugendliche ausgedehnt.

In die wissenschaftliche Diskussion brachte als erste Margaret Cork 1969 mit ihrem Buch *The forgotten children* die Situation von Kindern mit alkoholabhängigen Eltern ein. Brown bezeichnet diese Leistung als Auftakt der ACA-Bewegung (vgl. Brown, 1991, S. 269; siehe auch Sher, 1991, S. 149).

Zur Untersuchung von Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf deren Nachkommen interviewte Cork 115 Kinder im Alter von 8-16 Jahren. Insgesamt schließt Cork aus dieser qualitativen Studie, daß alle interviewten Kinder in verschiedener Ausprägung beeinflußt wurden (vgl. ebd. S.62).

Keines der Kinder gab in den Interviews an, es sei nicht durch den Alkoholismus betroffen. Fast alle äußerten negative Folgen für die inner- und außerfamiliären Beziehungen. Die schulischen Leistungen sehen ca. die Hälfte aller Befragten beeinträchtigt. Eindrückliche Ergebnisse im Bereich des emotionalen Wohlbefindens zeigen sich u.a. bei hohen Antworttendenzen zu Ängsten vor dem 'Anderssein', genereller Ängstlichkeit und Furcht vor der Zukunft und geringem Selbstvertrauen. Bis auf drei Befragte gaben alle Kinder an, sie fühlten sich unerwünscht. (vgl. Cork, 1969, S.61 ff.). Kinder fühlen sich dieser Untersuchung zufolge eher durch gestörte Interaktion betroffen als durch das Trinkverhalten. Sie leiden besonders unter Auseinandersetzungen und fehlendem Interesse an ihrer Person (vgl. Cork, 1969, S.65).

Die Forschung über Kinder aus alkoholkranken Familien wurde in der folgenden Zeit intensiviert und Interventionsmöglichkeiten wurden daraus abgeleitet.

⁷³Der Name *Al-Anon* verdeutlicht den direkten Bezug zu den *Anonymen Alkoholikern* (vgl. Lambrou, 1991, S.209), aber auch die "umgekehrte" Position.

Durch die ACA-Bewegung wird die anschließende Frage 'was wird aus diesen Kindern?' repräsentiert. Genauer gesagt geht es um die Frage, ob und ggf. wie die Kindheitserfahrungen bis in das Erwachsenenalter hinein wirken.

Stephanie Brown gründete 1977, angeschlossen an die Stanford Universität, die "Stanford Alcohol Clinic". Das Konzept dieser Institution bezog als Novum alle Personen ein, die von Alkoholismus betroffen sind - direkt oder indirekt. Dadurch bekamen Familienangehörige Zugang zu dem bisher auf den Abhängigen beschränkten Bereich der Drogenhilfe. EKAs konnten nun als identifizierte Patienten Behandlung beanspruchen (vgl. Brown/Beletsis/Cermak, 1989, Einleitung).

Der klinische Psychologe Timmen Cermak, dessen Interesse durch die von Brown vermittelte neue Perspektive auf EKAs geweckt wurde, rekonstruierte, daß die Mehrheit seiner psychisch beeinträchtigten Klienten alkoholranke Eltern hatten (vgl. ebd.). Um diesen Zusammenhang genauer zu betrachten, wurden therapeutische Gruppen gegründet. In deren Rahmen kristallisierten sich zentrale Themen und vergleichbare Interaktionsmuster der Klientel heraus (vgl. Brown/Beletsis/Cermak ebd.).

Es folgten Langzeitgruppen, systematische Beobachtungen und erste theoretische Abhandlungen. Aus daraus resultierenden Erkenntnissen entwickelte Cermak die bereits dargestellten diagnostischen Kriterien und entsprechende Therapiekonzepte.

Seit Ende der 70er Jahre machte eine intensive Öffentlichkeitsarbeit diese Erkenntnisse der allgemeinen Bevölkerung zugänglich. Neben Autobiographien, einer Reihe Büchern trivialliterarischer, d.h. rein beschreibender Qualität (vgl. Sher, 1991, S.149 f.) widmeten sich auch renommierte Zeitungen dem Thema. Außerdem wird seit 1987 die Zeitschrift "Changes" für EKAs publiziert. Folge dieser Öffentlichkeitsarbeit war die rasche Zunahme spezieller Gruppen für EKAs, die 1977 unter dem Dach der Organisation Al-Anon entstanden. Anfang der 80er Jahre bestanden weltweit 14 EKA-Selbsthilfegruppen, 1988 waren es bereits 1100 (vgl. Leehrsen/Namuth, 1988), ein Großteil davon in den USA.⁷⁴ Gleichzeitig wuchs die Mitgliederzahl der 1982 gegründeten "National Association of Children of Alcoholics" von 21 Personen 1983 auf mehr als 7000 Personen 1988.

Die schnelle Verbreitung der Bewegung traf bei vielen Psychotherapeuten und Suchtberatern auf Skepsis. Sie bewerteten dieses Phänomen als durch effektive Vermarktung

⁷⁴Genaue Zahlen für den US-amerikanischen Anteil waren nicht in Erfahrung zu bringen. Ein vom Weltendienstbüro jährlich herausgegebenes Survey ermittelte für 1997, daß 21% aller Al-Anon-Gruppen in den USA EKA-Gruppen seien (Telefonische Auskunft des Zentralen Dienstbüros der Al-Anon-Familiengruppen in Deutschland). Sher zufolge existierten 1991 in den meisten größeren US-amerikanischen Gemeinden EKA-Selbsthilfegruppen (siehe Sher, 1991, S.150)

der Literatur an ein leichtgläubiges Publikum konstruiert (siehe Cermak, 1990, S.6). Besonders argwöhnische Fachkundige forderten zynisch Gruppen für "Erwachsene Cousinsen" (Miller, 1987), "Erwachsene Haustiere von Alkoholikern" (Weinberg/Schnapps, 1987) oder "Erwachsene Kinder von Eltern" (vgl. Sher, 1991, S. 150).

Auch Cermak, einer der Gründerväter der Bewegung sieht die Mehrdeutigkeit dieser Entwicklung:

"Plötzlich, so scheint es, ist jeder interessiert an Kindern von Alkoholikern (.). Für diejenigen von uns, die dafür gearbeitet haben, um diese Population in das öffentliche Interesse zu bringen, repräsentiert dies einen gemischten Segen. Auf der einen Seite ist es erfreulich, zu sehen, daß die Öffentlichkeit wahrnimmt, was sich unter jedermanns Nase befand. Auf der anderen (Seite) hat so eine Explosion an Interesse einen Nachteil. (...) Es ist zunehmend schwieriger geworden, weniger sinnvolles oder sogar irreführendes (.) auszusortieren" (Cermak, 1990, S. 3; übersetzt durch. R.R.).

Für die US-amerikanische Entwicklung scheint es berechtigt, von einer Sozialen Bewegung zu sprechen, da die massenhafte Identifikation von Betroffenen und deren Engagement für ihre Bedürfnisse (z.B. gegenüber Psychotherapeuten) Druck auf Therapeuten und Wissenschaftler ausübt/e, das Thema ernst zu nehmen. In diesem Zusammenhang erkannten laut Cermak einige Therapeuten erst, daß ein Teil ihrer Klienten EKAs waren (vgl. Cermak, 1990, S.6).

In den letzten 10 Jahren riß das Interesse Betroffener nicht ab, Behandlungsformen etablierten sich, jedoch wurden die klinischen Beobachtungen, wie oben beschrieben einer wissenschaftlichen Kontroverse ausgesetzt, die noch nicht zum Abschluß gekommen ist. Es scheint sich aber eine zugleich allgemeinere (bzgl. dysfunktionalen Kindheitserfahrungen) und differenziertere (bzgl. interindividuellen Differenzen) Interpretation des EKA-Themas abzuzeichnen.

Stellenwert für die Bundesrepublik Deutschland

In Deutschland hat die ACA-Bewegung bisher weniger Zuspruch erfahren. Das Thema gewann erst Mitte der 80er Jahre durch das Vorbild der USA in der BRD an Bedeutung und liegt damit in dieser Frage ca. acht Jahre zurück.

Mäulen/Lasar vertreten 1991 die Ansicht, daß "wissenschaftliches und therapeutisches Interesse (.) hierzulande zweifelsohne für diesen Bereich gegeben (sei)". Es sei aber noch nicht abzusehen, in welchem Ausmaß die ACA-Bewegung sich in Deutschland etablieren würde (Mäulen/Lasar, 1991, S.133).

Die Entwicklung in Deutschland ist dadurch gekennzeichnet, daß die einschlägige Literatur jeweils mit einiger Verspätung nach Erscheinen der Originalausgaben auch Zugang auf dem bundesdeutschen Büchermarkt fand und durch weitere Arbeiten ergänzt wurde (z.B. Lambrou, Winkelmann, Klein). Das Interesse an der Thematik manifestiert sich in Deutschland insbesondere durch die Zunahme von Selbsthilfegruppen für EKAs. Laut telefonischer Auskunft des Zentralen Dienstbüros der Al-Anon Familiengruppen existieren aktuell 35 Al-Anon-EKA-Gruppen in der Bundesrepublik. Bei Landes- und Bundestreffen der A-Gruppen werden jeweils eigene Meetings für EKAs angeboten. Außerdem finden seit 1987 jährlich bundesweite EKA-Gesamttreffen statt (vgl. Winkelmann, 1990, S. 55).

In den psychotherapeutischen Bereich sind spezifische EKA-Inhalte bisher weniger eingegangen als in den Vereinigten Staaten. Mäulen/Lasar weisen darauf hin, daß Kritik an spezifischen Therapieformen für EKAs aus zwei Richtungen komme. Einerseits vertreten Verfechter eines ausschließlichen Selbsthilfeansatzes die Ansicht, daß hierin die optimale Hilfeform für EKAs bestünde und vermuten bei professionellem Eingriff finanzielle oder berufsgruppeninterne Machtinteressen. Andererseits zeigt die ungelöste wissenschaftliche Kontroverse um die Legitimation einer besonderen Behandlungsform für diese spezielle Gruppe auch in Deutschland Wirkung: Eine spezifische Störung wird häufig bezweifelt. Hingegen wird angenommen, die Probleme von EKAs seien durch die gängigen Störungsbilder repräsentiert (siehe Mäulen/Lasar, 1991, S.133). Michael Klein und Arno Winkelmann gehören zu der kleinen Gruppe von Wissenschaftlern, die durch ihre Forschungen die bundesdeutschen Verhältnisse versuchen, abzubilden.

Aus dieser Situation läßt sich die Hypothese ableiten, daß spezielle Hilfsangebote für EKAs vergleichsweise seltener sind. Jutta Cajé (1995) ist in ihrer Diplomarbeit dieser Frage nachgegangen. Das Ergebnis bestätigt die Hypothese. Spezielle Selbsthilfegruppen für EKAs werden nur im Rahmen der 12-Schritte-Tradition angeboten. Die Abstinenzverbände bieten allgemeine Seminare und professionell geleitete Gruppen für Angehörige an (z.B. Blaues Kreuz Deutschland, Deutscher Guttempler-Orden) (Cajé, 1995, S.67).

Vereinzelt scheinen im ambulanten Bereich Initiativen von TherapeutInnen auszugehen, EKA-spezifische Therapiegruppen und Seminare anzubieten, über deren Beständigkeit aber wenig Informationen vorliegen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, daß im Suchthilfebereich und in der Einzel-Therapie die Thematik bekannt ist und Berücksichtigung in der Praxis findet (siehe z.B. Terfloth-Hoegg, 1997), wenn auch selten ausdrücklich.

Der stationäre Bereich in Form von Psychosomatischen oder Sucht-Kliniken behandelt die Thematik in verschiedener Ausprägung. So beantwortete die Fachklinik Schloß Ma-

ckenzell die Anfrage Cajes mit der Aussage: "(ein) spezielles Angebot gibt es sicher nicht" (zit. nach Caje, 1995, S.85). Die Adula Klinik (Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie) erkennt als Indikationen EKA-relevante Themen an (z.B. Co-Abhängigkeit, depressive Reaktionen, Posttraumatische Belastungsreaktionen und Persönlichkeitsstörungen). Die Klinik Grönenbach (Fachklinik für Psychosomatik) hingegen bietet ausdrücklich Gruppen für EKAs mit "akutem Leidensdruck und/oder einer Suchtproblematik" an.⁷⁵

Mit Hilfe dieser Informationen kann indirekt eine Aussage über die Akzeptanz der Thematik getroffen werden. Insgesamt scheinen Erwachsene Kinder von Alkoholikern gleichberechtigt als Teil des 'Suchtsystems' innerhalb der Familie interpretiert zu werden. Dafür sprechen auch die Programme von Fachtagungen.⁷⁶ Die Berechtigung einer speziellen Behandlung hingegen scheint sich bisher wenig durchgesetzt zu haben. Außerdem fällt auf, daß überwiegend die umfassendere Kategorie 'Erwachsene Kinder von Suchtkranken' (EKS) angesprochen wird.

Interkultureller Vergleich zwischen USA und BRD anhand ausgewählter Aspekte

Ausgehend von dieser Bestandsaufnahme werden im folgenden interkulturelle Differenzen zwischen den USA und der BRD dargestellt, die einen *hypothetischen* Rückschluß auf die jeweilige Verbreitung der Bewegung zulassen. Dabei muß berücksichtigt werden, daß der wissenschaftliche Status des Themas noch nicht entschieden ist, also auch für die weitere Entwicklung in den USA keine Aussagen möglich sind.

'Soziale Bewegungen' im interkulturellen Vergleich

Hier soll wie angekündigt die Frage aufgeworfen werden, welches Verständnis über den Begriff 'Soziale Bewegung' in den zu vergleichenden Ländern existiert, um dessen Verwendung in den USA zu erklären.

Die ACA-Bewegung kann im Kontext des US-amerikanischen 'Bewegungssystems' beschrieben werden. Studien zu Verbreitung, Verlauf und gesellschaftlichem Hinter-

⁷⁵Diese Informationen wurden aus Informationsbroschüren der beiden genannten Kliniken bezogen

⁷⁶Auf einer Veranstaltung der Landeszentrale gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg unter dem Titel "Kinder von Suchtkranken-Probleme und Hilfemöglichkeiten" hielt 1996 Frau Dr. Terfloth-Hoegg ein Referat über Erwachsenen Kinder von Suchtkranken (EKS) (Schwerpunkt Alkoholismus) (vgl. ebd. 1997). Ein Jahr später berichtete Frau Dr. Rennert auf einer Landestagung der "Selbsthilfegruppen Suchtkranker und der Elternkreise für drogengefährdete und drogenabhängige junge Menschen", die unter dem Motto "Wenn Helfen keine Hilfe ist - Von der Co-Abhängigkeit zum Neuanfang" über EKS und deren Stellenwert "Noch immer im Schatten der Sucht" (vgl. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen (Hg), 1998).

grund sozialer Bewegungen in den USA und der BRD machen deutlich, daß in diesem Bereich interkulturelle Unterschiede bestehen.

Obwohl sich in der Bundesrepublik seit den 70er Jahren das Spektrum bürgerlichen Engagements in Form der "Neuen Sozialen Bewegungen" erheblich erweitert hat und damit neben klassischen Themen wie der Arbeiter- oder der (ersten) Frauenbewegung flexibler aber stetiger Bestandteil unseres politischen Systems geworden sind, verwundert dennoch die Aussage, die EKAs in den Vereinigten Staaten hätten sich zu einer Sozialen Bewegung konstituiert. In Deutschland wird dieser Begriff nach wie vor enger ausgelegt, und gilt z.B. für die Ökologie-, Frauen- oder Friedensbewegung. Gemessen an Raschkes (1985) Maßstäben, eine Soziale Bewegung sei ein "mobilisierender kollektiver Akteur" mit "hoher symbolischer Intergration" (d.h. einem "Wir-Gefühl" und verbindender Umgangsformen und Sprache) und "variabler Organisations- und Aktionsformen" könnte die ACA-Bewegung als "sozial" bezeichnet werden. Den weiteren Kriterien Kontinuität, "geringe Rollenspezifikation" sowie der Zielsetzung, einen grundlegenden sozialen Wandel herbeizuführen, kann die Bewegung nicht oder noch nicht bewiesenermaßen gerecht werden (vgl. Raschke, 1985, S. 76 ff). Mäulen/Faust sprechen für die bundesdeutsche Situation von einer "Selbsthilfegruppenbewegung" (vgl. Mäulen/Faust, 1992, S. 527).

In den USA besteht ein ausgeprägt agiles und spontanes System Sozialer Bewegungen, das sich aus folgenden Bedingungen entwickelte:

- Den nach wie vor wirkenden Erfahrungen der Siedlergeneration, gekennzeichnet einerseits durch Pioniergeist und Aufgeschlossenheit für Herausforderungen, andererseits die ausgeprägte Verteidigung eigener Interessen (bis zu "Ellenbogenmentalität") (vgl. Hildebrandt, 1992, S. 11).
- Der historisch geprägten gemeindenahen Unterstützung Bedürftiger. Die versicherungsrechtlichen Versorgungslücken wurden karitativ (Charity-Unterstützung) abzufangen versucht. Dieses ideologische Motiv wirkt sich bis heute in ausgeprägter Gemeinsinnorientierung aus, die aber im direkten Widerspruch zum oben angeführten Individualismus existiert (vgl. Hildebrandt, 1992, S. 12 f.).
- Die "relative Durchlässigkeit und Offenheit der gesellschaftlichen und politischen Strukturen" verhinderte den aus der BRD bekannten Dualismus zwischen sozialen Bewegungen und dem politischen Establishment (siehe Mayer, S. 216). Allerdings bewirkt diese Dynamik gleichzeitig eine teilweise rasche Reintegration und damit Kraftverlust der Bewegungen.
- Da die USA nicht über hierzulande bekannte Verbandstrukturen verfügen (z.B. Mieterschutzbund etc.) sind die Bewegungen das entscheidende Mittel zur Durchsetzung von Rechten.

Mayer konstatiert, daß diese Voraussetzungen in den USA eine "permanente Koexistenz" zwischen sozialen Bewegungen und etablierten Institutionen herstellen, worin sich weniger direkte Kritik an der Regierung zeigt, sondern vielmehr als Teil einer "civil community" flexibel auf Mißstände hingewiesen wird (vgl. Mayer, 1992, S. 217). Bewegungen, die tiefgreifende politische Veränderungen fordern, seien hingegen von geringer Tragweite. Außerdem, für das EKA-Thema wichtig, seien die Gegebenheiten günstig für "selbstbeschränkende Bewegungen, d.h. Bewegungen, die sich auf "single-issues", erreichbare Ziele oder individuelle Selbstveränderung verlegen" (Mayer, 1992, S. 217).

So ergibt sich eine breitere Definition für Soziale Bewegungen in den USA. Für das Beispiel der EKAs kann m.E. dasselbe "zurückhaltendere" (Kühn, 1993, S. 229) Verständnis zugrundegelegt werden wie Kühn es für die "Anti-Smoking-Bewegung" formuliert: "Der Begriff "Bewegung" ist hier nicht im Sinne eines organisierten und koordinierten Vorgehens zu verstehen, sondern im retrospektiven Sinne als begriffliche Zusammenfassung der vielen und heterogenen Kräfte, die gegen den Tabakkonsum in den USA gerichtet sind bzw. waren" (Kühn, 1993, S. 229).

Gekoppelt mit neuen gesellschaftlichen Problemlagen wie Umweltverschmutzung, Gesundheitsrisiken sowie einem veränderten Bewußtsein für diese Zusammenhänge entwickelten sich seit den 80er Jahren eine Vielzahl von Bewegungen, die in folgenden Punkten Ähnlichkeiten aufweisen, welche gleichwohl für die ACA-Bewegung gelten:

- Kurzlebigkeit: Die Aufrechterhaltung hängt stark vom öffentlichen Interesse ab. Deshalb ist die mediale Verbreitung ausgeprägt. Zeitliche Kontinuität ist schwer erreichbar.
- Popularismus: Mit dem Ziel, möglichst breite Bevölkerungsschichten zu erreichen, verbindet sich die Gefahr ungebührlicher Vereinfachung. Dadurch können Vorurteile erhärtet oder, wie im Fall der ACA-Bewegung, komplexe Zusammenhänge trivialisiert werden.
- Sämtliche Bewegungen veröffentlichen Handbücher, "ja regelrechte "Kochbücher" mit "Rezepten für Bürger-Lösungen" (Mayer, 1992, S.221), wie sie auch in der ACA-Bewegung bekannt sind und teilweise zu Bestsellern wurden.⁷⁷

Zusammenfassend erscheint die ACA-Bewegung unter diesen Voraussetzungen weniger spektakulär oder in ihrem Vorgehen einzigartig und es bleibt abzuwarten, ob die Bewegung lange genug existiert, um einen dauerhaften Eindruck zu hinterlassen. Unter Berücksichtigung der interkulturell differierenden Dynamik Sozialer Bewegungen erhält

⁷⁷Z.B. Cermak, Timmen/Rutzky, Jaques: A time to heal workbook. Stepping stones to Recovery for Adult children of alcoholics. New York, 1994.

das Interesse in Deutschland m.E. eine andere Wertung. Hildebrandt weist auf die langsame Resonanz der BRD auf Bewegungen der USA hin (vgl. Hildebrandt, 1992, S. 20). Der Maßstab muß also neu gesetzt werden und ergibt eine *relativ* große Ausprägung.

Einstellung zu Alkohol

Die Entstehung von Alkoholismus ist mehrdimensional und kann umfassend als "biopsychosoziales" Bedingungsgefüge beschrieben werden. (vgl. Klein/Zobel, 1997, S. 135; Robinson/Rhoden, 1998, S.19). Um indirekt eine Annahme über die scheinbaren interkulturellen Unterschiede in der "Durchschlagskraft" des EKA-Themas zu erhalten, wird im folgenden insbesondere die soziale Komponente näher betrachtet. Diese Betrachtungsweise unterstützt die Vorstellung, daß die gesellschaftlich vorherrschende Einstellung zu Alkohol Einfluß auf verwandte Bereiche, hier die "Erwachsenen Kinder", hat.

Ein Vergleich der beiden Länder kann sich in diesem Rahmen nur auf die *vorherrschende* Trinkkultur beziehen. Einzelstaatliche und spezielle subkulturelle Unterschiede bleiben unberücksichtigt.

Insgesamt rangierten die USA 1995 mit 6,8 Litern Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol weltweit an 24ter, die Bundesrepublik mit 10,9 Litern an achter Stelle der Alkoholkonsum-Skala⁷⁸ (vgl. Jahrbuch Sucht '98, 1997).

In beiden Ländern ist seit den 80er Jahren ein leichter Rückgang des Konsums zu vermerken. (Jahrbuch Sucht '98, 1997, S. 11). Hier könnte sich eine Trendwende in der Einstellung zum Alkoholverbrauch abzeichnen (vgl. Lindenmeyer, 1994, S. 26). Gleichzeitig ist aber die geschätzte Zahl der Alkoholabhängigen in Deutschland weiter gestiegen (vgl. Lindenmeyer, 1994, S.17 ff.). Robinson/Rhoden sehen für die USA einen Grund für den leichten Rückgang im allgemeinen Trend zu Gesundheit und Fitness (vgl. Robinson/Rhoden, 1989, S.18 ff.).

In den USA stehen sich zwei verschiedene Einstellungen zum Alkoholkonsum koexistent gegenüber. Die nach wie vor wirkenden "Einflüsse des kalvinistischen Protestantismus, die zu einer asketisch-puritanischen Lebensauffassung beitragen" (Stimmer, 1978, S.140) stehen unvereinbar einer Subkultur gegenüber, die den Alkoholkonsum 'ungezwungen' handhabt. Diese Tatsache klassifiziert die USA als *Ambivalenzkultur*. Ambivalenzkulturen verfügen laut Pittmann (1964) aufgrund subkultureller Unterschiede über keine gesamtgesellschaftliche Einstellung (vgl. Stimmer, 1978, S. 140). Calahan (1970) stellte in einer Untersuchung fest, daß 24% der US-Bevölkerung zu dieser Zeit

⁷⁸Hinter Nikotinabhängigkeit ist Alkoholismus in der Bundesrepublik die zweithäufigste stoffgebundene Abhängigkeitsform.

abstinent lebten, 60% angepaßt tranken und 16% als Problemtrinker einzustufen waren (siehe Antons/Schulz, 1990, S.69).

Für das vorliegende Thema liegt die Frage nahe, ob die abstinent lebende Bevölkerungsgruppe Einfluß auf die ACA-Bewegung hat. Aus der internen Literatur sind dazu keine Hinweise ersichtlich, aber es ist wahrscheinlich, daß der abstinent lebende Bevölkerungsanteil als gesellschaftliche Kraft wirkt. So gibt es z.B. bis heute ausgedehntere staatliche Kontrollinstrumente für die Vermarktung von alkoholischen Getränken und geringeren öffentlichen Umgang als in der BRD (vgl. Feuerlein, 1989, S.62)

Nimmt man den 'ungezwungen' trinkenden Teil der Bevölkerung als denjenigen zur Kenntnis, in dem sich Abhängigkeit entwickelt, muß hier von einer gestörten Trinkkultur ausgegangen werden. Lindenmeyer (1994) bezeichnet solche Trinkkulturen als "gestört, , in denen keine klare Grenze zwischen Alkoholgebrauch und - mißbrauch existiert. Neben Herzleiden und Krebs stellte z.B. in den 70er Jahren auch in den USA Alkoholismus das größte (und teuerste) Gesundheitsproblem dar (siehe Antons/Schulz, 1990, S.18).

Es zeichnen sich zwei Fronten ab. Daraus könnte folgen, daß die ACA-Bewegung mit der offensiven Thematisierung von Folgen nach dem Aufwachsen mit alkoholkranken Menschen auf fruchtbaren Boden fällt. Diese Annahme wird durch Antons/Schulz gestützt, die davon ausgehen, daß

in Ländern mit einem relativ hohen Anteil an Abstinente(n), wo also Alkoholkonsum nicht so stark im täglichen Lebensvollzug integriert ist, Problemtrinken eher zum Untersuchungsobjekt wird, als in Ländern mit einer ausgeprägten "Alkoholkultur" (Antons/Schulz, 1990, S.68).

Auf EKAs angewendet könnte dies auch für Auswirkungen von Alkoholismus auf den familiären Kontext gelten.

Stimmer (1978) siedelt die Trinkkultur der *Bundesrepublik Deutschland* nach dem Verständnis Pittmanns (1964) zwischen der permissiven und permissiv-funktionsgestörten Form an, d.h. es besteht ein Schwebezustand zwischen erlaubtem und alltäglichem Alkoholgenuß bei gleichzeitiger Sanktionierung von Alkoholmißbrauch (permissiv) und der Akzeptanz pathologischer Trinkformen (permissiv-funktionsgestört). Außerdem bewirke eine Tendenz zu utilitaristischer Einstellung (Bales, 1946), d.h. der Verwendung von Alkohol als Psychopharmakon eine gesteigerte Gefahr für Abhängigkeitsentwicklung, da "ein Mensch, der Alkohol aufgrund seiner psychopharmakologischen Wirkung zu sich nimmt, dies sehr lange ungestraft im Rahmen sozial-zeremoniellen Gebrauchs tun kann" (Stimmer, 1978, S.142).

Daraus ergibt sich erstens die Definition einer "gestörten Trinkkultur" nach Lindenmeyer, in der die Grenzen fließend und unzureichend definiert sind. Dem einzelnen fehlt die

orientierende Richtschnur. Einerseits werde dabei exzessives Trinken häufig kultiviert und erst spät angemahnt, andererseits sei Kritik dann häufig so vernichtend, daß sie nicht mehr korrigierend wirke, sondern die Person tendenziell in heimliches Trinken oder andere Ablenkungsstrategien treibe (vgl. Lindenmeyer, 1994, S. 11 f.).

Zweitens ist naheliegend, daß unter diesen Bedingungen relativ geringes Verständnis für psychosoziale Auswirkungen bei EKAs vorliegt, da Alkoholismus häufig nur im stereotypisierten Endzustand und damit als Ausnahme und als Abgrenzungsfunktion gedacht wird (vgl. Antons/Schulz, 1990, S. 150).

Antons/Schulz "(.) stellten 1976 noch eine hohe Diskrepanz zwischen der objektiven Bedeutsamkeit eines Problems (des Alkoholismus) und der Aufmerksamkeit, mit der es behandelt wird, fest und sehen die besondere Gefährlichkeit des Alkohols unter anderem darin, daß er "aus Sicht der Bevölkerung gar kein Problem zu sein scheint" (Antons/Schulz, 1990, S. 18). Seitdem sei das Bewußtsein für die Risiken von Alkoholmißbrauch in der Bevölkerung gewachsen, aber die Anzahl der Abhängigen steige weiterhin (siehe Antons/Schulz, 1990, S. 15). Die Konsumtrends der 90er Jahre weisen für Deutschland eine Zunahme abstinenter Verhaltens auf (vgl. Jahrbuch Sucht`98. 1995, S. 115).

Nimmt man zur Kenntnis, daß gesellschaftliche Prozesse dieser Art sich langsam vollziehen, kann nach Mäulen/Lazar (siehe oben) gespannt darauf geblickt werden, ob sich die bundesdeutsche Trinkkultur der US-amerikanischen annähert und folgernd ggf. auf die EKA-Thematik zurückwirkt.

Beziehung zwischen Suchtkrankenhilfe und Klinischer Psychologie - Alkoholismus als primäres oder sekundäres Symptom

Alkoholismus wurde in Deutschland erst 1968 durch die Entscheidung des Bundessozialgerichtes als Krankheit anerkannt. Darauf folgend entwickelte sich die professionelle Suchtkrankenhilfe, mit ihrem engen Netzwerk an Therapie- und Beratungsinstitutionen später als in den USA (vgl. Müller/Schacke/Stimmer, 1990, S. 16)

Selbsthilfebewegung und Abstinenzorganisationen, wie z.B. die Anonymen Alkoholiker (AA), der Guttempler Orden oder das Blaue Kreuz dagegen haben auch in Deutschland schon länger Beachtung erfahren. Die Abstinenzverbände Guttempler, Blaues Kreuz und der Freundeskreis etablierten sich um die Jahrhundertwende (vgl. Müller/Schacke/Stimmer, 1990, S.16). Die AA wurden nach dem Zweiten Weltkrieg von amerikanischen Alliierten hier eingeführt (vgl. Lindenmeyer, 1993, S. 25).

Dieser zeitliche Verzug könnte bewirkt haben, daß die für die USA beschriebene Zusammenarbeit von Suchtkrankenhilfe und Klinischer Psychologie hierzulande weniger

ausgebildet ist. Denn eine entscheidende Frage für den Umstand, inwieweit sich das EKA-Thema im professionellen Bereich etablieren kann, verweist auf den Stellenwert von Alkoholismus aus Sicht der Therapeuten.

Einigkeit scheint darin zu bestehen, daß eine systemische Sichtweise der Familie für die Auseinandersetzung mit EKAs wertvoll ist. Alkoholismus kann aus familientherapeutischer Perspektive entweder als primäres oder sekundäres Symptom aufgefaßt werden (vgl. Brown, 1991, S.271). In der Kopplung von Suchtkrankenhilfe und Klinischer Psychologie/Psychotherapie, wie sie durch die therapeutischen Vertreter der Bewegung vollzogen wurde, steht der Alkohol als organisierendes, primäres Symptom im Mittelpunkt der Familienkrankheit. In der klassischen familientherapeutischen Tradition hingegen wird das Symptom als stellvertretend für einen anderen Konflikt im System aufgefaßt, dessen Lösung in diesem Fall auf den Alkoholismus zurückwirkt. Diese Sichtweise schließt zwar Merkmale der Familienmitglieder, wie Co-Abhängigkeit nicht aus, aber hier liegt nicht der Schwerpunkt. Alkoholismus gilt hier als "sekundäres Symptom".

Laut Villiez/Reichelt-Nauscef haben die relativ jungen US-amerikanischen Überlegungen zu Alkoholismus und Familie erst zögerlich in die bundesdeutsche Diskussion Eingang gefunden (vgl. Villiez/Reichelt-Nauscef, 1986, S.375). In diesen Zusammenhängen kann ein weiterer Grund für die unterschiedliche Verbreitung der Bewegung vermutet werden.

‘Therapiegesellschaft’

Vergleicht man USA und BRD hinsichtlich der zunehmenden diagnostischen Differenzierung psychischer Krankheiten und dementsprechend spezieller Therapieformen sowie korrespondierend damit dem steigenden gesellschaftlichen Interesse an Gesundheit im allgemeinen und psychischer Gesundheit im besonderen, tritt die USA auch hier als ‘Trendsetter’ in Erscheinung. Argumente für die Entwicklung, das (Post)-Moderne Zeitalter im Verbund der Schlagwörter Individualisierung, Technisierung und Effizienz brächte mehr und neues psychisches Leid hervor oder der therapeutische Berufstand erschließe sich aus finanziellen Gründen neues Klientel sind nur im Zusammenspiel glaubwürdig. Darüber hinaus spielen wissenschaftlicher Fortschritt und die relative existentielle Sicherheit der betreffenden Gesellschaften eine Rolle. Aus diesen Faktoren ergibt sich eine mögliche Entwicklung zur ‘Therapiegesellschaft’, die sich von der “Grauzone zwischen normalem Unglück und psychischer Krankheit nährt”⁷⁹ (Will,

⁷⁹Will (1985) betont, daß ideologische und praktische Bedeutung dieses Terminus auseinanderklaffen. “‘Therapiegesellschaft’ bedeute nicht, daß ausreichende therapeutische Versorgung bestehe. Außerdem bestehen schichtspezifische Unterschiede zu Ungunsten der sozial Schwächeren bezüglich Zugang zu und Information über Therapien, trotz höherer Gefährdung (vgl. Will, 1985, S. 22 ff.). Berücksichtigt man das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz, ist die Entwicklung der zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung außerdem schwer einschätzbar.

1985, S. 22). Will (1985) sieht diese These darin begründet, daß 'leichtere' psychische Störungen, wie Neurosen oder psychosomatische Störungen erst in den letzten Jahrzehnten verstärkt diagnostiziert worden seien (vgl. Will, 1985, S. 22).

M. E. kann die Entstehung der ACA-Bewegung in diese Entwicklung eingereiht werden. Erstens ermöglichte differenziertere Diagnose die Problemdefinition. Beziehungsstörungen und spezielle Angststörungen sind relativ neue Bereiche der Klinischen Psychologie. Zweitens bilden die sogenannten "EKA-issues" ein Beispiel für die Grauzonen-Thematik. Laut Sher (1991) entsteht ein "Barnum-Effekt", d.h. bei den beschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen sei "für jeden etwas dabei". Dadurch bestehe eine große Identifikationsmöglichkeit in der Gesamtbevölkerung. Er sieht darin ein Argument für den Erfolg der Bewegung (vgl. Sher, 1991, S.167). Persönlichkeitsbeschreibungen dieser Art neigen dazu "vage, zwei entgegengesetzte Verhaltensweisen vereinigend, vorteilhaft oder in der Bevölkerung stark vertreten zu sein" (Sher, 1991, S.167, übersetzt durch R.R.).

Diese Überlegungen sind analytisch, nicht aber bewertend zu verstehen, denn über die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens kann noch keine Entscheidung getroffen werden.

Die Tatsache, daß die 'Therapiegesellschaft' in den USA ausgeprägter und fortgeschrittener ist als in der BRD kann als weitere klärende Hypothese dienen, weshalb die EKA-Bewegung dort entstanden und scheinbar auf fruchtbareren Boden gefallen ist.

Zusammenfassung

Alle Hypothesen zur Begründung der unterschiedlichen Ausbreitung der ACA-Bewegung im Vergleich zwischen den USA und der BRD lassen sich in einem wertfrei zu verstehenden Vorsprung der USA, die diskutierten Bereiche betreffend zusammenfassen. Wie und ob sich in Zukunft eine Angleichung ergibt, kann hier nicht beantwortet werden. Denn auch die US-amerikanische Situation ist durch den ungeklärten Forschungsstand noch eine flexible Variable, deren Entwicklung abzuwarten bleibt.

Im Anschluß wird die soziologische Perspektive auf die Bewegung durch einen Blick auf Chancen und Gefahren ihrer Implikationen ergänzt. Damit wird die Diskussion aufgegriffen, welche Konsequenzen sich für das Individuum mit dem label 'EKA' verbinden können.

Selbst-Identifikation versus Pathologisierung

In verschiedenen Quellen sind Überlegungen zu der Frage zu finden, wie sich die Beschreibung einer Person als "Erwachsenes Kind von Alkoholikern" auswirken kann.

Es wurde bereits die gleichzeitige Präsenz und Relevanz von Suchtkrankenhilfe (inklusive Selbsthilfe) und Klinischer Psychologie in bezug auf das vorliegende Thema angesprochen. Als einen Unterschied dieser Bereiche führt Cermak an, daß sich die Sucht-

krankenhilfe überwiegend auf Selbst-Diagnose verlasse, die Klinische Psychologie dagegen mit therapeutenabhängiger Diagnose operiere (siehe Cermak, 1991, S. 14).

Hier genau offenbart sich die Kontroverse: Vertreter der Bewegung nehmen bei der 'label'-Diskussion bezug auf die Tradition der 12-Schritte-Gruppen und werten die Selbst-Diagnose als ersten Schritt zur Heilung, Gegner des EKA-Konzeptes hingegen vermuten, daß der Bezug zur klinischen Psychologie eine Pathologisierung dieser Gruppe bewirke.

Dabei verwenden die Befürworter den anglo-amerikanischen Ausdruck 'label' wertneutral als 'Bezeichnung', die Kontrahenten nutzen ihn bewertend als 'Stempel' (Langenscheidt, 1990).

Selbst-Identifikation

Stephanie Brown (1991), eine der Wortführerinnen der Bewegung, vertritt die Auffassung, das 'label' EKA sei unerläßlich. Der Prozeß, sich von den krankmachenden aus den Erlebnissen der Kindheit resultierenden Gedanken und Gefühlen zu befreien ('Genesung'), führt laut Brown über die Anerkennung der Tatsache, in einer alkoholkranken Familie aufgewachsen zu sein.

Ebenso wie der trinkende Elternteil und der Ehepartner müsse das 'Erwachsene Kind' die Verleugnung durchbrechen (vgl. 1.1.6). Andererseits sage das label 'EKA' nicht mehr aus, als das Vorhandensein mindestens eines alkoholkranken Elternteils und dürfe nicht zu simplifizierenden Schlußfolgerungen mißbraucht werden. Das heißt, das Ergebnis sei keineswegs für alle EKAs gleich (vgl. Brown, 1991, S.279).

Relevant für die vorliegende Arbeit mit ihrer identitätstheoretischen Ausrichtung ist dieser Aspekt insbesondere unter dem von Brown benannten Aspekt, daß im Verlauf der Heilung identitätsrelevante Veränderungen (Identitäts-Transformation) einträten (vgl. ebd.)

Identitätstransformationen sind nach Siegert/Chapman "(...) lebensgeschichtliche (.) Wandlungsprozesse im Selbstverständnis und Verhalten eines Menschen. Es (das Konstrukt Anm. R.R.) bezieht sich auf Veränderungen in der Interpretation und Bewertung eigener und fremder Lebenszusammenhänge" (Siegert/Chapman, 1987, S.138).

Im Bezug auf EKAs drückt Brown diesen Prozeß folgendermaßen aus: "The ACOA changes behavior that supported unhealthy attachment to the family and begins a process of reconstruction of the past, building a new view of self and world now based on the realities of childhood experiences in a family organized around parental alcoholism" (Brown, 1991, S.277).

Hier wird mit der Selbst-Identifikation, im Sinne von 'Bezeichnung' Befreiung aus alten Mustern verbunden.

Die rasche Ausbreitung der Bewegung war dadurch möglich, daß sich viele Menschen in den Veröffentlichungen zum Thema wiedererkannten und darauf vertrauten, durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen Lösungen für ihre Probleme zu finden. Damit nahmen sie eine Selbstzuschreibung vor - sie benannten sich selber als 'EKA'. (vgl. Brown, 1991, S. 277) Gleichgültig in welcher Gewichtigkeit und für welche Dauer, wird 'EKA' als Definitionsraum interpretiert. "Es soll bei der Arbeit mit und für Kinder aus suchtbelasteten Familien (.) nicht um eine dauerhafte Stigmatisierung, sondern um eine Emanzipationshilfe zur seelischen Gesundheit gehen" (Klein/Zobel, 1996, S. 34).

Burk und Sher (1988) fanden in einer Untersuchung positive Effekte, z.B. in der Hinsicht, durch eine Identifikation Zugang zu Hilfemaßnahmen zu finden oder sich aus verstärkend wirkenden Schuldzuweisungen an sich selbst zu befreien. Letzteres bedarf jedoch der weiteren Einsicht, für die eigene Heilung verantwortlich zu sein, d.h. nicht in einer 'Opferrolle' zu stagnieren (vgl. Sher, 1991, S.169). Wird dieser Schritt nicht geleistet, kann es neben der Stigmatisierung der Eltern zu einer negativen Selbst-Etikettierung kommen. Die antizipierten Problembereiche können sich verstärken.

Pathologisierung

Unbeachtet bleiben bei der beschriebenen Perspektive Zuweisungen von außen, die sich negativ auf das Individuum auswirken könnten.

Im institutionellen Kontext, d.h. sowohl in Kliniken, als auch von Beratern, Sozialarbeitern u.a. werden die Inhalte an Klienten herangetragen (vgl. Sher, 1991, S.169). Da es sich hier um einen verbindlicheren Zugang handelt, besteht die Gefahr, daß die Person sich der Diagnose nicht entziehen kann.

Daß Therapeuten und Sozialarbeiter Gefahr laufen können, EKAs bzw. Kindern alkoholkranker Eltern Schwierigkeiten zuzuschreiben, ergab eine Untersuchung von Burk und Sher (1988). Sie führten "mental health workers" Videoaufnahmen von Jugendlichen vor. Der experimentelle Aufbau bestand darin, jeweils verschiedene Hintergrundinformationen zu geben. Es zeigte sich, daß die fingierte Information 'alkoholkranker Eltern' die Zuschauer in ihrer Wahrnehmung beeinflusste. Dieselben Jugendlichen wurden 'pathologischer' eingeschätzt, wenn sie als 'children of alcoholics' dargestellt wurden (vgl. Sher, 1991, S. 169).

Die überwiegend trivialliterarische Darstellungsweise der ACA-Bewegung mit ihrem Impetus der "unterscheidbaren Bevölkerungsgruppe" bewirkte, daß ihr von wissenschaftlicher Seite eine vereinfachende, *stereotypisierende* Sichtweise vorgeworfen wurde. So bemerkt Beidler (1989), daß ein pauschal benutztes label "EKA" individuelle und umgebungsspezifische Einwirkungen, Potentiale und Risiken unberücksichtigt lasse und

damit von einem ganzheitlich gemeinten Ansatz zu einem trivialen Instrument verkomme. Er fordert, von dem rein pathologischen Blickwinkel zu einer allgemeineren Untersuchung der Einwirkung von Familienstrukturen auf das Aufwachsen zu legen (vgl. Beidler, 1989, S. 140).

Stereotypen sind laut Ashmore/Del Boca (1981) "eine Menge von Meinungen über persönliche Attribute einer Gruppe von Leuten" (zitiert nach Bierhoff, 1986, S. 279) Dieses Wahrscheinlichkeitsurteil kann mit und ohne Wertungsaspekt formuliert werden. Von der ACA-Bewegung wertfrei dargestellt, aber letztlich selbst konstruiert, stellt sich dennoch die Frage nach Annahmen und Bewertungen, die mit dieser 'Bezeichnung' verknüpft werden können. Laut Sher (1991) wurde bisher die Diskussion um *Labeling-Effekte* in Bezug auf die EKA-Thematik vernachlässigt.

Die Theorie des Labeling Approach (z.B. Becker, 1973) beschreibt Zuschreibungsprozesse seitens der Gesellschaft an normenabweichende Personen und geht davon aus, daß unerwünschtes Verhalten im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung Verstärkung erfahre. Hauptsächlich wird der Ansatz für *sekundäre Zuschreibung* angewendet, d.h. wenn konkrete Regelverletzungen vorliegen.

In bezug auf EKAs hingegen besteht aufgrund der Stereotypisierung die Gefahr einer *primären Zuschreibung*. Dabei erfolgt die Etikettierung allein aufgrund bestimmter Merkmale (hier Alkoholismus in der Familie). Die damit verbundenen stereotypen Vorgaben könnten als Resultat eine Fremd-oder Selbstpathologisierung bewirken (vgl. Wiswede, 1979).

Klein/Zobel widersprechen dieser Auffassung. Sie argumentieren: "Auf der Basis rationaler Überlegungen ist (.) klar - und richtig angewandt, kann es für die "Opfer" durchaus hilfreich sein, zu erkennen -, daß das Aufwachsen in einer suchtblasteten Familie für die betroffenen Kinder ein - mitunter lebenslanges - Gesundheitsrisiko, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, darstellt" (Klein/Zobel, 1996, S.27).

Primäre Zuschreibung anhand eines Merkmals wird von Goffman (1992) innerhalb der Labeling-Schule als *Stigmatisierung* beschrieben.⁸⁰ Kaufmann unterscheidet zwischen diskreditierten Personen, deren Stigma bekannt oder unübersehbar ist und diskreditierbaren Individuen, deren "Anderssein" in der Interaktion noch nicht erkannt oder nicht "unmittelbar wahrnehmbar" sei (siehe Goffman, 1992, S.12).

Wenn Kritiker des EKA-Theorems, wie im folgenden Zitat, annehmen, es könne bzgl. psychischer Krankheit pathologisierend wirken, sprechen sie die zweite Kategorie an:

Insgesamt, so warnen sie (Seefeldt und Mark), ist die Theorie von den erwachsenen Kindern von Alkoholikern für die Betroffenen eher schädlich als

⁸⁰Inhaltlich wurde von Goffman eine Dreiteilung vorgenommen: Physische Defekte, individuelle Charakterfehler und phylogenetische Stigmata.

hilfreich, denn sie werden dadurch zu einer psychisch gestörten Gruppe abgestempelt. (Psychologie heute, Mai 1993, S.15 f.).

Bzgl. der Gefahr einer negativen Zuschreibung muß auf zwei Ebenen gedacht werden. Bezieht sie sich a) auf den Alkoholismus in der Familie oder b) auf mit dieser Tatsache negativ assoziierte Persönlichkeitseigenschaften?

Zu a) Meines Erachtens wird übersehen, daß EKAs sich häufig seit langer Zeit bereits "gelabelt" fühlen. Erstens fühlen sie sich als Kinder eventuell durch die Stigmatisierung des alkoholkranken Elternteils mitbetroffen. In den klinischen Beobachtungen wurde deutlich, daß die mit der Stigmatisierung einhergehenden Gefühle wie Scham bis zu den Kindern gelangen. (Woititz, 1990, S.26). Zweitens empfinden sich EKAs häufig als "anders", ohne diese "Anomalie" benennen zu können und versuchen empfundene Unzulänglichkeiten vor der Umwelt zu verbergen. In der Auflösung dieses Versteckspiels liegt gerade die Kraft der Selbsthilfegruppen. Die Verleugnung wird durchbrochen und das Undefinierbare bekommt einen Namen. Dadurch kann sich ein Orientierungspunkt eröffnen.

Zu b) Hinsichtlich einer pauschalisierenden Annahme bzgl. Auftreten und Ausprägung von Problemen bei EKAs ist die Warnung m.E. berechtigt. Die Erkenntnisse über EKAs sind weder in Forschung noch in Praxis bisher gefestigt genug, um sie "klar und richtig" (Klein/Zobel) anzuwenden.

Zusammenfassung

M.E. ist der sinnvollste Platz in diesem Fall zwischen den Fronten. Die Praxis ist der wissenschaftlichen Aufbereitung vorausgeeilt. Zwei Fakten müssen vereinbart werden: Der augenscheinliche Erfolg der Bewegung und die drohende Stereotypisierung. Cermak formuliert das folgendermaßen:

When I emphasize that ACA and COA are labels, not diagnoses, I mean that they should be used as tools when appropriate, but that the entire context of a person's life must be evaluated before one can determine this appropriateness (Cermak, 1990, S. 16f).

Einer drohenden Stereotypisierung kann nur durch flexiblen, offenen Umgang mit der Thematik begegnet werden.

Literaturverzeichnis

Monographien

ALLPORT, GORDON W.: Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit, Meisenheim am Glan, 1970 ³.

ANTONS, KLAUS/SCHULZ, WOLFGANG: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigem Alkoholismus, Band 1, Göttingen, 1990 ³.

AL-ANON FAMILIENGRUPPEN: Vom Überleben zur Genesung. Aufgewachsen in einer alkoholkranken Familie. o.O., 1995.

APPEL, CHRISTA (HG.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung, Freiburg im Breisgau, 1994.

BATESON, GREGORY/JACKSON, DON D./LAING RONALD D. ET AL.: Schizophrenie und Familie, Frankfurt am Main, 1977 ² (erstmalig 1969).

BIERHOFF, HANS WERNER: Personenwahrnehmung: vom ersten Eindruck zur sozialen Interaktion, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio, 1986.

BLACK, CLAUDIA: Mir kann das nicht passieren! Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wildberg, 1988.

BORTZ, JÜRGEN/DÖRING, NICOLA: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler, Berlin/Heidelberg/New York, 1995 ².

BRADSHAW, JOHN: Das Kind in uns. Wie finde ich zu mir selbst? München, 1992.

BRAKHOFF, JUTTA (HG.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg im Breisgau, 1987.

BRICKENKAMP ROLF (HG.): Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen, 1997 ².

BROCKHAUS LEXIKON: München, 1986 ².

BROWN, STEPHANIE: Treating Adult Children of Alcoholics. A developmental Perspective, New York/Chichester/Brisbane/Toronto/Singapore, 1988.

BROWN, STEPHANIE/BELETIS, SUSAN G./CERMAK, TIMMEN L.: Adult Children of Alcoholics in Treatment. Florida, 1989.

CAJE, JUTTA: Auswirkungen der Familienkrankheit Alkoholismus auf die "Erwachsenen Kinder" und Möglichkeiten der Hilfe, Diplomarbeit (unveröffentlicht), Bremen, 1995.

CERMAK, TIMMEN L: Evaluation and Treating Adult Children of Alcoholics. A guide for professionals. Volume one: Evaluation. Minneapolis, 1990.

CERMAK, TIMMEN L: Evaluation and Treating Adult Children of Alcoholics. A guide for professionals. Volume two: Treating. Minneapolis, 1991.

CERMAK, TIMMEN L./RUTZKY, JAQUES: A Time to heal Workbook. Stepping Stones to Recovery for Adult Children of Alcoholics. New York, 1994.

CORK, MARGARET: The forgotten Children. A Study of Children with alcoholic Parents. Toronto, Canada, 1969.

COVINGTON, STEPHANIE/BENNETT, LIANNA: Immer wieder glaubst du, es ist Liebe. Wege aus der Beziehungssucht. München, 1990.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (DHS): Jahrbuch Sucht '98, Geesthacht, 1997.

DIAGNOSTISCHES UND STATISTISCHES MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN (DSM-IV): deutsche Bearbeitung durch Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael (American Psychiatric Association). Göttingen/Bern, Toronto/Seattle, 1996.

DREWES, RALF: Identität: Der Versuch einer integrativen Neufassung eines psychologischen Konstruktes. Eine qualitative Untersuchung mit jungen Erwachsenen, Münster/New York, 1993.

DREIKURS, RUDOLF: Psychologie im Klassenzimmer, Stuttgart, 1985 ¹⁰.

ERIKSON, ERIK H.: Identität und Lebenszyklus, Frankfurt am Main, 1973.

FAHRENKRUG, W. HERMANN: Alkohol, Individuum und Gesellschaft: zur Sozialgeschichte des Alkoholproblems in den USA, Frankfurt am Main/New York, 1984.

FEUERLEIN, WILHELM: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart/New York, 1989 ⁴.

FREY, HANS-PETER/HAÜBER, KARL (HG.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung, Stuttgart, 1987.

GALANTER, MARC (HG.): Recent developments in Alcoholism: Children of Alcoholics. Band 9, New York/London, 1991

GOFFMAN, ERVING: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt am Main, 1992 ¹⁰ (erstmals 1975).

GUTTEMLER JUGEND, PROJEKT "MÄDCHEN AUS SUCHTKRANKEN FAMILIEN" (HG.): Traubensaft in Weißweinflaschen. Mädchen und Frauen erzählen von Familiengeheimnissen. Hamburg, 1996.

- HABERMAS, JÜRGEN:** Zur Rekonstruktion des Historischen Materialismus. Frankfurt am Main, 1995 ⁶.
- HAEBERLIN, URS/NIKLAUS, EVA:** Identitätskrisen, Bern/Stuttgart, 1978.
- HAUBL, ROLF ET AL.:** Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie. Opladen, 1986.
- HAÜBER, KARL:** Identitätsentwicklung. New York, 1983.
- HERRMANN, THEO/LANTERMANN, ERNST-DIETER (HG.):** Persönlichkeitspsychologie. ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, München/Wien/Baltimore, 1985.
- HILDEBRANDT, HELMUT:** Gesundheitsbewegungen in den USA - Neue Initiativen im "anderen Amerika", Opladen, 1992.
- KÖNIG, KARL:** Abwehrmechanismen. Göttingen, 1996.
- KRAPPMANN, LOTHAR:** Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen, Stuttgart, 1988 ⁷, (erstmalig 1969).
- KÜHN, HAGEN:** Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin, 1993.
- LAMBROU, URSULA:** Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Reinbek bei Hamburg, 1990.
- LECHLER, WALTHER H.:** Nicht die Droge ist's. Wir sind alle süchtig. Oberursel, 1995.
- LINDENMEYER, JOHANNES:** Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Weinheim, 1993.
- MEAD, GEORGE HERBERT:** Geist, Identität und Gesellschaft, Frankfurt am Main, 1973 (erstmalig, 1934).
- MEES, ULRICH:** Die Struktur der Emotionen. Göttingen, 1991.
- MÜLLER, HANS RÜDIGER/SCHACKE, JOACHIM/STIMMER, FRANZ:** Gemeindenahe Suchtkrankenhilfe. Versorgungswirklichkeit und Entwicklungsmöglichkeiten am Beispiel einer Region. Hamburg, 1991.
- NOLTING, HANS-PETER/PAULUS, PETER:** Psychologie lernen. eine Einführung und Anleitung. München, 1990 ³.
- OERTER, ROLF/MONTADA, LEO (HG.):** Entwicklungspsychologie. ein Lehrbuch, München/Weinheim, 1987 ².
- PAULS, MARIA:** Identitätsbildung und Selbst - bewußt - werdung. Pädagogische Zielsetzungen in der technisch - rationalen Gesellschaft, Sankt Augustin, 1990.

PETZOLD, HILARION G. (HG.): Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung, Band 1. Die Herausforderung der Längsschnittforschung, Paderborn, 1993.

RASCHKE, JOACHIM: Soziale Bewegungen. Ein historisch-systematischer Grundriß, Frankfurt am Main, 1985.

RENNERT, MONIKA: Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau 1990 ².

ROBINSON, BRYAN E. /RHODEN, J. LYN: Working with Children of Alcoholics. The practioner's Handbook, Thousand Oaks/London/New Dehli, 1998 ².

SADER, MANFRED/WEBER, HANNELORE: Psychologie der Persönlichkeit, Weinheim/München, 1996 ².

SCHARFETTER, CHRISTIAN: Schizophrene Menschen, München, 1990 ³.

SCHLIPPE, ARIST VON: Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten, Paderborn, 1995.

SCHNEEWIND, KLAUS A.: Familienpsychologie. Stuttgart, Berlin, Köln, 1991.

SELG, HERBERT/KLAPPROTT, JÜRGEN/KAMENZ, RUDOLF: Forschungsmethoden der Psychologie. Grundriß der Psychologie, Band 3. Stuttgart/Berlin/Köln, 1992.

SHER, KENNETH J.: Children of Alcoholics. a critical Appraisal of Theory and Research. Chicago/London, 1991.

STIMMER, FRANZ: Jugendalkoholismus. Eine familiensoziologische Untersuchung zur Genese der Alkoholabhängigkeit männlicher Jugendlicher. Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres-Gesellschaft. Band 2. Berlin, 1978.

STIMMER, FRANZ.: Narzißmus. Zur Psychogenese und Soziogenese narzißtischen Verhaltens. Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres- Gesellschaft. Band 16. Berlin, 1987.

STROSS, ANNETTE M.: Ich-Identität: Zwischen Fiktion und Konstruktion, Berlin, 1991.

WEGSCHEIDER, SHARON: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie, Wildberg, 1988.

WILSON SCHAEF, ANNE: Co-Abhängigkeit. Nicht erkannt und falsch behandelt, Wildberg, 1986.

WILSON SCHAEF, ANNE: Mein Weg zur Heilung. Ganzheitliche Lebenshilfe in der Praxis. Hamburg, 1995.

WINKELMANN, ARNO: Erwachsene Kinder von Alkoholikern (ACA)-Populärer Trend oder unterscheidbare Problemgruppe? Diplomarbeit (unveröffentlicht), Bielefeld, 1988.

WHITFIELD, CHARLES L.: Co-Dependence. Healing the human Condition: The new Paradigm for helping Professionals and People in Recovery. Florida, 1991.

WOITITZ; JANET G.: Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München, 1990.

ZIMBARDO, PHILIP G.: Psychologie. Berlin u.a., 1992 ⁵.

Artikel:

ASENDORPF, JENS B.: Persönlichkeitspsychologie: Das empirische Studium der individuellen Besonderheit aus spezieller und differentieller Perspektive. In: Psychologische Rundschau, 46, 1995, S. 235-247.

BEIDLER, ROBERT J.: ACA: Is it really a seperate field of study?. In: Drugs & Society. A Journal of Contemorrany Issues, 3 (3/4) 1989.

BENNETT, LINDA A./WOLIN, STEVEN J.: Familienkultur und Alkoholismusweitergabe. In: Appel, Christa (Hg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung, Freiburg im Breisgau, 1994.

BROWN, STEPHANIE: Adult Children of Alcoholics. The History of a Social Movement an its Impact on clinical Theory and Practice. In: Galanter, Marc (Hg.): Recent Developments in Alcoholism:. Children of Alcoholics. Band 9, New York/London, 1991, S. 267-285.

DODD, DAVID T./ROBERTS, RICHARD L.: Differences among adult COAs and adult Non-COAs on levels of self-esteem, depression and anxiety. In: Journal of Addictions & Offender-Counseling, 14 (2), 1994, S. 49-56.

GIGLIO, JULIE J./KAUFMANN, EDWARD: The Relationship Between Child and Adult Psychopathology in Children of Alcoholics. In: The International Journal of the Addictions, 25 (3), 1990, S. 263-190.

GONDOLF, EDWARD W./ACKERMANN, ROBERT J.: Validity and reliability of an "Adult Children of Alcoholics"-index. In: International Journal of the Addictions, 28 (3), 1993, S. 257-269.

GREENLEAF, JAEL: Co-alcoholic/Para-alcoholic: Who´s Who?. In: U.S. Journal of Drug & Alcohol Dependency and Health Communications. Inc (Hg.), Florida, 1988 ².

HADLEY, JUDITH A./HOLLOWAY, ELISABETH L./MALLINCKRODT, BRENT: Common Aspects of object relations and self-representations in Offspring from disparate dysfunctional families. In: Journal of Counseling Psychology, 40 (3), 1993, S. 348-356.

HAVEY, J. MICHAEL/BOSWELL, DONALD L./ROMANS, JOHN S. C.: The relationship of Self-perception and Stress in Adult Children of Alcoholics and their Peers. In: Journal of drug education, 25 (1), 1995, S. 23-29.

HAUBER KARL.: Identität. In: Endruweit, Günter/Trommsdorf, Gisela (Hg.): Wörterbuch der Soziologie, Band 2, Stuttgart, 1989, S. 279-281.

HECKMANN, WOLFGANG: Selbsthilfe und therapeutische Gemeinschaft in der Bundesrepublik Deutschland. In: Müller, C. Wolfgang (Hg.): Selbsthilfe. ein einführendes Lesebuch, Weinheim/Basel, 1987, S. 122-133.

HINSON, RENEE C. ET AL.: The Heterogeneity of Children of Alcoholics. Emotional needs and help-seeking propensity. In: Journal of college Student Development, 34 (1), 1993, S. 47-52.

HOECKER, KELLY B.: Depression and Self Esteem of Children of Alcoholics by Sex and Age. 1996 (Internet)

JARMAS, AUDRE L./KAZAK, ANNE E.: Young Adult Children of Alcoholic Fathers - Depressive experiences, Coping styles and Familiy systems. In: Journal of counseling and clinical Psychology, 60 (2), 1992, S. 244-251.

JENKINS, STEPHEN J./FISHER, GARY L./HARRISON, THOMAS C.: Adult Children of dysfunctional Families: Childhood roles. In: Journal of Mental Counseling, 15 (3), 1993, S. 310-319.

JOHNSON, JEANETTE L./TIEGEL, STUART: Treating Adults Raised by Alcoholis Parents. In: Galanter, Marc (Hg.): Recent Developments in Alcoholism, Band 9, 1991, S. 347-359.

JOHNSON, JEANETTE L./TIEGEL, STUART/Rolf, John E.: Wenn Kinder sich verändern. Forschungen über Kinder alkoholabhängiger Eltern. In: Appel, Christa (Hg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung, Freiburg im Breisgau, 1994, S. 45-84.

KASHUBECK, SUSAN: Adult Children of Alcoholics and psychological Distress. In: Journal of Counseling & Development, 72 (May/June), 1994, S. 538-543.

KLEIN, MICHAEL: Erwachsene Kinder aus Scuhfamilien in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen: Kinder Suchtkranker, o.O., 1996, S. 27-38.

KLEIN, MICHAEL: Alkohol und Gewalt - zwei archaische Begleiter des Menschen auf dem Weg zur Postmoderne. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch - Alkoholismus- Therapie und Hilfe. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Band 38, Freiburg im Breisgau, 1996, S. 86-103.

KLEIN, MICHAEL/Zobel, Martin: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Kindheit und Entwicklung, 6/1997, S.133-140.

KLEIN, MICHAEL/Quinten, Claudia: Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern. (unveröffentlichtes Poster zur 12. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie vom 11-13 März 1998 in Münster), 1998.

KRAPPMANN, LOTHAR: Identität. In: Ammon, Ulrich/Dittmar, Norbert/Mattheier, Klaus J.: Sociolinguistics. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. Berlin/New York, erster Halbband, 1987, S. 132-139.

LEERSEN, CHARLES/NAMUTH, TESSA: Alcohol and the Family. In: Newsweek, Januar 18, 1988, S. 62-68.

MATHEW, ROY J. ET AL.: Psychiatric Disorders in ACAs: Data from the epidemiologic catchment Area Project.: In: American Journal of Psychiatry: Official journal of the American Psychiatric Association, 150 (5), 1993, S. 793-800.

MÄULEN, B./LASAR, M.: Erwachsene Kinder von Suchtkranken. In: Sucht, 2/1991, S. 132-133.

MÄULEN, B./FAUST, V.: Erwachsene Kinder von Alkoholikern - eine neue diagnostische Gruppe mit Relevanz für Praxis und Klinik. In: Fortschritt der Medizin, 1992 (29), S. 39-41.

MAYER, MARGIT: Nachwort. In: Hildebrandt, Helmut: Gesundheitsbewegungen in den USA - Neue Initiativen im "anderen Amerika", Opladen, 1992, S. 215-223.

MEAD, GEORGE HERBERT: Die Genesis der Identität und die soziale Kontrolle (1924/1925). In: Gesammelte Aufsätze, Band 1, Frankfurt am Main, 1980, S. 299-328.

MILLER, RUDOLF: George Herbert Mead. In: Herrmann, Theo/Lantermann, Ernst-Dieter (Hg.): Persönlichkeitspsychologie. ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, München/Wien/Baltimore, 1985, S. 41-48.

PAVEL, FALK-GISELHER: Die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA von 1942-1973. In: Kindler, Nina (Hg.): Geist und Psyche. Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, 1975, S. 25-41.

PETZOLD, HILARION G./GOFFIN, JOY J. M. /OUDHOF, JOLANDA: Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in der Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, Hilarion G. (Hg.): Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung, Band 1. Die Herausforderung der Längsschnittforschung, Paderborn, 1993.

RADINGER, ELLI H.: Erwachsene Kinder von Alkoholikern. Gefangen in der Vergangenheit. In: Suchtreport. europäische Fachzeitschrift für Suchtprobleme, Band 3, 1994, S. 48-52.

RICHARDS, TARPLEY M.: Recovery for Adult Children of Alcoholics: Education, Support, Psychotherapie. In: Alcoholism Treatment Quarterly. The practioner's quarterly for individual group, and family therapy, 6 (1), 1989, S. 87-110.

SALLOCH-VOGEL, ? : Erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Was wird aus diesen Kindern?. In: Brakhoff, Jutta (Hg.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg im Breisgau, 1987, S. 11-24.

SAPP, STEPHEN J.: The Family's Reaction to an Alcoholic. an Application of Kübler-Ross's five Stages. In: *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2 (2), 1985, S. 49-60.

SCHMIDT, GUNTHER: Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten - eine systemische Betrachtung. In: Brakhoff, Jutta (Hg.): *Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie*. Freiburg im Breisgau, 1987, S. 25-52.

SCHULZ, WOLFGANG/DÖRMANN, KLAUS/SCHNEIDER, WOLFGANG: Empirische Prüfung der JELLINEK-Typologie. In: *Sucht*, 38, 1992, S. 27-38.

SEARLES, JOHN S.: Verhaltensgenetische Forschungen zum Risikofaktor Alkoholismus bei Kindern von Alkoholabhängigen. In: Appel, Christa (Hg.): *Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung*, Freiburg im Breisgau, 1994, S. 180-221.

SHER, KENNETH J.: Psychological Characteristics of Children of Alcolholics. Overview on Research Methods and Findings. In: Galanter, Marc (Hg.): *Recent Developments in Alcoholism*, 9, 1991, S. 301-326.

SEEFELDT, RICHARD W./LYON, MARK A.: Personality Characteristics of Adult children of Alcoholics.. In: *Journal of Counseling & Development*, 70 (5/6), 1992, S. 588-593.

SIEGERT, MICHAEL. T./CHAPMAN, MICHAEL: Identitätstransformationen im Erwachsenenalter. In: Frey, Hans-Peter/Haußer, Karl (Hg.): *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*, Stuttgart, 1987, S. 139-150.

TERFLOTH-HOEGG, INGRID: Erwachsene Kinder von Suchtkranken. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege: *Kinder von Suchtkranken - Probleme und Hilfemöglichkeiten*. 1997, S. 97-103.

TWEED, SANDRA H./RYFF, CAROL D.: Adult Children of Alcoholics: Profiles of Well-ness admist Disstress. In: *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (2), 1991, S. 133-141.

VILLIEZ, THOMAS VON/REICHELT-NAUSCEF, SABINE: Alkoholismus und Familie - ein kritischer Überblick zum Forschungsstand. In: *Suchtgefahren* 32, 1986, S.373-385.

WEBB, WANDA ET AL.: Self-Concept, Anxiety and Knowledge exhibited by Adult Children of Alcoholics and Children of Non-alcoholics. In: *Journal of Alcohol and Drug Education*, 38 (1), 1992, S. 106-114.

WHITFILED, CHARLES L.: Co-dependence, Addictions, and related Disorders. In: Lowinson, Joyce H./Ruiz, Pedro/Millman, Robert B.: *Substance Abuse. A comprehensive Textbook*. Baltimore/Maryland, 1992 ², S. 816-831.

WINKELMANN, ARNO.: Risikogruppe: Erwachsene Kinder von Alkoholikern. In: *Psychologie heute*, Oktober 1990, S.54-60.

WINKELMANN, ARNO.: Kinder aus Suchtfamilien. In : Bienemann, Georg/Hasebrink, Marianne/Nikles, Bruno W. (Hg.): *Handbuch des Kinder- und Jugendschutzes. Grundlage - Kontexte - Arbeitsfelder*. Münster, 1995, S. ?.

WILL, HERBERT: Selige Gesundheit. Systeme der Therapiegesellschaft. In: Michel, Karl Markus/Spengler, Tilman (Hg.): Die Therapie-Gesellschaft. Kursbuch 82, 1985, Berlin, S. 9-43.

WRIGHT, DEBORAH M./HEPPNER, P. PAUL: Examining the Well-Beeing of non-clinical College-students: Is Knowledge of parental Alcoholism useful? In: Journal-of-Counseling-Psychology, 40 (3), 1993, S. 324-334.

Broschüren:

AL-ANON FAMILIENGRUPPEN: Erwachsene Kinder erzählen. o.O., 1981.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA): Über Drogen reden! 1997.

KELLERMANN, JOSEPH: Alkoholismus - ein Karussell des Leugnens. Al-Anon-Familiengruppen, 1996 (erstmals 1996).

Informationsbroschüren über folgende Kliniken:

Adula Klinik: Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Grönenbach: Fachklinik für Psychosomatik