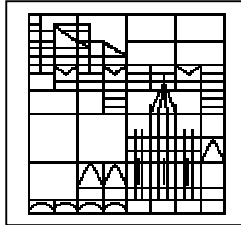


Universität Konstanz
Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion
Fachbereich Psychologie



Generationenambivalenz in Familien mit substanzabhängigen Kindern

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des Grades einer Diplom-Psychologin

vorgelegt von

Stefanie Rudorf
Bahnhofstr. 6
78315 Radolfzell

Erstgutachterin: Professorin Dr. Brigitte Rockstroh

Zweitgutachter: Professor Dr. Kurt Lüscher

Konstanz im November 2004

Danksagung

Für die Betreuung meiner Diplomarbeit und die fachliche Unterstützung bedanke ich mich ganz herzlich bei Frau Rockstroh und Herrn Lüscher. Mein besonderer Dank gilt Amelie Burkhardt für die Begleitung dieser Arbeit und die schöne Zusammenarbeit in unserem Projekt.

Daneben danke ich den Personen in den Kliniken, die sich für unser Vorhaben engagierten und durch die Vermittlung von Interviewpartnern zur Realisation dieser Studie beitrugen. Ein großer Dank gilt den Patienten und ihren Eltern, die trotz schwieriger persönlicher Umstände bereit waren an der Untersuchung teilzunehmen.

Ich danke Angelika Gerlach, Barbara Dorn-Steinilber und Tilmann Steinilber für die Betreuung meiner Kinder während der ersten Jahre meines Studiums. Ich danke meiner Omi, die mir stets Rückhalt bot, und meinen Kindern Annabelle und Lennart für ihre Selbstständigkeit, ihre Nachsicht und Rücksichtnahme. Ich danke meinem Freund Niko von Bothmer für seine praktische, wie seelische Unterstützung während meines Studiums und der Anfertigung dieser Diplomarbeit. Außerdem bedanke ich mich bei meiner Tante Antje Rudorf für die Überbrückung finanzieller Engpässe und bei der Robert-Bosch-Stiftung für mein Stipendium. Ohne diese vielfältige Hilfe wäre es mir nicht möglich gewesen mein Studium zu absolvieren.

Stefanie Rudorf

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS	IX
ZUSAMMENFASSUNG	XIII
1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	5
2.1 Generationenbeziehungen in Familien	5
2.1.1 Definitionen von Generation und Familie.....	5
2.1.2 Merkmale und Aufgaben von familialen Generationenbeziehungen.....	6
2.1.3 Theorien zur Gestaltung von Generationenbeziehungen	9
2.1.4 Das Konstanzer Ambivalenzmodul.....	11
2.1.5 Fazit.....	15
2.2 Familie und Substanzabhängigkeit	16
2.2.1 Substanzabhängigkeit.....	16
2.2.2 Überblick über das Forschungsfeld zu Familie und Substanzabhängigkeit.....	20
2.2.3 Die Herkunftsfamilie als Risiko- und Schutzfaktor	23
2.2.4 Substanzabhängigkeit aus systemischer Perspektive	26
2.2.5 Nicht systemische Studien zu Familie und Substanzabhängigkeit	35
2.2.6 Fazit.....	38
2.2.7 Schlüsselannahmen der vorliegenden Untersuchung.....	40
2.3 Hypothesen	45
2.3.1 Ziel der Forschungsarbeit.....	45
2.3.2 Hypothesen zum Einfluss der Substanzabhängigkeit.....	46
2.3.3 Hypothesen zum Einfluss der Rollen	50
2.3.3.1 <i>Hypothesen zum Einfluss der Generationenrollen</i>	50
2.3.3.2 <i>Hypothesen zum Einfluss der Geschlechterrollen</i>	53
3 METHODE	57
3.1 Design	57
3.2 Erschließung des Forschungsfeldes und Rekrutierung	58

3.3	Beschreibung der Stichprobe	61
3.4	Instrumente.....	63
3.5	Durchführung	66
3.6	Datenanalyse und statistische Verfahren	67
3.6.1	Aufbau der Datensätze	67
3.6.2	Aufbereitung der Daten	69
3.6.3	Datenanalyse	72
4	ERGEBNISSE	73
4.1	Geschwistervergleich.....	74
4.1.1	Ambivalenzerleben.....	74
4.1.2	Beziehungsqualität	77
4.1.3	Umgang mit Ambivalenz	79
4.2	Generationenvergleich	79
4.2.1	Ambivalenzerleben.....	79
4.2.2	Beziehungsqualität	82
4.2.3	Umgang mit Ambivalenz	85
4.3	Geschlechtervergleich	85
4.3.1	Ambivalenzerleben.....	85
4.3.2	Beziehungsqualität	89
4.3.3	Umgang mit Ambivalenz	91
4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	91
5	DISKUSSION	95
	LITERATUR.....	117
	ANHANG.....	129

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

M	arithmetisches Mittel
SD	Standardabweichung
Mdn	Median
IQR	Interquartilsabstand (IQ-Range)
N	Anzahl der Beobachtungen in der Stichprobe
n	Anzahl der Beobachtungen in einer Teilstichprobe
z	z-Wert
p	p-Wert (Wahrscheinlichkeit)

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Ausgewählte Inhalte des Fragebogens und ihre Operationalisierung.....	129
Tabelle 2	Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	75
Tabelle 3	Ambivalenzerleben: Väter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	76
Tabelle 4	Ober- und Unterkategorien des Auswertungsschemas der qualitativen Frage.....	130
Tabelle 5	Qualitative Themen und Spannungsfelder: Häufigkeiten der dyadischen Aussagen und Analyseeinheiten.....	132
Tabelle 6	Ambivalenzgenerierende Themen: Eltern gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	113
Tabelle 7	Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Eltern gegenüber gesunden und kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	134
Tabelle 8	Beziehungsqualität: Mütter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	78
Tabelle 9	Beziehungsqualität: Väter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	79
Tabelle 10	Umgang mit Ambivalenz: Eltern gegenüber gesunden und kranken Kindern (Geschwistervergleich).....	134
Tabelle 11	Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Müttern (Generationenvergleich).....	80
Tabelle 12	Ambivalenzerleben: Väter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Generationenvergleich).....	81
Tabelle 13	Ambivalenzgenerierende Themen: Eltern gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Eltern (Generationenvergleich).....	135
Tabelle 14	Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Eltern gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Eltern (Generationenvergleich).....	136
Tabelle 15	Beziehungsqualität: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Müttern (Generationenvergleich).....	83
Tabelle 16	Beziehungsqualität: Mütter gegenüber gesamter Familie vs. kranke Kinder gegenüber gesamter Familie (Generationenvergleich).....	83

Tabelle 17	Beziehungsqualität: Väter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Generationenvergleich).....	84
Tabelle 18	Beziehungsqualität: Väter gegenüber gesamter Familie vs. kranke Kinder gegenüber gesamter Familie (Generationenvergleich).....	85
Tabelle 19	Umgang mit Ambivalenz: Eltern gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Eltern (Generationenvergleich).....	136
Tabelle 20	Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. Väter gegenüber kranken Kindern (Geschlechtervergleich Elternperspektive).....	86
Tabelle 21	Ambivalenzgenerierende Themen: Mütter und Väter gegenüber kranken Kindern (Geschlechtervergleich Elternperspektive).....	137
Tabelle 22	Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Mütter und Väter gegenüber kranken Kinder (Geschlechtervergleich Elternperspektive).....	138
Tabelle 23	Ambivalenzerleben: Kranke Kinder gegenüber Müttern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Geschlechtervergleich Kinderperspektive).....	88
Tabelle 24	Ambivalenzgenerierende Themen: Kranke Kinder gegenüber Müttern vs. Vätern (Geschlechtervergleich Kinderperspektive).....	139
Tabelle 25	Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Kranke Kinder gegenüber Müttern und Vätern (Geschlechtervergleich Kinderperspektive).....	140
Tabelle 26	Beziehungsqualität: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. Väter gegenüber kranken Kindern (Geschlechtervergleich Elternperspektive).....	89
Tabelle 27	Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber gesamter Familie vs. Väter gegenüber gesamter Familie (Geschlechtervergleich Elternperspektive).....	90
Tabelle 28	Beziehungsqualität: Kranke Kinder gegenüber Müttern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Geschlechtervergleich Kinderperspektive).....	91
Tabelle 29	Umgang mit Ambivalenz: Müttern und Väter gegenüber kranken Kindern (Geschlechtervergleich Elternperspektive).....	140
Tabelle 30	Umgang mit Ambivalenz: Kranke Kinder gegenüber Müttern und Vätern (Geschlechtervergleich Kinderperspektive).....	141

„Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust.“

Goethes Faust¹

¹ Goethe J.W.v., (1998, S. 41, Zeile 1112).

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund. Die psychologische Forschung zu Familie und Substanzabhängigkeit widmet sich hauptsächlich der Erforschung von Risikofaktoren bezüglich der Krankheitsentstehung. Es gibt nur wenige empirische, quantitative Studien zu Familien, die von Substanzabhängigkeit betroffen sind, bezüglich der familialen Beziehungsgestaltung. Systemische Forschungsansätze haben eine Fülle von familiendynamischen Modellen aus der klinischen Praxis abgeleitet, die jedoch kaum empirisch belegt sind.

Ziel. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Gestaltung der Generationenbeziehungen unter den spezifischen Rahmenbedingungen von Substanzabhängigkeit und familialen Rollen darzustellen. Als Aspekte der Beziehungsgestaltung wurden Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität untersucht. Den konzeptuellen Rahmen bildete dabei das Ambivalenzmodul von Lüscher (2004b) und die These, dass die Gestaltung von Generationenbeziehungen den Umgang mit Ambivalenzen erfordert. Erstmals wurde ein Konzept der soziologischen Familienforschung auf ein klinisch-psychiatrisches Setting übertragen.

Methoden. In der vorliegenden Querschnittsuntersuchung gaben 12 Mütter, 12 substanzabhängige erwachsene Kinder und 7 Väter aus 12 Familien über ihre gegenseitigen Beziehungen sowie über die Familie allgemein Auskunft. Die Eltern wurden außerdem zu den nicht erkrankten Geschwisterkindern befragt. Die Erhebung wurde mit einem standardisierten Selbstbeschreibungs-Fragebogen in einem Face-to-Face-Interview durchgeführt. Der Fragebogen basierte auf einem von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) entworfenen Instrument zur Erfassung von Generationenbeziehungen nicht-klinischer Familien (Lettke & Lüscher 2003; Lüscher & Lettke 2004).

Es wurden Vergleiche zwischen erkrankten und gesunden Kindern aus Elternsicht, Vergleiche zwischen Eltern und erkrankten Kindern und Vergleiche zwischen Müttern und Vätern aus ihrer eigenen Sicht, wie auch aus Sicht der erkrankten Kinder durchgeführt. Überprüft wurden die Hypothesen, ob sich das Ambivalenzerleben, der Umgang mit Ambivalenz und die Beziehungsqualität zwischen den verschiedenen Dyadenformen unterscheiden. Die statistische Analyse für Ambivalenzerleben und Beziehungsqualität wurde mittels Wilcoxon Signed Rank Test durchgeführt. Die Umgangstile und die qualitative Frage zu Ambivalenz wurden deskriptiv ausgewertet.

Resultate. Zwischen erkrankten und gesunden Kindern zeigten sich aus Sicht der Eltern in fast allen Aspekten der Beziehungsgestaltung deutliche Unterschiede. Eltern waren gegenüber erkrankten Kindern ambivalenter, als gegenüber gesunden Kindern und beschrieben eine andere Ambivalenzqualität. Die Beziehungsqualität war gegenüber erkrankten Kindern bezüglich der Erfreulichkeit und der Wunschgemäßheit geringer, jedoch fühlten sich Eltern mit erkrankten und gesunden Kindern ähnlich eng verbunden. Es zeigte sich, dass Eltern mit dem allgemeinen Familienleben zufriedener sind, als erkrankte Kinder. Zwischen Eltern und erkrankten Kindern gab es keine Unterschiede in ihrer gegenseitigen Beziehungseinschätzung, mit Ausnahme der Umgangstile. Mütter und Väter unterschieden sich im Ambivalenzerleben und der Beziehungsqualität nicht, sie pflegten jedoch einen anderen Umgang mit Ambivalenz. Erkrankte Kinder empfanden die Beziehungen zu Müttern besser, als zu Vätern.

Schlüsse. Die Befunde der vorliegenden Studie verdeutlichen die hohe Relevanz, die Ambivalenz in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind hat. Eltern differenzieren klar zwischen ihren einzelnen Kindern; sie generalisieren ihre Einschätzung der Beziehung zu erkrankten Kindern nicht auf ihre anderen Kinder oder die gesamte Familie. Die erkrankten Kinder nehmen eine Sonderposition in der Familie ein. Der Umstand der Substanzabhängigkeit führt zu Diskontinuitäten im Familienleben und Gefühlen der Fremdheit, die die elterliche Gestaltung der Beziehung zu substanzabhängigen Kindern negativ beeinflussen. Eltern und erkrankte Kinder schätzten ihre Beziehungen ähnlich ein. Der für nicht-klinische Familien typische ‚Generational Stake‘ wurde in dieser Studie nicht gefunden. Vermutlich führen die komplementären Rollen von Caregiver und Carereceiver zu hohem Ambivalenzerleben und niedriger Beziehungsqualität auf beiden Seiten. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich das Ambivalenzkonzept für die Beschreibung von Generationenbeziehungen in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind als geeignet erwiesen hat.

1 EINLEITUNG

In Deutschland sind ca. 3 Mio. Menschen alkoholabhängig. Die psychischen und medizinischen Folgeschäden der Erkrankung belasten die Volkswirtschaft mit jährlich rund 20 Mrd. Euro Behandlungskosten sowie indirekt durch vorzeitige Mortalität, Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit (Bergmann & Horch, 2002). Alkoholabhängigkeit ist in Deutschland somit nicht nur ein psychiatrisches, sondern auch ein medizinisches und gesellschaftlich-politisches Problem von hoher Relevanz. Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Substanzen weisen zwar vergleichsweise geringe Prävalenzen auf, betreffen jedoch eine besondere Risikogruppe: Junge Menschen zwischen Adoleszenz und frühem Erwachsenenalter. Hier sind alarmierende Veränderungen zu verzeichnen. Das Erstkonsumentenalter bei legalen wie illegalen Drogen sinkt, riskante Konsummuster nehmen zu. Neben den substanzabhängigen Menschen selbst sind ihre nahen Angehörigen von der Substanzabhängigkeit betroffen, deren Leben von der Krankheit ihres Familienmitgliedes beeinflusst wird.

Erstaunlicherweise steckt die psychologische Forschung zu Familienbeziehungen und Substanzabhängigkeit trotz der hohen Prävalenz und der Relevanz für die klinische Praxis im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen in den Kinderschuhen und ist bisher kaum über Kasuistiken und klinische Erfahrungsberichte hinaus gekommen. Es gibt wenig empirisch gesichertes Wissen über die Beziehungsgestaltung in Familien mit substanzabhängigen Angehörigen. Fest steht jedoch, dass die Familie den Verlauf der Substanzabhängigkeit und den Therapieerfolg der Erkrankten beeinflusst und entsprechend eine zentrale Ressource für die Patienten darstellt. Angehörige im Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen und zu stärken, ist ein wichtiges Ziel familientherapeutischer Interventionen. Dazu ist es nötig, den Wissensvorsprung, den die Forschung zu Familienbeziehungen und anderen psychischen Erkrankungen – vor allem Schizophrenie – hat, für die Substanzabhängigkeit aufzuholen.

Die Familie als erste und wichtigste Sozialisationsinstanz wird im Laufe der familienzyklischen Veränderungen mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die sie zu bewältigen hat. Z.B. ist das Verlassen der Kinder des Elternhauses eine typische Krisensituation, durch deren Bewältigung sich die Familie neu organisiert. Familien, bei denen eines der erwachsenen Kinder substanzabhängig ist, stehen zusätzlich vor spezifischen Aufgaben: Das Familienleben wird durch die Erkrankung erschüttert, die Bewältigung der familialen Entwicklungsaufgaben kann erschwert und behindert werden. Die Übergangsphasen der normativen Familienentwicklung und darüber hinaus die Erschütterung des Familienlebens durch die

Substanzabhängigkeit eines Kindes macht Ambivalenzerleben in den Eltern-Kind-Beziehungen wahrscheinlich.

Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt auf der Gestaltung der familialen Generationenbeziehungen in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind unter besonderer Berücksichtigung des Ambivalenzerlebens. Wie erleben die Familienmitglieder Ambivalenz in den generationalen Beziehungen? Wodurch wird sie ausgelöst? Erleben Eltern Ambivalenz in der Beziehung zu erkrankten Kindern anders, als zu gesunden Kindern? Gibt es Unterschiede in der Ambivalenz zwischen Eltern und substanzabhängigen Kindern? Den konzeptuellen Rahmen bildet dabei das Ambivalenzmodul von Lüscher (2004b) und die These, dass die Gestaltung von Generationenbeziehungen den Umgang mit Ambivalenzen erfordert.

Mit der vorliegenden Studie wurden erstmals klinische Familien mit einem Instrument untersucht, das ursprünglich aus der soziologischen Familienforschung stammt und auf einem von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner -Bilger, Lettke und Böhmer (2000) entworfenen Instrument zur Erfassung von Generationenbeziehungen nicht-klinischer Familien basiert (Lettke & Lüscher 2003; Lüscher & Lettke 2004). Dieser interdisziplinäre Forschungsansatz zwischen Soziologie und klinischer Psychologie verlässt damit die übliche psychologische Forschungspraxis der separaten Betrachtung klinischer Familien als Sondergruppe. Er ermöglicht die Einbettung klinischer Familien in ein allgemeines Familienkonzept. Die Familie wird außerdem nicht als vermeintlich homogenes Gesamtgebilde erfasst, sondern es werden systematisch Mütter, Väter und erkrankte erwachsene Kinder zu ihren dyadischen Beziehungen und zur Familie allgemein befragt. Dieses Untersuchungsdesign wird der Heterogenität der Familie gerechter und ermöglicht eine genauere Abbildung der familialen Realität.

In der vorliegenden Studie wird daneben erstmals die theoretische Annahme gemacht, dass Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind durch Caregiving – d.h. durch Pfleaneanforderungen und Sorge, um den betroffenen Angehörigen – strukturiert sind. Im Zusammenhang mit Angehörigen von Substanzabhängigen fand der Caregiving-Aspekt bislang keine Beachtung, obwohl das Konzeptes der Co-Abhängigkeit, das in der Suchtliteratur große Bedeutung erlangte, Caregiving impliziert. Das Konzept der Co-Abhängigkeit fokussiert defizitorientiert dasjenige Verhalten von Angehörigen, welches zur Aufrechterhaltung der Sucht beiträgt. Durch die einseitige Sicht auf das Verhalten der Angehörigen besteht die Gefahr einer erneuten Stigmatisierung, nachdem weitgehend von den älteren ätiologischen Modellen

Abstand genommen wurde, in denen die Familie als Verursacher der Substanzabhängigkeit galt.

Diese Forschungsarbeit will dazu beitragen, die Bedingungen familialer Beziehungsgestaltung in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind ohne Verzerrungen durch die „klinische Brille“ zu erfassen und vor allem quantitativ empirisch zu belegen. Die Ergebnisse sollen zu einem besseren und vorurteilsfreien Verständnis betroffener Familien beitragen und eine effektivere Unterstützung der Familien ermöglichen.

Bei der Verfassung dieses Textes habe ich auf eine geschlechtsneutrale Formulierung geachtet. Wo dies nur unter sprachlichen Sperrigkeiten möglich gewesen wäre, habe ich die männliche Form verwandt, und weise hiermit darauf hin, dass sie die weibliche einschließen soll (*Patienten* enthält ebenso die *Patientinnen*). Um ferner der Einfachheit und Lesbarkeit Rechnung zu tragen, ist stellenweise von „klinischen“ und „nicht-klinischen“ Familien die Rede. Damit sind lediglich Familien gemeint, bei denen ein Angehöriger psychisch erkrankt ist oder nicht. Ich distanziere mich ausdrücklich von einer Bedeutung des Begriffes „klinische Familie“ im Sinne pathologischer Familienbeziehungen. Die hier untersuchten erwachsenen Kinder werden der Einfachheit halber als „substanzabhängig“ bezeichnet, obwohl zwei von 12 Patienten nur eine Missbrauchsdiagnose hatten.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Generationenbeziehungen in Familien

2.1.1 Definitionen von Generation und Familie

Der Begriff der Generation wurde in der soziologischen Literatur vielfach beleuchtet und diskutiert. Er ist mehrdeutig und mehrdimensional; entsprechend existieren unterschiedliche Definitionen und verschiedene Theorien stehen relativ lose nebeneinander ohne in einen gemeinsamen theoretischen Kontext gebettet zu sein. Die Begriffsgeschichte sowie verschiedene Theorien und Konzepte zu Generationen werden bei Lüscher und Liegle (2003) ausführlich dargestellt. Generationenzugehörigkeit kann genealogisch-familial (durch biologische Elternschaft), historisch (in Kohorten) oder pädagogisch (durch Generativität) definiert werden. Lüscher und Liegle stellen fest, dass der Zugehörigkeit zu einer Generationen immer eine Alterszuschreibung zugrunde liegt, sie persönliche und kollektive Identitätsvorstellungen beinhaltet und dadurch abgrenzbar von anderen Generationen ist. Durch diese Generationendifferenzen entstehen gleichzeitig Beziehungen zwischen den Generationen, die in sozialen Einheiten, z.B. der Familie, gestaltet werden.

Historisch-kulturelle Ereignisse, wie Kriege oder medizinische Fortschritte und damit zusammenhängende demografische Veränderungen, wie z.B. die Verlängerung der Lebenserwartung oder die Abnahme der Säuglingssterblichkeit, sorgen für einen permanenten Wandel im Verhältnis zwischen den Generationen. Die Zukunft der folgenden Generation ist nicht mehr durch die Vergangenheit der vorhergehenden Generation vorhersagbar, wie es Mead (1971) für ‚präfigurative Gesellschaften‘ beschrieb. Die Lebenswelten der Generationen der heutigen ‚postmodern Gesellschaft‘ unterscheiden sich deutlich voneinander. Dadurch kommt es zu einer ‚Relativierung der altersklassenbezogenen Autorität der Erwachsenen‘ und ‚einer Aufwertung der Position der jungen Generation‘ (Lüscher & Liegle, 2003, S.98). Die sich stetig verändernden strukturellen Bedingungen beeinflussen die Beziehungsgestaltung zwischen den Generationen. Die ältere Generation gibt nun nicht mehr nur ihr Wissen an die Jüngeren weiter, bis diese selbst erwachsen sind, sondern muss selbst ein Leben lang von Jüngeren lernen. Autorität ist somit nicht mehr an ein bestimmtes Alter gebunden, sondern definiert sich über Kompetenz und Anerkennung (Liebau, 1997).

Die Definition von Generation, die im Rahmen dieser Studie Anwendung findet, beschreibt Generationenzugehörigkeit über die Elternschaft innerhalb einer Familie, wobei diese sowohl biologisch, als auch sozialer Natur sein kann, also Stieffamilien und Adoptionsfamilien einge-

geschlossen sind. Lüscher definiert Familie pragmatisch als „jene Lebensformen eigener Art [...], die sich durch die Gestaltung der grundsätzlich lebenslangen Beziehungen von Eltern und Kindern im Generationenverbund sowie – daran orientiert – der Beziehungen zwischen den Eltern konstituieren und als solche gesellschaftlich anerkannt werden. Familie wird demnach in erster Linie über die Generationenbeziehungen definiert. Sie „entwickelt sich also im Spannungsfeld von ‚Privatheit‘ (Individualität) und ‚Öffentlichkeit‘“ (Lüscher, 2003, S. 540).

2.1.2 Merkmale und Aufgaben von familialen Generationenbeziehungen

Unkündbarkeit und Unterstützung. Familiäre Generationenbeziehungen sind generell unkündbar. Obwohl ein kompletter Kontaktabbruch zwischen Eltern und Kindern möglich ist und in der Realität nicht selten vorkommt, bleibt ein Mensch doch stets Kind seiner Eltern und umgekehrt. Eltern sind aber auch ihrerseits Kinder von Eltern, d.h. Generationen sind in Generationenkettten eingebunden. Ein weiteres Merkmal familialer Generationenbeziehungen ist im allgemeinen Verlässlichkeit und gegenseitige Unterstützung sozialer und materieller Art bis hin zum Pflegen einerseits und Erben andererseits (vgl. Lettke, 2002a, Lettke & Lüscher 2003). Hier spielen Solidarität und zunehmende Reziprozität mit zunehmendem Alter der Kinder, bzw. abnehmende Reziprozität mit zunehmendem Alter der Eltern eine große Rolle. Für die Beziehungsgestaltung ist außerdem der Kontakt zwischen Eltern und Kindern wichtig, dessen Häufigkeit und Qualität bestimmt, wie eng die Beziehung empfunden wird.

Bindung. Die Grundannahme der Bindungstheorie von Bowlby (1969) ist, dass die erste Beziehung, die ein Neugeborenes erlebt, durch eine spezifische Form der Bindung charakterisiert ist und der einmal auf diese Weise erworbene Bindungsstil die Gestaltung aller folgenden engen sozialen Beziehungen beeinflusst und ein Leben lang beibehalten wird. Der Bindungsstil ist von zentraler Bedeutung für die Bewältigung von individuellen Entwicklungsaufgaben. Man unterscheidet zwischen sicherem, unsicher-vermeidendem und unsicher-ambivalentem Bindungsstile. Eine sichere, stabile Bindung ist die Voraussetzung für Explorationsverhalten und die Entwicklung zur Selbstständigkeit beim Kind. Sie entwickelt sich über verlässliches und berechenbares Verhalten der primären Bezugsperson gegenüber dem Säugling und Kleinkind („Secure Base“, Bowlby, 1988), die die Signale des Kindes sensitiv deutet (Ainsworth et al., 1978) und seine Bedürfnisse angemessen befriedigt. Bindungsstile, die in der Kindheit erworben wurden und für die Eltern-Kind-Beziehung funktional waren, können in der Jugend dysfunktional werden, da diese Entwicklungsphase den Umgang mit Autonomie und Abhängigkeit besonders erfordert. Unter Umständen kann der dysfunktional gewor-

dene Bindungsstil die Entwicklungsaufgabe behindern und einen Risikofaktor für psychische Krankheit darstellen (Becker-Stoll, 2002).

Fürsorgepflicht und Erziehung. Eine weitere Besonderheiten familialer Generationenbeziehungen ist, dass Eltern ihren Kindern gegenüber eine Fürsorgepflicht und einen Erziehungsauftrag haben. Die Beziehungsgestaltung hat somit immer mit Vorstellungen und Überzeugungen der Eltern vor ihrem eigenen individuellen Erfahrungshintergrund zu tun. Daneben wird das Generationenverhältnis um die Dimension der Macht und der Kontrolle erweitert, das die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kindern maßgeblich bestimmt.

Rollen. Die Beziehungsgestaltung innerhalb von Familien wird einerseits von individuellen Faktoren, andererseits von sozialen Rollen moderiert. Familiäre Rollen sind eng mit Genderrollen verbunden. Das Rollenbild der Frau hat in vergangenen Jahrzehnten eine enorme Wandlung erfahren, während das der Männer vergleichsweise unverändert blieb (Sorensen, 1990). Dennoch sind Frauen auch heute noch diejenigen, die sich für die Pflege verwandtschaftlicher Beziehungen verantwortlich zeigen (Lüscher & Liegle, 2003). Trotz des Ungleichgewichtes gab es in den letzten Jahrzehnten auch bei Männern Veränderungen, so dass heute vom ‚neuen Vater‘ die Rede ist (siehe Matzner, 2004). Obwohl ihre Beteiligung am Haushalt trotz der stark angestiegenen Frauenerwerbstätigkeitsquote nach wie vor gering ist (Holz, 2000), beteiligen sich Väter doch in zunehmendem Maße an der Kindererziehung. Dies gilt allerdings vorwiegend für den Tätigkeitsbereich, der mit Lustgewinn verbunden ist, wie spielen, rumtoben etc.. Selbst in Partnerschaften mit oder ohne Kindern, in denen Frauen voll erwerbstätig sind, übernehmen diese zuhause den Großteil an Hausarbeit. (Holz, 2000).

Entwicklungsaufgaben. Aus dem normativen Verlauf ihres Zusammenlebens über die gesamte Lebensspanne ergeben sich für die Familie als Gesamtheit verschiedene Aufgaben, die sie in verschiedenen Phasen der familienzyklischen Veränderungen zu bewältigen hat.² Nicht nur für Kinder ist die Familie wichtigste Sozialisationsinstanz, sondern ebenso für die Eltern; die Familie ist ein sich dynamisch entwickelndes Gefüge, das sich immer wieder an veränderte Bedingungen der verschiedenen normativen Entwicklungsphasen anpassen muss. Eltern von Jugendlichen müssen z.B. lernen, diese allmählich ihr Leben nach eigenen Prioritäten gestalten zu lassen und sich wieder mehr auf sich selbst zu konzentrieren. Die Anpassung leistet die

² In Anlehnung an die Entwicklungsaufgaben des Menschen in verschiedenen Lebensphasen von Havighurst (1953) wurden in der Familienforschung unterschiedliche normative Stufen der Familienentwicklung entworfen. In den 1970iger und 1980ziger Jahren wandelte sich die Auffassung von einer stufen- in eine prozessorientierte Entwicklung der Familie (siehe Kreppner, 2000).

Familie in labilen Übergangsphasen von einer stabilen Phase in eine andere, die als ‚Transitionsphasen‘ (Kreppner, 1991) bezeichnet werden.

Eine Transitionsphase ist durch strukturelle Veränderungen und damit einhergehende spezifische Aufgaben gekennzeichnet, die die Familie bewältigen muss, um ein neues Gleichgewicht zu finden. In der Übergangsphase muss eine Neuorganisation der Familienstruktur, der Beziehungsgestaltung zwischen den Familienmitgliedern, der Familienregeln etc., stattfinden. Übergangsphasen stellen Krisen für die Familie dar, deren Bewältigung maßgeblich von den Copingfähigkeiten der Individuen und der Qualität der einzelnen dyadischen Beziehungen abhängen (siehe Kreppner, 2000), wobei die Entwicklung der Kinder nicht nur von der Eltern-Kind-Beziehung abhängt, sondern ebenso von der Paarbeziehung der Eltern (vgl. von Klitzing, 1998). Neben der Übergangsphase von der Partnerschaft zur Elternschaft mit Kleinkindern sowie der Übergangsphase mit alten Eltern in der Familie, ist die Familienphase mit jugendlichen Kindern eine kritische Transitionsphase (Kreppner, 1991). Die Ablösung der erwachsen werdenden Kinder von den Eltern, der Übergang von der Abhängigkeit in die Selbstständigkeit, wird besonders durch den Auszug aus dem Elternhaus markiert (siehe Hildenbrandt, 1991; Liebau, 1997).

Generational Stake. Eltern schätzen die Beziehung zu ihren Kindern systematisch besser ein, als Kinder ihre Beziehung zu ihren Eltern. Dieser Effekt wird in der Literatur als ‚Generational Stake‘ bezeichnet (Bengtson & Kuypers, 1971; Giarusso, Stallings & Bengtson, 1995). Als Gründe hierfür werden u.a. die abnehmende Zahl enger Beziehungen mit zunehmendem Alter diskutiert und, dass Eltern mehr in die Familie investieren, als Kinder. Kinder haben zwar immer Eltern, aber Erwachsenen nicht immer Kinder. Elternschaft ist etwas Besonderes, wogegen die Existenz der eigenen Eltern selbstverständlich ist; entsprechend kritischer mag die Beziehung betrachtet werden können. Entspricht das Kind den entwicklungstypischen Normen, verstärkt es bei den Eltern die identitätsstiftende Überzeugung, eine gute Mutter, ein guter Vater zu sein, was wiederum zu einer positiven Beziehungseinschätzung führt. Dagegen spielt für Kinder bis ins Erwachsenenalter die Abgrenzung von den Eltern eine identitätsstiftende Rolle.

Fazit. Zusammenfassend kann man festhalten, dass die obengenannten verschiedenen Merkmalen der familialen Generationenbeziehungen in sich Konfliktpotenzial bergen. Einerseits stellt die Zugehörigkeit zu einer Familie eine große Nähe zwischen Eltern und Kindern her, andererseits betont die Generationenzugehörigkeit die Unterschiede.

Unterschiedliche Rollen sowie Entwicklungsaufgaben beeinflussen das gemeinsame Gestalten des Familienlebens, das ein Ausbalancieren und Aushandeln verschiedener Interessen unter den einzelnen Individuen beinhaltet.

Eltern sollen für ihre Kinder sorgen, sie beschützen und ihnen helfen; gleichzeitig ist es ihre Aufgabe, sie zur Selbstständigkeit zu erziehen. Der Übergang von der elterlichen Verantwortungsübernahme für das Kind zur wachsenden Eigenverantwortung des Kindes vollzieht sich in kleinen Schritten, bei denen immer wieder Zweifel aufkommen. Alte Zustände werden nicht von heute auf morgen aufgegeben, man nähert sich neuen Möglichkeiten vielmehr langsam durch Zweifel am Bestehenden und Neugier auf Neues in einem dialektischen Prozess an. Vielen Entscheidungen innerhalb Generationenbeziehungen geht Ambivalenz voraus. Man könnte vielleicht sogar sagen, ohne Ambivalenz gäbe es keine Veränderung. ‚Ist das Kind alt genug, um den Schulweg allein zu gehen?‘, ‚Kann man den Jugendlichen allein in Urlaub fahren lassen?‘ sind Fragen, die die Eltern bewegen. Auf der anderen Seite drängen die Kinder bei manchen Dingen in die Eigenverantwortung, manche möchten länger behütet sein, als es den Eltern lieb ist. Diese generationalen Perspektiven können zwischen den Eltern und Kindern zu Spannungen in der Gestaltung des Familienlebens führen.

2.1.3 Theorien zur Gestaltung von Generationenbeziehungen

Generationenkonflikte. Generationenkonflikte als Beschreibungskategorie für Generationenbeziehungen werden in der soziologischen Forschung erstens durch den Ansatz beschrieben, dass jede nachkommende Generation sich von der vorangegangenen abheben will und somit für eine *Erneuerung* der Gesellschaft sorgt. Der Wandel zwischen den Generationen schlägt sich in gesellschaftlich-politischen Umbrüchen oder Übergängen nieder. Jede junge Generation stellt die etablierten Werte ihrer Eltern in Frage und begehrt dagegen auf. Diese Perspektive nimmt vor allem die Adoleszenten und Jugendlichen in den Blick, die sich im Erwerb der eigenen Identität in der Peergruppe zusammenschließen und sich von den Eltern abgrenzen. Der zweite Ansatz fokussiert das Konfliktpotential zwischen den Generationen aufgrund *Interessengegensätzen*. Diese Konzepte basieren hauptsächlich auf der veränderten Altersstruktur unserer Gesellschaft und reichen von politisch-gesellschaftlichen Ansätzen, die die Zukunftssicherung und Altersversorgung im Blick haben, bis zu Theorien über die Vernachlässigung der Jugend oder der Stigmatisierung von Alten.

Pillemer und Lüscher (1998) kritisieren am Konzept der Generationenkonflikte, dass zwar den konflikthaften Anteilen in Generationenbeziehungen Rechnung getragen wird, jedoch

dem Umgang damit keine weitere Beachtung geschenkt wird. Auch kam man in vielen soziologischen Forschungsarbeiten zu entgegengesetzten Ergebnissen, die von einer hohen Übereinstimmung und guten Beziehungen zwischen Kindern und Eltern zeugen (Lüscher & Liegle, 2003).

Generationensolidarität. Im Gegensatz zur obengenannten Theorie steht beim Konzept der Solidarität der Zusammenhalt und die Übereinstimmung zwischen den Generationen im Zentrum. In den 1980er Jahren erlangte das Konzept in der soziologischen Forschung große Popularität und wurde durch die Arbeiten einer Forschergruppe um Bengtson geprägt (für einen Überblick siehe Bengtson, Biblarz & Roberts, 2002). Die Generationensolidarität rückt gegenseitige Unterstützung, Verbundenheit und affektive Zuwendung zwischen Eltern und Kindern in den Mittelpunkt. Der Nachteil des Konzeptes liegt in seiner Normativität: Gefühle, die nicht in Richtung Übereinstimmung und Verbundenheit weisen, werden schlicht als fehlende Solidarität interpretiert, kritischer Distanz im Beziehungserleben wird kein Raum als kreative Kraft zugebilligt (Lüscher & Liegle, 2003).

Generationenambivalenz. Aus der Darstellung der beiden prominentesten soziologischen Generationentheorien wird die Komplexität des Themas deutlich, und dass die Theorien zu kurz greifen, um ihr gerecht zu werden. Pillemer und Lüscher (1998) schlugen aus diesem Grund das Konzept der Generationenambivalenz vor, bei dem gleichermaßen sowohl die Differenzen zwischen den Generationen, als auch ihre Gemeinsamkeiten berücksichtigt werden. Es wird angenommen, dass familiäre Generationenbeziehungen von einer grundlegenden Zwiespältigkeit geprägt sind, die durch das gleichzeitige Vorhandensein von Nähe und Distanz gekennzeichnet ist. Ebenso stehen der Wunsch nach Beibehaltung der bestehenden Verhältnisse und der Wunsch nach Veränderung zeitgleich nebeneinander (eine ausführliche Darstellung zur Generationenambivalenz findet sich bei Lettke und Lüscher, 2003).

Pillemer und Lüscher (1998) formulieren die heuristischen Hypothese, dass Generationenbeziehungen Ambivalenz beinhalten und die Gestaltung von Generationenbeziehungen den Umgang mit Ambivalenzen erfordert Lüscher und Liegle (2003, S.288) sprechen von Ambivalenz, wenn

„gleichzeitige Gegensätze des Fühlens, Denkens, Wollens, Handelns und der Beziehungsgestaltung, die für die Konstitution individueller und kollektiver Identitäten relevant sind, zeitweise oder dauernd als unlösbar interpretiert werden. Diese Interpretation kann durch die Beteiligten oder durch Dritte (z.B. Therapeuten, Wissenschaftler) erfolgen.“

Der Begriff ‚Ambivalenz‘ wurde durch den Zürcher Psychiater Eugen Bleuler (1857-1939) geprägt (Bleuler, 1910, 1914). Zu Beginn verwendete er ihn zur Identifizierung des Phänomens des Negativismus, der Unfähigkeit, angemessen auf einen äußeren Reiz zu reagieren (Bleuler, 1910). Später beschrieb er Ambivalenz als eines der vier Hauptsymptome der Schizophrenie (Bleuler, 1911; siehe auch Stotz-Ingenlath, 2000). Bleuler wies darauf hin, dass Ambivalenzerleben zur alltäglichen Lebenserfahrung sozialer Beziehungen gehört, z.B. Ambivalenzerleben in der Mutter-Kind-Beziehung, auf Paarebene und im „Vaterkomplex“ (Bleuler, 1914, S. 103) und somit nicht nur im Kontext von Pathologie zu finden ist. Für eine ausführliche Darstellung des Begriffs der Ambivalenz, vor allem auch in Zusammenhang mit Schizophrenie, siehe Burkhardt (2002) und Lüscher (2004a).

2.1.4 Das Konstanzer Ambivalenzmodul

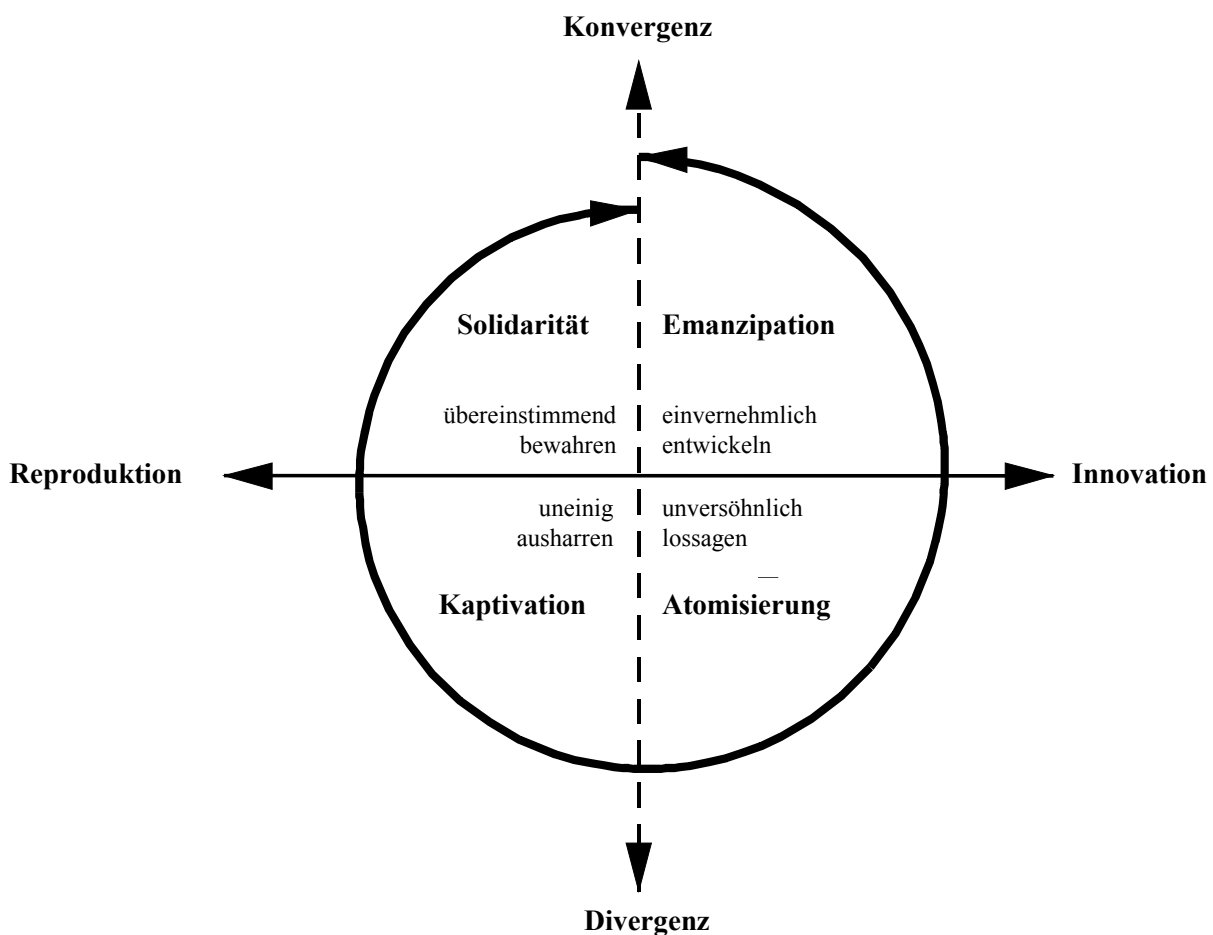
Das Konstanzer Ambivalenzmodul von Lüscher (2004b) dient der Beschreibung von Ambivalenz in Generationenbeziehungen zwischen Erwachsenen und ist Grundlage des in der vorliegenden Studie untersuchten Ambivalenzerlebens und des Umgangs mit Ambivalenz. Es besteht aus zwei sich kreuzenden Dimensionen, deren Endpunkte Pole darstellen, zwischen denen sich Familienmitglieder verschiedener Generationen hin- und hergerissen fühlen können (siehe Abbildung 1). Die Typologisierung des Ambivalenzmoduls wurde induktiv aus einer qualitativen Studie über Generationenbeziehungen (Lüscher & Pajung-Bilger, 1998) entwickelt. Es ist ein heuristisches Modell und hat nicht den Anspruch Ambivalenzerfahrungen erschöpfend zu erklären.

Ambivalenz. Ambivalenz wird definiert als gleichzeitiges Auftreten zweier gegensätzlicher Strebungen affektiver, kognitiver, verhaltensmäßiger oder motivationaler Art, z.B. Liebe und Hassgefühle. Die dadurch erzeugte Spannung zwischen den Gegensätzen kann nicht aufgehoben werden. Explizites Ambivalenzerleben setzt Bewusstheit über die eigenen Gefühle voraus und die Fähigkeit diese sprachlich auszudrücken. Ambivalenzen können auch nur latent vorhanden sein, so dass sie sich zwar in widersprüchlichen Schilderungen manifestieren, jedoch von der betreffenden Person selbst nicht reflektiert und benannt werden. Ambivalenzen müssen sich nicht in inkonsistentem Verhalten niederschlagen.

Dimensionen. Die erste Dimension der generationalen Beziehungsgestaltung bewegt sich auf personaler Ebene zwischen den Polen Nähe und Distanz (Konvergenz-Divergenz) und bezeichnet den Umstand, dass die Beziehung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern von der Vorstellung bzw. Wahrnehmung von Ähnlichkeit oder Verschiedenheit des Gegen-

übers geprägt ist. Nähe entsteht durch wahrgenommene Ähnlichkeit, Distanz durch wahrgenommene Verschiedenheit. Diese Dimension kann auch als die psychologische bezeichnet werden. Die zweite Dimension der institutionalen oder soziologischen Ebene spannt sich zwischen den Polen ‚Reproduktion‘ und ‚Innovation‘ auf: Zum einen wiederholen Familien Verhaltens- und Interaktionsmuster, die sich in der Vergangenheit bewährt haben. Andererseits muss sich jede Familie im Laufe der Zeit bzw. in bestimmten Phasen an sich verändernde Situationen anpassen, neue Handlungen entwickeln, mit denen auf die Aufgabe angemessener reagiert werden kann (siehe Kap. 2.1.2). Es gibt also einerseits Bewahrungs- andererseits Veränderungstendenzen innerhalb von Familien. Diese beiden Dimensionen spielen auch schon beim Begriff der Generation eine Rolle (vgl. Kap.2.1.1) und sind in Konzepten zur Identitätskonstitution von Bedeutung (siehe Mead, 1968).

Abb. 1. Modul der Generationenambivalenz (Lüscher, 2004b)



Umgangstile. Aus der Kombination der zwei mal zwei Pole ergeben sich im Umgang mit Ambivalenz vier ‚Grundtypen‘ allgemeiner Beziehungslogiken und Handlungsmaximen für die handelnde Beziehungsgestaltung. Diese sind nicht statisch im Sinne konstanter Eigenschaften einer Person zu verstehen, sondern jeweils für eine konkrete Situation zu bestimmen. Über viele Situationen hinweg könnte man dann für ein Individuum einen Umgangstil ermitteln, der für einen definierten Zeitraum zutreffend ist. Der bevorzugte Stil kann sich in Abhängigkeit äußerer Bedingungen und verschiedener Phasen einer Beziehung ändern. Die vier Umgangstile lassen sich wie folgt charakterisieren:

Soldarität. Emotionale Verbundenheit (Konvergenz) und das Bewahren von Tradition (Reproduktion) herrschen vor. Die Generationenbeziehung kennzeichnen Verlässlichkeit und gegenseitige, nicht auf direkten Austausch basierende Unterstützung. Harmonisches Gemeinschaftsgefühl und familiärer Zusammenhalt stehen im Vordergrund. Die Handlungsmaxime im Umgang mit Ambivalenz ist „übereinstimmendes Bewahren“.

Emanzipation. Emotionale Nähe (Konvergenz) trifft mit großer Bereitschaft zur Innovation zusammen. Hier wird auf Ambivalenz flexibel reagiert und neue Wege in der Lebensgestaltung erprobt. Persönliche Entfaltung steht im Vordergrund ohne jedoch die Bezogenheit aufeinander zu verlieren. Die Handlungsmaxime lautet „einvernehmliches Entwickeln“.

Kaptivation. Hohe Divergenz und hohe Reproduktion treten gemeinsam auf, d.h. es existiert eine emotionale Distanz zum generationalen Partner mit einer gleichzeitig starken Tendenz Altbewährtes zu wiederholen. Hier werden alte Muster trotz sich verändernder Umstände angewandt und unter Berufung auf Autorität und Tradition, neue Wege und Autonomie der einzelnen Persönlichkeiten verhindert. Die Handlungsmaxime ist „uneiniges Ausharren“.

Atomisierung. Hohe Divergenz geht mit starker Tendenz zur Innovation einher. Die Generationenmitglieder sind sich fremd und streben auseinander, da kein familialer Zusammenhalt besteht. Einzelne Familienmitglieder können bindungs- und kontaktlos sein. Die Handlungsmaxime ist „unversöhnliches Lossagen“.

Das Ambivalenzmodul schreibt den Umgangsstilen trotz umgangssprachlich nicht wertneutraler Konnotation keinen normativen Charakter zu. Beim kaptivativen Umgangsstil werden alte Muster auf neue Probleme angewendet, d.h. es wird zwar oberflächlich die Lebensform bewahrt, aber sie ist nicht mehr problemgerecht oder funktional. Bei der Atomisierung wird die Ambivalenz behoben, indem man der vermeintlichen Problemursache, der problematischen

Beziehung, aus dem Weg geht oder gar den Kontakt ganz abbricht. Sieht man Umgangsstile flexibel in Abhängigkeit der Zeit (State) und nicht als eine Persönlichkeitseigenschaft (Trait), kann man Kaptivation mit dem Erstarren des Kaninchens vor der Schlange vergleichen – analog zu ‚Freeze‘ als dritte Handlungsalternative neben ‚Fight or Flight‘ in Gefahrensituationen – oder mit einer Übersprungshandlung, bei der im Schockzustand mechanisch ein Verhaltensmuster vollzogen wird, die in keiner Weise situationsangemessen ist. So negativ die letzten beiden Umgangsstile klingen, – und so positiv Solidarität und Emanzipation – kann jeder Stil zu bestimmten Phasen einer Beziehung angemessen und die beste Lösung sein; wichtig ist die Flexibilität unter den Stilen.

Generationenambivalenz in der aktuellen soziologischen Forschung. In der Konstanzer Studie zu Generationenambivalenz³ wurden 72 Eltern und 52 erwachsene Kinder zu ihren Ambivalenzerfahrungen und ihrem Umgang mit Ambivalenz mit einem Fragebogen von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner -Bilger, Lettke und Böhmer (2000) befragt. Es wurde festgestellt, dass Ambivalenz zwischen Eltern und Kindern häufig auftritt. Dabei gab es insgesamt keine Generationen- oder Geschlechtsunterschiede, bis auf die häufigere Ambivalenz von Söhnen gegenüber ihren Vätern. Geschlechtsunterschiede zeichneten sich in der Einschätzung der Beziehungsqualität ab: Kinder fühlten sich mit Vätern weniger eng verbunden, als mit Müttern. Bezüglich der Beziehungsqualität zeigte sich ein Generational Stake-Effekt: Kinder beurteilen die Beziehung zu ihren Eltern deutlich schlechter, als umgekehrt. Solidarität war, gefolgt von Emanzipation, der am häufigsten gefundene Umgangstil, aber auch die anderen Stile waren vertreten. Dies rechtfertigt grundsätzlich die Typologisierung anhand von vier Stilen und erlaubt den Schluss, dass der Einsatz des Ambivalenzmoduls in der Forschung einen Informationsgewinn bedeutet.

In den letzten Jahren ist eine Reihe von Arbeiten entstanden, in denen Generationenambivalenz untersucht wurde. Eine große, quantitative Querschnittsuntersuchung zu Ambivalenzerleben von Kindern im mittleren Erwachsenenalter gegenüber ihren alten Eltern ergab einen positiven Zusammenhang zwischen Ambivalenz und erhöhter Pflegebedürftigkeit der Eltern sowie zwischen Ambivalenz und schlechter gesundheitlicher Verfassung bei Eltern *oder* Kindern (Willson, Shuey & Elder, 2003). In einer anderen Studie fand man dagegen keinen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus des Kindes und der Ambivalenz der Mutter (Pillemer & Sutor, 2002). Erhöhtes mütterliches Ambivalenzerleben hing hier mit dem Nichterreichen eines erwachsenen Status des Kindes zusammen. Fingerman und Hay

³ Methoden und Ergebnisse der Konstanzer Studie sind ausführlich bei Lüscher & Lettke (2004) beschrieben.

(2004) verglichen das Ambivalenzerleben innerhalb Familienbeziehungen mit dem in anderen sozialen Beziehungen. Sie stellten fest, dass Kernfamilienbeziehungen eher als ambivalent klassifiziert wurden, als andere soziale Beziehungen und generell ein positiver Zusammenhang zwischen der Enge der Beziehung und dem Ambivalenzerleben bestand.

Eine repräsentative Studie in fünf Ländern zu Häufigkeit von Solidarität, Konflikt und Ambivalenz in Generationenbeziehungen ergab, dass Solidarität über alle Ländern stark ausgeprägt ist. Konflikte zeigten sich seltener, spielten jedoch ebenfalls eine Rolle. Ambivalenz trat in mehr als einem Viertel der Fälle auf (Katz, Lowenstein und Daatland, im Druck).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich das Konzept der Generationenambivalenz als fruchtbar in der Erforschung von Generationenbeziehungen erwiesen hat. Es scheint geeignet, Beziehungen zwischen Eltern und Kindern abzubilden, indem es im Gegensatz zu anderen Theorien die grundsätzliche Zwiespältigkeit in Generationenbeziehungen berücksichtigt und expliziert.

2.1.5 Fazit

Im vorangegangenen Kapitel wurden zunächst Generationenbeziehungen in Familien beschrieben, die durch folgende Charakteristika gekennzeichnet sind: Verlässlichkeit und Unterstützung, unterschiedliche Rollen, Erziehung, Bindung und Entwicklungsaufgaben. Diese Merkmale beinhalten Konfliktpotenzial in der Beziehungsgestaltung zwischen den Generationen. Zwei bekannte Generationentheorien wurden vorgestellt: Generationenkonflikte und Generationensolidarität. Beide Theorien sind im Ansatz normativ und betrachten Generationen unter einem einseitigen Blickwinkel. Das Ambivalenzmodul von Lüscher wurde als Erweiterung der bisherigen Forschungsperspektive vorgestellt. Es ist nicht normativ und wird den beiden scheinbar gegensätzlichen Perspektiven des Solidaritäts- und Konfliktansatzes gerecht. Beim Konzept der Generationenambivalenz wird davon ausgegangen, dass Generationenbeziehungen grundsätzlich Ambivalenz beinhalten und der Umgang mit Ambivalenz für die Beziehungsgestaltung notwendig ist. Im Anschluss wurden verschiedene soziologische Studien zu Generationenambivalenz vorgestellt, deren Ergebnisse die Einführung der Beschreibungskategorie „Ambivalenz“ für Generationenbeziehungen rechtfertigen.

Das vorgestellte Ambivalenzmodul fand bisher ausschließlich im Rahmen soziologischer Familienforschung Anwendung. Hier konnte gezeigt werden, dass Generationenambivalenz ein fruchtbares Konzept zur Beschreibung von Beziehungsgestaltung innerhalb von Familien ist. Die vorliegende Studie prüft nun die Relevanz des Ambivalenzmoduls im psychiatrischen

Setting. Die bisherige klinische Forschung erfolgte immer anhand psychologischer Konzepte, die speziell auf klinische Populationen zugeschnitten waren und keinen Vergleich mit nicht-klinischen Populationen zuließ. Mit der Anwendung des Ambivalenzkonzeptes auf eine Stichprobe mit Familien mit einem psychisch erkrankten erwachsenen Kind wird erstmals ein ursprünglich für „normale“ Familien entwickeltes Instrument im psychiatrischen Feld erforscht. Unter der Annahme, dass Familien spezifische Aufgaben zu bewältigen haben, wenn eines ihrer erwachsenen Kinder substanzabhängig ist, stehen in der vorliegenden Untersuchung die Fragen im Fokus: Wie erleben diese Familienmitglieder Ambivalenz in ihren Beziehungen zueinander? Unterscheidet sich das Ambivalenzerleben zwischen Eltern und Kindern und gibt es Unterschiede zwischen der elterlichen Ambivalenz gegenüber ihren kranken und gesunden Kindern?

2.2 Familie und Substanzabhängigkeit

2.2.1 Substanzabhängigkeit

Diagnostik. Bei der Diagnostik von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen unterscheidet man zwischen riskantem Konsum, schädlichem Konsum bzw. Missbrauch und Abhängigkeit, der über DSM-IV oder ICD-10 Kriterien, Laborparameter oder Screeninginstrumente in Form von Fragebogen erhoben wird. Substanzabhängigkeit ist nach ICD-10 gegeben, wenn über ein Jahr mindestens drei der folgenden Kriterien zutreffen: Es besteht der Zwang die Substanz zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums, ein körperliches Entzugssyndrom und eine Toleranzentwicklung; weiter findet eine fortschreitende Vernachlässigung von Interessen zugunsten der Substanz statt und der Konsum wird trotz nachweislicher Folgeschäden sozialer, psychischer oder physischer Art fortgesetzt. Substanzmissbrauch liegt vor, wenn das Konsumverhalten maßgeblich zu einer Gesundheitsschädigung psychischer oder physischer Art führt und nicht die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt.

Die Diagnostik von Substanzabhängigkeit und -missbrauch ist nicht einfach, da sie nicht an der konsumierten Menge der Substanz festgemacht werden kann, Alkoholkonsum ein sozial toleriertes Verhalten darstellt und bei den Betroffenen wegen Bagatellisierung und Verleugnung kaum Bereitschaft besteht, ehrliche Auskünfte zu geben. Verschiedene Quellen, wie die Familie oder der Arbeitsplatz, müssen zur Diagnostik hinzugezogen werden.

Epidemiologie. Mit großem Abstand ist Alkohol die am meisten konsumierte Droge im westlichen Kulturkreis. Beim Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols pro Jahr nimmt Deutschland

mit 10.5 Litern im internationalen Vergleich einen der Spitzenplätze ein. Nachdem der Verbrauch nach dem Zweiten Weltkrieg stetig stieg, scheint er sich seit einigen Jahren jedoch auf das heutige Niveau eingependelt zu haben (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS, 2003). Man geht von ca. 2.5 bis 3 Mio. Alkoholabhängigen in Deutschland aus (Berger, 2000; Klein, 2001; Tretter, 1998); das entspricht rund 5% der Männer und 2% der Frauen in der Bundesrepublik. Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird auf ca. 1.4 Mio (DHS, 2003) und die der Abhängigen von illegalen Drogen auf ca. 100.000 geschätzt (Tretter, 1998). Rund 30% aller Psychiatriepatienten und über 20% aller Patienten internistischer und chirurgischer Abteilungen sind alkoholabhängig. Dabei wird die Diagnose häufig übersehen: In Psychiatrien schätzungsweise zu 30%, in chirurgischen Abteilungen zu ca. 20% und in inneren Abteilungen zu 50% (Berger, 2000).

Alkoholabhängigkeit ist somit eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland (Franke, 2003) und nicht nur ein psychiatrisches Problem, sondern aufgrund der hohen Prävalenz und der weitreichenden Folgeschäden, auch ein medizinisches und gesellschaftliches Problem. Alkoholabhängigkeit führt zu schweren gesundheitlichen Schäden in neurologischen Funktionen und fast allen Organsystemen. Neben den Behandlungskosten entstehen durch vorzeitige Mortalität, Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit hohe indirekte Folgeschäden, die die Volkswirtschaft insgesamt jährlich rund 20 Mrd. Euro kosten (vgl. Bergmann & Horch, 2002; DHS, 2003).

Von allen alkoholabhängigen Frauen haben 30-60% eine psychiatrische Zusatzdiagnose, zumeist Angststörungen, affektive Störungen (oder beides) oder eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Männliche Alkoholabhängige haben zu 20-40% eine komorbide psychiatrische Störung, am häufigsten sind Affektstörungen, danach Angststörungen und antisoziale Persönlichkeitsstörung (Berger, 2000).

Nach einer repräsentativen, prospektiv- longitudinalen Verlaufsstudie von Lieb et al. (2000) stellen Jugendliche und junge Erwachsene eine besondere Risikogruppe dar: In der Altersgruppe von 14 bis 24 Jahren ist der Konsum legaler Drogen (Alkohol und Nikotin) mit 90% und der illegaler psychotroper Substanzen mit 35% weiter verbreitet, als bisher angenommen. Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV Kriterien kommen häufig vor. Die Lebenszeitprävalenz für die Abhängigkeit von irgendeiner illegalen Droge liegt bei 1.6% für weibliche und 2.5% für männliche Jugendliche, für Alkoholabhängigkeit bei 2.5% (Frauen) und 10% (Männer) und entsprechend für Alkoholmissbrauch bei 4.5% und 15.1%. In der Nachuntersuchung wurde gezeigt, dass der Konsum in den jüngeren Altersgruppen ansteigt. Klein (2004) erwähnt dagegen, dass der regelmäßige Alkoholkonsum der Jugendlichen

(2004) erwähnt dagegen, dass der regelmäßige Alkoholkonsum der Jugendlichen zwischen 1993 und 2001 gesunken sei, jedoch haben riskante Konsummuster in der Gruppe der Konsumenten zugenommen. Die Komorbiditätsraten bei Heroinabhängigkeit für eine weitere psychische Störung nach ICD-10 liegen bei ca. 50% Lebenszeitprävalenz. Jährlich sterben ca. 1-2% der Opiatabhängigen an den Folgen der Abhängigkeit (Ladewig, 2000).

Neben den Substanzabhängigen selbst sind Partner, Kinder und andere enge Beziehungspersonen von der Krankheit betroffen. Da über die Hälfte aller Alkoholabhängigen in festen Partnerschaften leben (DHS, 2003), geht man von mindestens 1.3 Mio. betroffenen Ehepartnern, davon zwei Drittel Frauen aus. Die Zahl der Kinder mit einem Elternteil mit einer Lebenszeitdiagnose für eine alkoholbedingte Störung schätzt man auf ca. 2.6 Mio.. Daneben gibt es ca. 0.3 Mio. Eltern von substanzabhängigen Kindern. Die Zahl der betroffenen Geschwister lässt sich nicht exakt beziffern. Die hohe Zahl an indirekt betroffenen Personen verdeutlicht die Relevanz der Erforschung von Angehörigen von substanzabhängigen Personen vor allem im Hinblick auf die suchtherapeutische Praxis. Kinder substanzabhängiger Eltern haben ein bis zu 6-fach gesteigertes Risiko, selbst substanzabhängig zu werden. Das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten sowie Angststörungen und affektive Störungen von psychiatrischem Rang sind ebenfalls 3-4-fach erhöht (siehe Klein, 2001, 2004; vgl. Kap 2.2.4).

Ätiologie und Pathogenese. Zur Ätiologie und Pathogenese von Substanzabhängigkeit gibt es verschiedene Ansätze, aber noch immer mehr Annahmen, als gesichertes Wissen (Berger, 2000). Substanzabhängigkeit ist eine komplexe, multifaktorielle Erkrankung, bei deren Entstehung zwischen Bedingungen für den Erstkonsum und Bedingungen für die Entwicklung einer Abhängigkeit unterschieden werden muss. Neben biologischen und genetischen Variablen, die eine Vielzahl von Studien für die Ätiopathogenese belegen (einen Überblick dazu gibt Franke, 2003), sind Umweltfaktoren für den Erstkonsum sowie Lernmechanismen⁴ und die spezifische Wirkung der Substanz für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit verantwortlich. Vulnerabilitäts-Stress-Modelle sind am besten geeignet, die komplexe Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Variablen abzubilden (vgl. das Drei-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung, Tretter, 1998, S.312). Je nach Substanz dauert die Entwicklung einer Abhängigkeit unterschiedlich lang. Alkoholabhängigkeit entwickelt sich über Jahre, während z.B. Opiatabhängigkeit nach ungefähr 10 Injektionen (entspricht ca. einem halben

⁴ Die Substanz wirkt im Sinne operanter Konditionierung positiv verstärkend, indem sie angenehme Gefühle, wie Euphorie oder Entspannung vermittelt. In belastenden Situationen oder bei unangenehmen Umweltreizen wirkt die Substanz negativ verstärkend durch das Beenden aversiver Gefühle, wie Angst oder depressive Verstimmung.

Jahr) manifest wird. Das Konzept einer ‚Suchtpersönlichkeit‘ war empirisch nicht haltbar (vgl. Berger, 2000; vgl. Tretter, 1998).

Versorgungssystem. Mit der Anerkennung der Substanzabhängigkeit als Krankheit 1968 durch die WHO (vgl. Villiez, 1986) hat sich ein gegliedertes Suchtversorgungssystem etabliert, indem die Trennung von *Entgiftung*, d.h. die akute Behandlung des Entzugssyndroms und der medizinischen Folgeerscheinungen, und *Entwöhnung*, d.h. soziale Rehabilitation und Umstrukturierung psychologischer Bedingungen für die Abhängigkeit, zentral ist. Die vier Stufen der Versorgung bestehen aus Kontaktphase, Entgiftungsphase, Entwöhnungsphase und Nachsorge. Der erste Kontakt erfolgt in allgemeinen Arztpraxen und Kliniken, die für die Früherkennung bedeutsam sind. Danach kommen Beratungsstellen, die die Überweisung an eine Fachklinik begleiten, und anschließend folgen die Entgiftung und die Entwöhnungstherapie meistens stationär in einer Psychiatrie, seltener in ambulanter Behandlung.⁵ Die Nachsorge kann ambulant oder in Selbsthilfegruppen erfolgen. Es hat sich gezeigt, dass die Abstinenzraten um so höher sind, je weiter die Patienten im Versorgungssystem fortschreiten. Einen Überblick über das Suchthilfesystem in Deutschland bieten Schwoon (2000) und Tretter (1998).

Innerhalb der systemischen Theorien zu Sucht gab es einen polarisierenden Diskurs darüber, ob Substanzabhängigkeit in Anlehnung an das Konzept der Anonymen Alkoholiker, das die systemische Suchttherapie maßgeblich beeinflusste (Bateson, 1988), als unheilbare Krankheit aufgefasst werden soll oder aus konstruktivistischer Perspektive als rein subjektives Wirklichkeitskonstrukt, das allein von der Interpretation der Betroffenen abhängt (Welter-Enderlin, 1992; Efran, Heffner & Lukens, 1989). Substanzabhängigkeit als Krankheit zu definieren, entlastete einerseits die Familien und die betroffene Person von moralischen Schuldzuschreibungen, andererseits führte es zu der Auffassung, dass eine alkoholabhängige Person auch nach jahrzehntelanger Abstinenz weiterhin als krank galt, was den Ausdruck „trockener Alkoholiker“ prägte (vgl. Welter-Enderlin, 1992).

Seit längerem wird die völlige Abstinenz als einziges Therapieziel angezweifelt und es wurden Konzepte und Therapieprogramme zum „Kontrollierten Trinken“ entwickelt (Körkel, 2002; Watzl, 1983). Dennoch ist in der psychiatrischen Praxis bis heute Abstinenz weitgehend die Therapievoraussetzung für Substanzabhängigkeit (vgl. Bürkle, 1992). Das therapeutische Angebot für speziell Heroinabhängigkeit bietet daneben die Option der Substitutions-

⁵ In den letzten Jahren stieg zwar die Zahl ambulanter Angebote und von Tageskliniken, aber die stationäre Behandlung deckt noch immer den Großteil der Versorgung ab (DHS, 2003; Krausz, 2004).

behandlung sowie der reinen Schadensminimierung, wie Bereitstellung von Konsumräumen, Behandlung der Begleiterkrankungen, Spriztentausch etc.. Die Therapie der Substanzabhängigkeit unterscheidet sich somit wesentlich von anderen Krankheiten (Osterhold & Molter, 1992). „Bei fast allen anderen Krankheiten räumt man den Betroffenen ein, dass ihre Krankheit Zeit zur Heilung braucht“ (Osterhold & Molter, 1992, S.5). Dieser problematische Widerspruch zwischen Abstinenz- und Krankheitsparadigma der Suchttherapie, der einerseits die Anerkennung von Substanzabhängigkeit als Krankheit betont, und gleichzeitig den freien Willen und die Selbstkontrolle des krankhaften Verhaltens impliziert, ist bis heute ungelöst.

Die Entwöhnungstherapie der Substanzabhängigkeit entspricht ansonsten einer allgemeinen Psychotherapie. Der Fokus liegt in jeder Therapiephase auf der Motivation, da das größte Problem bei Substanzabhängigkeit mangelnde Krankheitseinsicht und die damit einhergehende geringe Therapiebereitschaft ist. Die stationären Haltequoten betragen für Alkoholabhängigkeit rund 70%, für Opiatabhängigkeit 40%. Die ambulanten Quoten sind deutlich niedriger (DHS, 2003).

Von allen Alkoholabhängigen unterziehen sich jedoch lediglich 2.5% ein- oder mehrmals im Jahr einer Entgiftung und 1% einer Entwöhnungsbehandlung (Berger, 2000). Die geringen Zahlen derer, die sich in qualifizierte Behandlung begeben, legen nahe, dass „die Versorgungswirklichkeit [...] für das Gros der Suchtkranken durch unspezifische Maßnahmen, Rückschläge und Mehrfachbehandlung zu charakterisieren [...]“ ist (Schwoon, 2000, S.149). Ein Problem ist, dass auf den Stufen, die vorrangig für die Früherkennung zuständig sind, die Diagnose häufig übersehen wird. Die meisten Interventionen erfolgen sehr spät im Verlauf der Erkrankung. Das gesamte Versorgungssystem ist eher auf „Management von Komplikationen und Spätfolgen“ ausgerichtet (Krausz, 2004, S. 18) und die verschiedenen Glieder des Suchthilfesystems haben kaum gemeinsame Konventionen, wie Krausz kritisiert. Handlungsbedarf besteht somit bei der Frühintervention, der systemübergreifenden Hilfeplanung und der sozialen Rehabilitation (DHS, 2003).

2.2.2 Überblick über das Forschungsfeld zu Familie und Substanzabhängigkeit

Da die Forschung zu Familie und Substanzabhängigkeit relativ jung ist – erst seit den 1970iger Jahren stieß dieses Thema vermehrt auf Forschungsinteresse – und noch immer dürftig, wird zunächst ein Überblick über die allgemeinere psychologische und sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema Familie und psychische Erkrankung gegeben.

Familie und psychische Erkrankung. Das Forschungsfeld zu Familie und psychischer Erkrankung konzentriert sich vor allem auf Schizophrenie, gelegentlich noch auf affektive Erkrankungen. Einige in diesem Rahmen entstandene Konzepte wurden später auch auf Alkohol- und Drogenabhängigkeit übertragen. Das Forschungsfeld teilt sich in zwei große Bereiche: Der eine Bereich fokussiert die Rolle der Familie in der Ätiopathogenese des Erkrankten, der andere legt den Schwerpunkt auf die Angehörigen des Erkrankten und seine soziale Umwelt.⁶

Der erstgenannte Bereich des Forschungsfeldes beschäftigt sich vor allem mit der Entstehung und dem Verlauf von Schizophrenien und ist reich an Beschreibungen der Beziehungsgestaltung, die auf Ambivalenz schließen lassen, teilweise sogar diesen Begriff selbst oder verwandte Begriffe verwenden, wie z.B. „Verstrickung“ (Minuchin, 1983), „Double Bind“ (Bateson, 1969/1990), „Grenzstörungen“ (Cierpka, 1988), „Kritik und emotionales Überengagement“ (Vaughn & Leff, 1976), „ambivalenter Bindungsstil“ (siehe Strauss, Buchheim & Kächele, 2002). Hier wird, bei den älteren Studien zum Teil unter voreiligen Kausalitätsannahmen, die Beziehungsgestaltung als Faktor für Krankheitsentstehung und -verlauf betrachtet und der Blick oft einseitig auf die Effekte auf den Patienten gelenkt, während die Wirkung auf die anderen Familienmitglieder sowie auf die Familie als Ganzes unberücksichtigt bleibt. Die Angehörigen werden häufig mit dem Etikett „psychogen“ versehen, die Patienten als bloß reaktiv dargestellt. Damit einher geht das generelle Fehlen der Einbettung dieser Konzepte in eine allgemeine Familientheorie. Familien psychisch Erkrankter werden als exotische Sonderfälle betrachtet, was diese häufig als Stigmatisierung empfinden (vgl. Dörner, Egetmeyer & Koenning, 1987). Arbeiten aus diesem Teil des Forschungsfeldes lassen häufig außer Acht, dass die in klinischen Familien gefundenen Beziehungsmuster durch die spezifischen Anforderungen des Caregivings strukturiert sind.

Der andere Bereich des Forschungsfeldes beschäftigt sich dagegen ausschließlich mit den Angehörigen und hat die familiäre Beziehungsgestaltung nicht im Blick. Aus soziologischer Perspektive wird das Caregiving selbst untersucht, d.h. welche Pflegeleistung Angehörige erbringen und welche Bedeutung dies für ihre Rolle als Caregiver hat. Die Arbeiten aus dem Bereich der Grounded Theory in Anschluss an Strauss und Glaser (Rose, 1996, 1998, 2002) sowie Arbeiten der interpretativen Phänomenologie (Benner, 1994; Chesla, 1994) sind beson-

⁶ Katschnig bemerkt dazu, dass die Psychiatrie bis zur Gründung der ersten Angehörigen- und Betroffenengruppen in den 1970igern lange Zeit den Familienmitgliedern psychisch Kranker vier Rollen zugeschrieben hat: „a) Studienobjekte für genetische Untersuchungen, b) Auskunftsperson bzw. „Anamneselieferanten“ für das kranke Familienmitglied, c) „Täter“, nämlich Schuldtragende an der Krankheit und d) „Opfer“, nämlich von der Krankheit des Familienmitgliedes Betroffene.“ (Katschnig, 2002, S.113).

ders hervorzuheben, die der Soziologie und Pflegewissenschaft zuzuordnen sind. Die klinisch-psychologische Perspektive beschäftigt sich mit Belastung und Coping von Angehörigen (Jungbauer, 2001, 2003; Scherrmann, 1995). Im Rahmen von Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modellen werden zwar die Folgen des Caregivings für das Individuum betont, jedoch bleibt die Auswirkung auf die dyadische Beziehung und auf die Familie als Ganzes weitestgehend ausgespart.

Familie und Substanzabhängigkeit. In der Forschung zu Familie und Substanzabhängigkeit wurden zwei grobe Richtungen verfolgt: Der eine Schwerpunkt ist ätiopathogenetisch orientiert und betrachtet die Herkunftsfamilie als Verursacher oder Auslöser für die Substanzabhängigkeit. Hier steht die Erforschung von Risikofaktoren im Vordergrund. Der zweite, jüngere Ansatz ist in erster Linie systemisch orientiert und verbindet durch die Fokussierung auf Familieninteraktion und -kommunikation die Frage der Aufrechterhaltung der Sucht durch die Angehörigen mit der Frage nach den Auswirkungen auf die Angehörigen (siehe Rennert, 1990). Die meisten dieser Untersuchungen sind jedoch methodisch problematisch (siehe Kap 2.2.4). Es existieren sehr wenige Studien zu Substanzabhängigkeit im Zusammenhang mit Familienbeziehungen, die keinem systemischen Ansatz folgen (vgl. Stewart & Brown, 1993). Eine reine Angehörigenforschung, die sich ausschließlich mit den Auswirkungen der Sucht auf die Familie befasst, hat sich im Gegensatz zur Erforschung anderer psychischer Störungen nicht etabliert.

Ein Problem der Forschung zu Familienbeziehungen und Substanzabhängigkeit ist die Heterogenität der Gruppe der Angehörigen (Klein, 2001; Villiez, 1986; Welter-Enderlin, 1992). Die Literatur bezieht sich *entweder* auf Partner und Kinder von Alkoholabhängigen *oder* auf Eltern von Abhängigen illegaler Drogen. Allerdings wird mehrfach darauf hingewiesen, dass es große Übereinstimmungen in den vorgefundenen Familienbeziehungsmustern zwischen Familien mit alkoholabhängigen und drogenabhängigen Personen gibt, was die gemeinsame Betrachtung von Abhängigkeit beider Substanzen rechtfertigt (Rennert, 1990, vgl. Stewart & Brown, 1993). Kaufman (1985) bemerkt dazu, dass es sich trotz der beiden separaten Forschungszweige häufig um *dieselben* untersuchten Familien handelte, da in Familien mit einem alkoholabhängigen Vater oft ein Sohn von illegalen Substanzen abhängig sei.

Im Folgenden werden beide Forschungszweige zu Familie und Substanzabhängigkeit dargestellt.

2.2.3 Die Herkunftsfamilie als Risiko- und Schutzfaktor

Wie bereits erwähnt, ist die elterliche Substanzabhängigkeit ein herausragender Prädiktor für die spätere Substanzabhängigkeit von Kindern. Mittels verschiedener Untersuchungsmethoden kann man das Risiko für eine Substanzabhängigkeit von Kindern, deren Eltern substanzabhängig sind, feststellen. Studien zum Verwandtschaftsgrad untersuchen die familiäre Häufigkeit der Erkrankung. Die Tatsache der erhöhten Substanzabhängigkeitsrate bei Kindern substanzabhängiger Eltern sagt allerdings für sich betrachtet noch nichts über den *Pfad* der Weitergabe aus. Diese kann einerseits auf genetischem Weg, andererseits über soziale Transmission⁷ erfolgen. Mit Studien zum Verwandtschaftsgrad können Anlage- und Umwelteinflüsse nicht unabhängig geschätzt werden. Dies bleibt in der Literatur gelegentlich unerwähnt und die familiäre Häufung wird fälschlicherweise als reiner Beleg für eine genetische Disposition zu Sucht interpretiert.

Eine unabhängige Schätzung genetischer und sozialer Anteile bei der Prädisposition zu Substanzabhängigkeit ist durch Zwillings- und Adoptionsstudien möglich. Bei Zwillingsstudien werden die Konkordanzraten, d.h. die Grade der Übereinstimmung in der Diagnose, von monozygoten und dizygoten Zwillingspaaren miteinander verglichen. Da monozygote Zwillinge identisches Erbmateriale haben, wird davon ausgegangen, dass alle Unterschiede zwischen ihnen durch Umwelteinflüsse entstanden sind. Dizygoten Zwillinge sind dagegen nur zu 50% genetisch identisch. Liegt die Konkordanzrate der monozygoten Zwillinge über denen der dizygoten, wird dies als Nachweis der genetischen Vererbung der Prädisposition einer Krankheit verstanden. In Adoptionsstudien wird die Übereinstimmung zwischen adoptierten Kindern und ihren biologischen Eltern ermittelt; überzufällige Ähnlichkeiten werden auf genetische Einflüsse zurückgeführt.

Für Substanzabhängigkeit liegen die Konkordanzraten monozygoter Zwillinge deutlich über denen von dizygoten Zwillingen und auch Adoptionsstudien ergaben ein erhöhtes Risiko für Kinder, die in einer nicht durch Substanzabhängigkeit belasteten Umwelt aufwuchsen, deren biologische Eltern jedoch substanzabhängig sind (Maier, 1997). Dies belegt eine genetische Disposition zu Substanzabhängigkeit.

Die familiäre Häufung von Alkoholabhängigkeit wurde bisher hauptsächlich unter genetischen Gesichtspunkten betrachtet, Umweltfaktoren fanden weniger Beachtung. Der Zusam-

⁷ Soziale Transmission kann direkt über Modelllernen stattfinden oder indirekt durch Drittvariablen, wie elterliches Desinteresse, Vernachlässigung sowie Instabilität im Familienleben und im Erziehungsstil, erfolgen.

menhang von Kindheitserlebnissen und -traumata mit psychischer Erkrankung ist für Depression gut untersucht; für Angststörungen ist er weniger gut belegt und im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit wurden negative Kindheitserlebnisse kaum erforscht (Kendler et al., 1996).

Nach Stand der bisherigen Forschung gelten als familiäre Risikofaktoren für Substanzabhängigkeit und -missbrauch: Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, der von bis zu 75% der weiblichen Substanzabhängigen angegeben wird, Gewalterfahrung und körperliche Misshandlung, die bei männlichen Substanzabhängigen häufiger anzutreffen ist (Kessler, Davis & Kendler, 1997; Sheridan, 1995; Triffleman, Marmar, Delucchi & Ronfeldt, 1995) sowie elterliche Psychopathologie (Kessler et al., 1997). Diese Faktoren werden unter dem Stichwort ‚Adverse childhood experience‘ (ACE) zusammengefasst. Allgemein lässt sich feststellen, dass ACEs additiv sind, d.h. das Risiko für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit mit zunehmender Anzahl einzelner ACEs steigt (Kessler et al., 1997; Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002). In einem Survey mit rund 18.000 Probanden wurde festgestellt, dass der positive Zusammenhang zwischen früheren ACEs und späterem Alkoholmissbrauch unabhängig von der elterlichen Sucht ist, diese jedoch das Risiko noch erhöht. Außerdem zeigte sich, dass ACEs häufiger in Familien vorkamen bei denen ein oder beide Elternteile substanzabhängig waren (Dube et al., 2002).

Daneben wird Separation von einem Elternteil durch Scheidung als Risikofaktor für Substanzabhängigkeit diskutiert (Kendler et al., 1996; Kessler et al., 1997), wobei sich die simple dichotome Erfassung von Scheidung als zu grobes Maß für die Heterogenität der Folgen erwies (vgl. Uchtenhagen, 1982). Zum frühen Elternverlust gibt es widersprüchliche Ergebnisse: Kendler, Shet, Gardner und Prescott (2002) konnten ihn als Risikofaktor für Alkoholabhängigkeit belegen, andere Autoren hingegen nicht (Hope, Power & Rodgers, 1998; Furukawa et al., 1998).

Eine mögliche neurophysiologische Erklärung für diesen Zusammenhang lieferten Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace und Bux (1999). Sie wiesen auf den erhöhten Alkoholkonsum nach einer traumatischen Erfahrung und den hohen Anteil (30-60%) von Komorbidität mit PTBS bei substanzabhängigen Frauen hin (siehe auch Dierker & Merikangas, 2001), den sie mit der erhöhten Endorphinaktivität, die durch Alkoholkonsum ausgelöst wird, in Zusammenhang brachten. Während der traumatischen Situation steigt der Endorphinlevel rasch an und dämpft dadurch den emotionalen und physischen Schmerz. Nach dem traumatischen Erlebnis sinkt der Endorphinlevel allmählich ab, der Schmerz wird spürbar und die PTBS-

Symptomatik zeigt sich. Die Endorphin-Kompensations-Hypothese besagt, dass der erhöhte Alkoholkonsum nach einer traumatischen Erfahrung den Versuch darstellt, den Endorphinrückgang und somit das Schmerzerlebnis zu vermeiden. Wird diese Copingstrategie über einen längeren Zeitraum beibehalten, kann sich eine Abhängigkeit entwickeln.

Soziale Risikofaktoren für Substanzabhängigkeit und -missbrauch *außerhalb* der Familie sind der Einfluss der Peergruppe, die Verfügbarkeit der Droge und Substanzcharakteristika sowie psychologische Merkmale der abhängigen Person, wie frühe psychische Störungen und frühes deviantes oder delinquentes Verhalten (vgl. Klein, 2004). Die Risikofaktoren streuen also breit über den mikrosozialen bis makrosozialen Bereich.

Als protektive Faktoren gelten intrapsychische Merkmale, wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Copingfähigkeiten und Kommunikationsfertigkeiten. Klein (2004) sieht den Erwerb eines angemessenen Umgangs mit Substanzen als Entwicklungsaufgabe von Jugendlichen in unserer Gesellschaft (vgl. auch Weichhold, 2003). Voraussetzungen für die Bewältigung dieser Entwicklungsphase sind nach Klein ein positives Selbstwertgefühl, affektive Selbststeuerungsfähigkeit und ein insgesamt hohes Ausmaß an Lebenskompetenz (Klein, 2004). Nach einer repräsentativen Längsschnittstudie sind familiäre Schutzfaktoren vor allem Beziehungs- und Kommunikationsmerkmale, wie Verständnis der Eltern, Interesse am Schulleben der Kinder, gemeinsame Freizeitaktivitäten und auf Kooperation basierendes, positives Familienklima (eine Übersicht über die Forschung zu protektiven Faktoren gibt Eickhoff, 2000).

Bei den Studien zu Risikofaktoren muss beachtet werden, dass es sich in den meisten Fällen um retrospektive Querschnittsuntersuchungen handelt und die gefundenen Zusammenhänge Korrelationen darstellen. Es gibt nur wenige prospektive Längsschnittstudien, die kausale Schlüsse erlauben (z.B. Hope et al. 1998; Kendler et al., 1996). Wie bereits erwähnt werden Risikofaktoren – aber auch Schutzfaktoren – erst in der Kumulation wirksam und sind kontextabhängig, d.h. je nach Alter oder Geschlecht können sie unterschiedlich stark oder sogar gegensätzlich wirken (Eickhoff, 2000). Daneben hängen verschiedene Merkmale von einander ab bzw. stehen in Wechselwirkung miteinander (vgl. Sheridan, 1995; Weichhold, 2003). Anzumerken ist zudem, dass Risikofaktoren oft unspezifisch sind und mit verschiedenen psychischen Störungen ebenso wie mit Verhaltensauffälligkeiten oder riskantem Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht werden. Risiko- und Schutzfaktoren kommen besonders in Entwicklungsphasen, wie z.B. der Pubertät zum Tragen, in der die Familie zur Ressource für die Bewältigung, aber auch zur Belastung oder Behinderung werden kann.

2.2.4 Substanzabhängigkeit aus systemischer Perspektive

Systemische Suchtforschung. Der Heterogenität der Systemtheorie kann in diesem Rahmen nicht Rechnung getragen werden. Einen Überblick über systemische Ansätze bezüglich Substanzabhängigkeit geben Thomasius (2002), Tretter (1998) und Villiez (1986). In der vorliegenden Studie werden unter systemischen Ansätzen alle Arbeiten subsummiert, die im weitesten Sinne familiendynamische Aspekte beinhalten und ihr Augenmerk auf die Beziehungsgestaltung, die Kommunikation und die Rollenverteilung innerhalb der Familie legen.

Die ersten Untersuchungen zu Sucht und Familie in den 1960igern waren Einzelfallbeschreibungen. In den 1970iger und 1980iger Jahren befassten sich die systemischen Untersuchungen zu Familie und Sucht hauptsächlich mit der Merkmalsbeschreibung und Typologisierung der betroffenen Familien. Die ersten Familienpathologien haben zum Teil ähnliche Urheber und viele Gemeinsamkeiten mit den familiendynamischen Theorien zur Ätiologie von Schizophrenie (vgl. Bateson, 1969/1990; siehe Kap. 2.2.2). Die Relevanz dieser störungsspezifischen Ansätze wird heute allerdings immer mehr bezweifelt (Thomasius, 2002). Bis heute basiert das Wissen über systemische Aspekte der Substanzabhängigkeit fast ausschließlich auf Praxiserfahrung oder auf Beobachtungsdaten aus Therapiestudien (Kaufman, 1980; Thomasius, 1997).⁸ Die Grundlagenforschung ist noch immer lückenhaft und die meisten Untersuchungen weisen erhebliche methodische Mängel auf. Dennoch haben mittlerweile systemische Ansätze im Versorgungssystem von Substanzabhängigkeit eine zentrale Bedeutung erlangt (Küstner et al., 2003), z.B. in der „Eppendorfer Familientherapie“ (Thomasius, 2002).

Es gibt kaum quantitative sowie wenig kontrollierte Studien, die meistens nur kleine Stichproben mit vorwiegend männlichen Substanzabhängigen untersuchten (Kaufman, 1980).⁹ Die Ergebnisse lassen sich nicht auf nicht behandelte Familien mit einem substanzabhängigen Familienmitglied generalisieren. Es kann angenommen werden, dass sich die untersuchten klinischen Gruppen, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in Behandlung befanden, erheblich von nicht behandelten Familien mit einem substanzabhängigen Angehörigen unterscheiden. In einer Studie zeigte sich, dass sich Heroinabhängige mit und ohne Behandlung grundsätzlich in Konsummustern, ihren sozialen Situationen und intrapsychischen Variablen

⁸ Es existieren ebenso nur wenige Evaluationsstudien zur Systemischen Therapie (einen Überblick dazu gibt Thomasius (2002).

⁹ Steinglass ist neben Stantod einer der wenigen Systemiker, der kontrollierte Labor- und Feldstudien im Rahmen systemischer Modelle vor allem zu Kommunikation und Interaktion zwischen Alkoholabhängigen und ihren Ehefrauen durchführte (siehe Jacob, 1987).

wie Kontrollüberzeugung unterschieden, so dass von „two distinct populations“ gesprochen werden kann (Hausser, Kübler & Dubois-Arber, 1999, S. 222).

Die Ergebnisse der wenigen kontrollierten Studien, die die für suchttypisch gehaltenen Familieninteraktionsmuster teilweise im gleichen Maße in Kontrollgruppen vorfanden, sprechen gegen die Suchtspezifität. Daneben legen Verlaufsstudien nahe, die familialen Interaktionsmuster eher als Reaktion, statt als Ursache auf den Alkoholkonsum zu sehen (vgl. Jacob, 1987). In einer Laborstudie, die familiäre Interaktionen von alkoholabhängigen Personen in „Trinkphasen“ und „Nicht-Trinkphasen“ mit einer Kontrollgruppe verglich, wurde festgestellt, dass sich die familialen Interaktionen der Familien von Alkoholabhängigen in den „trockenen“ Phasen von denen der Familien der Kontrollgruppe kaum unterschieden, die klinischen Familien dagegen in den Trinkphasen deutlich weniger positive Kommunikation und höhere Affektäußerung zeigten (Jacob, Seilhammer & Rushe, 1989). In einer kontrollierten Verlaufsstudie wurde festgestellt, dass die Isolation der Väter innerhalb ihrer Familien mit fortschreitender Behandlung und Abstinenz einer zunehmenden Integration wich, so dass sich die Väter 6-8 Monate nach der Behandlung bezüglich der Isolation nicht mehr von Vätern der Kontrollgruppe unterschieden (Kröger, Drinkmann, Wälte, Lask & Petzold, 1995).

Im Folgenden werden die systemischen Beziehungs- und Kommunikationsmuster dargestellt. Eine ausführliche Übersicht findet sich bei Rennert (1990) und Textor (1989).

Zentrale Annahmen systemischer Ansätze. Unter einem System wird ein Gebilde von Teilen verstanden, die sich nicht unabhängig voneinander bewegen lassen; bewegt sich das eine, bewegen sich auch alle anderen Teile des Systems. Dabei ist das Ganze mehr als die Summe seiner Teile, d.h. in der Interaktion zwischen Individuen entsteht etwas Neues, das über die Einzelmerkmale der Personen hinaus geht. Menschliches Verhalten bzw. menschliche Kommunikation wird zirkulär, statt linear-kausal erklärt: Verhalten x von Person A *verursacht* nicht Verhalten y von Person B, sondern die Verhaltensweisen verschiedener Personen eines Systems bedingen sich gegenseitig und hängen voneinander ab. Zwischen Ursache und Wirkung wird nicht getrennt, da des einen Ursache, des anderen Wirkung ist. Kommunikation ist somit kreisförmig. Z.B. führt die Beeinträchtigung, die ein Mensch durch seinen substanzabhängigen Partner erfährt (Belastung durch Mehrarbeit in der Familie wegen Ausfall des Abhängigen), zu einer bestimmten Reaktion (Vorwürfe), die wiederum ein bestimmtes Verhalten beim Abhängigen auslöst (Rückzug und erneutes Trinken).

Menschliches Verhalten wird darüber hinaus als funktional angesehen; so kann z.B. der Substanzkonsum dem Zweck dienen, einem Konflikt auszuweichen. Weiter wird davon ausgegangen, dass Systeme nach einem homöostatischem Gleichgewicht streben, d.h., wenn das System durch ein Ereignis irritiert wird, ordnen sich die Teile neu an und gleichen sich aus (z.B. übernimmt die Ehefrau Familienpflichten des alkoholabhängigen Mannes, der für bestimmte Tätigkeiten ausfällt, um auf diese Weise das Familienleben aufrecht zu erhalten).

Die substanzabhängige Person wird nicht isoliert als Individuum mit einer speziellen Krankheit, sondern als „Symptomträger“ einer familialen Dysfunktion betrachtet, die mit ihrer Erkrankung zur Aufrechterhaltung der Familienhomöostase beiträgt (Kaufman & Kaufmann, 1983). Entsprechend wurden unglücklicherweise Begriffe wie „Süchtige Familie“ oder „Alkoholische Familie“ (Villiez, 1986) geprägt, die nicht unwesentlich zur Stigmatisierung der betroffenen Familien beitrugen (vgl. Kindermann, 1992) und durch die „Hintertür“ (Rennert, 1990, S.44) doch wieder ätiologische Annahmen implizierten, in denen die Familie als Verursacher der Abhängigkeit verantwortlich gemacht wurde.¹⁰ Diese Begriffe werden heute weitgehend vermieden. Die aktuellen systemischen Konzepte zu Substanzabhängigkeit haben von den teilweise implizierten ätiologischen Annahmen Abstand genommen (Rennert, 1990). Im Zentrum aktueller systemischer Ansätze zu Substanzabhängigkeit stehen familiale Rollen und Kommunikations- und Beziehungsmuster, die zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen.

Merkmale von Herkunftsfamilien Substanzabhängiger. Die Generationenbeziehungen in den von Sucht betroffenen Familien werden in der Literatur folgendermaßen charakterisiert: Häufig wird eine Ausgrenzung des Substanzabhängigen beschrieben. Stierlin bezeichnet dieses Beziehungsmuster¹¹ als „Ausstoßungsmodus“, bei dem Eltern ihre adoleszenten substanzabhängigen Kinder in der Ablösungsphase vom Elternhaus vernachlässigen oder verstoßen (Stierlin, 1980), was dem Konzept des „Sündenbocks“ ähnelt (Kaufman & Kaufmann, 1983; Steinglass, 1983). Die Motivation für das Ausstoßen sieht Stierlin u.a. in starker Ambivalenz bei Eltern und Kindern. Allerdings betont er den für die 1970iger Jahre typischen Opferstatus des substanzabhängigen Kindes und fokussiert einseitig das negative Verhalten der Eltern

¹⁰ Trotz der Grundannahme der Systemiker, dass Verhalten nicht kausal zu verstehen sei, machten vor allem die frühen Vertreter der Systemtheorie häufig ätiologische Annahmen zu Substanzabhängigkeit in der Weise, dass Abhängige als Opfer pathologischer Familieninteraktionen galten. Explizit sprechen z.B. Schwartzman (1985) und Textor (1989) von Ursachen der Substanzabhängigkeit. Diese in der damaligen systemischen Interpretationspraxis üblichen ätiologischen Schlüsse wurden schon früh von Kaufman (1980) kritisiert.

¹¹ Stierlin unterscheidet drei Beziehungsmodi im Umgang der Generationen miteinander: Binden, Delegieren und Ausstoßen. Diese Beziehungsmuster sind „transitiv und reziprok“, d.h. - Eltern haben durch die Abhängigkeit und Unreife des Kindes zwar einen stärkeren Einfluss auf Kinder, als umgekehrt, dennoch besteht eine beidseitige Beeinflussung zwischen Kindern und Eltern (Stierlin, 1980, S.48).

gegenüber dem Kind. Diese Täter-Opfer-Einteilung mag auch mit Stierlins Definition der Beziehungsmodi als transitiv zusammenhängen, d.h. dass Eltern und Kinder nicht gleichberechtigt sind, sondern Eltern ihre Kinder aufgrund der Überlegenheit und Macht, die sie über sie haben, mehr beeinflussen als umgekehrt.

Die Ausgrenzung des Substanzabhängigen innerhalb der Familie belegen auch Studien, bei denen die Indexpatienten alkoholabhängige Väter waren. Villiez (1986), der die erste Studie zu Alkoholabhängigkeit mit Erhebung ganzer Familien im deutschsprachigen Raum durchführte, fand in allen Familien dasselbe Muster: die Kohäsion der Angehörigen nahm zu, während sich der Indexpatient isolierte und gleichzeitig sich die Familie als Ganzes von der Umwelt zurückzog. Eine kontrollierte Verlaufsstudie bestätigte die Isolation alkoholabhängiger Väter von der Kernfamilie (Kröger et al., 1995).

Im Gegensatz zur Ausgrenzung wird ebenso häufig eine enge Bindung des Substanzabhängigen an seine Herkunftsfamilie beschrieben (Stantod & Todd, 1983). Durch die Substanzabhängigkeit werde das Bedürfnis nach Kontrolle oder Fürsorge seitens der Eltern verstärkt (Kaufman & Kaufmann, 1983) und somit Bindungsverhalten aktiviert. Der Substanzabhängige werde „häufig übertrieben beschützt und als hilflose und unfähige Person behandelt“ (Stantod & Todd, 1983, S. 66), was Stierlin als „Bindungsmodus“ bezeichnet, bei dem die Eltern den substanzabhängigen Jugendlichen infantilisieren.

Den Familien wird außerdem eine intergenerationale Abgrenzungsproblematik zugeschrieben. Der Substanzkonsum wird als ein adoleszenter Ablösungskonflikt verstanden, bei dem der Jugendliche durch den Substanzkonsum eine Pseudoautonomie erreicht ohne sich wirklich lösen zu müssen (Stantod & Todd, 1983). Oft bestehe eine „Koalition“ zwischen dem abhängigen Kind und einem Elternteil (Kaufman & Kaufmann, 1983), die auch als „Intergenerationsbündnis“ oder „Verstrickung“ (Minuchin, 1983) bezeichnet wird. Häufig gehe die enge Bindung eines Kindes an einen Elternteil mit einer gleichzeitigen Distanz in der elterlichen Dyade einher, was als „Triangulation“ bezeichnet wird (Stantod & Todd, 1983). Das Kind werde somit zum Vermittler zwischen den Eltern. Diese typischen Familienmuster wurden oft über mehrere Generationen beobachtet (Kaufman & Kaufmann, 1983).

Damit hängt die von vielen Autoren beschriebene negative Kommunikation in Familien mit substanzabhängigen Angehörigen zusammen. Bei der Triangulation ist die Kommunikation insofern gestört, als dass sie über Dritte und nicht direkt stattfindet. Kaufman und Kaufmann beschreiben, dass das süchtige Verhalten des Kindes für die Eltern funktionale Bedeutung

habe, indem die Ehepartner durch die gemeinsame Sorge um das Kind die Auseinandersetzung mit Ehekonflikten vermeiden würden, was Haley als „Perverses Dreieck“ bezeichnete (Haley, 1973; Kaufman & Kaufmann, 1983). Mit dem Substanzkonsum lenke die Familie von den eigentlichen Familienproblemen ab; der Abhängige indem er sich ‚benebelt‘, die Angehörigen indem sie sich nun um den „identifizierten Patienten“ und das Problem der Abhängigkeit kümmern müssen (Steinglass, 1983). Negative Kommunikation wurde in Form von häufiger Kritik, Nörgeln und Vorwürfen festgestellt (Reilly, 1983), was mit den Befunden von ‚Expressed Emotions‘- Studien zu Substanzabhängigkeit konsistent ist (Schwartz, Dorer, Beardslee, Lavori & Keller, 1990; vgl. Kap. 2.2.5).

Den von Sucht betroffenen Familien werden daneben niedrige Copingfähigkeiten zugeschrieben (Uchtenhagen, 1982): Die Familien reagieren auf Veränderungsanforderungen unflexibel mit stereotypen, rigiden Verhaltensmustern (Minuchin, 1983). Reilly fand außerdem einen inkonsequenten oder widersprüchlichen Erziehungsstil – ähnlich dem „Double bind“ (Bateson, 1969/1990) –, Schwierigkeiten im Kommunizieren von Gefühlen, Verleugnung der Drogensucht und unverarbeitete Trauer aufgrund des Verlustes eines Elternteiles (Reilly, 1983), was zum Teil die Studien zu Risikofaktoren bestätigen (vgl. Kap. 2.2.3).

Auswirkungen der Substanzabhängigkeit auf die Angehörigen. Thomasius (2002, S.298) stellt fest, dass

„[...] die Entwicklung einer Suchtstörung bei Jugendlichen die Struktur von Familien wie auch deren Beziehungen untereinander unmittelbar betrifft und sich auf die Rollen, Aufgaben und Befindlichkeit aller Familienmitglieder auswirkt. Die Angehörigen der Adoleszenten werden im Laufe dieses Prozesses in ihrer eigenen Persönlichkeitsentfaltung beeinträchtigt, vielfach gekränkt und manchmal auch selber krank. Auf der anderen Seite unterstützen sie nicht selten das süchtige Verhalten des Jugendlichen und tragen unbewusst zu dessen Aufrechterhaltung bei. Sie reagieren dort, wo Veränderung notwendig ist, mit eingeschliffenen Mustern. Ihre Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen sind erschöpft.“

Co-Abhängigkeit. Im Diskurs über Strukturen und Beziehungsdynamiken in Familien mit einem substanzabhängigen Angehörigen ist vor allem der Begriff der Co-Abhängigkeit von Bedeutung. Co-Abhängigkeit wird definiert, als Verhalten und Einstellungen von Personen, die zur Aufrechterhaltung der Substanzabhängigkeit beitragen (siehe Klein, 2001). Der Begriff ‚Co-Abhängigkeit‘ stammt aus der amerikanischen Suchtkrankenhilfe der „Anonymen Alkoholiker“, die bereits 1939 auf das Phänomen hinwiesen (vgl. Thomasius, 1997, 2002). Manche Autoren verstehen Co-Abhängigkeit als eigene Krankheit (Wegscheider, 1981), teilweise sogar als Persönlichkeitsstörung (Überblick bei Rennert, 1990; und Klein, 2001). Von

Co-Abhängigkeit sind in erster Linie Partner von Alkoholabhängigen oder Eltern von Substanzabhängigen illegaler Drogen betroffen. Sie sind meistens selbst nicht substanzabhängig und übernehmen vielfach Verantwortung für die gesamte Familie, wie auch für den Suchtkranken (Klein, 2001; Rennert, 1990). Die Annahmen über Co-Abhängigkeit basieren vor allem auf klinischen Beobachtungen und Kasuistiken; empirische Belege sind noch immer defizitär (Klein, 2001). Die wenigen existierenden Studien brachten inkonsistente Ergebnisse (vgl. Miller, 1994).

Co-abhängige Merkmale sind die übermäßige Verantwortungsübernahme für andere, ein niedriges Selbstwertgefühl, ausgeprägtes Mitleidsgefühl für andere mit starken Helferimpulsen, „verstrickte“ Beziehungen mit überwiegend negativen Interaktionen, Ängste und Schuldgefühle, Konfliktvermeidung, Verdrängung unangenehmer Emotionen, die Unfähigkeit, Kritik oder Zurückweisung zu ertragen, übermäßige Selbstkritik und Einsamkeit. Die co-abhängige Person nimmt dem Substanzabhängigen zum einen Verantwortung ab, zum anderen übt sie starke Kontrolle über ihn aus. Ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber dem Substanzabhängigen und starke Abwehr gegenüber den durch die Abhängigkeit entstandenen Gefühlen, wie Scham- und Schuldgefühle, Wut und Angst, wurden beobachtet (Klein, 2001; Rennert, 1990). In den von Co-Abhängigkeit betroffenen Familien wurden typische implizite Familienregeln entdeckt, z.B. nicht über Probleme zu sprechen, Gefühle nicht offen zu zeigen, nur indirekt über Dritte zu kommunizieren (analog zu Triangulation), perfekt sein zu müssen und die Regel, dass sich in der Familie nichts ändern darf (Subby, 1987, zitiert nach Rennert, 1990, und Thomasius, 2002).

In einer Querschnittstudie mit Studentinnen unterschiedlicher Studienrichtungen wurde festgestellt, dass Co-Abhängigkeit positiv mit Abhängigkeit verschiedener Familienmitglieder (der Mutter, der Geschwister, der eigenen, jedoch nicht mit der des Vaters) korrelierte, sowie negativ mit Selbstwertgefühl, Abgrenzungsfähigkeit und einem externen ‚Locus of Control‘¹² (Hopkins & Jackson, 2002). Diese Merkmale werden als „Reaktion auf die Anforderungen einer andauernden chronischen Stresssituation“ verstanden (Thomasius, 1997, S. 20).

Grundhaltung Angehöriger. Klein beschreibt verschiedene irrtümliche Einstellungen von Angehörigen Substanzabhängiger, die er „Grundhaltungen“ nennt, die dazu beitragen eine Co-Abhängigkeit zu entwickeln und über viele Jahre starkes Leid zu ertragen. Diese Grundhaltungen sind: Zu glauben, dass das Suchtproblem mit genug Liebe und Geduld zu lösen sei,

¹² Der Locus of Control bezeichnet eine generalisierte Kontrollüberzeugung, die Personen entweder bei sich selbst oder außerhalb der eigenen Person angesiedelt einschätzen.

dass durch Kontrolle das Suchtverhalten zu ändern sei und dass man sich selbst nicht in den Mittelpunkt stellen dürfe, sondern die Bedürfnisse anderer wichtiger seien, als die eigenen. Eine „Grundhaltung, die viele andere im Sinne einer Metakognition überragt, ist die Ambivalenz der Angehörigen“ (Klein, 2001, S. 211). „Diese [Ambivalenz] besteht in dem Aushalten massiver Spannungen, Frustrationen und ggf. Demütigungen einerseits und in der Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen, Kontrolle auszuüben und Veränderungen zu fordern andererseits“ (Klein, 2001, S. 208). Ambivalenz drücke sich auch in widersprüchlichen Haltungen aus, einerseits den Substanzkonsum zu verurteilen, andererseits diesen zu ermöglichen. Dieses Verhalten wird als „enabling“ bezeichnet.

Enabling. Die Ermöglichung und Unterstützung des Substanzkonsums seitens eines Angehörigen schlägt sich darin nieder, dass vor Außenstehenden das Suchtverhalten kaschiert oder der Abhängige beschützt wird, versucht wird, den Konsum zu kontrollieren, indem z.B. Flaschen versteckt werden, dem Abhängigen Verantwortlichkeiten abgenommen werden, die Substanzabhängigkeit rationalisiert und akzeptiert wird und Kooperation und „Rettungsversuche“ stattfinden, wie Beschaffung der Drogen, Spritzbesteck reinigen etc. (Rennert, 1990). Der Interaktionsprozess zwischen dem Substanzabhängigen und seinem Partner, der schließlich in der Co-Abhängigkeit mündet, wird als komplementäre Interaktion verstanden, im Gegensatz zu symmetrischen Interaktionen zwischen Partnern, bei denen ein Mehr eines bestimmten Verhaltens des einen, ein Mehr desselben Verhaltens des anderen nach sich zieht (vgl. Bateson, 1988; Klein, 2001). Zu der klinischen Beobachtung von enabling-Verhalten liegen keine empirischen Untersuchungen vor.

Im systemischen Diskurs über Co-Abhängigkeit wird tertiärer Krankheitsgewinn als Motivation für das ambivalente Verhalten der Angehörigen diskutiert: Neben den großen Nachteilen, die eine enge Beziehung zu einer abhängigkeitserkrankten Person mit sich bringt, wird dennoch das suchtaufrechterhaltende Verhalten eines co-abhängigen Angehörigen häufig durch Anerkennung und Bewunderung aus der Umgebung sowie durch Zugewinn an sozialer Kompetenz verstärkt (Klein, 2001). Diese positive Verstärkung wird auch im Zusammenhang mit Caregiving erwähnt. Biegel, Sales und Schulz (1991, S.31) beschreiben, dass die positive Seite des Caregivings für die Caregiverperson darin besteht, dass sie sich als „good person“ fühlen kann und das Gefühl erhält, gebraucht zu werden und kompetent zu sein. Im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit bleibt die Tatsache weitgehend unerwähnt, dass die betroffenen Angehörigen sich *sorgen* und *helfen* möchten, also in einer Caring-Situation stehen. Bes-

tenfalls wird Sorge und Pflege implizit vorausgesetzt, selten indirekt angedeutet oder periphrasisch erwähnt (siehe Kaufman & Kaufmann, 1983).

Caregiving und Substanzabhängigkeit. Man kann davon ausgehen, dass die Beziehungsgestaltung in Familien mit einem substanzabhängigen Angehörigen ebenso wie in Familien mit anderen psychisch Kranken, durch Caregiving strukturiert ist. Von ‚caregiving‘ wird im Englischen in Bezug auf die Pflege eines Erwachsenen gesprochen, während die Pflege jüngerer Kinder mit dem Begriff ‚care‘ bezeichnet wird. Die Betrachtung der Situation von Angehörigen Substanzabhängiger unter dem Aspekt des Caregivings ist neu. Das Konzept der Co-Abhängigkeit hängt damit eng zusammen; dieses fokussiert jedoch ausschließlich die pathologischen Aspekte der Pflegesituation und die dysfunktionalen Verhaltensweisen der Angehörigen, die zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen. Die Gratwanderung zwischen Unterstützung und Pflege auf der einen Seite und Co-Abhängigkeit auf der anderen war bisher in der Suchtforschung kein Thema.

Die Verwandtschaft der Konzepte Caregiving und Co-Abhängigkeit lässt sich an der Überschneidung von Careingeigenschaften mit den Merkmalen von Co-Abhängigkeit nachvollziehen. Was ist „Pflege“, was ist schon „Verantwortungsübernahme“? Was ist nötige „Sorge“, was ein kontraproduktiver „starker Helferimpuls“? Was ist eine „enge“, wo beginnt eine „verstrickte“ Beziehung? Die Zuteilung bestimmter Eigenschaften oder Verhaltensweisen zu entweder Caregiving oder Co-Abhängigkeit wird oft nur durch die Konnotation der Begriffe bestimmt und hängt im hohen Maße von der Interpretation der Beobachtung ab. Man kann von daher annehmen, dass die Beziehung zwischen Eltern und ihren substanzabhängigen Kindern pflegende *und* co-abhängige Anteile enthält und es zwischen den Extremen ein breites Spektrum gibt, innerhalb dessen die klare Abgrenzung des einen vom anderen schwer möglich ist.

Die schwierige Balance zwischen Caregiving und Co-Abhängigkeit ist von höchster Bedeutung für die familientherapeutische und psychoedukative Praxis. Welche konkreten elterlichen Handlungen den substanzabhängigen Kindern tatsächlich helfen statt die Abhängigkeit aufrechtzuerhalten, wird außer in der Empfehlung sich in eine familientherapeutische Behandlung oder Selbsthilfegruppe zu begeben, bisher nicht hinreichend kommuniziert. Der Familienalltag muss aber bewältigt werden und so mag es sein, dass vieles co-abhängige Verhalten aus Verzweiflung und schlicht nach dem Trial-and-Error-Prinzip erfolgt, weil das Hilfesystem für Angehörige nicht ausreichend ausgebaut ist (Thomasius, 2002). Den Angehörigen abhängigkeiterkrankter Personen ist sicher geholfen, wenn ihr Engagement und ihr Wille zur Unterstützung im therapeutischen Setting, wie in der fachlichen Diskussion nicht nur unter dem

pathologisierenden Aspekt der Co-Abhängigkeit gesehen wird, sondern auch unter dem ressourcenorientierten Aspekt der Pflege (vgl. Kap 2.2.7). Miller schreibt dazu: „Not only does the concept of co-dependency limit our view of the problem, it also hinders our ability to understand and help the person.“ (Miller, 1994, S. 342).

In der Krankenpflegeliteratur wird sorgfältig zwischen Caring und Caretaking getrennt. Beides kann bei Caregiving gegeben sein. Unter ‚Caring‘ wird Verantwortungsübernahme für sich selbst und Hilfe zur Selbsthilfe bei Pflegebedürftigen verstanden (vgl. Hopkins & Jackson, 2002), während ‚Caretaking‘ dem deutschen Begriff des „Helfersyndroms“ (vgl. Schmidtbauer, 1999) entspricht: Anderen helfen und für sie Verantwortung übernehmen, daraus Lebenssinn und Selbstwert erhalten, bei gleichzeitiger Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse. Die Symptomatik des Caretaking oder Helfersyndroms in Pflegeberufen entspricht demzufolge der Symptomatik der Co-Abhängigkeit im familialen Bereich.¹³ Im Gegensatz zum Spannungsfeld Caring- Caretaking gibt es jedoch im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit kein positiv konnotiertes Pendant zu Co-Abhängigkeit. Ob darüber hinaus die dichotome Zuteilung zu Caring einerseits und Co-Abhängigkeit andererseits die Wirklichkeit angemessen abbildet, ist fraglich, wie Hopkins und Jackson anmerken (siehe auch Miller, 1994) und schlagen ein Kontinuum zwischen Caring und Co-Abhängigkeit zur valideren Erfassung vor.

In der Zusammengehörigkeit von Caring einerseits und Co-Abhängigkeit andererseits tritt die Janusköpfigkeit der Situation von Angehörigen Substanzabhängiger zutage und das Ambivalenzpotenzial scheint hoch.

Belastung und Folgeerscheinungen. Angehörige von Suchtkranken sind größeren Belastungen ausgesetzt, als jene in normalen Familien (Klein, 2001). Zu typischen Belastungen gehören die Vernachlässigung durch den substanzabhängigen Partner und die damit zusammenhängende schlechtere Qualität der Paarbeziehung, (sexuelle) Gewalterfahrungen, finanzielle Probleme und Verschuldung, drohender Arbeitsplatzverlust oder Arbeitslosigkeit und soziale Isolation. Auf die in diesem Zusammenhang wichtige Unterscheidung von objektiver und

¹³ Allerdings ist diese Zuteilung in der Vergangenheit vermischt worden: Helfersyndrom wurde auf private Bereiche, Co-Abhängigkeit auf den Krankenpflegebereich übertragen. Bei der Übertragung von Co-Abhängigkeit auf Pflegeberufe kam es zu Verwirrungen: Aufgrund des Mangels eines positiv konnotierten Gegenpols im Konzept der Co-Abhängigkeit, enthalten Skalen zu Co-Abhängigkeit auch Items zu Caregiving enthalten. Die auf der Messung mit diesen Skalen basierenden Ergebnisse entfachten erneut einen Diskurs darüber, ob vor allem co-abhängige Personen pflegerische Berufe ergreifen (Hopkins & Jackson, 2002).

subjektiver Belastung von Angehörigen psychisch Kranker wird in Kap. 2.2.7 näher eingegangen.

Nach den wenigen existierenden Studien und der klinischen Erfahrung weisen Angehörige von Substanzabhängigen ein erhöhtes Risiko für verschiedene psychische Störungen auf, wobei es sich sowohl um Störungen handelt, die sich stressbedingt im Laufe der Beziehung zu dem substanzabhängigen Partner entwickelt haben, als auch um solche, die im Vorfeld bereits bestanden. Die häufigsten Störungen, über die in diesem Zusammenhang berichtet werden, sind Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen und substanzbedingte Störungen. Erhöhte PTBS-Raten fand Dierker und Merikangas (2001) nicht nur für Substanzabhängige selbst, sondern ebenfalls für Verwandte ersten Grades. Studien belegen zudem, dass Töchter alkoholabhängiger Väter häufiger Partner wählen, die ebenfalls substanzabhängig sind, im Sinne des ‚assortative mating‘ (z.B. Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002).

Auswirkungen auf Geschwister. Geschwister psychisch Kranker werden von Schmid (2004, S.225) als „Gruppe der vergessenen Angehörigen“ bezeichnet. Für Geschwister von Substanzabhängigen beschreibt Cleveland (1982) in Anlehnung an Minuchin eine Typologisierung verschiedener Rollen im Familiensystem, die der Aufrechterhaltung des homöostatischen Gleichgewichtes dienen: Das ‚Elternkind‘ übernimmt elterliche Verantwortung für jüngere Geschwister, wird zur Bezugsperson der Eltern und häufig parentifiziert. Das ‚brave Kind‘ versucht durch starke Leistungsorientierung und Überangepasstheit „die Familie in den Augen anderer Leute als erfolgreich erscheinen zu lassen“ (Cleveland, 1982, S.271). Das abweichende Verhalten des ‚symptomatischen Kindes‘ steht stellvertretend für die Störung im Familiensystem, meist eine Störung auf der Paarebene der Eltern. Kaufman bezeichnet diese Geschwisterrollen hingegen als einen von mehreren „Myths in family patterns“; da diese Muster zwar vorkämen, jedoch die Geschwister ebenso häufig selbst Probleme mit Drogen hätten (Kaufman, 1980, S.264).

2.2.5 Nicht systemische Studien zu Familie und Substanzabhängigkeit

Psychoanalytischer Ansatz. Eine Studie aus Beobachtungs- sowie Selbst- und Fremdbeschreibungsdaten von Eltern-Kind-Triaden fand bei substanzabhängigen Mädchen im Vergleich zur Kontrollgruppe schlechtere Beziehungsqualität in allen Beziehungen. Die Mädchen fühlten sich häufiger von ihren Müttern beschuldigt und empfanden ihre Vätern eher als mürbisch und abweisend. Die Übereinstimmung zwischen der elterlichen und kindlichen Wahrnehmung der Beziehungen war groß. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigte sich in den

Familien mit substanzabhängigen Töchtern ein stabiles Muster aus Feindseligkeit oder Unverbundenheit mit häufigen Schuldzuweisungen und gegenseitiger Abwertung (Ratti, Humphrey & Lyons, 1996). In einer Studie zu Drogenabhängigkeit und Bindungsstilen¹⁴ wurde festgestellt, dass die drogenabhängigen Jugendlichen am häufigsten ängstlich-vermeidend gebunden waren (Schindler, 2001). Dieser erwachsene Bindungsstil entspricht dem unsicher-ambivalenten Bindungsstil von Kindern.¹⁵ Die Bindungssicherheit bei den substanzabhängigen Kindern korrelierte zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr negativ mit dem Alter. Im Gegensatz dazu waren die gesunden Geschwisterkinder umso sicherer gebunden, je älter sie waren. Außerdem zeigte sich noch ein weiterer interessanter Effekt zwischen den Geschwistern: Je höher die Werte der substanzabhängigen Kinder im ängstlich-vermeidenden Bindungsstil waren, desto niedriger waren die Werte auf dieser Skala bei den Geschwistern. Hier zeichnete sich eine Polarisierung zwischen den Geschwistern in einer Familie ab. Weder bei Kindern noch bei Eltern gab es einen Geschlechtereffekt. Triangulation zeigte sich häufiger als in Normstichproben. Daneben fand man ein „Sucht-Bindungs-dreieck“ aus ängstlich-vermeidendem Bindungsstil der drogenabhängigen Jugendlichen, anklammerndem Bindungsstil der Mutter und abweisendem Bindungsstil des Vaters.

Studien im Kontext von Vulnerabilitäts-Stress-Modellen. In einer Längsschnittstudie mit Eltern und substanzmissbrauchenden und -abhängigen Adoleszenten wurde das *Familienfunktionsniveau* (,Family Functioning') über drei Messzeitpunkte nach der Therapie erhoben (Stewart & Brown, 1993). Dabei zeigte sich, dass in der Gruppe derer, die abstinent blieben, relativ stabil über die Zeit Kohäsion und Expressivität (Offenheit und Kommunikation von Gefühlen) anstiegen, während ausgedrückter Ärger und Aggressionen abnahmen. Der umgekehrte Effekt war bei denen zu sehen, die rückfällig wurden, obwohl sich beide Gruppen vor der

¹⁴ Der Bezug des Konstanzer Ambivalenzmoduls zur Bindungstheorie besteht insofern, als dass die Bindungstheorie die frühkindliche Entwicklung einer Ressource im Umgang mit Ambivalenz annimmt. Eine sichere Bindung wird als Voraussetzung für das Bewältigen vorübergehender Trennungen angesehen, die für die Umsetzung der Neugier in eine explorierende Handlung unabdingbar ist (siehe Kap. 2.1.2). Die Ambivalenz besteht hier zwischen dem Bedürfnis nach Geborgenheit und dem Bedürfnis Neues zu wagen. Im Gegensatz zum Konstanzer Ambivalenzmodul, handelt es sich hier jedoch nicht um die widersprüchlichen Gefühle des *Kindes* gegenüber der Bezugsperson, sondern um die Gefühle der *Bezugsperson* gegenüber dem Kind. Davon hängt ab, wie sicher sich das Kind fühlt und das bestimmt wiederum, wie sehr das Kind es wagt zu explorieren. Die Theorie ist demnach, im Gegensatz zum Konstanzer Ambivalenzmodul, klar linear-kausal ausgerichtet. Der unsicher-ambivalente Bindungsstil stellt ambivalentes Verhalten dar, das auftritt, sobald Bindungsverhalten aktiviert wird, d.h. wenn eine Belastungssituation eintritt.

¹⁵ Schindler bezieht sich auf die vier Bindungsstile nach Bartholomew: sicher (sicher bei Intimität und Autonomie), anklammernd (beziehungsfixiert), abweisend (Vermeidung enger Beziehungen bei eigenem Unverwundbarkeitsgefühl) und ängstlich-vermeidend (Bedürfnis nach Nähe bei gleichzeitiger Angst vor Abhängigkeit oder Zurückweisung).

Behandlung nicht unterschieden. Die Ergebnisse der Studie legen eine Wechselwirkung zwischen dem Familienfunktionsniveau und der Abhängigkeitserkrankung nahe.

Friedmann et al. (1997) erhoben in einer Querschnittsuntersuchung Family Functioning bei verschiedenen Diagnosegruppen, darunter Substanzabhängigkeit. Je ein Patient und ein beliebiges Familienmitglied über 12 Jahren wurden bezüglich Problemlöseverhalten, Kommunikation, Rollen, affektive Responsivität, affektive Involviertheit, Verhaltenskontrolle und generelles Funktionsniveau erhoben. Die Ergebnisse zeigten ein über alle Diagnosegruppen niedrigeres Familienfunktionsniveau außer für Verhaltenskontrolle. Zwischen den einzelnen psychiatrischen Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede. Diese Ergebnisse deuten auf einen unspezifischen Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Family Functioning hin.

Expressed Emotion (EE). 'Expressed Emotion' beschreibt das emotionale Familienklima mit den Faktoren Kritik, emotionale Überinvolviertheit und Feindseligkeit, die in Familien mit schizophrenen Patienten gefunden wurden (Brown, Birley & Wing, 1972). Das Konzept wurde später auch auf andere psychische Erkrankungen ausgedehnt. Meines Wissens gibt es nur drei Studien, in denen das Expressed Emotion- Konzept auf Alkoholabhängigkeit übertragen wurde. Eine Studie zeigte, dass ein hoher EE-Status bei Müttern mit einem 3-fachen Risiko für Substanzmissbrauch bei Kindern einherging (Schwartz, Dorer, Beardslee, Lavori & Keller, 1990). Im Diskurs über die Expressed Emotion- Forschung wurde verstärkt darauf hingewiesen, dass kritisches, feindseliges und überfürsorgliches Verhalten, das einen hohen EE-Status symbolisiert, von Eltern gegenüber ihrem psychisch erkrankten Kind eine *Reaktion* auf das Verhalten des Patienten (Cierpka, 1989) und sich ergebende Pflegeanforderungen ist (z.B. van Os, 2001). EE wird mittlerweile nicht mehr allein als Risikofaktor in der Pathogenese einer psychischen Erkrankung, sondern auch als Coping- Strategie verstanden, um mit einer hochgradig belastenden Lebenssituation umzugehen (Kavanagh, 1992), die von ebenso kritischem und feindseligem Verhalten der psychisch erkrankten Interaktionspartner begleitet wird (Florin, Nostadt, Reck, Franzen & Jenkins, 1992).

Eine Verlaufsstudie mit Ehepaaren, von denen ein Partner alkoholabhängig war zeigte, dass Wärme und wenig kritische Bemerkungen seitens der Ehepartner, die einen niedrigen EE-Status darstellen, mit einer niedrigeren Rückfallquote des substanzabhängigen Partners zusammenhing (Fichter Glynn, Weyerer, Liberman & Frick, 1997). Entgegen des theoretischen Postulates korrelierte Überfürsorglichkeit, die für einen hohen EE-Status steht, ebenfalls mit

weniger Rückfällen. Eine weitere Studie mit ähnlichem Design fand generell einen Zusammenhang zwischen hohem EE und einer höheren Rückfallrate (O'Farrell & Hooley, 1998).

Soziale Anpassung bei Angehörigen. In einer kontrollierten Studie untersuchten Hudson und Kirby (2002) die soziale Anpassung von weiblichen Angehörigen und signifikanten Anderen („family members and significant others“; kurz FSO) von vorwiegend männlichen Substanzabhängigen illegaler Drogen. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigten die FSOs der Substanzabhängigen eine signifikant niedrigere soziale Anpassung. Die Autoren gehen von einer Wechselwirkung zwischen den Substanzabhängigen und den FSOs bezüglich der sozialen Anpassung aus.

2.2.6 Fazit

Zusammenfassung. Zunächst wurde in Kapitel 2.2.1 die Diagnostik, Epidemiologie und die Ätiopathogenese der Substanzabhängigkeit dargestellt. In Kapitel 2.2.2 wurden das allgemeine Forschungsfeld zu Familie und psychischer Erkrankung und das spezielle Forschungsfeld zu Familie und Substanzabhängigkeit skizziert. Ersteres teilt sich in zwei große Bereiche, die wenig Verbindung miteinander haben: Die ätiopathogenetische Forschung zu hauptsächlich Schizophrenien auf der einen und die Angehörigenforschung auf der anderen Seite. Auch in der Forschung zu Familie und Substanzabhängigkeit sind zwei Schwerpunkte zu finden: Einerseits die eher ätiologisch orientierte Forschung zu familialen Risikofaktoren, andererseits die häufig systemischen Ansätzen folgende Forschung zu Familienbeziehungen und -interaktionen als aufrechterhaltende Bedingungen der Substanzabhängigkeit sowie deren Auswirkung auf die Angehörigen. Die systemische Forschung liefert eine Fülle von Theorien zu Familienbeziehungsmustern und qualitativen Beschreibungen von Familieninteraktionen, die vorwiegend auf Beobachtungsdaten basieren. Grundsätzlich wird der Substanzabhängige als Symptomträger eines kranken Familiensystems mit spezifischen Interaktionsmustern betrachtet, die für die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit verantwortlich gemacht werden. Die systemische Forschung weist jedoch gravierende methodische Mängel auf. Die systemische Forschung hat heute größtenteils von der Störungsspezifität der gefundenen Familieninteraktionsmuster Abstand genommen.

Die wenigen kontrollierten, methodisch strengen Querschnittsuntersuchungen, die es zu Substanzabhängigkeit und Familieninteraktion gibt, stammen vorwiegend nicht aus der systemischen Forschung. Diese Studien legen eine schlechtere Beziehungsqualität und ein niedrigeres Familienfunktionsniveau für betroffene Familien nahe sowie eine schlechtere soziale Anpas-

sung und höhere EE-Raten bei Angehörigen. Das Muster der Triangulation und eine innerfamiliäre Isolation alkoholabhängiger Väter konnten bestätigt werden. Studien, die verschiedene Diagnosegruppen miteinander verglichen, belegten die Unspezifität der gefundenen Zusammenhänge. Verlaufsstudien zeigten darüber hinaus, dass es sich bei den Variablen um stressbedingte Reaktionen der Familienmitglieder auf die Situation mit einem substanzabhängigen Angehörigen handelte, die sich unter Abstinenzbedingungen zurückbildeten. Bezüglich EE fand man jedoch entgegen der theoretischen Annahme einen Zusammenhang zwischen Überfürsorglichkeit und niedriger Rückfallrate.

Auch bei diesen Studien muss beachtet werden, dass eine methodische Einschränkung durch die Selektivität der Stichprobe besteht, da es sich häufig um behandelte Personen, bzw. behandelte Familien oder zumindest teilnahmewillige Familien handelte (vgl. Kap. 3.2). Die empirischen Studien weisen darauf hin, dass die gefundenen familialen Interaktionsmuster durch eine komplexe Wechselwirkung zwischen dem Verhalten der Angehörigen und dem der substanzabhängigen Personen entsteht.

Zu den aus der klinischen Praxis bekannten Auswirkungen der Substanzabhängigkeit auf die Angehörigen gibt es kaum empirische Belege. Die klinische Erfahrung weist vor allem auf die Gefahr der Co-Abhängigkeit bei Partnern und Eltern hin, die mit Enabling, dem Ermöglichen des Substanzkonsums durch einen Angehörigen, einhergehen kann. Klinische Erfahrungen sowie wenige Studien zeigten zudem eine erhöhte Belastung von Angehörigen Substanzabhängiger, die sich in sozialen Problemen, erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen und einem erhöhten Risiko für Frauen alkoholabhängiger Väter einen alkoholabhängigen Partner zu wählen, äußerte. Caregiving ist für Substanzabhängigkeit bisher weder diskutiert, noch untersucht worden. Es gibt jedoch Hinweise in der Literatur, dass Co-Abhängigkeit und Caregiving zusammenhängen. Es gibt zahlreiche sowohl explizit angesprochene, als auch implizite Hinweise auf Ambivalenz.

Forderungen an zukünftige Untersuchungen. Cierpka formulierte Ende der 1980er Jahre Kriterien, nach denen Modelle oder Thesen zur Rolle der Familie in der Ätiopathogenese psychischer Krankheiten gestaltet sein sollten (Cierpka, 1989). Nach seinen Forderungen sollten klinische Familientheorien u.a.: 1. auf Spezifitätsannahmen verzichten, jedoch die störungsspezifisch unterschiedliche Bedeutung von Familien beachten, 2. falsifizierbar sein und methodisch sauber überprüft werden, 3. mit übergeordneten Familientypologien arbeiten, die eine Einordnung von Familien auf einem Kontinuum von funktional bis dysfunktional ermöglichen, 4. Familie in sozialen Kontext einbetten, 5. ressourcenorientiert sein (vgl. auch Raisch,

1993) und 6. Individuum, Dyade und Gesamtfamilie differenzieren und ihre Wechselwirkung beachten.

Implikationen für die vorliegende Studie. Vor dem Hintergrund bisheriger Modelle und empirischer Studien versucht die vorliegende Arbeit die von Cierpka angesprochenen konzeptuellen Lücken in der klinischen Familienforschung zu schließen. Die Typologie des Konstanzer Ambivalenzmoduls ermöglicht die Einordnung der Beziehungsgestaltung in Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen auf einem Kontinuum von Normalität bis Pathologie. Dadurch lässt sich die Beziehungsgestaltung klinischer Familien mit denen nicht-klinischer Familien vergleichen. Das Konstanzer Ambivalenzkonzept ermöglicht weiter, Generationenbeziehungen in klinischen Familien nicht allein unter dem normativen Blickwinkel der Solidarität abzubilden. Die Beziehungsgestaltung in Familien mit einem substanzabhängigen Angehörigen wird vor dem Hintergrund untersucht, dass diese eine Ressource für die Familienmitglieder darstellt. Dabei wird eine systematische Unterscheidung von Müttern, Vätern, erkrankten und gesunden Kindern innerhalb der Familien vorgenommen und die Familienbeziehungen sowohl auf allgemeiner als auch auf dyadischer Ebene untersucht.

In der vorliegenden Querschnittsstudie werden weder Annahmen über den kausalen Zusammenhang zwischen familialer Beziehungsgestaltung und Entstehung der Substanzabhängigkeit gemacht, noch systemische Annahmen über den Verlauf und die Aufrechterhaltung der Erkrankung. Mögliche Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung werden als Folgeerscheinungen der Erkrankung aufgefasst. Die einzelnen Dyaden werden differenziert betrachtet und die betroffenen Familien entsprechend als heterogene Gebilde verstanden. Familienbeziehungen können somit – fern einer dichotomen Zuordnung zu krank oder gesund – sowohl funktionale, wie auch dysfunktionale Anteile enthalten.

Inhaltlich liegen der Untersuchung zwei Schlüsselannahmen zugrunde, die im Folgenden ausgeführt werden.

2.2.7 Schlüsselannahmen der vorliegenden Untersuchung

In vielen der genannten Konzepte zur Beziehungsgestaltung in Familien mit einem substanzabhängigen Angehörigen spielt Ambivalenzerleben oder ambivalenter Umgang miteinander eine Rolle. Die erste Schlüsselannahme lautet von daher, dass die Gestaltung intergenerationaler Beziehungen den Umgang mit Ambivalenz erfordert (vgl. Konstanzer Ambivalenzmodul, Kap.2.1.4). Des Weiteren legt die Literatur nahe, dass in Familien mit substanzabhängi-

gen erwachsenen Kindern aufgrund der Caregiving-Situation Ambivalenz in den generationalen Beziehungen entsteht. Dies ist die zweite Schlüsselannahme.

Ambivalenz. Im Zusammenhang mit Co-Abhängigkeit wurde die ambivalente Rolle von Partnern und Eltern von Substanzabhängigen erwähnt, die sich zwischen Kontrolle und Veränderungsmotivation einerseits und Frustration andererseits bewegen (Klein, 2001; siehe Kap. 2.2.4). Auch Reilly spricht Spannungsfelder direkt an: „Die Familien von Drogenabhängigen sind nach unserer Erfahrung intensiv mit Problemen wie Bindung und Trennung, Verschmelzung und Individuation, Abhängigkeit und Autonomie, Verlust und Wiedererlagen [...] beschäftigt.“ (Reilly, 1983, S.125).¹⁶

Hinzu kommt die ambivalente Haltung der psychiatrischen Einrichtungen, in denen einerseits Substanzabhängigkeit als Krankheit angesehen wird, andererseits die Voraussetzung für eine Behandlung im bereits überwundenen Symptom besteht.¹⁷ Dieser Widerspruch von Krankheitsparadigma und Abstinenzparadigma, vor dem Angehörige wie Patienten stehen, ähnelt einer Double bind- Situation: Der Patient ist krank *und* der Patient ist für sein Symptom verantwortlich. Es ist nicht verwunderlich, dass Substanzabhängigkeit auch in der Bevölkerung in weiten Teilen noch immer als „Unfähigkeit zur Selbstkontrolle“ gilt (Krausz, 2004, S. 20, vgl. Bateson, 1988). Die daraus resultierende Scham führt bei den Betroffenen zu „Ambivalenz [...] gegenüber Therapie und deren Konsequenzen“, so dass substanzabhängige Personen mitunter längere Zeit „brauchen [...], um sich zu Veränderungen durchzuringen“ (Krausz, 2004, S. 20). Dieser Widerspruch im Suchtversorgungssystem wirkt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die generationale Beziehungsgestaltung aus und mag für die Unsicherheit der Angehörigen, wie sie mit der Erkrankung umgehen sollen, sowie für co-abhängiges Verhalten mitverantwortlich sein.

Auch Angehörige können gegenüber einer Heilung der Substanzabhängigkeit ambivalent sein: Familientherapeutische Beobachtungen legen nahe, dass abstinente Phasen des Substanzabhängigen für die Familien häufig schwerer zu ertragen sind, als die Phasen des Konsums, da Konflikte aufbrechen, die in der Sorge um den Substanzabhängigen bisher untergegangen sind, Veränderungen in der Nähe-Distanz-Regulierung stattfinden und Verantwort-

¹⁶ In systemischen Modellen spielt Ambivalenz generell eine große Rolle. Z.B. galt das in sich widersprüchliche, elterliche Double bind- Verhalten lange Zeit als Verursacher von Schizophrenie (Bateson, 1969/1990). Diese ätiologische Sicht ist mittlerweile überholt (vgl. Kap 2.2.2). Stierlin (1994, S.137) formuliert: „Ambivalenzbewältigung bedeutet innere Konfliktbewältigung, und diese zeigt sich uns als Folge wie auch als Voraussetzung einer gelingenden innerfamiliären und interpersonellen Konfliktbewältigung“.

¹⁷ Diesen Widerspruch von Krankheitsparadigma und Abstinenzparadigma der Suchtversorgung gilt es nach Krausz (2004) zu überwinden.

lichkeiten neu verteilt werden müssen (Thomasius, 1997). Der Übergang von der Abhängigkeit eines Familienmitgliedes in die Abstinenz kann als familiale Entwicklungsaufgabe verstanden werden, in der sich die Familie aufgrund veränderter Bedingungen neu organisieren muss. Dass die labilen Übergangsphasen eine Krise für die Familie darstellen, wurde bereits erwähnt, und so nimmt es nicht Wunder, dass Familien gegenüber einer erfolgreichen Therapie ambivalent sein können und an der Aufgabe scheitern, sich auf ein Leben ohne Drogen einzustellen, die häufig ein „zentrales, organisierendes Prinzip“ darstellen (Villiez, 1987, S.100). Diese ambivalente Haltung von Angehörigen gegenüber der Veränderungen im Zuge einer Behandlung könnte Enabling erklären.

Aufgrund dieser besonderen Bedingungen, unter denen Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind ihre Beziehungen gestalten müssen, ist anzunehmen, dass Ambivalenzerleben in den Generationenbeziehungen in diesen Familien eine große Rolle spielt. Denkbar ist neben häufigem und intensivem Ambivalenzerleben ebenso die Negierung von Ambivalenz und ihr lediglich latentes Erscheinen, wenn hohe Ambivalenz mit einem gleichzeitigen Mangel an Bewältigungsmöglichkeiten auftritt. Die Akzeptanz und somit die bewusste Auseinandersetzung mit widersprüchlichen Gefühlen, setzt besonders bei ambivalenten Gefühlen in Beziehungen ein hohes Maß an Ambivalenztoleranz¹⁸ voraus. Bringt man jemandem, den man liebt, gleichzeitig Hassgefühle entgegen, löst dies Schuldgefühle aus, deren Intensität sich noch steigern kann, wenn es sich um eine Generationenbeziehung, insbesondere eine Mutter-Kind-Beziehung handelt, da Muttergefühle unter dem hohen kulturellen Druck stehen, ausschließlich positiv sein zu müssen.¹⁹

Caregiving. Die soziale Situation von Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen, innerhalb derer Generationenbeziehungen gestaltet werden müssen, ist mit der Aufgabe verbunden die Lebensführung auf den Umgang mit der Erkrankung einzustellen und somit durch Caregiving strukturiert, was diese Familien von anderen Familien unterscheidet. Bisher wurde Caregiving vor allem im Zusammenhang mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht. In der vorliegenden Untersuchung wird der Caregiving-Aspekt erstmals auf

¹⁸ Unter Ambivalenztoleranz wird der reife Umgang mit Ambivalenz verstanden, d.h. die Fähigkeit, intrapsychische Widersprüchlichkeiten auszuhalten.

¹⁹ Parker (1995) beleuchtet aus psychoanalytischer Sicht die Ambivalenz der Mutterliebe und sieht darin den Auslöser für konflikthafte Aspekte in der Mutter-Kind-Beziehung. Hass und Liebe gegenüber dem Kind existieren in der Mutter Seite an Seite. Der kulturelle und gesellschaftliche Druck, eine perfekte Mutter sein zu müssen, „konstant liebevoll, [...] und verfügbar“ (Parker, 1995, S.4, Übersetzung Rudolf) bewirke Angst und Schuldgefühle, welche den Umgang mit Ambivalenz verhindern. Nicht die Ambivalenz selbst sei das Problem, sondern der neurotische Umgang mit ihr, die Abwehr aus Scham. In der Auseinandersetzung mit Ambivalenz sieht Parker kreatives Potential für eine reife Beziehungsgestaltung.

die Situation von Angehörigen eines substanzabhängigen Familienmitgliedes übertragen. In der Literatur zu Familie und Substanzabhängigkeit wurde Caregiving bisher nur implizit oder am Rande erwähnt, z.B. bei Co-Abhängigkeit, Enabling und anderen pathologischen Beziehungsmustern (vgl. Kap. 2.2.4). Es wird davon ausgegangen, dass die im folgenden dargestellten Befunde zu Caregiving und psychischer Erkrankung zum Großteil auch auf Substanzabhängigkeit übertragen werden können.

„To care“ hat unterschiedliche Bedeutungen von „sich sorgen“ über „sich kümmern“ bis „Interesse an jemandem haben“. Das Substantiv „the care“ bedeutet Sorge, Pflege, Achtsamkeit, Obhut.²⁰ Hier wird bereits in der Wörterbuchdefinition das dem Begriff immanente Spannungsfeld deutlich. Tessler und Gamache (2000) definieren Caregiving als eine Pflegesituation, die zwischen durch Verwandtschaft verbundenen Erwachsenen besteht, eine Rollenveränderung beinhaltet, asymmetrisch und nicht-reziprok ist.

Caregiving bei psychischer Erkrankung. Die an eine chronische somatische Erkrankung angepasste Struktur der Lebensführung wurde bereits von Strauss und Glaser (1975) beschrieben. Viele dieser Aspekte gelten ebenfalls für chronische psychische Erkrankungen. Die der Familie gestellte Aufgabe enthält jedoch aufgrund der Manifestation psychischer Erkrankung auf der Verhaltensebene, wie z.B. mangelnde Krankheitseinsicht, Störungen des Denkens und des Antriebes, für die Angehörigen besondere Schwierigkeiten (vgl. Lefley, 1987). Neben Caregiving als Sorge und Pflege beinhaltet die Gestaltung sozialer Beziehungen zwischen Angehörigen und psychisch Erkrankten auch Verhaltenskontrolle (Tessler & Gamache, 2000). Dies wirkt sich in höchstem Maße auf Autonomie und Abhängigkeit, Nähe und Distanz sowie Veränderungsmöglichkeiten und Bewahrungstendenzen eines jeden Familienmitgliedes aus. Das Potential für Ambivalenzerleben zeigt sich hierin deutlich.

Tessler und Gamache (2000) sowie Koenings (1987) beschreiben das grundsätzliche Dilemma, in dem sich Eltern von psychisch erkrankten erwachsenen Kindern befinden: Wie weit sollte und darf Pflege und Verhaltenskontrolle gegenüber dem kranken Kind gehen? Wie selbstverantwortlich kann ein psychisch erkrankter Mensch für sich sorgen? Diese Fragen verschärfen sich, wenn man sie auf die besondere Zwitter-Position überträgt, die Substanzabhängigkeit unter den psychischen Erkrankungen hat.

Nach Tessler und Gamache wird das Dilemma dadurch verstärkt, dass die Pflege, Unterstützung und Kontrolle eines erwachsenen Kindes, wie es eine psychische Erkrankung häufig

²⁰ Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch (1983)

erfordert, im Widerspruch zu der normativen Erwartung an diese Lebensphase steht. Tessler und Gamache (2000, S.11) sprechen von „off-timedness“ und ergänzen, diese Anforderung sei „out of synchrony with the appropriate stage in life cycle“. Die Diskrepanz zwischen normativen Erwartungen und tatsächlichen Aufgaben verhindert die Reziprozität in der Beziehung zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern. Sowohl die Verteilung der Rechte, als auch der Pflichten erlangen in den Generationenbeziehungen keine altersangemessene Symmetrie. Die Frage, inwieweit Eltern für ein erwachsenes Kind sorgen und es kontrollieren sollen, ist von Unsicherheit und Zweifeln gekennzeichnet im Gegensatz zu der normativ erwarteten Fürsorge bzw. der Fürsorgepflicht gegenüber einem minderjährigen Kind. Die durch das Erwachsenwerden des Kindes zu erwartende neue Balance zwischen Nähe und Distanz kann nicht erworben werden; die familialen Hierarchien bleiben erhalten (vgl. Transitionsphasen in Kap. 2.1.2).

Caregiving wird von den Angehörigen einerseits als Belastung empfunden (Übersicht zu Belastung pflegetätiger Angehöriger bei Saunders, 2003; Übersicht zu Pflegebelastung speziell von Angehörigen psychisch Kranker bei Baronet, 1999), andererseits aber auch positiv verstärkt erlebt (Biegel, Sales & Schulz, 1991). Studien fanden, dass Angehörige beide Aspekte gleichzeitig erleben (Tessler & Gamasche, 2000; Veltman, Cameron & Steward, 2002). In dieser Gleichzeitigkeit zeigt sich deutlich das Ambivalenzpotential.

Im Zusammenhang mit Pflege bei psychischer Erkrankung ist die Trennung von objektiver und subjektiver Belastung wichtig (Hoenig & Hamilton, 1966). Objektive Belastung beruht auf den konkreten pflegerischen Anforderungen an die Familienmitglieder, während subjektive Belastung vor allem durch Probleme in der Nähe-Distanz-Regulation und aufgrund von Verhaltenskontrolle entsteht und die persönliche Einschätzung betrifft, inwieweit die Pflege als schwere Bürde empfunden wird (Baronet, 1999; vgl. Hatfield, 1987). Im Hinblick auf die vorliegende Studie ist vor allem die subjektive Belastung von Relevanz, die auf Ambivalenzpotential hinweist.

Auf der Seite der Carereceiver wird umgekehrt Caregiving nicht nur positiv empfunden, sondern auch als belastend erlebt. Katschnig (2002, S.115) spricht vom „Dilemma“, in dem sich die psychisch erkrankte Person in der Situation des Gepflegtwerdens befindet, dass „geborgen sein und versorgt werden [...] tendenziell mit Autonomieeinbuße und Einschränkung von Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten verbunden [ist]“. Die Frage, ob „das Dilemma des gleichzeitigen Wunsches nach Geborgenheit und nach Autonomie zu lösen“ sei, beantwortet er mit der „Intimität auf Distanz“, die bedeutet: „Jeder braucht eine Basis mit einer engen

emotionalen Beziehung, man muss von dieser Basis aber auch weggehen können“ (Katschnig, 2002, S.115). Hier wird einerseits die Fähigkeit zu Ambivalenztoleranz angesprochen, andererseits ist ein Zusammenhang mit der „secure base“ als Voraussetzung für Explorationsverhalten der Bindungstheorie zu sehen (vgl. Kap. 2.1.2).

Rollen und Caregiving. Caregiving kann jedoch nicht global für die gesamte Familie, sondern muss entsprechend der sehr unterschiedlichen familialen Rollen betrachtet werden, die häufig mit Genderrollen verknüpft sind. Es ist anzunehmen, dass der Caregiver und der Carereceiver oder der primär sorgende und der primär kontrollierende Elternteil die Beziehungsgestaltung unterschiedlich und somit generationenspezifisch bzw. geschlechtsspezifisch empfinden. Den Hauptteil familialer Pflegeleistung übernehmen nach wie vor Frauen (siehe Lüscher & Liegle, 2003), was auch für die spezifische Pflege von psychisch Kranken gilt (Baronet, 1999). Da Substanzabhängigkeit etwa doppelt so viele Männer wie Frauen betrifft, fällt allein schon deswegen die Pflegeleistung öfter an Mütter und Partnerinnen.²¹ Da die generationale Beziehungsgestaltung geschlechts- bzw. rollenspezifischen unterschiedlich, ja sogar gegensätzlich sein kann, ist die Frage nach Geschlechtsunterschieden bei Eltern substanzabhängiger Kinder vor allem für die psychiatrische Praxis relevant, *wie* diese in die Therapie einbezogen werden können.

2.3 Hypothesen

2.3.1 Ziel der Forschungsarbeit

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Gestaltung der Generationenbeziehungen unter den spezifischen Rahmenbedingungen von Substanzabhängigkeit und familialen Rollen darzustellen. Als Aspekte der Beziehungsgestaltung werden *Ambivalenzerleben*, *Umgang mit Ambivalenz* und *Beziehungsqualität* untersucht. Die zentrale These dieser Untersuchung lautet: Generationenbeziehungen zwischen Eltern und Kindern unterscheiden sich im Ambivalenzerleben, im Umgang mit Ambivalenz und in der subjektiv empfundenen Beziehungsqualität. Die drei untersuchten Konstrukte Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität bestehen aus verschiedenen Teilaspekten, die entsprechend im Fragebogen operationalisiert sind (vgl. Kap. 3.4):

(a) Ambivalenzerleben wird untersucht bezüglich der Aspekte: *Häufigkeit*, *Intensität*, *relative Häufigkeit* und *Belastung* durch Ambivalenz. Außerdem wird die *Qualität* der Ambivalenz

²¹ Dies gilt nicht für die Stichprobe der vorliegenden Studie, da hier mehr substanzabhängige Frauen, als Männer untersucht wurden.

exploriert: Welche Themen werden von den Befragten mit Ambivalenzerleben in der Beziehung zu einem Familienmitglied der anderen Generation in Verbindung gebracht? Welche Spannungsfelder werden dabei explizit benannt? Gleichzeitig wird mit der qualitativen Frage die Anwendbarkeit des Konstanzer Ambivalenzmoduls auf klinische Familien überprüft, d.h. ob die Befragten tatsächlich angeben, zwischen ‚Nähe‘ und ‚Distanz‘ (Konvergenz-Divergenz) und zwischen ‚Sich an Bewährtem orientieren‘ und ‚Neue Wege gehen‘ (Reproduktion-Innovation) hin- und her gerissen zu sein. Möglicherweise finden sich hier andere Pole, als in nicht-klinischen Familien.

(b) Umgang mit Ambivalenz wird untersucht anhand der vom Konstanzer Ambivalenzmodul postulierten vier verschiedenen Umgangsstile mit Ambivalenzerfahrungen: *Solidarität*, *Emanzipation*, *Atomisierung* und *Kaptivation* (vgl. Kap. 2.1.4).

(c) Beziehungsqualität wird untersucht bezüglich der Aspekte *Verbundenheit* mit dem dyadischen Partner, *Erfreulichkeit* der dyadischen Beziehung und *Übereinstimmung* der dyadischen Beziehung bzw. des allgemeinen Familienlebens *mit der eigenen Wunschvorstellung*.

Diese Variablen des Ambivalenzerlebens, des Umgangs mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität hängen von mehreren Bedingungsfaktoren ab, die die Gestaltung der Generationenbeziehungen in spezifischer Weise beeinflussen. Zum einen handelt es sich dabei um die psychische Erkrankung ‚Substanzabhängigkeit‘ des erwachsenen Kindes. Zum anderen um die Familienrolle des Befragten, die sich sowohl auf die Eltern- und Kindrolle, d.h. die Generationenzugehörigkeit, als auch auf die geschlechtsbezogene Rolle von Müttern und Vätern bezieht.²² Zuletzt hängen die Variablen von soziodemografischen und krankheitsbezogenen Faktoren ab.²³

2.3.2 Hypothesen zum Einfluss der Substanzabhängigkeit

Der veränderte Kontext innerhalb dessen sich Generationenbeziehungen in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind gestalten müssen, lässt sich wie folgt charakterisieren: Die Familien weichen von der normativen Entwicklung der Generationendynamik ab, indem sich z.B. die Ablösung des Kindes vom Elternhaus verzögert bzw. nicht stattfindet oder radikale Brüche aufweist, die sich mit starker Einflussnahme und intensiver Betreuung des

²² Die Geschlechtszugehörigkeit der erkrankten Kinder spielt vermutlich ebenfalls eine Rolle, wird jedoch aufgrund der geringen Anzahl männlicher Patienten in der Stichprobe (n = 5) nicht untersucht.

²³ Diese Faktoren sind nicht mit in die Hypothesenbildung eingeflossen. Sie wurden jedoch deskriptiv ausgewertet und in der Stichprobenbeschreibung dargestellt.

Patienten abwechseln. Die Bewältigung der Übergangsphase der Ablösung vom Elternhaus, die an sich schon eine Krise in der Familienentwicklung darstellt, wird in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind zusätzlich belastet (siehe dazu Kap. 2.1.2).

Die Normabweichung hat verschiedene potentiell problematische Folgen: Sie kann aufgrund des sozialen Vergleiches mit anderen, „normalen“ Familien und möglicherweise aufgrund von Stigmatisierung oder zumindest Unverständnis seitens der Gesellschaft als belastend erlebt werden. Durch die nicht normative Entwicklung des jugendlichen oder erwachsenen Kindes werden die Erwartungen der Eltern enttäuscht. Die dadurch entstehenden Handlungsanforderungen kollidieren mit der Lebensplanung und der Entwicklungsaufgabe der Eltern, sich von der jahrelang im Zentrum stehenden intensiven Erziehungstätigkeit allmählich zu lösen und sich anderen Dingen stärker zu widmen. Daneben ist die elterliche Beziehungseinschätzung immer davon gefärbt, wie gut sie ihren Erziehungsauftrag in ihren eigenen Augen erfüllt haben. Gradmesser dafür ist die Entwicklung der Kinder. Weicht deren Entwicklung von der Norm ab, tritt bei Eltern schnell die Frage danach auf, was sie falsch gemacht haben oder anders hätten machen sollen.

Daneben führen die Symptomatik des Kindes und die Folgeerscheinungen der Erkrankung, wie z.B. juristische Konflikte, stationärer Entzug und Therapie, zu Diskontinuitäten und permanenten Eruptionen im Alltag und infolgedessen in der Beziehungsgestaltung. Der Verlauf von Substanzabhängigkeit wird zum Großteil von Rückfällen und häufigen Behandlungen gekennzeichnet (Schwoon, 2000). Das tägliche Miteinander zwischen Kind und Eltern verliert an Verlässlichkeit und vertrauten, gewohnten Abläufen. Die Erkrankung verschärft zudem das gegenseitige Empfinden der Andersartigkeit und somit das Gefühl des Nichtverstehens und Nichtverstandenwerdens zwischen Eltern und Kindern. Weder das eigentliche Drogenerlebnis noch die dauerhafte Selbstschädigung werden von den Eltern verstanden.

Es wird von daher angenommen, dass sich aus Sicht der Eltern Unterschiede in der Gestaltung ihrer Beziehungen zu gesunden und erkrankten Kindern finden lassen. Die Hypothesen, die sich aus den einzelnen Aspekten der drei Variablen Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität ergeben, werden im Folgenden dargestellt.

Ambivalenzerleben. Die Abweichung von der normativen Familienentwicklung und die damit verbundenen Diskontinuitätserfahrungen, ebenso wie die Wahrnehmung der Andersartigkeit zwischen Eltern und ihren erkrankten Kindern führen vermutlich dazu, dass Eltern gegenüber den erkrankten Kindern ambivalenter sind, als gegenüber ihren gesunden Kindern.

Im Vergleich mit den substanzabhängigen Kindern erfüllen die gesunden Geschwister in den Augen der Eltern eher die normativen Erwartungen, werden weniger befremdlich in ihrem Verhalten wahrgenommen und erschüttern das Familienleben weniger durch ihr Handeln, was wahrscheinlich weniger Ambivalenzerfahrung nach sich zieht. Eine Studie zu Bindung und Substanzabhängigkeit fand polarisierende Bindungsstile zwischen gesunden Geschwistern und einem substanzabhängigen Jugendlichen (Schindler, 2001). Ein ähnliches Muster in Form von Unterschieden in der elterlichen Ambivalenz gegenüber gesunden vs. erkrankten Kindern könnte sich auch in der vorliegenden Studie zeigen. Eine Polarisierung kann mit der hier durchgeführten Analyse nicht festgestellt werden. Die durch die Droge erreichte Pseudoautonomie (Stantod & Todd, 1983) und die verstärkte Fürsorge und Kontrolle seitens der Eltern (Kaufman & Kaufmann, 1983) legen eine erhöhte Ambivalenz nahe.

Neben den quantitativen Unterschieden wird postuliert, dass sich die elterliche Ambivalenz in der Beziehung zu substanzabhängigen Kindern an anderen Themen entzündet und Eltern andere Pole nennen, zwischen denen sie sich hin- und hergerissen fühlen. Möglicherweise beinhalten die Themen Folge- und Nebenerscheinungen der Sucht, wie z.B. Delinquenz. Systemische Untersuchungen legen nahe, dass Bindung und Trennung sowie Autonomie und Abhängigkeit typische Spannungsfelder sind, in denen sich Familien mit einem substanzabhängigen Kind bewegen (Reilly, 1983, vgl. Kap. 2.2.4). Es kann ferner davon ausgegangen werden, dass sich die widersprüchliche Haltung von Psychiatrern und Therapeuten bezüglich Substanzabhängigkeit auf die Patienten und ihre Angehörigen überträgt, so dass auch die betroffene Familie zwischen der Interpretation von Substanzabhängigkeit einerseits als Krankheit, andererseits als ‚Willensschwäche‘ schwanken. Aus diesen Überlegungen folgt die Hypothese:

H1a: Eltern empfinden gegenüber erkrankten Kindern im Vergleich zu den nicht erkrankten Geschwisterkindern häufiger, relativ häufiger und intensiver Ambivalenz und fühlen sich stärker dadurch belastet.

Eltern erleben in der Beziehung zu erkrankten Kindern andere ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder, als in der Beziehung zu den nicht erkrankten Geschwisterkindern.

Beziehungsqualität. Ein drogenabhängiges Kind entspricht weder den persönlichen Erwartungen der Eltern – stolz auf das eigene Kind zu sein, Bestätigung für die eigene Erziehung zu bekommen, sein Kind glücklich zu sehen – noch wird es den normativen Anforderungen seiner Lebensphase gerecht – selbstständig werden, sich ablösen, eine Ausbildung machen. Dies beeinflusst das Selbstverständnis und die Identitätsbildung der Eltern und belastet sie daneben

konkret mit Pflegeaufgaben. Die Fürsorge gegenüber Kindern, die im normativen Lebenslauf allmählich abnimmt, bleibt bestehen oder verschärft sich. Empirische Studien belegen die erhöhte Belastung von Angehörigen Substanzabhängiger (siehe Kap. 2.2.5).

Die Enttäuschung, die Sorgen und die Belastung der Eltern führen vermutlich dazu, dass sie die Beziehung zu den erkrankten Kindern weniger erfreulich und seltener in Übereinstimmung damit einschätzen, wie sie sich die Beziehung wünschen. Dagegen wird angenommen, dass die Verbundenheit als ein weiterer Aspekt der Beziehungsqualität insgesamt stark ausgeprägt ist und Eltern sich ihrem ‚Sorgenkind‘ genauso verbunden fühlen, wie den gesunden Geschwisterkindern. Sorge um jemanden impliziert eine starke Bindung. Diese Diskrepanz innerhalb der Beziehungsqualität kann eine weitere Quelle von Ambivalenz sein.

H1b: Eltern empfinden die Beziehung zu erkrankten Kindern im Vergleich zur Beziehung zu den nicht erkrankten Geschwisterkindern weniger erfreulich und seltener in Übereinstimmung mit der eigenen Wunschvorstellung.

Eltern fühlen sich jedoch erkrankten Kindern ebenso verbunden, wie den nicht erkrankten Geschwisterkindern.

Umgang. Der Umgang mit Ambivalenz, der in Generationenbeziehungen erforderlich ist, kann als Copingstrategie verstanden werden, mit einem unangenehmen inneren Spannungszustand umzugehen.²⁴ Das hier postulierte erhöhte und qualitativ anders geartete Ambivalenz erleben von Eltern gegenüber substanzabhängigen Kindern macht ebenfalls einen anderen Umgang mit Ambivalenz wahrscheinlich. Möglich wäre, dass Kaptivation häufiger vorkommt, weil nach Ansicht der einzelnen Familienmitglieder die Familie zwar weiter bestehen soll, die Familienmitglieder sich jedoch aufgrund der Probleme, die durch die Substanzabhängigkeit entstehen, innerlich stark von einander entfernt haben und es keine Annäherung oder Lösung gibt. Die Beziehungsgestaltung verharrt in alten Mustern, weil die Familienaufgabe nicht bewältigt wird. Minuchin (1983) beschreibt starre, unflexible Interaktionsmuster als Merkmal von Familien mit einem substanzabhängigen Kind.

²⁴ Im Sinne der kognitiven Dissonanztheorie ist anzunehmen, dass Ambivalenz als unangenehmer intrapsychischer Spannungszustand erlebt wird, den der Mensch reduzieren möchte. Im Gegensatz zum Ambivalenzkonzept stehen jedoch in der kognitiven Dissonanztheorie (Festinger, 1957) Kognitionen im Vordergrund. Diese Theorie besagt, dass Personen, die eine Diskrepanz zwischen ihren Einstellungen und dem eigenen Verhalten bzw. Wissensinhalten wahrnehmen, versuchen, diese unangenehme innere Spannung zu reduzieren. Dieser Spannungszustand entsteht durch intrapsychische Inkonsistenz auf kognitiver Ebene. Beziehungsgestaltung spielt hierbei keine Rolle. Möglichkeiten der Dissonanzreduktion sind die Neubewertung des eigenen Verhaltens, die Abwehr der Wissenseinheiten, das Hinzufügen neuer Wissenseinheiten oder Verhaltensänderung.

Die systemische Literatur lässt daneben noch andere Möglichkeiten vermuten: Zum einen eine große Solidarität gemäß des „Bindungsmodus“ von Stierlin (1980). Ebenso ist vorstellbar, dass Atomisierung häufiger ist, wenn z.B. zwischen dem substanzabhängigen Kind und der Familie ein Kontaktabbruch stattgefunden hat. Atomisierung kann in Zusammenhang mit dem von Stierlin (1980) postulierten Beziehungsmodus des ‚Ausstoßens‘ gesehen werden. Obwohl in der vorliegenden Studie im Gegensatz zu Stierlins Untersuchung keine Adoleszenten, sondern Erwachsene untersucht wurden, so muss doch berücksichtigt werden, dass die Substanzabhängigkeit der Probanden in den meisten Fällen in der Adoleszenz begann. Es ergibt sich folgende Hypothese:

H1c: Eltern pflegen in der Beziehung zu erkrankten Kindern andere Umgangstile mit Ambivalenz, als in der Beziehung zu den gesunden Geschwisterkindern.

2.3.3 Hypothesen zum Einfluss der Rollen

Familienmitglieder stehen bei der familialen Beziehungsgestaltung vor verschiedenen Rollenanforderungen, die Ambivalenzen erleben, den Umgang damit und die Beziehungsqualität beeinflussen können. Für den Rolleneinfluss sind zwei Ebenen zu unterscheiden: Der Einfluss der Rollen zwischen den Generationen (Elternrolle vs. Kinderrolle) und der Einfluss der Rollen zwischen den Geschlechtern (Mutter- vs. Vaterrolle, bzw. Geschlechtsrollen).

2.3.3.1 Hypothesen zum Einfluss der Generationenrollen

In Familien mit einem substanzabhängigen Kind ist die Rollenanforderungen an die verschiedenen Generationen mit der Pflegeanforderung konfundiert, die Generationenzugehörigkeit definiert zugleich die Einteilung in Caregiver und Carereceiver. Wie in den Schlüsselannahmen bereits ausgeführt (Kap. 2.2.7), birgt Caregiving vielfältigen Zündstoff für Ambivalenz. Zum einen widerspricht die Asymmetrie in den Generationenbeziehungen den sozialen Erwartungen. Die substanzabhängigen erwachsenen Kinder könnten dadurch ebenso belastet sein, wie ihre Eltern: Sie fühlen sich schuldig und als Versager, weil sie die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllen. Das Gefühl der Fremdheit, das im Geschwistervergleich schon für die Eltern postuliert wurde, besteht vermutlich auch auf Kinderseite: Die substanzabhängigen Kinder fühlen sich unverstanden und nur akzeptiert, wenn sie den Erwartungen ihrer Eltern entsprechen. Sie stehen somit unter einem ungeheuren Druck, dem sie mit dem Substanzkonsum ausweichen.²⁵

²⁵ Substanzmissbrauch wird somit zur Copingstrategie für Probleme, die ohne den schädlichen Konsum nicht bestehen würden und ein Teufelskreis der Abhängigkeit etabliert sich (siehe Tretter, 1998).

Des Weiteren zwingt die durch Caregiving entstehende Asymmetrie die Familienmitglieder permanent in der alltäglichen, handelnden Beziehungsgestaltung zwischen Nähe und Distanz sowie Kontrolle und Autonomie auszubalancieren. Dieses Problem erhält bei Substanzabhängigkeit eine besondere Schärfe, da die Erkrankung stärker mit der Zurechnungsfähigkeit und dem freien Willen auf Selbstbestimmung des Patienten in Verbindung gebracht wird, als andere psychische Störungen, die heute allgemein akzeptierten Krankheitsstatus haben (siehe Kap. 2.2.1). Wo hört die Verantwortung für die eigenen Handlungen auf, wo beginnt die Krankheit? Wie soll man als Angehöriger helfen, wo beginnt die Co-Abhängigkeit? Nicht zu vergessen ist die tätige Pflegearbeit der Eltern: Arztbesuche, Hilfe bei juristischen Konflikten, Unterstützung bei Einweisungen, Klinikaufenthalten und Entlassungen.

Neben den handlungsrelevanten Aspekten, die Ambivalenz wahrscheinlich machen, führen vermutlich ebenfalls affektive Reaktionen auf die familiäre Situation mit einem substanzabhängigen Kind zu Ambivalenz. Bei den Eltern können Wut, Trauer, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Überforderungsgefühle auf der einen Seite, Kontrollüberzeugung und positives Feedback sowie das Gefühl, gebraucht zu werden auf der anderen Seite auftreten (Biegel et al., 1991; vgl. Kap. 2.2.4). Im Zusammenhang mit Co-Abhängigkeit wurden diese ambivalenten Gefühle schon angesprochen (Klein, 2001; vgl. Kap. 2.2.4). Bei den substanzabhängigen Kindern sind aversive Gefühle aufgrund der Abhängigkeit und gleichzeitig das Bedürfnis nach Hilfe, Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber dem eigenen Verhalten, Trauer und Schuldgefühle wegen der den Eltern bereiteten Sorge möglich.

Es wird angenommen, dass sich die Caregiving-Situation auf die Beziehungsgestaltung zwischen den substanzabhängigen Kindern und ihren Eltern in den gegenseitigen Beziehungen auswirkt:

Ambivalenzerleben. Bezüglich einer Generationendifferenz im Ambivalenzerleben sind verschiedene Richtungen denkbar. Caregiver könnten aufgrund des positiven Nutzens weniger Ambivalenz oder wegen der Belastung mehr Ambivalenz erleben, als Careereceiver. Eltern könnten ambivalenter, als Kinder sein, weil sie unter der normabweichenden Asymmetrie und dem Fremdheitsgefühl mehr leiden. Kinder nehmen dies aufgrund ihrer Erkrankung möglicherweise weniger sensitiv wahr bzw. vermeiden in der Phase des Konsums durch die Drogenwirkung immer wieder differenzierte Empfindungen. Ob dieser kognitive Vermeidungseffekt allerdings nachhaltig ist, und nicht vielmehr die bisher vermiedenen Gefühle und Kognitionen im Rahmen eines Entzuges bzw. einer Therapie stark über den Patienten hereinbre-

chen, ist fraglich. Thomasius beschreibt aus der klinischen Praxis die durch den neuen Zustand der Abstinenz aufbrechenden Konflikte in den Familienbeziehungen (Thomasius, 2002).

Studien zeigten inkonsistente Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Ambivalenz und Gesundheitszustand (Pillemer & Suito, 2002; Willson et al. 2003; vgl. Kap 2.1.4). Festgestellt wurde jedoch, dass erhöhtes Ambivalenzerleben der Mütter mit dem Nichterreichen eines Erwachsenen-Status der Kinder einherging. Dieses Ergebnis spricht für die These der Normabweichung und könnte bei Substanzabhängigen, bei denen die Ablösung vom Elternhaus erschwert ist oder nicht stattfindet, besonders ins Gewicht fallen. Daraus ergibt sich die Hypothese:

H2a: Eltern und erkrankte Kinder unterscheiden sich in ihren gegenseitigen Beziehungen in der absoluten und relativen Häufigkeit von Ambivalenz, in der Intensität der Ambivalenz sowie in der dadurch empfundenen Belastung.

Eltern erleben in der Beziehung zu erkrankten Kindern andere ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder, als erkrankte Kinder in der Beziehung zu ihren Eltern.

Beziehungsqualität. In der Konstanzer Studie zeichnete sich bezüglich der Beziehungsqualität ein ‚Generational Stake‘ deutlich ab (vgl. Kap.2.1.2). Es wird vermutet, dass sich dieser Generationeneffekt aufgrund der Substanzabhängigkeit und der damit zusammenhängenden Probleme in der vorliegenden Studie nicht zeigen wird.

Die Belastung und die niedrigere soziale Anpassung von Angehörigen Substanzabhängiger ist in klinischer Praxis beobachtet und empirisch nachgewiesen worden (Dierker & Merikangas, 2001; Hudson & Kirby, 2002; Klein, 2001). Auch für die substanzabhängigen Patienten selbst gibt es Hinweise, dass im Sinne von Vulnerabilitäts-Stress-Modellen emotional negativ gefärbte Interaktionen mit Angehörigen Einfluss auf die Rückfallrate haben (Fichter et al., 1997; O’Farell & Hooley, 1998; Stewart & Brown, 1993). Da sowohl Eltern, als auch Kinder durch die Situation belastet sind, wird angenommen, dass die Beziehungsqualität auf beiden Seiten ähnlich niedrig ist und sich nicht unterscheidet.

Weiter wird angenommen, dass Eltern ihre Beziehungsqualität bezüglich ihres ‚Sorgenkindes‘ nicht auf die Gesamtfamilie generalisieren, sondern dass die Beziehungen zu den einzelnen Familienmitgliedern differenziert wahrgenommen und bewertet werden. Eltern haben möglicherweise eine belastete Beziehung zu dem substanzabhängigen Kind, aber erfreuliche andere innerhalb ihrer Familie. Die Substanzabhängigkeit beeinflusst als Faktor für geringere Beziehungsqualität alle Familienbeziehungen der substanzabhängigen Patienten, während die Er-

krankung in den Beziehungen zwischen den anderen, nicht direkt betroffenen Familienmitgliedern nicht im Mittelpunkt steht. Daraus leitet sich die Hypothese ab:

H2b: Eltern und erkrankte Kinder unterscheiden sich in ihren gegenseitigen Beziehungen nicht in Verbundenheit, Erfreulichkeit und der empfundenen Übereinstimmung der dyadischen Beziehung mit der eigenen Wunschvorstellung.

Eltern finden das allgemeine Familienleben häufiger in Übereinstimmung mit der eigenen Wunschvorstellung, als erkrankte Kinder.

Umgang. Aus den Überlegungen zum postulierten unterschiedlichen Ambivalenzerleben ergibt sich ebenso die Annahme eines Unterschiedes im Umgang mit Ambivalenz zwischen den Generationen:

H2c: Eltern pflegen in der Beziehung zu erkrankten Kindern andere Umgangstile mit Ambivalenz, als erkrankte Kinder in der Beziehung zu ihren Eltern.

2.3.3.2 *Hypothesen zum Einfluss der Geschlechterrollen*

Der Einfluss der Geschlechterrolle kann aus zwei Perspektiven betrachtet werden: Zum einen aus *Sicht der Eltern*, d.h. wie sich Mütter und Väter in der Beziehungsbeschreibung zu ihren Kindern unterscheiden. Zum anderen kann man betrachten, wie sich Mütter und Väter aus *Sicht der erkrankten Kinder* unterscheiden.

Mütter und Väter unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechtes voneinander, welches wiederum mit den spezifischen Elternrollen konfundiert sein kann. Caregiving wird auch bei psychischer Krankheit vor allem von Frauen geleistet (Baronet, 1999). Möglicherweise beeinflussen diese Unterschiede die Beziehungsgestaltung zu den erkrankten Kindern. Aus Sicht der Kinder sind ebenfalls entsprechend den Familien- und Geschlechterrollen Unterschiede in der Beziehungsgestaltung gegenüber Müttern vs. Vätern zu erwarten.

Ambivalenzerleben. Es gibt Evidenz für Geschlechtsunterschiede zwischen Müttern und Vätern in beiden Richtungen: Mütter könnten, insofern sie hauptsächlich die Pflegeleistung erbringen, ambivalenter sein, als Väter, da sie von den alltäglichen Problemen mit der Substanzabhängigkeit stärker betroffen und dem Patienten näher sind. Väter könnten umgekehrt ambivalenter sein, wenn sie durch Berufstätigkeit und Alleinernährerposition aufgrund der daraus folgenden größeren Distanz die Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand in der Familiensituation deutlicher wahrnehmen und sich hinsichtlich der Lösung oder Verbesserung der Situation hilfloser fühlen. Möglicherweise treten beide Effekte ein und heben sich gegenseitig auf. Eine nicht egalitäre Rollenverteilung innerhalb der Familie macht ebenso verschie-

dene Situationen für die Entstehung von Ambivalenz zwischen Mütter und Vätern wahrscheinlich. Für die Kinderperspektive wird ebenfalls einen Geschlechterunterschied im Ambivalenzerleben vermutet.

H3a: Mütter und Väter unterscheiden sich sowohl aus Elternperspektive, als auch aus Perspektive der erkrankten Kinder in der absoluten und relativen Häufigkeit der Ambivalenz, der Intensität der Ambivalenz sowie in der dadurch empfundenen Belastung.

Mütter und Väter unterscheiden sich sowohl aus Elternperspektive, als auch aus Perspektive der erkrankten Kinder bezüglich der ambivalenzgenerierenden Themen und Spannungsfelder.

Beziehungsqualität. Unter der Voraussetzung der klassischen Rollenverteilung ist denkbar, dass Mütter wegen der Pflegetätigkeit oder der geschlechtsstereotypen, sogenannten weiblichen Eigenschaften, wie ‚Wärme geben‘, ‚Verständnis haben‘, ‚nachgiebig sein‘, sich ihren Kindern stärker verbunden fühlen, als Väter. Diese fokussieren wegen größerer Distanz möglicherweise eher die Normabweichung ihres Kindes. Ebenso wäre denkbar, dass Mütter die Beziehung erfreulicher einschätzen, da das Caregiving ihr Selbstwert- und Kompetenzgefühl steigert, während Väter zwar weniger Pflegearbeit leisten müssen, aber sich dadurch hilflos und handlungsunfähig fühlen. Es wird vermutet, dass sich Mütter und Väter in allen Aspekten der Beziehungsqualität unterscheiden, bis auf den Aspekt der Übereinstimmung des allgemeinen Familienlebens mit der eigenen Wunschvorstellung. Hier wird wiederum angenommen, dass die dyadische Beziehungseinschätzung nicht auf die gesamte Familie generalisiert wird, sondern die rollen- und geschlechtstypischen Verhaltensweisen nur im Kontext der psychischen Erkrankung deutlich zutage tritt.²⁶

H3b: Mütter und Väter unterscheiden sich sowohl aus Elternperspektive, als auch aus Perspektive der erkrankten Kinder in Verbundenheit, Erfreulichkeit und der empfundenen Übereinstimmung der dyadischen Beziehung mit der eigenen Wunschvorstellung.

Mütter und Väter unterscheiden sich nicht in der empfundenen Übereinstimmung des allgemeinen Familienlebens mit der eigenen Wunschvorstellung.

Umgang. Unterscheidet sich das Ambivalenzerleben zwischen Müttern und Vätern in Abhängigkeit der Geschlechts- und Familienrollen, liegt nahe, dass sich ebenso der Umgang mit Ambivalenz unterscheidet. Aus den obengenannten Gründen der größeren Nähe zu den erkrankten Kindern und des gleichzeitig größeren Handlungsspielraums der Mütter, ist eine stärkere Tendenz der Mütter zu Solidarität oder Emanzipation möglich. Mütter, die pflegen,

²⁶ Aus der Genderforschung ist bekannt, dass geschlechtsstereotypes Verhalten vor allem in Stresssituationen aktiviert wird.

stehen dem erkrankten Kind nahe und haben mehr Gelegenheit sich im Umgang mit der Erkrankung zu üben und neue Lösungen zu finden. Bei den distanzierteren und gleichzeitig hilfloseren Vätern ist mehr Kaptivation oder Atomisierung als Umgangstil möglich. Bei der Kaptivation wird das Problem ausgeblendet oder aufgrund der Distanz nicht wirklich erkannt; Vertrauen und Verständnis fehlen, obwohl der Wille zum Erhalten der Beziehung vorhanden ist. Atomisierung wäre denkbar, wenn z.B. dem substanzabhängigen Kind ein Ultimatum angedroht oder bereits gestellt wurde, dass es nur noch unter bestimmten Bedingungen als zur Familie zugehörig betrachtet wird. Daraus ergibt sich die Hypothese:

H3c: Mütter und Väter pflegen gegenüber ihren erkrankten Kindern unterschiedliche Umgangsstile mit Ambivalenz. Erkrankte Kinder pflegen in der Beziehung zu Müttern andere Umgangsstile mit Ambivalenz, als in der Beziehung zu Vätern.

3 METHODE

3.1 Design

Die vorliegende Studie untersucht Generationenambivalenz in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind. Sie ist Teil eines übergeordneten interdisziplinären Forschungsprojektes zwischen Klinischer Psychologie bzw. Psychiatrie und Soziologie zur Untersuchung von Generationenambivalenz in Familien mit psychisch Kranken. Neben der hier untersuchten Stichprobe mit substanzabhängigen erwachsenen Kindern, wurde auch eine Stichprobe mit schizophrenen Kindern untersucht, über deren Ergebnisse an anderer Stelle berichtet wird (Brand, 2004). Darüber hinaus werden im Rahmen einer Dissertation die Resultate der beiden klinischen Stichproben zusammengefasst, ein Diagnosegruppenvergleich vorgenommen sowie die Familien mit einem psychisch kranken erwachsenen Kind mit nicht-klinischen Familien (Daten aus der Konstanz Studie; siehe Lüscher & Lettke, 2004) hinsichtlich Generationenambivalenz verglichen (Burkhardt, in Bearbeitung).

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine quasiexperimentelle klinisch-psychologische Feldstudie im Querschnitt. Zentraler Forschungsgegenstand ist Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität (vgl. Kap. 2.3.1) in den Generationenbeziehungen innerhalb von Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind. Das Design zeichnet sich durch den dyadischen Aufbau aus: Jede befragte Person gab sowohl Auskunft über ihre Familie als Ganzes, als auch über ihre Beziehung zu einzelnen Familienmitgliedern der jeweils anderen Generation. D.h. Mütter und Väter gaben Auskunft über die Beziehung zu jedem ihrer Kinder, den erkrankten und den gesunden Geschwisterkindern. Umgekehrt machten die erkrankten Kinder über die Beziehung zu beiden Eltern Angaben. Allerdings wurden die gesunden Geschwisterkinder nicht befragt. Auf diese Weise liegen zu jeder Familie (a) dyadische Aussagen über intergenerationale Beziehungen und (b) allgemeine Aussagen vor. Dieses Design ermöglicht demnach die Untersuchung der Personen in Bezug zur Familie als Ganzes und der Dyaden, als auch die Zusammenschau beider Aspekte.

Aus dem dyadischen Aufbau ergeben sich drei verschiedene Vergleichsgruppen, hinsichtlich derer sich die Variablen Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität untersuchen lassen. Die Vergleichsgruppen enthalten dyadische Aussagen über die Beziehung zu einem intergenerationalen Partner (Mutter-gesundes Kind, Mutter-erkranktes Kind, Vater-gesundes Kind, Vater-erkranktes Kind, erkranktes Kind-Mutter, erkranktes Kind-

Vater) sowie allgemeine Aussagen der Befragten zur gesamten Familie (Mutter-gesamte Familie, Vater-gesamte Familie, erkranktes Kind-gesamte Familie).

(a) Im *Geschwistervergleich* werden die Aussagen der Eltern über ihre Beziehung zum Indexpatientenkind mit denen über ihre Beziehung zu den gesunden Geschwisterkindern verglichen. Da die gesunden Geschwisterkinder nicht interviewt wurden, kann kein entsprechender Vergleich zwischen erkrankten und gesunden Kindern bezüglich ihrer Eltern durchgeführt werden. Diese Vergleichsgruppe enthält deswegen nur dyadische Aussagen der Eltern.

(b) Im *Generationenvergleich* werden die Aussagen der Eltern mit denen der erkrankten Kinder verglichen. Diese Vergleichsgruppe stellt zum einen allgemeine (nicht dyadische) Aussagen der Eltern bezüglich der gesamten Familie den allgemeinen Aussagen der erkrankten Kinder gegenüber. Zum anderen werden dyadische Aussagen der Eltern über die Beziehung zu ihren erkrankten Kindern mit den Aussagen der erkrankten Kinder über die Beziehung zu ihren Eltern verglichen.

(c) Im *Geschlechtervergleich* werden allgemeine Aussagen von Müttern bezüglich der gesamten Familie denen von Vätern gegenübergestellt. Daneben werden sowohl die dyadischen Aussagen der Mütter und Väter über die Beziehung zu ihren erkrankten und gesunden Kindern (Geschlechtervergleich I), wie auch die dyadischen Aussagen der erkrankten Kinder über die Beziehung zu ihren Müttern und Vätern (Geschlechtervergleich II) miteinander verglichen.

Es wird untersucht, ob und inwiefern Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität von den Dyaden der verschiedenen Vergleichsgruppen abhängen, d.h., ob es bezüglich der interessierenden Variablen einen Unterschied macht, ob die Befragten der Eltern- oder der Kindergeneration angehören, ob sie Mütter oder Väter sind, ob über gesunde oder erkrankte Kinder berichtet wird.

3.2 Erschließung des Forschungsfeldes und Rekrutierung

Die Gewinnung von Teilnehmern für die Befragung zu Eltern-Kind-Beziehungen in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind gestaltete sich wesentlich schwieriger als erwartet. Für die Untersuchung von Generationenbeziehungen war unbedingt erforderlich, die Familien „vollständig“, d.h. mindestens eine Eltern-Kind-Dyade zu erheben, im Idealfall aber die Triade aus Vater-Mutter-Kind. Es gibt nur wenige Studien, in denen gleichzeitig Patienten und ihre Angehörigen im psychiatrischen Setting erhoben wurden (Cierpka, 1990; Florin et

al., 1992; Rosenfarb, Nuechterlein, Goldstein & Subotnik, 2000; Scazufka, Menezes & Kuipers, 2001; Villiez, 1986). In keiner dieser Arbeiten wurden mehr als 41 Familien untersucht.

Verglichen mit rein familiensoziologischen Feldzugängen liegt die Besonderheit der vorliegenden Untersuchung in der Kombination von Familienforschung und klinisch-psychologischem Zugang. Grundsätzlich können drei Gründe dafür angeführt werden, dass der Feldzugang im psychiatrischen Setting für die Familienforschung erschwert ist: Erstens ist die Grundgesamtheit in klinischen Studien per se sehr klein. Zweitens ergeben sich spezielle Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Personen, die sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden und zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind, wie dies bei psychisch erkrankten Menschen und ihren Eltern der Fall ist. Drittens erfordert eine klinische Population, dass bei der Rekrutierung therapeutisch Tätige als vermittelnde Instanz zwischen Forschern und Befragten zwischengeschaltet sind. Damit erhöht sich die Komplexität des Prozesses der Felderschließung zusätzlich.

Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich vom 1. Februar bis 31. Oktober 2003. Beteiligt waren eine süddeutsche und eine Schweizer Psychiatrische Klinik mit insgesamt zwei Stationen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, einer zur Behandlung von Drogenabhängigkeit sowie einer Drogen-Übergangsstation. Insgesamt wurden 12 Familien mit einem erwachsenen substanzabhängigen Kind erhoben.²⁷ Die Rekrutierung verlief in mehreren Phasen: Als erstes wurden ärztliche Direktoren und Chefärzte oder den Leiter einer Forschungsstation über das Forschungsvorhaben informiert und um Weitervermittlung gebeten. Danach entstand ein persönliches Treffen gelegentlich im Rahmen einer Teamsitzung mit Oberärzten oder Leitenden Ärzten. Den Ärzten wurden schriftliche Informationen zur Fragestellung, zum Design und Ablauf der Studie übergeben, in denen das Vorgehen und die Einschlusskriterien beschrieben waren. Außerdem wurden ihnen Informationsblätter für die Teilnehmer zur Verfügung gestellt, die eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie enthielt.²⁸ Über diese Hierarchieebene entstand der Kontakt zu Stations- oder Assistenzärzten, die im weiteren Verlauf als Ansprechpartner fungierten. Die therapeutisch Tätigen, die im täglichen Kontakt mit den Patienten standen, fragten aufgrund der Einschlusskriterien in Frage kommende Patienten ihrer Stationen, ob sie an der Befragung teilnehmen würden und einverstanden wären, dass auch ihre Eltern befragt werden.

²⁷ Villiez rekrutierte über einem Zeitraum von zwei Jahren 20 Familien mit einem alkoholabhängigen Familienmitglied und legte für die Untersuchung 5000 km Wegstrecke zurück (Villiez, 1986).

²⁸ Therapeuten- und Teilnehmerinformationsblatt siehe Materialienband.

Einschlusskriterien waren eine Diagnose über Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, gute deutsche Sprachkenntnisse, ein Altersrange von 17-45 Jahren sowie der Station vorliegende demographische und krankheitsbezogene Daten. Außerdem sollte der Wohnsitz der Eltern im Umkreis von 100 km liegen und auch sie über genügend Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Die Patienten mussten nach eigener sowie nach Einschätzung des behandelnden Arztes für die Teilnahme am Interview ausreichend belastungsfähig sein. Daraus ergab sich für die Befragung ein enges Zeitfenster innerhalb des Klinikaufenthaltes: Der Patient musste sich gesundheitlich bereits stabilisiert haben, durfte aber noch nicht wieder entlassen sein. Die obere Altersgrenze wurde im Verlauf der Rekrutierung von 35 Lebensjahren auf 45 angehoben, um die Chance auf Interviewteilnehmer vor allem bei Alkoholabhängigkeit zu erhöhen. Bei positiver Rückmeldung erfragten die Therapeuten das Einverständnis der Eltern. An dieser Stelle folgte der erste Kontakt der Untersucherin mit den Patienten und ihren Eltern bezüglich der Terminansprache. Den Eltern wurde angeboten das Interview entweder auf der Psychiatrie-Station oder bei ihnen zu Hause durchzuführen. Die Patienten wurden auf der Station befragt (vgl. Kap. 3.5).

Der Ablauf von der ersten Kontaktaufnahme mit der Klinik bis zur Durchführung eines Interviews nahm oft mehrere Wochen in Anspruch und stockte häufig an verschiedenen Stellen. Gründe hierfür mögen seitens der Kliniken ungeklärte Zuständigkeiten, lange Kommunikationsketten und die Arbeitsbelastung der Therapeuten gewesen sein. Dennoch gab es immer wieder Therapeuten, die sich außerordentlich für die Ermittlung von Patienten engagierten. Seitens der Patienten waren die Schwierigkeiten auf den Alkoholstationen ausnahmslos struktureller Natur. Generell ist bei alkoholabhängigen Patienten das Durchschnittsalter bei stationärer Aufnahme relativ hoch (die am häufigsten vertretene Altersgruppe sind 35- 55 Jährige; DHS, 2003), so dass die Eltern sehr alt sind oder weit entfernt wohnen, der Kontakt zu ihnen häufig seit langem abgebrochen ist oder zerrüttete Familienverhältnisse kein Interview mit ihnen erlauben.²⁹ Nach Aussage der zuständigen Ärztin einer Station gab es dagegen kaum den Fall, dass alkoholabhängige Patienten grundsätzlich nicht bereit waren, über ihre Familienbeziehungen Auskunft zu geben.

Auch auf den Drogen-Stationen behinderten spezifische Bedingungen der Patienten und ihrer Eltern eine flüssige Datenerhebung: Die jüngeren Drogenabhängigen hatten zwar häufig eine enge Bindung an die Herkunftsfamilie und wohnten oft noch zuhause, so dass auch ihre Eltern

²⁹ Villiez schildert das Dilemma bei der Rekrutierung, dass „mit traditionellen Methoden vor der stationären Behandlung des Indexpatienten kein Zugang zu Suchtfamilien zu bekommen“ ist und, befindet sich der Patient erst in stationärer Behandlung, „kaum noch intakte Familien vorzufinden“ sind (Villiez, 1986, S. 23).

greifbar waren, jedoch war der schnelle Wechsel der aktuellen psychischen Verfassung der Patienten problematisch, der sich in einer hohen Abbruchquote niederschlug (vgl. Kap. 2.2.1). Es kam zu einigen Drop Outs, bei denen jeweils die Patienten interviewt wurden, aber die Eltern trotz vorheriger Zusage aufgrund der veränderten Situation durch den Abbruch der Entzugsbehandlung ihres Kindes nicht mehr zu einem Interview bereit waren. Ein weiterer Grund für die erschwerte Gewinnung von Interviewpartnern war der hohe Anteil an Russlanddeutschen und Ausländern, deren Eltern wegen sprachlicher Schwierigkeiten und, nach Einschätzung des Klinikpersonals, aufgrund mangelnden Verständnisses für den Sinn dieser Forschungsarbeit als Probanden ausfielen.³⁰

Im Gegensatz zu Patienten der Alkoholstationen stellten für einige der drogenabhängigen Patienten ihre Familienbeziehungen einen wunden Punkt dar, an dem sie durch eine Teilnahme an der Untersuchung nicht rühren wollten. Teilweise gaben Patienten an, Angst zu haben, in eine emotionale Krise zu geraten und dadurch den Therapieverlauf zu gefährden oder wollten gar nicht erst Kontakt zu ihren Eltern herstellen. Zu den patientenbedingten Schwierigkeiten kamen Belegschaftswechsel und die reduzierte Belegungssituation auf den Stationen über den Hochsommer dazu.

Insgesamt gab es fünf Drop outs, d.h. Familien, die ihre Teilnahme bereits zugesagt hatten, konnten nicht vollständig erhoben werden. Bei drei Familien sagten die Eltern die Teilnahme an den Interviews ab, nachdem das erkrankte erwachsene Kind schon interviewt worden war. In einem Fall erfolgte die Absage der Eltern bevor das Interview mit dem Patienten stattfand. Im fünften Fall war es der Patient, der zunächst gegenüber dem Therapeuten Bereitschaft zur Teilnahme signalisierte und diese später wieder zurückzog.

3.3 Beschreibung der Stichprobe

An der vorliegenden Untersuchung nahmen 12 Familien teil. Diese bestanden aus 31 Einzelpersonen, davon 12 Mütter, sieben Väter und 12 erwachsene Kinder, bei denen Substanzabhängigkeit bzw. Substanzmissbrauch diagnostiziert wurde (sieben Töchter und fünf Söhne). Die 12 Familien bestanden zur Hälfte aus Familien, in denen die Eltern in ehelichen oder eheähnlichen Gemeinschaften lebten, darunter eine Stiefvaterfamilie. Die andere Hälfte bestand aus Einelternfamilien mit alleinerziehenden Müttern, von denen vier geschieden oder getrennt

³⁰ Vermutlich waren hierfür kulturelle und gesellschaftspolitische Gründe ausschlaggebend, die mit der spezifischen Problematik in Deutschland lebender Ausländer zusammenhängen. Entwurzelung, familiäre Traditionen, ein anderes Verständnis von psychischer Krankheit und der daraus resultierende andere Umgang mit psychotherapeutischen Angeboten minimierte die Gruppe der infragekommenden Probanden.

und zwei verwitwet waren. Entsprechend konnten von fünf Vätern keine Daten erhoben werden, da zwei verstorben waren und bei den übrigen drei wegen Scheidung oder Trennung kein bzw. kein regelmäßiger Kontakt mehr zu den Kindern bestand. Zwei der getrennt lebenden Väter konnten befragt werden. Ein Patient war bereit zu seinem jüngst verstorbenen Vater Angaben zu machen, zwei weitere ließen sich zu ihren Vätern befragen, obwohl diese selbst nicht interviewt wurden. Aus diesem Grund liegen mehr Aussagen erkrankter Kinder gegenüber ihrem Vater vor, als umgekehrt.

Insgesamt enthält das Datenmaterial 62 dyadische Aussagen.³¹ Von den erkrankten Kindern liegen 12 dyadische Aussagen gegenüber Müttern und zehn gegenüber Vätern vor. Insgesamt haben die befragten Eltern zu allen ihren Kindern Auskunft gegeben. Davon sind 25 dyadische Aussagen von Müttern über Kinder, die sich sowohl auf das erkrankte Kind (n=12), als auch auf die gesunden Geschwisterkinder (n=13) beziehen. Weiter liegen 15 dyadische Aussagen von Vätern über Kinder vor, worin ebenfalls Angaben über die Geschwisterkinder (n=8) enthalten sind.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Mütter im Durchschnitt 52.75 Jahre (43 bis 65), die Väter 55.14 Jahre (44 bis 67) und die Patientenkinder 28.33 Jahre (21 bis 42) alt. Die meisten Mütter, die meisten Väter und die meisten Patientenkinder gingen 10 Jahre zur Schule. Dies entspricht der Mittleren Reife oder dem Hauptschulabschluss plus Berufsschule. Bei der Mehrzahl der befragten Familien leben die Patienten von der Familie getrennt: Neun Patienten lebten nicht mehr mit der Mutter zusammen, zwei lebten mit der Mutter im gemeinsamen Haushalt, bei einem war der Status des Zusammenlebens „unklar/im Übergang“. Acht Patienten lebten nicht mit dem Vater zusammen, zwei lebten mit dem Vater im gemeinsamen Haushalt, die zwei verbleibenden Patienten sind nicht zum Vater befragt worden. In acht Fällen lebten die Patienten nicht mit ihren Geschwistern zusammen, zwei Patienten lebten mit einem Geschwisterkind im gemeinsamen Haushalt, zwei Patienten waren Einzelkinder. Acht Patienten waren Erstgeborene (66.7%), drei waren Zweitgeborene (25.0%) und einer war Drittgeborener (8.3%).

Bei der aktuellen stationären Aufnahme in die Psychiatrie erhielt ein Patient (3.2%) die Diagnose *Schädlicher Gebrauch von Alkohol* (ICD-10; F10.1), zwei Patienten (6.5%) bekamen die Diagnose *Abhängigkeitssyndrom von Alkohol* (ICD-10; F 10.2). Bei einem Patienten (3.2%) wurde *Schädlicher Gebrauch multipler Substanzen* (ICD-10; F 19.1) diagnostiziert, acht Pati-

³¹ Dyadische Aussage meint in diesem Zusammenhang nicht die Beantwortung eines Items, sondern beantwortete B-Teile des Fragebogens. Es liegen also 62 beantwortete B-Teile vor.

enten (25.8%) erhielten die Diagnose *Abhängigkeitssyndrom von multiplen Substanzen* (ICD-10; F 19.2). Somit waren die Diagnosen bezüglich illegaler Substanzen (neun Patienten) in der Stichprobe häufiger vertreten, als Diagnosen im Zusammenhang mit Alkohol (drei Patienten). Die Hälfte der Patienten (50%) hatte keine Zusatzdiagnose, fünf Patienten hatten eine (41.7%) und ein Patient (8.3%) hatte mehr als eine Zusatzdiagnose. Die Zusatzdiagnosen betrafen in fünf Fällen *Sonstige psychische Störungen* und in einem Fall die *Abhängigkeit von psychotropen Substanzen*.

Elf Patienten waren vollstationär untergebracht und einer war gerade entlassen worden. Das Alter bei Ersterkrankung lag zwischen 14 und 40 Jahren ($M=22.33$). Die Erkrankungsdauer betrug zum Zeitpunkt der Erhebung im Minimum 9 Monate bis zu maximal 12.75 Jahren ($M=76$ Monate). Beim derzeitigen Klinikaufenthalt handelte es sich bei fünf Patienten um den ersten stationären Aufenthalt (41.7%), vier Patienten waren schon 2 bis 4 mal in stationärer psychiatrischer Behandlung (33.3%) und drei Patienten waren bereits über 4 mal hospitalisiert (25.0%).

3.4 Instrumente³²

Die Erhebung fand mittels eines standardisierten Selbstbeschreibungs-Fragebogens in einem Face-to-Face-Interview statt. Die Grundlage des Fragebogens bildete ein von Lüscher, Pa-jung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner -Bilger, Lettke und Böhmer (2000) entworfenes Instrument, das zur Erfassung von Ambivalenz in Eltern-Kind-Beziehungen nicht-klinischer Familien entwickelt wurde (Lettke & Lüscher, 2003; Lüscher & Lettke 2004). Für die Befragung von klinischen Familien musste der ursprüngliche Fragebogen den entsprechenden Erfordernissen angepasst werden. Hierzu wurden speziell die Fragen ausgewählt, die sich in der vorherigen Studie bewährt hatten und auch für diese Stichprobe geeignet waren. Von ursprünglich 63 Fragen wurden 31 übernommen, deren Formulierungen zum Teil geringfügig verändert wurden. Neun Fragen sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur, bei denen die Erkrankung des Kindes im Vordergrund stand, wurden neu konstruiert. Der neu entstandene Fragebogen setzt sich demnach aus 40 Fragen zusammen und liegt, wie auch der ursprüngliche Fragebogen, in einer Eltern- und einer Kinderversion für Deutschland und die Schweiz vor. Die Eltern- und Kinderversionen unterscheiden sich in Inhalt und Aufbau zwar nur geringfügig, wurden aber so konzipiert, um die Fragen und Antworten generationenspezi-

³² Sämtliche in der Studie eingesetzten Materialien, die verschiedenen Fragebogenversionen (Eltern- und Kinderversion für Deutschland und Schweiz), das Patienten-Datenblatt, der separate Kindererhebungsbogen, die Information für Therapeuten sowie für die Teilnehmer der Studie inklusive Einverständniserklärung und der Kodierleitfaden finden sich in einem separaten Materialienband.

fisch formulieren zu können und den unterschiedlichen Perspektiven der Befragten Rechnung zu tragen.

Formal gliedert sich der Fragebogen in drei Teile, die Informationen über die gesamte Familie (Teil A), die Dyade (Teil B) und die Person (Teil C) liefern. Teil A und B sind dabei rein konzeptionell-inhaltlicher Natur, Teil C beinhaltet vorwiegend soziodemographischen Fragen. Teil B wird pro Interviewpartner so oft gefragt, wie Dyaden zwischen Eltern und Kindern vorliegen (d.h. bei drei Kindern beantwortet die Mutter drei B-Teile). Teil C ist in der Kinderversion kürzer, als in der Elternversion; die dadurch fehlenden Daten werden über ein vom zuständigen Therapeuten gemäß der Krankenakten auszufüllendes *Datenblatt* erhoben, das krankheitsbezogene und soziodemographische Informationen über das erkrankte Kind enthält. Die Fragen zur Soziodemographie des Datenblatts entsprechen somit im wesentlichen dem C-Teil des Elternfragebogens. Zusätzlich zu Teil C werden über einen *separaten Kindererhebungsbogen*, den nur die Eltern beantworten, Informationen über alle ihre Kinder erfasst. Diese beinhalten die Geburtsreihenfolge der Kinder, ihr Geschlecht und ihren Wohnort.³³

Inhaltlich umfassen der Fragebogen, der Kindererhebungsbogen und das Datenblatt folgende Themengebiete: Ambivalenzerleben, Umgang mit Ambivalenz und Beziehungsqualität. Daneben werden soziodemographische und krankheitsbezogene Daten erhoben, die hier nur in die deskriptive Auswertung eingehen, sowie Expressed Emotion und Ambiguitätstoleranz, die nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind.³⁴

(a) In je einem Item operationalisierte Aspekte des dyadischen **Ambivalenzerlebens:**

- Die *Häufigkeit*, mit der Gefühle des Hin- und Hergerissenseins gegenüber dem Beziehungspartner auftreten.
- Die *Intensität* des Erlebens von Ambivalenz, erhoben mit eine Skala aus gegensätzlichen Attributen, welche die Beziehung beschreiben. Die Intensität der Ambivalenz wird indirekt gemessen und erfasst latente Ambivalenz.

³³ Die verkleinerte Form des Kinder-C-Teils wurde gewählt, um das Interview mit den Patienten aus Rücksicht auf ihre Verfassung zeitlich möglichst kurz zu halten und die Patienten nicht zusätzlich mit eventuell zum Zeitpunkt der Behandlung problematischen Fragen nach Berufstätigkeit, Wohnort etc. zu belasten.

³⁴ Ambiguitätstoleranz wird mit Hilfe des IMA-40 von Reis (Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz, 1996) gemessen. Aus einem Instrument zur Erfassung von Expressed Emotion von Kronmüller et al. (FEIWK - ‚Familiäre emotionale Involviertheit und wahrgenommene Kritik‘, 2001) sind Auszüge in den Fragebogen integriert. Expressed Emotion und Ambiguitätstoleranz werden in der Arbeit von Burkhardt untersucht (in Bearbeitung; vgl. Kap. 3.3).

- Die subjektiv eingeschätzte *relative Häufigkeit* des Ambivalenzerlebens im Vergleich zu anderen.
- Die empfundene *Belastung* durch Ambivalenz.
- Die *Qualität der Ambivalenz*, die mit der offenen Frage, in welchen Situationen der Beziehungsgestaltung Ambivalenzerleben auftritt, exploriert wird.

Bis auf die qualitative Frage werden alle Variablen mittels 3-, 4- oder 5-Punkte-Likert-Skalen erhoben, wobei kleinere Werte für eine höhere Ambivalenz stehen. Die Messung der Intensität der Ambivalenz bildet hierbei eine Ausnahme: Die Ambivalenzintensität erhöht sich mit zunehmendem Wert (vgl. Kap. 3.6).

(b) In je einem Item operationalisierte Aspekte der Beziehungsqualität:

- *Verbundenheit* des Befragten mit dem dyadischen Partner
- *Erfreulichkeit* der dyadischen Beziehung
- *Übereinstimmung* der dyadischen Beziehung bzw. des allgemeinen Familienlebens *mit der eigenen Wunschvorstellung*

Alle Variablen zur Beziehungsqualität werden mit 5-Punkte-Likert-Skalen erhoben.

(c) Der Umgang mit Ambivalenz ist operationalisiert über die vier verschiedenen Umgangsstile mit Ambivalenzerfahrungen: Solidarität, Emanzipation, Atomisierung und Kaptivation. Hierzu existieren mehrere, nominal skalierte Items.

(d) Soziodemographische Daten werden über Alter, Bildungsgrad, Erwerbstätigkeit und berufliche Stellung, soziale Unterstützung, Religionszugehörigkeit und Größe des Wohnortes erfasst. Außerdem werden die Anzahl der Kinder, ihre Wohnorte und Geburtsreihenfolge und Informationen über die Eltern erhoben (leibliche oder „soziale“ Eltern, z.B. Stiefeltern).

(e) Krankheitsbezogene Daten werden über die Diagnose, die Anzahl der stationären Klinikaufenthalte und den Zeitpunkt der Ersterkrankung erfasst.

Tabelle 1 im Anhang gibt einen Überblick über ausgewählte Inhalte des Fragebogens und ihre Operationalisierung.

3.5 Durchführung

Intervieworte und Erhebungszeitpunkte. Da für die Patienten mit Missbrauch bzw. Abhängigkeit von illegalen Drogen in den Kliniken häufig Kontaktsperren bestanden, wurden die meisten Eltern zuhause in ihren Wohnungen interviewt. Eine Mutter wurde in der Wohnung ihres erkrankten Sohnes erhoben, eine an ihrem Arbeitsplatz und zwei Mütter auf den Psychiatriestationen, auf denen sich ihre Kinder zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung befanden. Die Patienteninterviews fanden auf den Stationen statt, bis auf eines, das in der Wohnung des bereits entlassenen Patienten durchgeführt wurde. Auf den Stationen wurden die Befragungen in Besprechungszimmern u.ä. durchgeführt, so dass die Interviews ungestört verliefen.

Die Interviews mit Mitgliedern einer Familie konnten zum Großteil zeitnah durchgeführt werden. Bei acht Familien wurden alle Angehörigen am gleichen Tag interviewt, bis auf zwei Personen, die mit wenigen Tagen Differenz erhoben wurden. In drei Fällen fanden die Befragungen innerhalb von 14 Tagen statt. Bei einer Familie lagen wegen der Sommerferien 6 Wochen zwischen dem Patienten- und dem Elterninterview. In neun Fällen wurden zuerst die Patienten und danach die Eltern erhoben, in drei Fällen wurden die Eltern vor den Kindern interviewt. Bis auf die außerhalb der Familie lebenden Väter wurden alle Elternpaare am gleichen Tag interviewt. Über den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, lagen die Interviews jedoch aufgrund der langwierigen Rekrutierung relativ weit auseinander: Von Ende April bis Ende Oktober 2003 fanden im Durchschnitt 5.2 Interviews pro Monat statt, ausgenommen die drei Drop out-Interviews, die nicht in den Datensatz aufgenommen wurden. Sechszwanzig der 31 verwerteten Interviews führte Amelie Burkhardt, fünf führte Stefanie Rudolf.

Interviewablauf. Zu Beginn des Interviews erläuterte die Interviewerin dem Teilnehmer zunächst noch einmal das Ziel der Untersuchung und erkundigte sich, ob dieser vom Therapeuten die Teilnehmerinformationen³⁵ erhalten habe. War dies nicht der Fall, händigte die Interviewerin dem Teilnehmer das Informationsblatt aus und bat ihn bei Einverständnis mit der Teilnahme die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Die Interviewerin unterschrieb diese ebenfalls und wies auf die Gewährleistung der Anonymität und das Recht hin, die Befragung jederzeit abubrechen. Danach erklärte sie den Aufbau des Fragebogens und die verschiedenen Antwortmodalitäten. Bei den Eltern wurde vor Beginn des eigentlichen Fragebogens der separate Kindererhebungsbogen ausgefüllt. Anschließend begann die Interviewerin mit Teil A des Fragebogens, indem sie den Teilnehmern die Fragen und Antwortmöglichkei-

³⁵ Siehe Materialienband; vgl. Kap. 3.1.

ten nacheinander vorlas und die erhaltenen Antworten ankreuzte. Die Befragten erhielten zu Beginn jedes Fragebogenteils eine Liste mit den verschiedenen Antwortmöglichkeiten, damit sie diese nicht nur vom Interviewer hörten, sondern selbst vor Augen hatten. Die Antworten auf die offenen Fragen schrieb die Interviewerin stichpunktartig mit.³⁶ Nach dem A-Teil beantworteten die Interviewpartner so viele B-Teile, wie intergenerationale Beziehungspartner vorhanden waren (vgl. Kap. 3.3). Die Befragung endete mit Teil C. Das Datenblatt des Patienten ließ die Interviewerin vor oder nach dem Interview vom zuständigen Therapeuten ausfüllen.

Die Interviews mit den Patienten dauerten ca. 1 bis 1 ½ Stunden, je nachdem, ob sie den Teil B für beide Eltern oder nur für einen Elternteil beantworteten. Die Interviews mit den Eltern dauerten ca. 1 ½ bis 2 Stunden; je mehr Kinder sie hatten, umso länger. Unabhängig von der Kinderanzahl dauerten die Elterninterviews generell etwas länger, als die Patienteninterviews, da die Eltern die qualitativen Fragen ausführlicher beantworteten, ihre Antworten auf die quantitativen Fragen kritischer abwogen und häufiger Erklärungen und Ergänzungen hinzufügten. Die Interviews verliefen sehr gut. Die Interviewpartner fühlten sich von den Fragen inhaltlich angesprochen, antworteten überlegt und differenziert und wirkten am Thema ernsthaft interessiert. Einige Interviewteilnehmer baten um die Zusendung der Ergebnisse. Gelegentlich berührte die Teilnehmer das Nachdenken über die Familienbeziehungen so tief, dass sie kurz weinten. Die Interviewerinnen waren gefordert, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und empathisch auf die ergänzenden Äußerungen einzugehen und gleichzeitig der Standardisierung des Fragebogens zu folgen. Der Verlauf der einzelnen Interviews, der von der Interviewerin wahrgenommene subjektive Eindruck der befragten Personen, ihr Verhalten und ihre Kommentare wurden detailliert dokumentiert.

3.6 Datenanalyse und statistische Verfahren

3.6.1 Aufbau der Datensätze

Der Datensatz wurde mit dem Statistikprogramm SPSS 11.5 erstellt. Er existiert in zwei verschiedenen Versionen, einer vertikalen und einer horizontalen, die nötig sind, um unterschiedliche Analysen durchführen zu können.³⁷

Datensatz zur deskriptiven Statistik. Der vertikale Datensatz enthält sämtliche Daten und wurde für die deskriptive Auswertung der Grundauszählung, der Umgangsstile und der Sozi-

³⁶ Eine detaillierte Darstellung des Umgangs mit den qualitativen Fragen findet sich in Kap.3.6.2.

³⁷ Alle Rohdatensätze finden sich auf einer CD-Rom, die der Arbeit beigelegt ist.

odemographie verwendet. Dieser Datensatz ist *dyadisch* aufgebaut, was bedeutet, dass er zum einen Fälle enthält, die sich auf der Ebene der Person bewegen, z.B. die Aussage einer Mutter über ihre Familie als Gesamtes. Zum anderen enthält er Fälle, die sich auf der Ebene der Dyade bewegen, z.B. die Aussage einer Mutter über ihr erstgeborenes, nicht erkranktes Kind. Aus der Befragung einer einzigen Person ergeben sich für den Datensatz mehrere Fälle, z.B. Mutter 1 über die gesamte Familie; Mutter 1 über die Beziehung zum ersten, nicht erkrankten Kind; Mutter 1 über die Beziehung zum zweiten Indexpatientenkind; Mutter 1 über die Beziehung zum dritten, nicht erkrankten Kind. Der Datensatz enthält insgesamt 93 Fälle, die aus 31 allgemeinen Aussagen der befragten Personen und 62 dyadischen Aussagen bestehen (vgl. Kap. 3.3). Für die deskriptive Auswertung der qualitativen Frage wurde ein weiterer vertikaler Datensatz erstellt, der nur die Daten der Inhaltsanalyse enthält.

Datensatz zur Inferenzstatistik. Da es sich bei der Stichprobe dieser Studie um eine verbundene handelt und mit dem vertikalen Datensatz keine Tests für abhängige Stichproben berechnet werden können, musste der Datensatz zum Zwecke der inferenzstatistischen Analyse in einen horizontalen transformiert werden. Verbundenheit zweier Gruppen ist immer dann gegeben, wenn eine eindeutige Zuordnungsregel besteht; in der vorliegenden Stichprobe lassen sich z.B. Mütter und Patientenkinder derselben Familie zuordnen. Verbundenheit wird teststatistisch berücksichtigt, weil nachgewiesen ist, dass sich z.B. Ehepaare überdurchschnittlich häufig in Verhalten, Interessen, sozialem Status und Einstellungen ähneln und dies die Ergebnisse systematisch beeinflussen kann.³⁸ Es wäre im vorliegenden Fall z.B. denkbar, dass Eltern derselben Familie Ambivalenz ähnlich empfinden und ähnlich damit umgehen, im Unterschied zu Müttern und Vätern aus verschiedenen Familien. Aus der Systemischen Familientherapie ist bekannt, dass ebenso das Umgekehrte vorkommt. Ehepartner polarisieren ihr Verhalten: Je nachgiebiger z.B. der eine Elternteil ist, desto strenger ist der andere und umgekehrt.³⁹ Die Abhängigkeit der Stichprobe wird aus diesem Grund angenommen und in den entsprechenden statistischen Testverfahren berücksichtigt.⁴⁰

³⁸ Ähnlichkeit von Partnern kann zum einen von vorneherein durch Assortative Mating gegeben sein, zum anderen durch eine gegenseitige Angleichung nach Jahren des Zusammenlebens entstehen, wobei die geteilte soziale Umwelt und die gemeinsame Lebenswelt eine Rolle spielt. In einer Studie zu Krankheitskonzepten im Familiensystem fand man überzufällige Übereinstimmungen in den Attributionsmustern zwischen Angehörigen und Patienten bezüglich der Krankheitsursachenzuschreibung (Wälte & Kröger, 2002).

³⁹ Die systemische Familientherapie geht davon aus, dass durch das Streben von Familiensystemen nach einem homöostatischen Gleichgewicht Verhaltensweisen eines Familienmitgliedes von anderen Mitgliedern „ausgeglichen“ werden können. Bei Konsolidierung des Verhaltens kann es auf diese Weise zu reziproken Rollenverteilungen kommen.

⁴⁰ Ob tatsächlich Abhängigkeit der Daten gegeben ist, lässt sich mit Berechnung von Korrelationen prüfen. Dies erfordert ebenfalls einen auf Abhängigkeit basierenden Datensatz, da Korrelationen nur mit abhängigen Tests

Der Vorteil abhängiger gegenüber unabhängiger Testverfahren ist die Berücksichtigung möglicher Abhängigkeit, indem die Kovarianz in die Berechnung des Testwertes mit einfließt (Testwert = $M1 - M2 / \sqrt{\text{Var } M1 + \text{Var } M2 - 2\text{Cov}(M1; M2)}$). Bei der Formel für unabhängiges Testen fällt der letzte Abschnitt $-, 2\text{Cov}(M1; M2)$ weg, weil unterstellt wird, dass die Kovarianz der Mittelwerte gleich Null ist. In der Konsequenz bedeutet dies, dass sich bei positiver Korrelation beim abhängig Rechnen schneller einen Effekt zeigt, bei negativer Korrelation wird dagegen beim unabhängig Rechnen der Effekt überschätzt. Liegt keine Abhängigkeit vor (d.h. ist die Kovarianz gleich null), macht es keinen Unterschied, welches Verfahren angewandt wird. Bei verbundenen Stichproben sind abhängige Tests also in jedem Fall unabhängigen Verfahren überlegen.

In den transformierten horizontalen Datensatz⁴¹ wurden diejenigen Variablen übernommen, die inferenzstatistisch ausgewertet werden sollten. Darunter fallen alle quantitativen Variablen zum Ambivalenzerleben und zur Beziehungsqualität. Außerdem mussten einige Variablen neu generiert werden. Um den Geschwistervergleich rechnen zu können, wurden für die gesunden Geschwisterkinder Mittelwerte berechnet, die in den meisten Fällen mit den Medianen übereinstimmten. Der horizontale Datensatz ist nicht dyadisch aufgebaut, sondern hier ist die *Familie* als Fall definiert, was zur Folge hat, dass die Antworten auf ein bestimmtes Item von den einzelnen Familienmitgliedern bezüglich der allgemeinen Familie, der Einzelperson und den Dyaden in der Variablenzeile definiert sind. Bei den dyadischen Fragen des Teil B ist ein Item entsprechend 6-fach aufgeführt (Mutter gegenüber gesundem Geschwisterkind, Mutter gegenüber erkranktem Kind, Vater gegenüber gesundem Geschwisterkind, Vater gegenüber erkranktem Kind, erkranktes Kind gegenüber Mutter, erkranktes Kind gegenüber Vater), bei den nicht-dyadischen Fragen 3-fach (Mutter, Vater, erkranktes Kind).

3.6.2 Aufbereitung der Daten

Faktorenanalyse zur Ambivalenzintensität. Die Frage zur Ambivalenzintensität als ein Aspekt des Ambivalenzerlebens wurde zunächst faktorenanalytisch ausgewertet, da sie indirekt gemessen wird. Die Ambivalenzintensität wird mittels verschiedener Attribute zur Beschreibung von Beziehungen erfasst (z.B. warmherzig, kühl, vertraut, oberflächlich). Diese bilden die vier Pole (Konvergenz-Divergenz, Reproduktion-Innovation) der personalen und institutionellen Dimension des Ambivalenzmoduls von Lüscher (2004b) ab. Die Interview-

berechnet werden können. Nach der Transformation des Datensatzes wurden Korrelationen berechnet und für Ambivalenzhäufigkeit sowie für Beziehungsqualität für einige Vergleichsgruppen Abhängigkeit nachgewiesen.

⁴¹ Die Transformation wurde detailliert dokumentiert.

partner schätzten mit Hilfe von 5-Punkt-Likert-Skalen (1 = „trifft voll und ganz zu“ bis 5 = „trifft überhaupt nicht zu“) ein, wie gut jedes Attribut ihre jeweilige Beziehung beschreibt. Stimmt eine Person gleichermaßen Attributen zu, die aufgrund der Faktorenanalyse gegensätzlichen Polen zugeordnet sind, wird dies als Ambivalenz aufgefasst. Da die Attribute unterschiedlich interpretiert werden können, wurde zunächst mittels Faktorenanalyse untersucht, welche Attribute von den Interviewpartnern den jeweiligen Polen zuzuordnen waren. Somit konnte überprüft werden, ob sich die postulierten Faktoren Divergenz-Konvergenz und Reproduktion-Innovation tatsächlich in den Daten widerspiegeln.

Die Faktorenanalyse wurde als Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation ohne Faktorbegrenzung für die Gesamtstichprobe (Schizophrenie- und Suchtstichprobe; N=28 Familien) und über alle Dyadenformen gerechnet.⁴² Im nächsten Schritt wurden diejenigen Attribute, die auf dem ersten Faktor luden, auf Dyadenebene zu Summenscores zusammengefasst. Dabei bildeten diejenigen mit positiver Korrelation den einen Summenscore, diejenigen mit negativer Korrelation einen anderen. Die Summenscores entsprechen den Polen der personalen Dimension Konvergenz (positive Korrelationen) bzw. Divergenz (negative Korrelationen). Die beiden Summenwerte eines Interviewten wurden zur Berechnung des indirekten Ambivalenzmaßes in eine von Griffin vorgeschlagene Formel⁴³ (Thompson, Zanna & Griffin, 1995) eingesetzt. Diese wird gegenwärtig - obwohl kritisch diskutiert - häufig verwendet (vgl. Willson et al., 2003), um aus Bewertungen gegensätzlicher Attribute ein Maß für Ambivalenz zu konstruieren (vgl. die Darstellung bei Lettke, 2002b). Für jede Aussage wurde auf diese Weise ein Ambivalenzmaß berechnet, dessen Wert zwischen -1 (niedrige Ambivalenz) und +5 (hohe Ambivalenz) liegt. Mit diesen Werten wurden die Vergleichsgruppen auf Unterschiede getestet.

Inhaltsanalyse der qualitativen Frage. Die Auswertung der qualitativen Frage nach den ambivalenzgenerierenden Situationen erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Eine der Grundtechniken der Inhaltsanalyse ist die Häufigkeitsanalyse, die in dieser Studie angewendet wurde (vgl. Mayring, 2003). Die Materialstichprobe dieser Untersuchung besteht aus den Antworten, die die Befragten auf die offene Frage „In welchen Situationen fühlen Sie sich

⁴² Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sind in der Arbeit von Brand (2004) tabellarisch dargestellt.

⁴³ $A = (P + N) / 2 - |P - N|$

P = größerer Summenwert, N = kleinerer Summenwert. Mittlere Zustimmungintensität minus Konsistenz der Antwort. Je größer die Summe aus P und N ist, desto größer ist die Zustimmungintensität. Je größer die Differenz aus P und N ist, desto größer ist die Konsistenz.

besonders häufig Person X gegenüber hin- und hergerissen?“ gaben.⁴⁴ Je nachdem wie gut die Interviewpartner auf die Frage einstiegen, wurde weiter nachgefragt, z.B. unter Bezugnahme auf vorhergehende Bemerkungen der Befragten oder indem Gefühle oder Inhalte des Hin- und Hergerissenseins exploriert wurden. Die von der Interviewerin schriftlich festgehaltenen Antworten waren – in Abhängigkeit von der Sprechgeschwindigkeit des Interviewpartners – entweder wörtliche Transkriptionen, die mit Anführungszeichen gekennzeichnet wurden, oder stichpunktartige Paraphrasierungen unterschiedlicher Verdichtungsgrade (von ‚sehr nahe am Gesagten‘ bis ‚zusammengefasst‘).

Das Kategoriensystem wurde durch ein dialektisches Vorgehen zwischen Induktion und Deduktion erstellt, d.h. die Kategorienbildung entstand wechselseitig einerseits theoriegeleitet und andererseits aus dem Material abgeleitet. Zunächst sichteten drei Untersucherinnen (A. Burkhardt, C. Brand, S. Rudolf) unabhängig voneinander das gesamte Material beider Stichproben hinsichtlich Unterschieden und Gemeinsamkeiten. In mehreren Sitzungen wurde konsensuell die Definition des Abstraktionsniveaus, des Selektionskriteriums und der Ober- und Unterkategorien erarbeitet. Das gesamte Material wurde in Texteinheiten (Analyseeinheiten) zerlegt, die jeweils nur einer Kategorie zuzuordnen sein sollten, wobei die Zerlegung lediglich anhand inhaltlicher, nicht formaler Aspekte erfolgte. Je zwei Kodiererinnen führten eine Probekodierung einer Familie für beide Stichproben getrennt durch, die anschließend verglichen wurden. Danach wurden die Kategorien erneut überarbeitet und schließlich der Kodierleitfaden (siehe Materialienband) erstellt.

Für das Selektionskriterium wurde festgelegt, dass im Datenmaterial entweder (a) *Themen*, die Gefühle oder Gedanken bezüglich der generationalen Beziehung oder Beschreibungen der Beziehung, bzw. der Beziehungsgestaltung beinhalteten, oder (b) explizit benannte *Spannungsfelder* bezüglich der Beziehung genannt werden mussten, um kodierbar zu sein. Für das Abstraktionsniveau galt, dass gerade so viele Kategorien gebildet werden sollten, dass eine Häufigkeitsauszählung Sinn macht ohne dass die Kategorien inhaltsleer werden. Die Kategorien beschreiben demnach Themen oder Spannungsfelder, wobei die Intensität der Äußerung gleichgültig ist (‚Ärger‘ oder ‚Hass‘ fallen in dieselbe Kategorie). Die Antwort eines Befragten bestand aus mindestens einer, häufig jedoch aus mehreren Analyseeinheiten. Jede Analyseeinheit konnte maximal einer Themen-Kategorie sowie zusätzlich einer Spannungsfelder-

⁴⁴ Interviewpartner, die auf die vorhergehende Frage, wie häufig sie sich gegenüber dem generationalen Beziehungspartner hin- und hergerissen fühlen, mit „nie“ antworteten, wurden diese Frage nicht gefragt.

Kategorie zugeordnet werden. Pro Antwort konnte jede Kategorie nur einmal vergeben werden.

Im Anschluß an die Kodierung und die Erstellung des qualitativen Datensatzes, wurde die Intercoder-Reliabilität (Kappa) für die beiden Kodiererinnen (A. Burkhardt und S. Rudorf) der Suchtstichprobe berechnet.

3.6.3 Datenanalyse

Ambivalenzerleben (quantitativ) und Beziehungsqualität. Aufgrund größerer Robustheit gegenüber Ausreißern und der kleinen Stichprobe (N=12 Familien) wurden alle Unterschiedshypothesen bezüglich Ambivalenzerleben und Beziehungsqualität mit dem Vorzeichen-Rang-Test von Wilcoxon (Wilcoxon signed rank Test), einem parameterfreien Verfahren für verbundene Stichproben getestet. Bei allen inferenzstatistischen Auswertungen wurde das a priori Alpha-Niveau auf $\alpha=.05$ festgelegt.⁴⁵

Ambivalenzqualität. Für die qualitative Frage wurden nach der Inhaltsanalyse (vgl. 3.6.2) die Gruppenvergleiche deskriptiv mittels Häufigkeitskreuztabellen vorgenommen.

Umgangstile. Die nominal skalierten Umgangstile mit Einfluss einer dichotomen Variablen (z.B. Mütter vs. Väter) auf eine diskrete Variable (vier Kategorien der Umgangstile) wurden deskriptiv mittels Häufigkeitskreuztabellen ausgewertet, da kein inferenzstatistisches Testverfahren auf diese Datenform und -menge anwendbar ist.⁴⁶

⁴⁵ Die jeweiligen a posteriori berechneten p-Werte sind im Ergebnisteil an den entsprechenden Stellen präsentiert.

⁴⁶ Der Chi-Quadrat-Test erfordert Unabhängigkeit der Gruppen und mindestens ein so großes N, dass innerhalb jedes Quadranten $n \geq 5$; der McNemar- und der Binomialtest sind nur auf dichotome Variablen anwendbar.

4 ERGEBNISSE

Die Häufigkeitsverteilungen und die Inferenzstatistik des Ambivalenzerlebens und der Beziehungsqualität werden im Text dargestellt. Alle Tabellen der Inferenzstatistik sind im Text abgebildet. Um diesen übersichtlich zu halten, sind lediglich die p-Werte der Tests inkl. der Testrichtung und die Mediane angegeben. Wo diese allein nicht aussagekräftig sind, werden die Mittelwerte oder Interquartilsabstände zur Veranschaulichung hinzugefügt. Alle übrigen relevanten Parameter, wie Anzahl der Beobachtungen, Interquartilsabstände und z-Werte sind in den entsprechenden Tabellen dargestellt. Für die Mediane bzw. Mittelwerte gilt: Je kleiner der Wert desto größer die Variablenausprägung. Eine Ausnahme bilden die Variablen ‚Intensität‘ und ‚Übereinstimmung des Familienlebens mit Wunschvorstellung‘, deren Ausprägung umso größer ist, je *höher* der Wert ist. Bei der inferenzstatistischen Analyse wurden Mütter und Väter stets getrennt ausgewertet.

Die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung der Ambivalenzqualität und der Umgangstile werden im Text schriftlich dargestellt, die dazugehörigen Tabellen finden sich vollständig im Anhang. Die im Text wiedergegebenen Prozentzahlen sind gerundet. Für die deskriptive Auswertung im Geschwister- und Generationenvergleich wurden Mütter und Väter wegen der kleinen Teilstichproben und der kategorialen Zuordnung zusammengefasst.

Die Tabellen 4 und 5 (im Anhang) bilden die Grundlage der Auswertung der Ambivalenzqualität. Tabelle 4 zeigt die Ober- und Unterkategorien der ambivalenzgenerierenden Themen und Spannungsfelder mit Beispielsätzen aus dem Datenmaterial.⁴⁷ Tabelle 5 stellt die Häufigkeiten dyadischer Aussagen⁴⁸ und Analyseeeinheiten zu Themen und Spannungsfeldern dar: Insgesamt gab es 57 dyadische Aussagen, die aufgrund Mehrfachantworten 137 Analyseeeinheiten enthielten. Nach Abzug der gefilterten dyadischen Aussagen (n=5), der dyadischen Aussagen „Keine Angabe“ (n=1) und der nicht kategorisierbaren Analyseeeinheiten (n=9), blieben 51 auswertbare dyadische Aussagen übrig, die 122 auswertbare Themen- Analyseeeinheiten enthielten. Spannungsfelder wurden, wo vorhanden, *zusätzlich* zu den Themen kodiert. Alle Analyseeeinheiten, die zwar für Themen kodiert wurden, bei denen jedoch keine Spannungsfelder vorkamen, wurden mit „nicht kategorisierbar“ kodiert. Dies erklärt die hohe Zahl an nicht kategorisierbaren Fällen der Spannungsfelder (n=111). Es gab 20 gültige Spannungsfelder- Analyseeeinheiten. Die Intercoder-Reliabilität betrug $Kappa=.817$. Die Tabellen zur

⁴⁷ Der Kodierleitfaden, der die Definitionen der Kategorien, die Kodierregeln und Ankerbeispiele sowie die Tabelle zur Häufigkeitsauszählung enthält, findet sich im Materialienband.

⁴⁸ Als ‚dyadische Aussage‘ wird die Antwort auf ein Item von einer Person über die Beziehung zu einer anderen Person bezeichnet.

qualitativen Ambivalenz des Geschwister-, Generationen- und Geschlechtervergleichs zeigen die prozentuale Verteilung der kodierten Analyseeinheiten ohne gefilterte Aussagen, fehlende Angaben und nicht kategorisierbare Äußerungen.

Zunächst wird der Geschwistervergleich, danach der Generationenvergleich und zum Schluss der Geschlechtervergleich dargestellt. Der Einfachheit halber spreche ich in den Vergleichen von „erkrankten“ oder „kranken“ und „gesunden Kindern“, und meine damit *substanzabhängige erwachsene* Kinder und ihre *nicht substanzabhängigen* Geschwister.

4.1 Geschwistervergleich

Im Geschwistervergleich wurden die Aussagen der Eltern über ihre Beziehung zum erkrankten Indexpatientenkind mit den Aussagen über ihre Beziehung zu den gesunden Geschwisterkindern verglichen.

4.1.1 Ambivalenzerleben

Mütter. Die Hälfte aller Mütter fühlte sich „sehr oft“ oder „oft“ gegenüber erkrankten Kindern hin- und hergerissen, im Gegensatz dazu gab es gegenüber den gesunden Kindern keine Nennung bei „sehr oft“. Über 60% der Mütter waren gegenüber den gesunden Kindern „selten“ oder „nie“ hin- und hergerissen, diese beiden Kategorien wurden gegenüber kranken Kindern zu nur jeweils 8% genannt. Die Mehrheit der Mütter (58%) glaubte, dass sie gegenüber den kranken Kindern „häufiger“ hin- und hergerissen sei, als andere Eltern gegenüber ihren Kindern. Dagegen fielen gegenüber gesunden Kindern über die Hälfte der Antworten auf „gleich häufig“ und nahezu die Hälfte auf „seltener“. Beinahe Drei Viertel aller Mütter empfanden die Ambivalenz gegenüber erkrankten Kindern als „sehr belastend“, während gegenüber gesunden Kindern nur 44% der Mütter Ambivalenz als „belastend“ und ein Drittel der Mütter die Ambivalenz „weniger belastend“ oder „überhaupt nicht belastend“ empfand.

In Tabelle 2 ist zu sehen, dass bei Müttern in fast allen Ambivalenzaspekten signifikante Unterschiede zwischen den erkrankten und gesunden Kindern gefunden wurden. Mütter fühlten sich gegenüber kranken Kindern signifikant häufiger ($Mdn=2.50$) hin- und hergerissen, als gegenüber gesunden Kindern ($Mdn=3.50$, $p=.022$, einseitig). Ebenso empfanden Mütter Ambivalenz gegenüber ihren erkrankten Kindern signifikant intensiver ($Mdn=0.69$), als gegenüber den gesunden Geschwisterkindern ($Mdn=0.06$, $p=.0485$, einseitig). Bezüglich der relativen Häufigkeit von Ambivalenz glaubten Mütter hochsignifikant häufiger, dass sie gegenüber dem kranken Kind öfter hin- und hergerissen seien ($Mdn=1.00$), als andere Mütter gegenüber

ihren Kindern ($p=.00016$, einseitig) im Vergleich zur Einschätzung der relativen Häufigkeit von Ambivalenz gegenüber gesunden Kindern ($Mdn=2.00$). Mütter fühlten sich durch die Ambivalenz gegenüber erkrankten Kindern tendenziell stärkerer belastet ($Mdn=1.00$), als durch die Ambivalenz gegenüber gesunden Kindern ($Mdn=2.00$, $p=.051$, einseitig).

Tabelle 2

Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich)

Ambivalenzerleben	n ^a	Mütter- ge-	Mütter-	z	p		
		sunde Kinder	ranke Kinder				
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Häufigkeit ^b	10-4	3.50	2.25	2.50	2.25	-2.01	.022*
Relative Häufigkeit ^b	10-2	2.00	1.00	1.00	1.00	-2.64	.00016***
Intensität ^c	10-1	0.06	2.02	0.69	2.41	-1.66	.0485*
Belastung durch Ambivalenz ^b	7-2	2.00	2.00	1.00	0.00	-1.63	.051 ^T

Anmerkungen. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^c je größer der Wert, desto intensiver.

^T $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; einseitig

Väter. Über 70% der Väter waren gegenüber kranken Kindern „oft“ oder „sehr oft“ hin- und hergerissen, wogegen sie gegenüber gesunden Geschwisterkindern zu 75% „selten“ hin- und hergerissen waren. Ebenso empfanden über 70% der Väter Ambivalenz gegenüber kranken Kindern als „sehr belastend“, während die Hälfte der Väter Ambivalenz gegenüber gesunden Kindern als „weniger belastend“ empfand. Fast 60% der Väter glaubten, gegenüber kranken Kindern „häufiger“ hin- und hergerissen zu sein, als andere Eltern gegenüber ihren Kindern, wogegen in Bezug auf gesunde Kinder alle Väter „gleich häufig“ und „seltener“ angaben.

In Tabelle 3 ist der Geschwistervergleich aus Sicht der Väter dargestellt. Wie bei Müttern wurden auch bei Vätern in allen Ambivalenzaspekten Unterschiede zwischen den Geschwistern gefunden, wobei bei zwei Aspekten nur Tendenzen erreicht wurden. Väter waren gegenüber kranken Kindern tendenziell häufiger hin- und hergerissen ($Mdn=2.00$), als gegenüber gesunden Kindern ($Mdn=4$, $p=.0655$, einseitig). Auch die Erhöhung der relativen Häufigkeit wurde nicht signifikant, wies jedoch eine statistische Tendenz auf ($p=.09$, einseitig). Väter empfanden signifikant intensivere Ambivalenz gegenüber den kranken Kindern ($Mdn=1.88$), als gegenüber gesunden Kindern ($Mdn=0.25$, $p=.014$, einseitig) und fühlten sich signifikant

stärker durch das Ambivalenzerleben belastet (Väter-krankte Kinder: Mdn =1.00, Väter-gesunde Kinder: Mdn =3.00, $p=.0135$, einseitig).

Tabelle 3

Ambivalenzerleben: Väter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich)

Ambivalenzerleben	n ^a	Väter-ge-		Väter-		z	p
		sunde Kinder		krankte Kinder			
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Häufigkeit ^b	6-1	4.00	1.50	2.00	1.50	-1.51	.0655 ^T
Relative Häufigkeit ^b	6-4	2.00	0.25	2.00	1.00	-1.34	.09 ^T
Intensität ^c	6-0	0.25	2.54	1.88	3.16	-2.20	.014*
Belastung durch Ambivalenz ^b	6-0	3.00	0.75	1.00	1.00	-2.21	.0135*

Anmerkungen. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^c je größer der Wert, desto intensiver.

^T $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; einseitig

Ambivalenzqualität. Tabelle 6 (im Anhang) zeigt die prozentuale Verteilung der kodierten Analyseeinheiten der ambivalenzgenerierenden Themen des Geschwistervergleichs. Eltern beschrieben gegenüber erkrankten Kindern zum Großteil andere Themen und Spannungsfelder, die in der Beziehung ambivalente Gefühle auslösten, als gegenüber gesunden Kindern. Von den Oberkategorien beschrieben Eltern gegenüber den erkrankten Kinder am häufigsten „Gefühle in der Generationenbeziehung“ als ambivalenzgenerierend. Dagegen führten gegenüber gesunden Kindern „empfundene Unterschiede zwischen den Generationen“ am häufigsten zu Ambivalenzerleben.

Innerhalb der jeweiligen Oberkategorie sahen die häufigsten Nennungen folgendermaßen aus: Eltern beschrieben in der Oberkategorie „Unterschiede zwischen den Generationen“ „Unverständnis, einander fremd sein“ gegenüber erkrankten Kindern am häufigsten als ambivalenzauslösendes Thema, wogegen bei den gesunden Kindern am häufigsten Themen der „Lebensführung“ zu Ambivalenzerleben führten. Der Versuch der „gegenseitigen Beeinflussung und Kontrolle“ in der Oberkategorie „Gestaltung der Generationenbeziehung“ wurde von Eltern für kranke wie auch gesunde Kinder am häufigsten als Ambivalenz auslösend genannt. In der Oberkategorie „Gefühle in der Generationenbeziehung“ nannten Eltern gegenüber kranken Kindern am häufigsten „Wut, Ärger, verletzt sein“ und „Fehlendes Vertrauen, mangelnde

Verlässlichkeit“ als ambivalenzgenerierendes Thema, wogegen gegenüber gesunden Kindern „Angst/Sorgen“ am häufigsten Ambivalenzen auslöste.

Insgesamt wurden selten Spannungsfelder direkt angesprochen. Gegenüber gesunden Kindern beschrieb nur eine Elternperson, dass sie sich zwischen Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen fühlte. Gegenüber kranken Kindern wurden wesentlich mehr Spannungsfelder erwähnt: Hier fühlten sich fünf Eltern zwischen Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen, weitere fünf zwischen Nähe und Distanz und zwei zwischen Akzeptanz und Ablehnung (siehe Tabelle 7 im Anhang).

4.1.2 Beziehungsqualität

Mütter. Mütter fühlten sich insgesamt stark mit allen ihren Kindern verbunden: Rund 90% fühlten sich „sehr eng“ oder „eng“ mit den gesunden Kindern verbunden; über 80% der Mütter fühlten sich „sehr eng“ oder „eng“ mit erkrankten Kindern verbunden. Drei Viertel der Mütter fanden die Beziehung zu den gesunden Kindern „sehr oft“ oder „oft“ in Übereinstimmung mit ihrer Wunschvorstellung, wogegen drei Viertel der Mütter die Beziehung zu erkrankten Kindern nur „oft“ oder „hin und wieder“ wunschgemäß einschätzten. Die Mehrheit der Mütter fand die Beziehung zu gesunden Kindern „überwiegend“ oder „fast nur“ erfreulich, während die meisten Mütter die Beziehung zu den kranken Kindern als „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder „überwiegend unerfreulich“ einschätzten.

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Beziehungsqualität im Geschwistervergleich aus Sicht der Mütter. Bezüglich der Verbundenheit gab es aus Sicht der Mütter keine signifikanten Unterschiede zwischen erkrankten Kindern (Mdn=1.50) und gesunden Kindern (Mdn=1.25, $p=.680$, zweiseitig). Im Gegensatz dazu schätzten Mütter die Beziehung zu erkrankten Kindern signifikant weniger erfreulich ein (Mdn=3.00, $p=.013$, einseitig), als die Beziehung zu gesunden Kindern (Mdn=2.25). Die Beziehung zu erkrankten Kindern (Mdn=3.00) war außerdem signifikant seltener so, wie die Mütter sich diese wünschten, im Vergleich zur Beziehung zu den gesunden Geschwisterkindern (Mdn=2.00, $p=.008$, einseitig).

Tabelle 8*Beziehungsqualität: Mütter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich)*

Beziehungsqualität	n ^a	Mütter-gesunde Kinder		Mütter-krankte Kinder		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Verbundenheit ^b	10-5	1.25	1.00	1.50	1.25	-0.41	0.680
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung ^c	10-2	2.00	1.63	3.00	2.00	-2.40	0.008 **
Erfreulichkeit ^c	10-4	2.25	1.13	3.00	2.00	-2.22	0.013 *

Anmerkungen. Je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung.

^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b zweiseitig getestet; ^c einseitig getestet.

[†] p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; einseitig

Väter. Die Mehrheit der Vätern schätzte die Beziehung zu erkrankten Kindern „hin und wieder“ oder „selten“ in Übereinstimmung mit der eigenen Wunschvorstellung ein. Im Vergleich dazu beurteilten alle Väter ihre Beziehung zu gesunden Kindern „sehr oft“ oder „oft“ als wunschgemäß. Drei Viertel aller Väter fanden die Beziehung zu gesunden Kindern „überwiegend erfreulich“ oder „fast nur erfreulich“, während sie die Beziehung zu erkrankten Kindern zu über 70% als „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder „überwiegend unerfreulich“ beurteilten. Die Mehrheit der Väter schätzte mit nahezu 60% die Beziehung zu erkrankten Kindern „nicht eng“ oder „überhaupt nicht eng“ ein, wogegen über 60% der Väter die Beziehung zu gesunden Kindern „sehr eng“ oder „eng“ empfanden. Diese Differenz wurde jedoch statistisch nicht signifikant

Wie bei den Müttern schätzten auch Väter die Erfreulichkeit und Wunschgemäßheit in den Beziehungen zu den erkrankten Kindern signifikant niedriger ein, als zu den gesunden, während die Verbundenheit ähnlich hoch war (Tabelle 9). Zwischen erkrankten und gesunden Kindern konnte aus Sicht der Väter bezüglich Verbundenheit kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Väter-krankte Kinder: Mdn =4.00, Väter-gesunde Kinder: Mdn =2.00, p=.114, zweiseitig). Väter fanden die Beziehung zu den erkrankten Kindern signifikant weniger erfreulich (Mdn=3.50, p=.0195, einseitig), als zu den gesunden Kindern (Mdn=2.00) und seltener in Übereinstimmung mit ihrer Wunschvorstellung (Mdn=3.50, p=.0195, einseitig) im Vergleich zu den gesunden Kindern (Mdn=2.00).

Tabelle 9*Beziehungsqualität: Väter gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich)*

Beziehungsqualität	n ^a	Väter-gesunde Kinder		Väter-krankte Kinder		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Verbundenheit ^b	6-0	2.00	1.75	4.00	3.25	-1.58	0.114
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung ^c	6-1	2.00	0.63	3.50	2.25	-2.06	0.0195*
Erfreulichkeit ^c	6-1	2.00	0.25	3.50	1.50	-2.06	0.0195*

Anmerkungen. Je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung.

^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b zweiseitig getestet; ^c einseitig getestet.

[†] p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; einseitig

4.1.3 Umgang mit Ambivalenz

Eltern wählten gegenüber den gesunden Geschwisterkindern am häufigsten Solidarität und Emanzipation im Umgang mit Ambivalenz, wie in Tabelle 10 (im Anhang) ersichtlich. Dagegen kamen gegenüber den erkrankten Kindern Emanzipation, Solidarität und Atomisierung als elterliche Umgangstile zu gleichen Teilen vor.

4.2 Generationenvergleich

Beim Generationenvergleich wurden die dyadischen Aussagen der Eltern über die Beziehung zu erkrankten Kindern mit den Aussagen der erkrankten Kinder über die Beziehung zu ihren Eltern verglichen. Daneben wurden allgemeine Aussagen der Eltern bezüglich der gesamten Familie den allgemeinen Aussagen der erkrankten Kinder gegenübergestellt.

4.2.1 Ambivalenzerleben

Mütter. Die Mehrheit der Mütter fühlte sich gegenüber erkrankten Kindern „sehr oft“ oder „oft“ hin- und hergerissen, wohingegen die Mehrheit der erkrankten Kinder in Bezug auf ihre Mütter „oft“ oder „hin und wieder“ angab. Die meisten Mütter glaubten „häufiger“ gegenüber ihren erkrankten Kindern hin- und hergerissen zu sein, als andere Eltern gegenüber ihren Kindern. Je ein Drittel der erkrankten Kinder glaubte „häufiger“, „gleich häufig“ oder „seltener“ gegenüber seiner Mutter hin- und hergerissen zu sein, als andere Kinder gegenüber ihren Eltern. Über 70% der Mütter fühlten sich durch die Ambivalenz in der Beziehung zu erkrankten Kindern „sehr belastet“, während sich rund 60% der erkrankten Kinder durch die Ambivalenz in der Beziehung zu Müttern nur „belastet“ fühlten.

Bei keinem Ambivalenzaspekt konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Müttern und erkrankten Kindern gefunden werden, bis auf die Tendenz, dass mehr Mütter (Mdn=1.00) als erkrankte Kinder (Mdn=2.00) glaubten, dass sie häufiger gegenüber dem generationalen Beziehungspartner hin- und hergerissen seien, als andere Eltern bzw. Kinder ($p=.096$, zweiseitig), wie Tabelle 11 zeigt. Mütter und erkrankte Kinder unterschieden sich nicht signifikant voneinander bezüglich der Häufigkeit (Mütter: Mdn =2.50, Kinder: Mdn =3.00, $p=.490$, zweiseitig), der Intensität (Mütter: Mdn =0.69, Kinder: Mdn =0.88, $p=.556$, zweiseitig) und der Belastung durch Ambivalenz (Mütter: Mdn =1.00, Kinder: Mdn =2.00, $p=.366$, zweiseitig).

Tabelle 11

Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Müttern (Generationenvergleich)

Ambivalenzerleben	n ^a	Mütter- kranke Kind		kranke Kinder- Mütter		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Häufigkeit ^b	12-2	2.50	2.00	3.00	1.00	-0.69	.490
Relative Häufigkeit ^b	12-4	1.00	1.00	2.00	2.00	-1.67	.096 ^T
Intensität ^c	12-0	0.69	2.19	0.88	1.38	-0.59	.556
Belastung durch Ambivalenz ^b	11-3	1.00	1.00	2.00	1.00	-0.91	.366

Anmerkungen. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^c je größer der Wert, desto intensiver.

^T $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; zweiseitig

Väter. Mehr als zwei Drittel der Väter fühlten sich „sehr oft“ oder „oft“ gegenüber erkrankten Kindern hin- und hergerissen, wogegen sich von den erkrankten Kindern mehr als zwei Drittel „hin und wieder“ oder „selten“ gegenüber ihren Vätern hin- und hergerissen fühlten. Drei Viertel aller Väter glaubten „gleich häufig“ gegenüber dem erkrankten Kind hin- und hergerissen zu sein, wie andere Eltern gegenüber ihren Kindern, wogegen die Kinder mehrheitlich glaubten „seltener“ gegenüber ihren Vätern hin- und hergerissen zu sein, als andere Kinder gegenüber ihren Eltern. Väter fühlten sich durch die empfundene Ambivalenz in der Beziehung zu erkrankten Kindern zu über 70% „sehr belastet“, während die erkrankten Kinder umgekehrt zu je 30% angaben, „sehr belastet“ und „belastet“ zu sein.

Zwischen Vätern und erkrankten Kindern konnten keine signifikanten Unterschiede in den Ambivalenzaspekten gefunden werden (Tabelle 12). Väter (Mdn=1.00) fühlten sich jedoch tendenziell mehr durch die empfundene Ambivalenz belastet, als erkrankte Kinder (Mdn=3.00, $p=.057$, zweiseitig) und glaubten im Vergleich zu erkrankten Kindern (Mdn=3.00) tendenziell öfter, dass sie häufiger gegenüber ihrem erkrankten Kind hin- und hergerissen waren, als andere Eltern gegenüber ihren Kindern (Mdn=2.00, $p=.084$, zweiseitig). Bezüglich Häufigkeit (Väter: Mdn =2.00, Kinder: Mdn =2.00, $p=.131$, zweiseitig) und Intensität (Väter: Mdn=1.88, Kinder: Mdn =0.50, $p=.672$, zweiseitig) der empfundenen Ambivalenz unterschieden sich Väter und erkrankte Kinder nicht signifikant voneinander.

Tabelle 12

Ambivalenzerleben: Väter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Generationsvergleich)

Ambivalenzerleben	n ^a	Väter- kranke Kinder		kranke Kinder- Väter		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Häufigkeit ^b	7-2	2.00	2.00	3.00	2.00	-1.51	.131
Relative Häufigkeit ^b	7-1	2.00	1.00	3.00	1.00	-1.73	.084 ^T
Intensität ^c	7-0	1.88	2.75	0.50	1.63	-0.42	.672
Belastung durch Ambivalenz ^b	7-1	1.00	1.00	3.00	2.00	-1.90	.057 ^T

Anmerkungen. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^c je größer der Wert, desto intensiver.

^T $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; zweiseitig

Ambivalenzqualität. Bei Eltern und erkrankten Kindern wurde Ambivalenz insgesamt von ähnlichen Themen ausgelöst. Tabelle 13 (siehe Anhang) zeigt folgende Verteilung: Die am häufigsten genannte Oberkategorie betraf bei Eltern wie erkrankten Kindern die „Gefühle in der Generationenbeziehung“. In dieser Oberkategorie beschrieben Eltern und erkrankte Kinder am häufigsten „Wut, Ärger oder verletzt sein“ als ambivalenzauslösend, wobei Eltern ebenso häufig „fehlendes Vertrauen, mangelnde Verlässlichkeit“ angaben. In der von Eltern und Kindern am zweithäufigsten genannte Oberkategorie „Gestaltung der Generationenbeziehung“ nannten beide am häufigsten „gegenseitige Beeinflussung und Kontrolle“ als ambivalenzauslösendes Thema. In der dritten Oberkategorie „Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen“, nannten Eltern am häufigsten „Unverständnis, einander fremd sein“ und

erkrankte Kinder unterschiedliche Auffassungen bezüglich der „Lebensführung“ als Thema, das Ambivalenz auslöste.

Bei den Spannungsfeldern sagten Eltern, dass sie zwischen Autonomie und Kontrolle sowie zwischen Nähe und Distanz hin- und hergerissen waren (je 5 von 12 Nennungen), während von den erkrankten Kindern fast ausschließlich die Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz angesprochen wurde (6 von 7 Nennungen), wie Tabelle 14 im Anhang zeigt.

4.2.2 Beziehungsqualität

Mütter. Mütter gaben mit 83% etwas häufiger an, dass sie sich „eng“ oder „sehr eng“ mit den erkrankten Kindern verbunden fühlten, als erkrankte Kinder bezüglich ihrer Mütter (67%).

Mütter wie erkrankte Kinder schätzten die Übereinstimmung der Beziehung mit ihrer Wunschvorstellung ähnlich hoch ein: Die Mehrheit beider fand, dass die Beziehung „oft“ oder „hin und wieder“ wunschgemäß sei. Die Erfreulichkeit der gegenseitigen Beziehungen wurde von den Müttern niedriger eingeschätzt, als von den Kindern: Drei Viertel der Mütter fanden die Beziehung zu den erkrankten Kindern „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder „überwiegend unerfreulich“, während drei Viertel aller erkrankten Kinder die Beziehung zu ihren Müttern als „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder besser einschätzten. Nahezu alle Mütter fanden, dass das allgemeine Familienleben „hin und wieder“ oder „oft“ mit ihrer Wunschvorstellung übereinstimmte, während die erkrankten Kinder mehrheitlich „hin und wieder“ oder „selten“ angaben.

Zwischen Müttern und erkrankten Kindern zeigte sich weder in der Verbundenheit (Mdn Mütter=2.00, Mdn Kinder=2.00, $p=.132$, zweiseitig), noch in der Erfreulichkeit (Mdn Mütter=3.00, Mdn Kinder=3.00, $p=.160$, zweiseitig), noch bei der Übereinstimmung mit der eigenen Wunschvorstellung (Mdn Mütter=3.00, Mdn Kinder=3.00, $p=1.00$, zweiseitig) ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung ihrer gegenseitigen dyadischen Beziehungen (Tabelle 15).

Tabelle 15

Beziehungsqualität: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Müttern (Generationenvergleich)

Beziehungsqualität	n ^a	Mütter-krank Kinder		kranke Kinder- Mütter		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Verbundenheit	12-4	2.00	1.00	2.00	1.00	-1.51	.132
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung	12-6	3.00	1.75	3.00	2.00	0.00	1.00
Erfreulichkeit	12-5	3.00	1.75	3.00	0.75	-1.41	.160

Anmerkungen. Je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen;

^T p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; zweiseitig

Bezüglich der allgemeinen Übereinstimmung des Familienlebens mit der Wunschvorstellung zeigt Tabelle 16, dass Mütter (Mdn=3.00, M=3.5) ihr Familienleben signifikant häufiger in Übereinstimmung mit ihrer Wunschvorstellung einschätzten, als erkrankte Kinder (Mdn=3.00, M=3.00; p=.042, einseitig).

Tabelle 16

Beziehungsqualität: Mütter gegenüber gesamter Familie vs. kranke Kinder gegenüber gesamter Familie (Generationenvergleich)

Beziehungsqualität	n ^a	Mütter- gesamte Familie		kranke Kinder- gesamte Familie		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Übereinstimmung des Familienlebens mit Wunschvorstellung ^b	12-3	3.00	1.00	3.00	1.75	-1.73	.042 *

Anmerkungen. ^a n = Anzahl Personen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto seltener

^T p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; einseitig

Väter. Die Verbundenheit zwischen Vätern und erkrankten Kindern wurde von beiden Seiten ähnlich niedrig eingeschätzt: 60% der Väter und 70% der erkrankten Kinder fühlten sich „weniger eng“, „nicht eng“ oder „überhaupt nicht eng“ miteinander verbunden. Allerdings lagen die anderen 40% der Väter bei „sehr eng“ oder „eng“ verbunden. Die Mittelkategorie kam bei Vätern überhaupt nicht vor. Die Übereinstimmung der Beziehung mit der Wunschvorstellung war niedrig, wobei Kinder diese noch seltener angaben: Über die Hälfte der Väter fand, dass die Beziehung zum erkrankten Kind „hin und wieder“ oder „selten“ so sei, wie sie sich diese

wünschten. Erkrankte Kindern sagten zu 70%, dass die Beziehung zum Vater „selten“ oder „nie“ in Übereinstimmung mit ihrer Wunschvorstellung sei. Die meisten Väter fanden, dass das allgemeine Familienleben „hin und wieder“ oder „oft“ mit ihrer Wunschvorstellung übereinstimmte, während die erkrankten Kinder mehrheitlich „hin und wieder“ oder „selten“ angaben.

Zwischen Vätern (Mdn=4.00) und erkrankten Kindern (Mdn=3.00) unterschied sich weder die gegenseitige Verbundenheit ($p=.914$, zweiseitig), noch die Übereinstimmung der Beziehung mit der eigenen Wunschvorstellung signifikant (Mdn Väter=3.00, Mdn Kinder=4.00, $p=.414$, zweiseitig). Väter (Mdn=3.00) schätzten jedoch die Beziehung zu erkrankten Kindern signifikant weniger erfreulich ein, als umgekehrt (Mdn=1.00, $p=.046$, zweiseitig), wie Tabelle 17 zeigt.

Tabelle 17

Beziehungsqualität: Väter gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Generationsvergleich)

Beziehungsqualität	n ^a	Väter- kranke Kinder		kranke Kinder- Väter		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Verbundenheit	7-1	4.00	3.00	3.00	3.00	-0.19	.914
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung	7-4	3.00	2.00	4.00	2.00	-0.82	.414
Erfreulichkeit	7-3	3.00	1.00	3.00	1.00	-2.00	.046*

Anmerkungen. Je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen;

^T $p<.1$; * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$, zweiseitig

Väter (Mdn=3.50) fanden das allgemeine Familienleben tendenziell häufiger mit der eigenen Wunschvorstellung übereinstimmend, als erkrankte Kinder (Mdn=2.00, $p=.099$, einseitig), wie Tabelle 18 zeigt.

Tabelle 18

Beziehungsqualität: Väter gegenüber gesamter Familie vs. kranke Kinder gegenüber gesamter Familie (Generationenvergleich)

Beziehungsqualität	n ^a	Väter- gesamte Familie		kranke Kinder- gesamte Familie		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Übereinstimmung des Familienlebens mit Wunschvorstellung ^b	6-2	3.50	1.50	2.00	2.00	-1.29	.099 ^T

Anmerkungen. ^a n = Anzahl Personen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto seltener

^T p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; einseitig

4.2.3 Umgang mit Ambivalenz

Tabelle 19 (siehe Anhang) zeigt deutliche Unterschiede in den dyadischen Umgangstilen mit Ambivalenz im Generationenvergleich. Eltern wählten zu gleichen Teilen (33%, n=6) Emanzipation, Solidarität und Atomisierung als Umgangstil mit Ambivalenz in der Beziehung zu erkrankten Kindern; Kaptivation wurde gar nicht genannt. Erkrankte Kinder nannten dagegen am häufigsten Emanzipation mit 46% (n=10), gefolgt von Atomisierung mit 41% (n=9). Solidarität wurde nur in zwei Fällen und Kaptivation in einem Fall genannt.

4.3 Geschlechtervergleich

Beim Geschlechtervergleich wurden die dyadischen Aussagen von Müttern und Vätern über die Beziehung zu erkrankten Kindern sowie die dyadischen Aussagen der erkrankten Kinder über Mütter und Väter miteinander verglichen. Daneben wurden allgemeine Aussagen von Müttern über die gesamte Familie denen von Vätern über die gesamte Familie gegenübergestellt.

4.3.1 Ambivalenzerleben

Elternperspektive. Mütter und Väter unterschieden sich in Bezug auf erkrankte Kinder nur geringfügig voneinander. Die am meisten genannte Kategorie bezüglich der Häufigkeit von Ambivalenz gegenüber erkrankten Kindern war bei Müttern „sehr oft“, bei Vätern „oft“. Über 70% der Mütter und Väter fühlten sich durch Ambivalenz „sehr belastet“. Die Mehrheit der Mütter glaubte „häufiger“ als andere Eltern gegenüber dem erkrankten Kind hin- und hergerissen zu sein, während die Mehrheit der Väter „genauso häufig“ angab.

Die Analyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern gegenüber den erkrankten Kindern im Ambivalenzerleben (siehe Tabelle 20). Die Häufigkeit der Ambivalenz (Väter: Mdn =2.00, Mütter: Mdn =1.00, $p=.683$, zweiseitig), die relative Häufigkeit (Väter: Mdn=2.00, Mütter: Mdn=1.00, $p=.317$, zweiseitig), die Intensität (Väter: Mdn=1.88, Mütter: Mdn=0.75, $p=.799$, zweiseitig) sowie die Belastung durch Ambivalenz (Väter: Mdn Väter=1.00, Mütter: Mdn Mütter=1.00, $p=1.00$, zweiseitig) zeigten keinen Geschlechtereffekt.

Tabelle 20

Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. Väter gegenüber kranken Kindern (Elternperspektive)

Ambivalenzerleben	n ^a	Mütter- kranke Kinder		Väter- kranke Kinder		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Häufigkeit ^b	7-2	1.00	2.00	2.00	2.00	-0.41	.683
Relative Häufigkeit ^b	7-3	1.00	1.00	2.00	1.00	-1.00	.317
Intensität ^c	7-0	0.75	2.00	1.88	2.75	-0.25	.799
Belastung durch Ambivalenz ^b	7-4	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00

Anmerkungen. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^c je größer der Wert, desto intensiver.

^T $p<.1$; * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; zweiseitig

Ambivalenzqualität. Mütter und Väter unterschieden sich wenig in den Themen und Spannungsfeldern, die sie als ambivalenzauslösend in der Beziehung zu erkrankten Kindern angaben. Tabelle 21 (siehe Anhang) zeigt, dass Mütter und Väter am häufigsten „Gefühle in der Generationenbeziehung“ als ambivalenzgenerierend empfanden. An zweiter Stelle folgte bei Müttern „Gestaltung der Generationenbeziehung“ und am seltensten wurden „empfundene Unterschiede zwischen den Generationen“ als ambivalenzauslösend genannt. Diese Reihenfolge war bei Vätern umgekehrt.

In der Oberkategorie „Gefühle in der Generationenbeziehung“ beschrieben Mütter, dass Ambivalenz bei ihnen am häufigsten durch „Wut, Ärger oder verletzt sein“ ausgelöst wurde, während für Väter „Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. der Zukunft“ und „Fehlendes Vertrauen, mangelnde Verlässlichkeit“ Themen waren, die ambivalente Gefühle hervorriefen.

Daneben empfanden Mütter und Väter Situationen, die mit dem Versuch der „Beeinflussung

und Kontrolle“ zu tun hatten, als ambivalenzauslösend. Die Väter berichteten daneben über „Rückzug/Distanzierung“ in der Beziehung zu erkrankten Kindern als ambivalenzauslösendes Thema. In der Oberkategorie „Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen“ beschrieben Mütter und Väter, dass „Unverständnis und einander fremd sein“ in der Beziehung zu erkrankten Kindern bei ihnen Ambivalenz auslöste. Väter gaben zusätzlich ebenso „Psychische Erkrankung“ als ambivalenzgenerierend an. Müttern beschrieben in der Beziehung zu erkrankten Kindern, zwischen Autonomie und Kontrolle (n=5) sowie Nähe und Distanz (n=3) hin- und hergerissen zu sein. Väter beschrieben hingegen Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz (n=2) sowie zwischen Akzeptanz und Ablehnung (n=2), wie in Tabelle 22 im Anhang ersichtlich.

Kinderperspektive. Erkrankte Kinder waren gegenüber Müttern und Vätern ähnlich häufig hin- und hergerissen: Die am häufigsten gewählte Kategorie war bei beiden „hin- und wieder“. Zu je einem Drittel glaubten erkrankte Kinder, dass sie „häufiger“, „gleich häufig“ und „seltener“ gegenüber ihren Müttern hin- und hergerissen seien, als andere Kinder gegenüber ihren Müttern. Dagegen glaubte über die Hälfte der erkrankten Kinder jedoch dem Vater gegenüber „seltener“ hin- und hergerissen zu sein, als andere Kinder gegenüber ihren Vätern. Über 90% der erkrankten Kinder fühlten sich durch Ambivalenz in der Beziehung zu Müttern „sehr belastet“ oder „belastet“; dies gaben 60% der Kinder in der Beziehung zu Vätern an.

Tabelle 23 zeigt, dass sich das Ambivalenzerleben der erkrankten Kinder gegenüber Müttern und Vätern nicht unterscheidet. Aus Kinderperspektive gab es weder in der Ambivalenzhäufigkeit (Mütter: Mdn=3.00, Väter: Mdn=3.00, $p=.672$, zweiseitig), in der relativen Ambivalenzhäufigkeit (Mütter: Mdn=2.00, Väter: Mdn=3.00, $p=.783$, zweiseitig), in der Intensität (Mütter: Mdn=0.88, Väter: Mdn=1.00, $p=.307$, zweiseitig), noch in der Belastung durch Ambivalenz (Mütter: Mdn=2.00, Väter: Mdn=2.00, $p=.236$, zweiseitig) signifikante Unterschiede zwischen Müttern und Vätern.

Tabelle 23

Ambivalenzerleben: kranke Kinder gegenüber Müttern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Kinderperspektive)

Ambivalenzerleben	n ^a	kranke Kinder-Mütter		kranke Kinder-Väter		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Häufigkeit ^b	10-1	3.00	1.50	3.00	2.25	-0.42	.672
Relative Häufigkeit ^b	9-4	2.00	1.50	3.00	1.50	-0.28	.783
Intensität ^c	10-0	0.88	1.13	1.00	1.66	-1.02	.307
Belastung durch Ambivalenz ^b	10-4	2.00	1.00	2.00	2.25	-1.19	.236

Anmerkungen. ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^c je größer der Wert, desto intensiver.

^T p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; zweiseitig

Ambivalenzqualität. Aus Sicht der erkrankten Kinder wies die Ambivalenzqualität zum Teil Unterschiede zwischen Müttern und Vätern auf (siehe Tabelle 24 im Anhang). Gegenüber Müttern beschrieben erkrankte Kinder am häufigsten „empfundene Unterschiede zwischen den Generationen“ als ambivalenzauslösend, am zweithäufigsten „Gefühle in der Generationenbeziehung“ und am dritthäufigsten „Gestaltung der Generationenbeziehung“. Gegenüber Vätern ergab sich ein etwas anderes Bild: Hier wurde an erster Stelle „Gefühle in der Generationenbeziehung“ genannt, an zweiter „Gestaltung der Generationenbeziehung“ und zum Schluss „empfundene Unterschiede zwischen den Generationen“.

Je Oberkategorie nannten erkrankte Kinder gegenüber Müttern am häufigsten „psychische Erkrankung“ als ambivalenzgenerierendes Thema, wogegen in der Beziehung zu Vätern am häufigsten die Unterschiede in der „Lebensführung“ Ambivalenz auslösten. „Wut, Ärger oder verletzt sein“ sowie das Thema der „Beeinflussung und Kontrolle“ waren für erkrankte Kinder in der Beziehung zu Müttern und Vätern gleichermaßen häufig ambivalenzauslösend. Daneben wurde gegenüber Vätern ebenfalls häufig „Rückzug/Distanzierung“ als ambivalenzauslösend beschrieben. Tabelle 25 (im Anhang) zeigt, dass erkrankte Kinder in der Beziehung zu Müttern das Hin- und Hergerissen sein zwischen Nähe und Distanz (n=2) sowie zwischen Akzeptanz und Ablehnung (n=1) explizit ansprachen, während in der Beziehung zu Vätern nur die Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz (n=4) angesprochen wurde.

4.3.2 Beziehungsqualität

Elternperspektive. Über 80% der Mütter fühlten sich mit erkrankten Kindern „sehr eng“ oder „eng“ verbunden, wogegen sich die Mehrheit der Väter mit erkrankten Kindern „nicht eng“ oder „überhaupt nicht eng“ verbunden fühlte. Diese Differenz wurde statistisch jedoch nicht signifikant, wie Tabelle 26 zeigt. Drei Viertel aller Mütter schätzten die Beziehung zu erkrankten Kindern „oft“ oder „hin und wieder“ wunschgemäß ein. Bei Vätern befand etwa die Hälfte die Beziehung zu erkrankten Kindern „sehr oft“ oder „oft“ in Übereinstimmung mit der eigenen Wunschvorstellung, die andere Hälfte gab „hin und wieder“ oder „selten“ an. 75% der Mütter und über 70% der Väter fanden die Beziehung zu den erkrankten Kindern „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder „überwiegend unerfreulich“.

Wie in Tabelle 26 ersichtlich, gab es bei keinem dyadischen Aspekt der Beziehungsqualität einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Mütter (Mdn=2.00, IQR=1.00) und Väter (Mdn=4.00, IQR=3.00) fühlten sich ähnlich mit erkrankten Kindern verbunden ($p=.102$, zweiseitig), Mütter (Mdn=3.00) und Väter (Mdn=3.00, $p=.480$, zweiseitig) fanden die Beziehung ähnlich häufig in Übereinstimmung mit der eigenen Wunschvorstellung, und bei Erfreulichkeit zeigte sich ebenfalls kein geschlechtsspezifischer Effekt (Mdn Mütter=4.00, Mdn Väter=3.00, $p=1.00$, zweiseitig).

Tabelle 26

Beziehungsqualität: Mütter gegenüber kranken Kindern vs. Väter gegenüber kranken Kindern (Elternperspektive)

Beziehungsqualität	n ^a	Mütter- kranke Kinder		Väter- kranke Kinder		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Verbundenheit	7-4	2.00	1.00	4.00	3.00	-1.63	.102
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung	7-2	3.00	2.00	3.00	2.00	-0.71	.480
Erfreulichkeit	7-2	4.00	1.00	3.00	1.00	0.00	1.00

Anmerkungen. Je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung;^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen;

[†] $p < .1$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$, zweiseitig

Die allgemeine Übereinstimmung des Familienlebens mit der eigenen Wunschvorstellung lag bei beiden Elternteilen im mittleren Bereich (Mütter: Mdn =3.00, Väter: Mdn =3.50) und unterschied sich nicht signifikant ($p=.480$, zweiseitig), wie in Tabelle 27 ersichtlich.

Tabelle 27

Ambivalenzerleben: Mütter gegenüber gesamter Familie vs. Väter gegenüber gesamter Familie (Eltemperspektive)

Beziehungsqualität	n ^a	Mütter- gesamte Familie		Väter- gesamte Familie		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung Familienleben ^b	6-1	3.00	0.25	3.50	1.50	-0.71	.480

Anmerkungen. ^a n = Anzahl Personen minus Bindungen; ^b je kleiner der Wert, desto seltener

^T p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; zweiseitig

Kinderperspektive. Erkrankte Kinder schätzten die Beziehungsqualität ihrer Beziehung zu Müttern vs. ihrer Beziehung zu Vätern unterschiedlich ein: Zwei Drittel der erkrankten Kinder fühlten sich mit Müttern „sehr eng“ oder „eng“ verbunden, wogegen dies nur auf weniger als ein Drittel der substanzabhängigen Kinder bezüglich ihrer Väter zutraf. Zwei Drittel dieser Kinder fanden zudem, dass die Beziehung zu ihren Müttern „oft“ oder „hin und wieder“ mit ihrer Wunschvorstellung übereinstimmte, während über zwei Drittel dies „selten“ oder „nie“ für die Beziehung zu ihren Vätern angaben. Alle erkrankten Kinder fanden die Beziehung zu ihren Müttern „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder besser, während sie die Beziehung zu ihren Vätern als „gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich“ oder schlechter einschätzten.

Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse der Inferenzstatistik: Erkrankte Kinder fühlten sich signifikant enger mit ihren Müttern (Mdn=2.00) als mit ihren Vätern verbunden (Mdn=3.00, p=.040, zweiseitig) und empfanden die Beziehung zu ihren Müttern tendenziell als erfreulicher (Mdn=3.00, M=2.60) als die Beziehung zu ihren Vätern (Mdn=3.00, M=3.10, p=.096, zweiseitig). Die Übereinstimmung der Beziehung mit der Wunschvorstellung der erkrankten Kinder unterschied sich nicht signifikant zwischen Müttern (Mdn=3.00) und Vätern (Mdn=4.00, p=.399, zweiseitig).

Tabelle 28

Beziehungsqualität: kranke Kinder gegenüber Müttern vs. kranke Kinder gegenüber Vätern (Kinderperspektive)

Beziehungsqualität	n ^a	Kranke Kinder-Mütter		Kranke Kinder-Väter		z	p
		Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Verbundenheit	10-3	2.00	1.00	3.00	3.00	-2.05	.040*
Übereinstimmung mit Wunschvorstellung	10-1	3.00	2.00	4.00	1.50	-0.84	.399
Erfreulichkeit	10-4	3.00	1.00	3.00	2.00	-1.67	.096 ^T

Anmerkungen. Je kleiner der Wert, desto größer die Variablenausprägung; ^a n = Anzahl dyadischer Aussagen minus Bindungen;

^T p<.1; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001, zweiseitig

4.3.3 Umgang mit Ambivalenz

Elternperspektive. Mütter und Väter unterschieden sich im Umgang mit Ambivalenz in den Beziehungen zu erkrankten Kindern. Mütter wählten im Umgang mit Ambivalenz gegenüber den erkrankten Kindern am häufigsten Solidarität (n=5), gefolgt von Emanzipation und Atomisierung (beides n=3). Im Vergleich dazu nannten Väter am meisten Emanzipation und Atomisierung (beides n=3) und nur einmal Solidarität als Umgangstil mit Ambivalenz in der Beziehung zu erkrankten Kindern. Kaptivation kam bei beiden Elternteilen nicht vor (siehe Tabelle 29 im Anhang).

Kinderperspektive. Die Umgangstile mit Ambivalenz in den Beziehungen zu Müttern und Vätern unterschieden sich bei erkrankten Kindern nicht wesentlich, wie in Tabelle 30 (siehe Anhang) zu sehen ist: Erkrankte Kinder wählten in der Beziehung zu Müttern im Umgang mit Ambivalenz am häufigsten Emanzipation (n= 6), gefolgt von Atomisierung (n=4). Solidarisch verhielten sie sich in zwei Fällen, Kaptivation kam nicht vor. In der Beziehung zu Vätern nannten erkrankte Kinder am häufigsten Atomisierung (n=5) und Emanzipation (n=4) im Umgang mit Ambivalenz; Kaptivation wurde in einem und Solidarität in keinem Fall genannt.

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Geschwistervergleich. Die Hypothese 1a wird größtenteils bestätigt. Wie angenommen, war das Ambivalenzerleben der Eltern gegenüber erkrankten Kindern in fast allen Variablen signifikant höher als in den Beziehungen zu gesunden Kindern. Tendenzen zu höheren Werten in

den Beziehungen zu erkrankten Kindern zeigten sich immerhin noch bei Müttern bezüglich der Belastung, bei Vätern bezüglich der absoluten und relativen Häufigkeit von Ambivalenz. Auch inhaltlich beschrieben Eltern andere Themen und Spannungsfelder, die in der Beziehung zu erkrankten im Vergleich zu gesunden Kindern zu Ambivalenzen führten. In der Beziehung zu gesunden Kindern handelte es sich um Themen der Lebensführung, der Beeinflussung/Kontrolle und der Sorge, während bei erkrankten Kindern das Fremdheitsgefühl, die Beeinflussung/Kontrolle und Gefühle wie Wut und Vertrauensverlust Ambivalenz auslösten.

Die Hypothese 1b wird in vollem Umfang bestätigt. Wie erwartet, zeigte sich hinsichtlich der Beziehungsqualität, dass sich Eltern gesunden und erkrankten Kindern zwar gleich verbunden fühlten, Eltern jedoch die Beziehungen zu den erkrankten Kindern als weniger erfreulich und seltener in Übereinstimmung mit der Wunschvorstellung beurteilten. Hypothese 1c wird durch das Ergebnis bestätigt, dass sich die elterlichen Umgangstile mit Ambivalenz zwischen erkrankten und gesunden Kindern unterschieden. Gegenüber gesunden Kindern wählten Eltern am häufigsten Solidarität und Emanzipation, während sie gegenüber erkrankten Kindern neben Emanzipation und Solidarität im gleichen Maße Atomisierung nannten.

Generationenvergleich. Entgegen der Annahme in Hypothese 2a, gab es zwischen Eltern und erkrankten Kindern im Ambivalenzerleben keine signifikanten und nur wenige tendenzielle Unterschiede. Eltern glaubten im Vergleich zu erkrankten Kindern in der Tendenz, dass sie ihnen gegenüber häufiger hin- und hergerissen seien, als andere Eltern gegenüber ihren Kindern. Väter fühlten sich zudem tendenziell stärker durch Ambivalenz gegenüber den erkrankten Kinder belastet, als umgekehrt Kinder gegenüber Vätern. Anders als angenommen, beschrieben Eltern und erkrankte Kinder vorwiegend ähnliche Themen und Spannungsfelder – Beeinflussung/Kontrolle, Wut, Ärger und verletzt sein –, die in den gegenseitigen Beziehungen zu Ambivalenz führten. Die Hypothese 2a wird somit nicht bestätigt.

Wie in Hypothese 2b vorausgesagt, unterschied sich die dyadische Beziehungsqualität nicht signifikant zwischen den Generationen mit einer Ausnahme: Väter empfanden die Beziehung zu erkrankten Kindern signifikant weniger erfreulich, als umgekehrt erkrankte Kinder die Beziehung zu ihren Vätern. Wie postuliert unterschieden sich dagegen Eltern und erkrankte Kinder bezüglich der allgemeinen Beziehungsqualität. Mütter fanden signifikant, Väter immerhin noch tendenziell häufiger, als die erkrankten Kinder, dass das allgemeine Familienleben so ist, wie sie es sich wünschten. Die Hypothese 2b kann somit als bestätigt gelten. Die Hypothese 2c wird durch die Unterschiede in den Umgangstilen bestätigt. Eltern wählten am

häufigsten Emanzipation, Solidarität und Atomisierung; erkrankte Kinder dagegen nur Emanzipation und Atomisierung.

Geschlechtervergleich. Entgegen der Annahme in Hypothese 3a, unterschied sich das Ambivalenzerleben zwischen Müttern und Vätern weder aus Eltern- noch aus Kinderperspektive. Entgegen der Annahme berichteten Mütter und Väter nur von geringfügig anderen Themen und Spannungsfeldern, die zu Ambivalenz führten. Vorwiegend wurden Fremdheitsgefühl und Gefühle wie Wut, Vertrauensverlust und Hoffnungslosigkeit genannt. Erkrankte Kinder beschrieben dagegen, wie postuliert, in der Beziehung zu Müttern im Vergleich zur Beziehung zu Vätern zumindest teilweise andere Themen und Spannungsfelder. Gegenüber Müttern nannten erkrankte Kinder hauptsächlich die Substanzabhängigkeit, Wut und Beeinflussung/Kontrolle als ambivalenzauslösend, während gegenüber Vätern vor allem negative Gefühle, vor allem Distanzierung, zu Ambivalenz führten. Die Hypothese 3a wird somit nicht bestätigt, bis auf die Ambivalenzqualität aus Kinderperspektive.

Entgegen der Annahme in Hypothese 3b schätzten Mütter und Väter aus Elternperspektive die Beziehung zu erkrankten Kindern ähnlich ein. Wie vorhergesagt, unterschieden sich Mütter und Väter nicht in der allgemeine Zufriedenheit mit dem Familienleben. Aus Elternperspektive kann demnach die Hypothese 3b für die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Familienleben bestätigt werden, jedoch nicht für die dyadische Beziehungsqualität. Für die Kinderperspektive wurden Unterschiede in der Beziehungsqualität zwischen Müttern und Vätern postuliert. Erkrankte Kinder fühlten sich Müttern signifikant enger verbunden, als Vätern und fanden immerhin noch in der Tendenz die Beziehung zu Müttern erfreulicher. Die Übereinstimmung mit der Wunschvorstellung unterschied sich jedoch nicht. Aus Kinderperspektive wird demnach die Hypothese 3b nur für die Verbundenheit bestätigt.

Wie in Hypothese 3c erwartet, unterschieden sich der mütterliche und väterliche Umgang mit Ambivalenz gegenüber erkrankten Kindern: Mütter wählten am häufigsten Solidarität und Emanzipation, während Väter Emanzipation und Atomisierung nannten. Aus Elternperspektive kann die Hypothese 3c somit als bestätigt gelten. Anders als erwartet, gingen erkrankte Kinder mit Ambivalenz in beiden Beziehungen ähnlich um: In der Beziehung zu Müttern wie zu Vätern nannten erkrankte Kinder am häufigsten Emanzipation und Atomisierung. Für die Kinderperspektive wird die Hypothese 3c deswegen nicht bestätigt.

5 DISKUSSION

Geschwistervergleich

Ambivalenzerleben. Eltern fühlen sich gegenüber erkrankten Kindern deutlich ambivalenter, als gegenüber gesunden Kindern. Die Ergebnisse lassen erstens darauf schließen, dass Ambivalenz in der Beziehung zwischen Eltern und ihren substanzabhängigen erwachsenen Kindern eine herausragende Rolle in der Beziehungsgestaltung spielt. Der Vergleich zu gesunden Geschwisterkindern zeigt zweitens, dass Eltern in der Beziehungswahrnehmung und -gestaltung zwischen ihren einzelnen Kindern klar differenzieren. Daraus kann man folgern, dass der Umstand der Substanzabhängigkeit die Beziehungsgestaltung deutlich beeinflusst. Der Befund der größeren Ambivalenz von Eltern gegenüber substanzabhängigen vs. gesunden Kindern bestätigt empirisch die klinische Beobachtung, dass Angehörige von Substanzabhängigen starke Ambivalenzen erleben (Klein, 2001).

Drittens legt die Zusammenschau der Ergebnisse nahe, dass die erkrankten Kinder in der Familie eine Sonderposition einnehmen. Eltern differenzieren zwischen erkrankten und gesunden Kindern, wie oben erwähnt. Daneben sind Eltern mit dem allgemeinen Familienleben zufriedener, als erkrankte Kinder (siehe Generationenvergleich). Dies lässt vermuten, dass erkrankte Kinder ihre Sonderrolle selbst auch als solche wahrnehmen. Im Gegensatz dazu fanden Kröger et al. (1995), dass die alkoholabhängigen Väter der Stichprobe die von den anderen Familienmitgliedern empfundene Distanz zur Familie ihrerseits nicht wahrnahmen.

Zudem wird die Sonderposition der substanzabhängigen Kinder vom Verhalten und von Kommentaren der Eltern während des Interviews unterstrichen: Eltern fiel es teilweise schwer, allgemeine Fragen für die gesamte Familie zu beantworten, weil sie diese sehr heterogen wahrnahmen. Sie neigten dazu – und verbalisierten es auch –, auf der einen Seite die Beziehung zu ihrem „Sorgenkind“ zu schildern und auf der anderen Seite die Beziehungen der übrigen Familie. Z.B. bemerkte eine Mutter, es falle ihr schwer, die suchtkranke Tochter in das Gesamtbild der Familie zu integrieren, da sie nicht mehr in der Familie lebe und eigentlich kein Teil der Familie mehr sei, sie habe sich selbst aus dieser ausgeschlossen. Dementsprechend müsse sie manche Fragen für die suchtkranke Tochter absolut entgegengesetzt beantworten, als für die Restfamilie. Z.B. beim Item „In unserer Familie kann man sich immer auf die Beständigkeit der Familie verlassen“: Dies treffe auf sie und ihren Mann zu hundert Prozent zu, auf die Patientin überhaupt nicht.

Ein wichtiges Ergebnis ist, dass Eltern die Einschätzung der Beziehung zu erkrankten Kindern nicht auf die Geschwister generalisieren. Möglich ist, dass dies aufgrund einer kognitiven oder auch tatsächlich erfolgten Ausgrenzung des substanzabhängigen Kindes geschieht, wie aus der oben zitierten Aussage der Mutter hervorgeht. Das Auftreten von elterlicher Atomisierung gegenüber den substanzabhängigen Kindern, das gegenüber den gesunden Kindern nicht auftritt, weist auf Ausstoßung hin (siehe Umgangstile). Stierlin hat Ausgrenzung als einen typischen Beziehungsmodus zwischen Eltern und substanzabhängigen Adoleszenten beschrieben (Stierlin, 1980).

Eine andere Erklärung bestünde in einer Polarisierung zwischen den Geschwistern, die ebenfalls von Eltern in der qualitativen Frage explizit ausgedrückt wurde. Gegenüber den Problemen mit dem substanzabhängigen Kind erscheinen die Probleme mit den gesunden Kindern wie „Pipifax“ (Zitat einer Mutter). Viele systemische Konzepte beschreiben polarisierende Rollen innerhalb Familien mit einem substanzabhängigen Kind. Z.B. postuliert die Typologisierung der Geschwisterrollen des ‚braven Kindes‘ und des ‚Elternkindes‘ eine Polarisierung unter den Geschwistern, dass einerseits ein ‚symptomatisches Kind‘ den Eltern Probleme bereitet, was die anderen Kinder durch Überangepasstheit oder Leistungsorientiertheit ausgleichen (Cleveland, 1982).

Ob Ausgrenzung oder Polarisierung in der vorliegenden Studie für die Geschwisterunterschiede verantwortlich waren, darüber lässt sich lediglich spekulieren. Für beides gibt es Hinweise in den Bemerkungen der Befragten und in den Umgangstilen. Diese Frage wird der Vergleich zu nicht-klinischen Familien klären (Burkhardt, in Vorbereitung).

Ambivalenzqualität. Konsistent zum quantitativen Befund ist der Befund zum qualitativen Ambivalenzerleben der Eltern, an welchen Themen sich ihre Ambivalenz entzündet. Zum einen werden gegenüber gesunden Kindern im Vergleich zu erkrankten Kindern weitaus weniger Themen und so gut wie keine Spannungsfelder benannt. Zum anderen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschwistern, welche Themen bei Eltern zu Ambivalenz führen. In der Beziehung zu gesunden Kindern nennen Eltern unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Lebensführung, Sorgen und Beeinflussung/Kontrolle als ambivalenzauslösend. Diese Nennungen beschreiben eher alltägliche Themen, die in jeder Familie mit jugendlichen oder erwachsenen Kindern vorkommen. Eltern haben mitunter andere Vorstellungen bezüglich Berufs- oder Partnerwahl und versuchen aus Sorge um den beruflichen Werdegang oder die private Zukunft ihrer Kinder, sie diesbezüglich zu beeinflussen oder zu kontrollieren.

Dagegen wird in der Beziehung zu substanzabhängigen Kindern die elterliche Ambivalenz von Unverständnis und dem Gefühl, das eigene Kind als fremd zu erleben, ausgelöst. Wut, Ärger, Verletzung und Vertrauensverlust spielen eine große Rolle, aber auch Themen, die mit Beeinflussung und Kontrolle zu tun haben, wie bei den gesunden Kindern.

Die Eltern schildern ein Familienleben im Dauerstress: Sie werden von den substanzabhängigen Kindern belogen, deren Beschaffungskriminalität macht nicht vor dem Eigentum der Eltern und Geschwister halt, nicht selten kommt die Polizei ins Haus. Häufig folgen über Jahre immer wieder Klinikaufenthalte (vgl. Schwoon, 2000; vgl. Kap. 2.2.1), die beim Entzug Hoffnung, beim Rückfall Resignation hervorrufen. Eltern organisieren Klinikaufenthalte und die anschließende Wohnungsbeschaffung, gelegentlich übernehmen sie auch Mietschulden. Sie fühlen sich dazu verurteilt, hilflos bei der Selbsterstörung des eigenen Kindes zusehen zu müssen. Angst, Wut und Verzweiflung über das Verhalten der substanzabhängigen Kinder und die Probleme, die diese den Eltern bereiten, sind ständige Begleiter der Eltern. Dazu kommen die Kontrollversuche, das Suchtproblem und seine Folgen in den Griff zu bekommen. Die dadurch entstehende Dynamik in den betroffenen Familien ist in der klinischen Praxis vielfach beobachtet worden (Thomasius, 2002).⁴⁹ Das Familienleben befindet sich in einem permanenten Ausnahmezustand.

Es liegt nahe anzunehmen, dass Themen derart essentieller Natur, wie das Gefühl, sein eigenes Kind nicht zu kennen und die hohe Emotionalität, an den Grundfesten der Eltern-Kind-Beziehung rühren, die Beziehungen daran gelegentlich zerbrechen und große Ambivalenzen hervorrufen. Wie vorher schon erwähnt, berichteten manche Eltern, dass die Probleme mit den gesunden Kindern dagegen harmlos erscheinen.

Der Befund der hohen Emotionalität ist konsistent mit Befunden aus der Expressed Emotion-Forschung, die einen hohen EE-Status in Familien mit Substanzabhängigen fanden (Fichter et al., 1997; Schwartz et al., 1990). Die vorliegenden Ergebnisse legen jedoch nahe, dass hohe Emotionalität kein allgemeiner Familienfaktor ist, sondern sich klar auf die Dyaden zwischen Eltern und substanzabhängigen Kindern beschränkt und von Gegenseitigkeit geprägt ist. Auch die erkrankten Kinder beschreiben häufig negative Emotionen als ambivalenzauslösend, wie

⁴⁹ Thomasius beschreibt folgende Dynamik: Die Eltern reagieren mit Unsicherheit auf die Substanzabhängigkeit ihrer Kinder. Ihre Wut und Enttäuschung entlädt sich in heftigen Gefühlsausbrüchen, worauf die Jugendlichen mit vermehrter Abgrenzung gegenüber den Eltern reagieren und noch mehr Güter aus dem Elternhaus in Drogen umsetzen. Die Situation gipfelt nicht selten in einer eskalierenden Spirale von Enttäuschung, Scham, Wut bis zur Drohung des Rauswurfes seitens der Eltern einerseits und des radikalen Kontaktabbruchs der Jugendlichen andererseits. Die Isolation von der Familie bewirkt ein erhöhtes Bedürfnis nach Geborgenheit, welches die Jugendlichen wiederum mit dem Drogenkonsum zu erfüllen suchen (Thomasius, 2002).

der Generationenvergleich zeigt. Es muss allerdings eingeräumt werden, dass in der qualitativen Frage spezifisch nach *ambivalenzauslösenden* Gefühlen gefragt wurde und nicht nach allgemeinen Gefühlen in der dyadischen Beziehung. Zudem ist nichts darüber bekannt ist, inwiefern diese Gefühle gegenüber dem dyadischen Partner auch wirklich *ausgedrückt* werden, was die Expressed Emotions jedoch voraussetzen.

Bei den Spannungsfeldern ist am auffälligsten, dass Eltern fast ausschließlich in Bezug auf erkrankte Kinder explizit Spannungsfelder benennen: Eltern fühlen sich zwischen Autonomie und Kontrolle sowie zwischen Nähe und Distanz hin- und hergerissen. Das belegt zum einen das Vorhandensein der personalen Dimension des Konstanzer Ambivalenzmoduls mit den Polen Konvergenz und Divergenz. Zum anderen erscheint eine wichtige Dimension, die im Konstanzer Ambivalenzmodul keine Entsprechung hat: Eine Dimension der Macht, die zwischen den Polen Autonomie und Kontrolle/Abhängigkeit aufgespannt ist.⁵⁰ Wie von Tessler und Gamache (2000) beschrieben, schwanken die Eltern gegenüber dem substanzabhängigen Kind, wie weit sie mit der Kontrolle und der Fürsorge gehen sollen und inwieweit sie dem substanzabhängigen Kind sein Recht auf Selbstbestimmung zugestehen.

Der qualitative Befund der Themen und Spannungsfelder bestätigt die klinische Beobachtung, dass die Beziehungen in Familien von Substanzabhängigen durch spezifische Ambivalenzen zwischen Autonomie und Kontrolle sowie Nähe und Distanz charakterisiert sind (Reilly, 1983).

Beziehungsqualität. Ein interessantes Ergebnis ist, dass Eltern zwar die Aspekte Erfreulichkeit und Übereinstimmung mit der Wunschvorstellung der Beziehungsqualität zu erkrankten Kindern niedriger einschätzen, sich jedoch mit den Kindern genauso verbunden fühlen, wie mit den gesunden Geschwistern. Sowohl die niedrige Erfreulichkeit und Wunschgemäßheit einerseits, als auch die enge Verbundenheit andererseits bestätigen für sich genommen die bisherige Forschung: Die Belastung Angehöriger von Substanzabhängigen wird in der Literatur häufig erwähnt (Klein, 2001; Rennert, 1990). Einige empirische Arbeiten fanden in den Beziehungen zwischen Substanzabhängigen und Angehörigen eine niedrigere Beziehungsqualität (Ratti et al., 1996), ein niedrigeres Familienfunktionsniveau (Friedmann et al., 1997) sowie eine niedrigere soziale Anpassung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Hudson & Kirby, 2002).

⁵⁰ Lüscher betont die Wichtigkeit einer Dimension Macht, dessen Fehlen im Konstanzer Ambivalenzmodul schon verschiedentlich kritisiert wurde und schlägt vor, die Dimension empirisch weiter zu ergründen, um zur Weiterentwicklung des Konzeptes der Generationenambivalenz beizutragen (Lüscher & Liegle, 2003).

Wie der qualitative Befund zeigte, löst die Substanzabhängigkeit bei Eltern Wut, Enttäuschung über die Entwicklung ihres Kindes und Kontrollversuche des Verhaltens aus. Dies fällt unter die in Kap. 2.2.7 erwähnte subjektive Belastung. Gleichzeitig belastet die Erkrankung die Eltern mit konkreten Pflegeaufgaben, d.h. objektiver Belastung. Beides veranlasst Eltern vermutlich, die Beziehung unerfreulich zu finden und sie sich häufig anders zu wünschen. Dies schmälert jedoch nicht die Verbundenheit der Eltern zu ihren Kindern, wie die Daten zeigen. Auch hierfür finden sich in der Literatur zahlreiche Hinweise. Systemische Ansätze beschreiben mit verschiedenen Begriffen unterschiedlicher Gewichtung die enge Bindung an die Herkunftsfamilie (Stantod & Todd, 1983), wie Verstrickung (Minuchin, 1983), Koalition (Kaufman & Kaufmann, 1983), Triangulation (Stantod & Todd, 1983) und Bindungsmodus (Stierlin, 1980). Schindler konnte Triangulation und das Suchtbindungsdreieck in einer empirischen Studie belegen (Schindler, 2001).

In der engen Verbundenheit der Eltern scheinen sich solidarische Aspekte der Generationenbeziehungen auszudrücken. Man könnte die Erfreulichkeit und die Wunschgemäßheit als Kriterien auf der Verhaltensebene für die Beurteilung der Beziehungsqualität verstehen, während Verbundenheit eher ein emotionales Kriterium repräsentiert. Der Befund kann also dahingehend interpretiert werden, dass die Liebe der Eltern in der Beziehung zu erkrankten Kindern nicht an Bedingungen geknüpft ist. Der Befund passt zu dem von Eltern häufig ausgedrückten Nähe-Distanz- Spannungsfeld: Sie beschreiben, dass sie ihr Kind einerseits lieben und es andererseits gleichzeitig für sein Verhalten hassen. Es wird deutlich, dass Pflege und Sorge eine enge Bindung implizieren.

Eine Verstrickung im Sinne einer engen Beziehung zwischen einem Elternteil und dem substanzabhängigen Kind bei gleichzeitiger Distanz in den anderen familialen Dyaden legen die Ergebnisse dieser Studie nicht nahe. Zum einen sind die Eltern dieser Studie keineswegs weniger eng mit den gesunden als mit den erkrankten Kindern verbunden. Zum anderen spricht gegen Verstrickung, dass bei Müttern wie Vätern Atomisierung als Umgangstil bei erkrankten Kindern auftaucht und nicht etwa nur bei den Vätern. Allerdings zeigt der Vergleich der Mediane, dass sich Väter mit gesunden Kindern verbundener fühlen, als mit erkrankten (Tab.9. Väter-gesunde Kinder: Mdn =2.00, Väter-krankte Kinder: Mdn =4.00; $p=.114$, zweiseitig). Dass der Unterschied von 2 Punkten der 5 Punkte Likert Skala nicht signifikant wurde, mag an der kleinen Stichprobengröße von $n=6$ liegen und könnte auf eine weniger enge Beziehung zwischen Vätern und erkrankten Kindern hindeuten. Dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Verstrickung zwischen Müttern und erkrankten Kindern, sondern hängt möglicher-

weise lediglich mit der Familienform zusammen, da zwei der sieben Väter schon lange von der Familie getrennt lebten. Es wäre möglich, dass durch die Distanz bei auftauchenden Problemen mit einem Kind die Verbundenheit zu ihm sinkt, weil man an der gemeinsamen Problembewältigung innerhalb der Familie nicht teilhat. Das Gefühl der Fremdheit wiegt bei außerhalb lebenden Vätern in Problemsituationen möglicherweise schwerer, als das Gefühl der Zugehörigkeit zu dem substanzabhängigen Kind.

Umgangstile. Eltern geben in der Beziehung zu erkrankten Kindern Emanzipation, Solidarität und ebenso häufig Atomisierung als Umgangstile mit Ambivalenz an. Im Gegensatz dazu nennen Eltern gegenüber gesunden Kindern fast ausschließlich Solidarität und Emanzipation. Es ist erstaunlich, dass in der Stichprobe dieser Studie überhaupt Atomisierung zu finden ist, da sie hochselektiv und nicht repräsentativ ist. Es ist anzunehmen, dass die Familien, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, von vorneherein einen großen familialen Zusammenhalt aufweisen (vgl. Stierlin, 1980). Atomisierung kann im Zusammenhang mit einer Ausgrenzung der substanzabhängigen Kinder verstanden werden, die beim Ambivalenzerleben bereits besprochen wurde.

Darüber hinaus ist es erstaunlich, dass Kaptivation von den Eltern kein einziges Mal genannt wurde. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die Eltern dieser Stichprobe sich bereits auf eine neue Situation – die Abstinenz und die Behandlung – eingestellt hatten und ihnen bewusst war, dass neue Wege gegangen werden müssen, um mit dem Problem der Abhängigkeit fertig zu werden. Denkbar wäre, dass Kaptivation zu einem früheren Zeitpunkt des Familienprozesses, bspw. noch vor einer Behandlung oder ganz zu Beginn der Therapie häufiger zu finden ist, weil die Eltern zu diesem Zeitpunkt noch an alten Verhaltensmustern festhalten, wie es Minuchin (1983) beschrieb. Hieran wird die Bedeutung des Zeitfaktors deutlich: Die Familien befinden sich in einem sich täglich ändernden Prozess, dessen Zustandsbeschreibung nur für ein enges Zeitfenster Gültigkeit besitzt. Dieser sich in permanentem Wandel befindliche Prozess mit täglichen Veränderungen waren u.a. für die schwierige Rekrutierung verantwortlich (vgl. Kap. 3.2).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass der Umstand der Substanzabhängigkeit die elterliche Gestaltung der dyadischen Beziehung zu erkrankten Kindern negativ beeinflusst und Eltern sehr genau zwischen den einzelnen Beziehungen unterscheiden. Die Annahme, dass die Substanzabhängigkeit Diskontinuitäten im Alltag verursacht und bei Eltern ein Gefühl der Fremdheit gegenüber dem substanzabhängigen Kind auslöst und zu erhöhtem und qualitativ anderem Ambivalenzerleben führt, wird durch die Daten unmittelbar bestätigt. Dass die Ab-

weichung von der normativen Entwicklung und die erschwerte Bewältigung der Übergangsphase ‚Ablösung vom Elternhaus‘ ebenfalls die erhöhte Ambivalenz erklären, wird zwar nicht direkt von den qualitativen Aussagen belegt, scheint aber durchaus plausibel.

Generationenvergleich

Ambivalenzerleben. Die Ergebnisse zeigen, dass das Ambivalenzerleben bei Eltern wie erkrankten Kindern hoch ist und es bis auf wenige Ausnahmen keine Unterschiede zwischen den Generationen gibt. In wenigen Fällen weisen die Eltern eine tendenziell höhere Ambivalenz gegenüber den erkrankten Kindern auf, als umgekehrt. Zunächst kann also festgehalten werden, dass die Beziehung insofern symmetrisch ist, dass beide dyadischen Partner die Beziehung ähnlich einschätzen. Eine große Übereinstimmung in der Beziehungseinschätzung zwischen Eltern und substanzabhängigen Mädchen fanden auch Ratti et al. (1996).

Ambivalenzqualität. Schaut man sich die Ambivalenzqualität zwischen Eltern und erkrankten Kindern etwas genauer an, stellt man fest, dass Eltern und Kinder zwar von ähnlichen Themen und Spannungsfelder berichten, diese jedoch mit komplementären, konkreten Inhalten besetzen. Ambivalenz wird bei Eltern wie Kindern häufig durch Themen der Beeinflussung und Kontrolle ausgelöst. Eltern beschreiben, dass sie gerne mehr kontrollieren möchten, während erkrankte Kinder sich über Bevormundung beklagen. Ein Vater antwortet bspw. auf die qualitative Frage, in welchen Situationen er sich hin- und hergerissen fühlt: „Man ist ständig im Zwist. Man weiß genau, sie ist blind und läuft auf den Abgrund zu und man sieht das und man möchte sie festhalten und sie stößt einen weg.“ Eine Tochter sagt gegenüber ihrer Mutter: „Sie behandelt mich auch immer als kleines Kind. Sie kann nicht akzeptieren, dass ich mein eigenes Leben geh, das manchmal nicht mit ihren Vorstellungen übereinstimmt.“

Daneben wird Ambivalenz bei Eltern und erkrankten Kindern häufig durch die gegenseitig wahrgenommenen Unterschiede ausgelöst. Bei Eltern steht das Gefühl der Fremdheit gegenüber den Kindern im Vordergrund, während es bei Kindern Differenzen mit den Eltern bezüglich der Lebensführung sind. Eltern verstehen ihr Kind nicht mehr und beschreiben, zwischen Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen zu sein, während die substanzabhängigen Kinder finden, die Eltern mischen sich zu sehr in ihr Leben ein. Die hohe Emotionalität auf beiden Seiten passt, wie im Geschwistervergleich bereits erwähnt, zu Ergebnissen der EE-Forschung.

Die Ergebnisse zeigen, dass Beeinflussung und Kontrolle in der gegenseitigen Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und substanzabhängigen Kindern von besonderer Bedeutung sind.

Dies lässt vermuten, dass die generationalen Beziehungen durch Caregiving strukturiert sind, da Caregiving bei psychischer Erkrankung in der Literatur vor allem mit Verhaltenskontrolle in Verbindung gebracht wird. In der vorliegenden Untersuchung ist die elterliche Rolle mit der Caregiverrolle verknüpft. Die Ergebnisse passen zu den zahlreichen Hinweisen in der Literatur, dass Caregiving ambivalente Gefühle hervorrufen kann. Auf der Caregiver-Seite können die Zweifel bezüglich Pflege und Verhaltenskontrolle (Koennings, 1997; Tessler & Gamache, 2000) sowie die Enttäuschung und Wut über die nicht normative Entwicklung der Kinder zu Ambivalenz führen. Auch die Carereceiver-Seite birgt Ambivalenzpotenzial, da das Bedürfnis, geborgen zu sein zu Einschränkungen in der Autonomie führen kann (Katschnig, 2002).

Ebenso liegt nahe, dass der Widerspruch zwischen Krankheits- und Abstinenzparadigma der Suchttherapie zu Ambivalenz bei den Betroffenen führt (Thomasius, 1997). Z.B. antwortete eine Mutter auf die qualitative Frage, in welchen Situationen in der Beziehung zu ihrem substanzabhängigen Kind Ambivalenz auftritt: „Ich fühle mich hin- und hergerissen, wenn es schwierig ist abzuschätzen, was Krankheit ist und was z.B. asoziales Verhalten ist und in diesem Zusammenhang bin ich mir dann im Unklaren, was sie [die substanzabhängige Tochter, Anm. SR] steuern kann und was nicht.“ Denkbar wäre auch, dass die neue Situation der Abstinenz des Indexpatienten die familiäre Beziehungsgestaltung erschüttert und Ambivalenz bei den Eltern auslöst (Thomasius, 1997).

Wie in Kap. 2.3.4 ausgeführt, wird in dieser Untersuchung angenommen, dass Caregiving und Co-Abhängigkeit verwandte Konzepte sind und Pole derselben Dimension darstellen. Die Rolle eines co-abhängigen Angehörigen wird in der Literatur als hochgradig ambivalent beschrieben (Klein, 2001). In dieser Untersuchung wurde weder Caregiving noch Co-Abhängigkeit direkt erhoben, weswegen sich darüber lediglich spekulieren lässt. Im qualitativen Material finden sich jedoch einige Hinweise auf Merkmale von Co-Abhängigkeit, wie sie in der klinischen Praxis beschrieben werden: Kontrollbedürfnis, starke Helferimpulse, Verantwortungsübernahme und Misstrauen gegenüber dem Substanzabhängigen seitens der Eltern. Es ist also durchaus möglich, dass die Ambivalenz der Eltern neben Caregiving auch auf Co-Abhängigkeit zurückzuführen ist.

Wie in der Literatur beschrieben, birgt auch umgekehrt die Seite der Carereceiver Ambivalenzpotenzial (Katschnig, 2002). Der Befund, dass es keine Unterschiede im Ambivalenzerleben zwischen den Generationen gibt, lässt sich damit erklären, dass die Ambivalenz der Carereceiver und Caregiver aufgrund der komplementären Rollen ähnlich stark ausgeprägt und aus

diesem Grund bei erkrankten Kinder und Eltern gleich hoch ist. Das Phänomen des komplementären Verhaltens gilt ebenso für abhängige und co-abhängige Person (vgl. Thomasius, 2002). Es ist demnach auch möglich, dass die erhöhte Ambivalenz der erkrankten Kinder auf das co-abhängige Verhalten der Eltern zurückzuführen ist. Aussagen der erkrankten Kinder, wie „Meine Mutter behandelt mich wie ein kleines Kind“ (Antwort eines substanzabhängigen Kindes auf die qualitative Frage), deuten in diese Richtung.

Beziehungsqualität. In der vorliegenden Untersuchung besteht eine ähnliche dyadische Beziehungseinschätzung zwischen Eltern und Kindern, mit eher niedriger Einschätzung der Erfreulichkeit und der Wunschübereinstimmung bei gleichzeitig großer Verbundenheit. Die einzige Ausnahme besteht in dem Unterschied, dass Väter die Beziehung zu erkrankten Kindern weniger erfreulich einschätzen, als umgekehrt erkrankte Kinder. Ein Generational Stake- Effekt lässt sich demnach bezüglich der Beziehungsqualität nicht feststellen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Effekt nur für nicht-klinische Familien gilt und ein „gesundes“ Generationenverhältnis auszeichnet.

Die Gründe für die niedrige Erfreulichkeit und Wunschgemäßheit lassen sich aus den Antworten der qualitativen Frage ableiten: Die generationale Beziehungsgestaltung geschieht unter Dauerstress der Eltern, wie der erkrankten Kinder. Eltern sind wütend und enttäuscht über das Verhalten der erkrankten Kinder, weil es von der normativen Entwicklung abweicht und ihren Erwartungen nicht entspricht (vgl. Tessler & Gamache, 2000). Sie sind belastet durch Caregivingtätigkeiten und die negative Folgen der Substanzabhängigkeit, und versuchen das Verhalten des substanzabhängigen Kindes zu kontrollieren (vgl. Geschwistervergleich). Die erkrankten Kinder stehen ihrerseits unter hohem Druck, den Erwartungen der Eltern gerecht zu werden oder sich dem Druck ihrer Erwartungen zu widersetzen und zu entziehen. Sie fühlen sich schuldig und haben Angst, fallen gelassen zu werden. Hohe Emotionalität auf beiden Seiten begleitet die Beziehungsgestaltung. Die Eltern-Kind-Beziehung wird auf eine harte Probe gestellt.

Der Befund der niedrigen Erfreulichkeit und Wunschgemäßheit auf Eltern- wie Kinderseite passt zu klinischen Beobachtungen wie empirischen Studien, die Belastung und niedrige soziale Anpassung für Angehörige von Substanzabhängigen fanden (Hudson & Kirby, 2002; Klein, 2001) sowie für die Betroffenen selbst (vgl. Dierker & Merikangas, 2001). Längsschnittstudien zeigen ebenfalls, dass familiäre Stressoren, wie negative Emotionen und niedrige Problemlösefertigkeiten einen Einfluss auf die Rückfallrate der substanzabhängigen Patienten haben (Stewart & Brown, 1993; Fichter et al., 1997; O’Farell & Hooley, 1998). Im

Kontext von Vulnerabilitäts- Stress- Modellen können diese Ergebnisse als wechselseitige Beeinflussung zwischen Angehörigen und Substanzabhängigen betrachtet werden, die auf *beiden* Seiten mit hoher Belastung einhergehen. Dies erklärt auch die beidseitige niedrige Erfreulichkeit und Wunschgemäßheit der in der vorliegenden Studie untersuchten Familien.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass bei Eltern, wie auch bei erkrankten Kindern die Verbundenheit – zumindest gegenüber den Müttern – hoch ist.⁵¹ Der Befund der beidseitigen engen Verbundenheit auf Eltern- wie Kinderseite ist mit generationaler Solidarität erklärbar. Es ist anzunehmen, dass die gemeinsame Beschäftigung mit familialen Problemen, selbst wenn die Problemlösung nicht oder noch nicht erfolgreich war, zur Aufrechterhaltung und Entwicklung der familialen Kohäsion beiträgt (vgl. die niedrigere Verbundenheit zwischen Kindern und Vätern im Geschlechtervergleich).

Der Befund der hohen Verbundenheit bestätigt die klinischen Beobachtungen der systemischen Forschung, die eine enge Bindung von substanzabhängigen Personen an die Herkunftsfamilie beschreibt (siehe Geschwistervergleich). Die systemischen Begriffe bleiben allerdings nicht bei der bloßen Feststellung einer engen Beziehung, sondern beschreiben die Beziehungsform darüber hinaus als pathologisch. Pathologische Beziehungsformen, die mit dem Design dieser Studie nachzuweisen wären, konnten jedoch nicht gefunden werden:

Die Ergebnisse des Generationenvergleichs liefern zwar die Bestätigung, dass die Verbundenheit zwischen Eltern und erkrankten Kindern auf beiden Seiten als eng empfunden wird und nicht etwa nur einseitig bei den Eltern besteht. Die ebenfalls hohe Verbundenheit der Eltern zu den gesunden Geschwisterkindern zeigt allerdings, dass keine Verstrickung im Sinne einer exklusiven engen Beziehung mit den erkrankten Kindern festzustellen ist.⁵²

Im Geschwistervergleich wurde dargestellt, dass Eltern zwar die Erfreulichkeit und Wunschgemäßheit der Beziehung zu den erkrankten Kindern niedriger einschätzen, als zu den gesunden Kindern, die Verbundenheit hingegen ähnlich hoch ist. Die Ergebnisse des Generationenvergleichs zeigen nun, dass sich auch bei erkrankten Kindern, wie bei Eltern, die Beziehungsqualität als heterogenes Konstrukt darstellt: Einerseits die eher verhaltensrelevanten

⁵¹ Die Väter bilden hier eine Ausnahme (vgl. Geschlechtervergleich).

⁵² Im Geschwistervergleich wurde bereits erwähnt, dass der Vergleich der Mediane eine große Differenz in der Verbundenheit zwischen Vätern und erkrankten Kindern vs. gesunden Kindern aufweist, die im Test aber nicht signifikant wurde. Umgekehrt fühlten sich erkrankte Kinder ihren Vätern nicht so eng verbunden wie ihren Müttern, wie der Geschlechtervergleich zeigt. Eine mögliche beidseitige niedrige Verbundenheit zwischen Vätern und Kindern ließe sich jedoch eher durch die Familienform erklären, als durch eine krankhaft symbiotische Beziehung zur Mutter (vgl. Geschwistervergleich).

Aspekte der Erfreulichkeit und der Wunschgemäßheit, andererseits die affektive Seite der Verbundenheit. Der Generationenvergleich zeigt, dass nicht nur die Eltern zwischen den beiden Aspekten der Beziehungsqualität trennen, sondern auch die erkrankten Kinder. In der Heterogenität der Beziehungsqualität verdichtet sich die Widersprüchlichkeit der Beziehungen zwischen Eltern und substanzabhängigen Kindern: Einerseits sind die Eltern mit dem Verhalten des Kindes überhaupt nicht einverstanden, andererseits lieben sie ihr Kind. Das gleiche scheint umgekehrt für die erkrankten Kinder zu gelten: Sie lieben ihre Eltern, fühlen sich von ihnen aber bevormundet, kontrolliert und abgelehnt. In der Literatur zu Co-Abhängigkeit und Caregiving wird auf die der Rolle innewohnenden Widersprüchlichkeit hingewiesen (Klein, 2001; Tessler & Gamache, 2000).

Die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Familienleben unterscheidet sich hingegen zwischen Eltern und erkrankten Kindern. Die Tatsache, dass Eltern das allgemeine Familienleben besser einschätzen, als erkrankte Kinder, lässt auf die schon im Geschwistervergleich angesprochene Sonderposition der substanzabhängigen Kinder innerhalb der Familie schließen. Eltern generalisieren die negativen Anteile der Beziehungsqualität nicht auf die Gesamtfamilie. Dass erkrankte Kinder mit dem allgemeinen Familienleben unzufriedener sind, als Eltern, mag damit zusammenhängen, dass die Substanzabhängigkeit in der Beziehungsgestaltung der erkrankten Kinder ein zentrales Moment darstellt, wie hypothetisch angenommen. Der Einfluss der Substanzabhängigkeit scheint sich demnach nur auf die direkt betroffenen Dyaden zu beschränken und strahlt nicht diffus in die allgemeine familiäre Umgebung aus.

Umgang. Interessanterweise unterscheidet sich zwar nicht die Ambivalenz zwischen Eltern und erkrankten Kindern, jedoch der Umgang mit ihr. Bei den Umgangstilen kann man eine Tendenz in Richtung eines Generational Stake- Effektes entdecken: Eltern wählten im Umgang mit Ambivalenz gegenüber den erkrankten Kindern Emanzipation, Atomisierung und Solidarität, die umgekehrt bei substanzabhängigen Kindern so gut wie nicht auftritt. Erkrankte Kinder wählten fast ausschließlich Emanzipation und Atomisierung. Damit zeigen Eltern auch reproduktive Tendenzen, während Kinder nur die innovative Seite abdecken.

Geschlechtervergleich

Ambivalenzerleben. Aus Elternperspektive unterscheiden sich Mütter und Väter im Ambivalenzerleben nicht. Aus Kinderperspektive gibt zwischen Müttern und Vätern keine Unterschiede im quantitativen Ambivalenzerleben, jedoch in der Ambivalenzqualität. Das besagt zunächst, dass die Ergebnisse des Generationenvergleiches bezüglich des Ambivalenzerlebens

nicht geschlechtsspezifisch sind, sondern die Einheit ‚Eltern‘ tatsächlich relativ homogen zu sein scheint.

Ambivalenzqualität. Die Ergebnisse der qualitativen Frage zeigen, dass bei Müttern und Vätern Ambivalenz gegenüber den substanzabhängigen Kindern an erster Stelle von negativen Gefühlen ausgelöst wird: Bei den Müttern am häufigsten durch Wut, Verletzungen und Vertrauensverlust, bei den Vätern durch Vertrauensverlust, Hoffnungslosigkeit und Unsicherheit bezüglich der Zukunft. Mütter scheinen also eher unmittelbar ihre aversiven Emotionen ausdrücken, während Väter Emotionen eher mit Kognitionen verknüpfen, vor allem mit der Frage nach der Zukunft. Dieses Muster ähnelt dem Geschlechtsstereotyp, dass Frauen Gefühle besser wahrnehmen und ausdrücken können, als Männer, und Männer umgekehrt eher zukunfts- statt gegenwartsorientiert sind. Weitere ambivalenzauslösende Themen sind bei Müttern und Vätern Beeinflussung und Kontrolle, wobei Väter daneben noch Rückzug und Distanzierung angeben. Mütter und Väter fühlen sich außerdem gegenüber erkrankten Kindern aufgrund von Unverständnis und einem Gefühl der Fremdheit hin- und hergerissen, wobei Väter konkret die Substanzabhängigkeit nennen.

Insgesamt wird Ambivalenz bei Müttern und Vätern also gleichermaßen von negativen Emotionen, einem Fremdheitsgefühl und Themen der Kontrolle ausgelöst, dabei betonen Väter etwas mehr die Distanz und die Fremdheit. Deutlicher wird dieser Unterschied bei den explizit angesprochenen Spannungsfeldern: Mütter beschreiben vor allem, dass sie zwischen Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen sind, gefolgt von Ambivalenzen zwischen Nähe und Distanz. Väter sind dagegen ausschließlich zwischen Nähe und Distanz sowie Akzeptanz und Ablehnung hin- und hergerissen. Sieht man diesen Befund im Zusammenhang mit dem Befund des Geschwistervergleichs, der zwar nicht signifikant wurde, jedoch der Vergleich der Mediane darauf hindeutet, dass Väter sich erkrankten Kindern nicht so verbunden fühlen, wie gesunden Kindern, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass tatsächlich die geringe Gruppengröße für die Nichtsignifikanz des Unterschiedes verantwortlich war. Die Distanz der Väter ergänzt daneben komplementär die Einschätzung der erkrankten Kinder, dass sie sich Vätern weniger verbunden fühlen als Müttern (siehe Generationenvergleich).

Verschiedene Gründe können dafür verantwortlich sein, dass keine Geschlechtseffekte im Ambivalenzerleben zu finden sind. Zum einen bedarf der Nachweis von Gendereffekten wegen der hohen Übereinstimmung der Geschlechter grundsätzlich einer großen Stichprobe, um signifikant zu werden, was z.B. populationsbasierte epidemiologische Studien zu Geschlech-

terdifferenzen belegen. Da die Hälfte der Mütter dieser Studie alleinerziehend war, gingen in den Geschlechtsvergleich lediglich je sieben Mütter und Väter ein.

Die Vermutung war, dass sich Gendereffekte aufgrund der unterschiedlichen Caregiver- und Familienrollen zeigen würden. Caregiving und die familiale Aufgabenverteilung wurden jedoch nicht erhoben, so dass keine Informationen darüber vorliegen, welche allgemeinen Aufgaben von wem in der Familie erfüllt werden (Ernährer, Haushaltsarbeit), noch welche Person in welchem zeitlichen Ausmaß welche Pflegetätigkeit leistet. In den demografischen Daten bezüglich Alter, Bildungsgrad und Status des Zusammenlebens mit dem substanzabhängigen Kind unterschieden sich Mütter und Väter nicht (siehe Kap. 3.3). In der Erwerbstätigkeitsquote und den wöchentlichen Arbeitsstunden gab es nur geringfügige Unterschiede zwischen Müttern und Vätern. Es ist also möglich, dass das Fehlen eines Geschlechtseffektes auf die Stichprobengröße oder auf die untypische Rollenverteilung zwischen den Eltern zurückzuführen ist. Die Ähnlichkeit der Ambivalenzqualität, die Mütter und Väter beschrieben, legt jedoch eher den Schluss nahe, dass es tatsächlich keine erwähnenswerten Differenzen zwischen Müttern und Vätern gibt, bis auf die größere Distanz der Väter.

Im Unterschied zur Elternperspektive beschrieben die substanzabhängigen Kinder teilweise andere ambivalenzauslösende Themen in den Beziehungen zu Müttern im Vergleich zu Vätern. Gegenüber Müttern führten drei Themengruppen bei erkrankten Kindern zu Ambivalenz: Erstens wahrgenommene Differenzen zwischen ihnen und den Müttern, vor allem die Substanzabhängigkeit, Fremdheit und unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Lebensführung, zweitens das Thema der Kontrolle und drittens negative Emotionen, wie Wut und Verletzung. Dies passt relativ symmetrisch zu den ambivalenzauslösenden Themen, die die Mütter berichteten. Gegenüber Vätern wurde Ambivalenz bei erkrankten Kindern von Themen der Kontrolle, Rückzug und Distanzierung sowie einem breiten Spektrum von Gefühlen, wie Wut, Verletzung, Schuldgefühlen, Vorwürfen und Vertrauensverlust hervorgerufen. In der Beziehung zu Vätern überwiegen somit aus Kinderperspektive die Distanz und die negativen Emotionen. Dabei ist es möglich, dass viele der Emotionen, die Kinder gegenüber Vätern erwähnten, zu einer Distanzierung führen, wie z.B. fehlendes Vertrauen und Vorwürfe. Die hohe Emotionalität und die Distanzierung drückt sich ebenso in den Spannungsfelder aus, bei denen erkrankte Kinder öfter angeben, gegenüber ihren Vätern zwischen Nähe und Distanz hin- und hergerissen zu sein, als gegenüber ihren Müttern.

Die größere Distanz, die bei erkrankten Kinder gegenüber Vätern zu Ambivalenz führte, passt umgekehrt zur Distanz der Väter gegenüber erkrankten Kindern, die Väter allerdings in viel

geringerem Maße bei der qualitativen Frage angeben. Diese Asymmetrie zwischen kindlicher und väterlicher Einschätzung kann darauf zurückzuführen sein, dass die deskriptive Auswertung im Gegensatz zur Inferenzstatistik nicht ausschließlich *reelle* Vater-Kind-Dyaden enthielt: Drei erkrankte Kinder gaben über Väter Auskunft, von denen einer jüngst verstorben war und die anderen schon seit langer Zeit nicht mehr in der Familie lebten und selbst nicht befragt wurden. Dagegen wurden alle Mütter befragt, die Hälfte davon alleinerziehend. Dieser Unterschied in der Familienform kann eine Erklärung für die größere Distanz und das breite Spektrum an Gefühlen der erkrankten Kinder zu Vätern im Vergleich zu Müttern sein. In der qualitativen Frage berichteten erkrankte Kinder konkret, dass sie sich von ihren Vätern im „Stich gelassen“ fühlten, ihnen „nicht verzeihen“ könnten, dass sie „die Familie verlassen“ haben, sich unter Druck fühlten, ihnen Abstinenz beweisen zu müssen, damit sie wieder auf sie zugehen oder darunter leiden, dass sie „keinen Kontakt zum Vater finden“, „Kommunikation versuchen“, es aber „nicht klappt“.

Beziehungsqualität. Auch in der Beziehungsqualität gab es aus Elternperspektive keine Geschlechtsunterschiede. Die Gründe können dieselben sein, die schon für Ambivalenzerleben angeführt wurden, entweder eine zu geringe Gruppengröße oder tatsächlich keine Unterschiede zwischen mütterlicher und väterlicher Beziehungsqualität. Bei Verbundenheit mit erkrankten Kindern lässt der Vergleich der Mediane von Müttern (Mdn=2) und Vätern (Mdn=4, n=7, $p=.102$) vermuten, dass der Unterschied von 2 Punkten auf einer 5 Punkte Likert Skala wegen der geringen Gruppengröße nicht signifikant wurde. Eine tatsächliche, nicht zufällige niedrigere Verbundenheit der Väter würde zum einen zum qualitativen Befund passen, dass Distanzierung sowohl bei Vätern wie auch bei erkrankten Kindern als Auslöser für Ambivalenzerleben eine große Rolle in den gegenseitigen Beziehungen spielt. Zum anderen würde der Befund symmetrisch die signifikant niedrigere Verbundenheit erkrankter Kinder zu ihren Vätern ergänzen, so dass die Beziehungseinschätzung dann auf Gegenseitigkeit beruhen würde.

Aus Kinderperspektive gab es Unterschiede zwischen Müttern und Vätern. Erkrankte Kinder fühlten sich Müttern enger verbunden und schätzten die Beziehung erfreulicher ein, als die Beziehung zu Vätern. Wie bei Ambivalenz bereits erwähnt, ist es denkbar, dass die Differenz zwischen Müttern und Vätern mit der Familienform zusammenhängt. Zehn erkrankte Kinder gaben über ihre Väter Auskunft; von denen zwei Väter außerhalb der Familie lebten, aber befragt werden konnten und weitere drei Väter selbst nicht erhoben wurden.

Nimmt man an, dass der oben genannte Unterschied zwischen den Medianen von Müttern und Vätern kein Zufall, sondern real ist und nur aufgrund der Gruppengröße nicht signifikant

wurde, so könnte dies ebenfalls mit der Familienform erklärt werden. Dass es für außerhalb lebende Väter schwieriger ist, eine zufriedenstellende Beziehung zum Kind aufrechtzuerhalten, ist in der Scheidungsliteratur vielfach beschrieben worden (z.B. Fthenakis, 1996). Väter leiden unter ihrem mangelnden Einfluss, der Entfremdung zwischen ihnen und den Kindern und dem Ausgeschlossenheit aus dem gemeinsamen Alltag. Die äußere Distanz in der Beziehung kann eine innere Distanzierung nach sich ziehen. Ein Vater, der sein Kind nur an Wochenenden oder noch seltener sieht, verliert an Gelegenheiten der generationalen Beziehungsgestaltung (wie in Kap. 2.1.2 beschrieben, ist Kontakt die notwendige Voraussetzung für Beziehungsgestaltung).

Aus Sicht der Kinder könnte der Unterschied zwischen Müttern und Vätern damit zusammenhängen, dass auch umgekehrt aus Sicht der Kinder die Beziehungsqualität darunter leiden kann, dass der Vater außerhalb der Familie lebt, vor allem, wenn der Kontakt unregelmäßig und selten ist. Erkrankte Kinder gaben in der qualitativen Frage an, sich häufig von ihren Vätern im Stich gelassen und verraten zu fühlen. Die substanzabhängigen Kinder aus dieser Studie waren zwar erwachsen und wohnten in den meisten Fällen weder mit Müttern noch mit Vätern zusammen. Bei den getrennten Eltern fanden die Trennungen jedoch statt, als die erkrankten Kinder noch zuhause wohnten und auch nach ihrem Auszug blieb der mütterliche Haushalt der Familienmittelpunkt.

Umgangstile. Obwohl sich das Ambivalenzerleben nicht zwischen Müttern und Vätern unterschied, gab es Unterschiede im Umgang mit Ambivalenz. Möglicherweise klingt hier bei den Vätern mit den innovativen Stilen Emanzipation und Atomisierung die schon erwähnte stärkere Zukunftsorientierung an. Dass Mütter vorwiegend Solidarität aufwiesen, passt zum Befund, dass Mütter sich eng mit den erkrankten Kindern verbunden fühlten. Der Grund dafür, dass vor allem bei Müttern Zusammenhalt und Gemeinschaftsgefühl im Umgang mit Ambivalenz vorherrschen, kann auf den Umstand zurück zu führen sein, dass die Hälfte der Mütter alleinerziehend ist und zwei Väter schon lange außerhalb der Familie leben.

Methodenkritik

Limitationen. Dass die Befunde zeitlich stabil sind, ist zu bezweifeln. Während der Interviewdurchführung taten sich die Befragten immer wieder schwer, Fragen zu beantworten, die auf generelles Verhalten in der Familie abzielten und bemerkten dazu, dass es ein „normalerweise“ bei ihnen nicht gäbe, sondern sich das Familienleben momentan im Umbruch befinde, bzw. sich klar abgrenzbar in abstinente Phasen und Rückfall- und Konsumphasen teile, in

denen die Familienbeziehungen sehr unterschiedlich aussähen. Auch Verlaufsstudien zu Substanzabhängigkeit belegen unterschiedliche und teilweise konträre Familieninteraktionen und Beziehungsmuster zu verschiedenen Phasen im Krankheitsverlauf (Jacob, 1989; Kröger et al, 1995; O’Farell & Hooley, 1998). Die Ergebnisse dieser Studie beschränken sich demnach auf einen kleinen Ausschnitt im Verlauf der Erkrankung und können nicht auf andere Stadien des Krankheitsverlaufes generalisiert werden (vgl. Kaufman 1980).

Der Gesundheitsstatus der „gesunden Geschwisterkinder“ wurde nicht streng kontrolliert; im separaten Kindererhebungsbogen wurden die Eltern lediglich nach psychischen Erkrankungen der Geschwister gefragt. Ebenso wurde eine bestehende oder frühere Substanzabhängigkeit der Eltern nicht erhoben. Aus Anmerkungen der Befragten gab es bei wenigen Familien Hinweise darauf, dass sogenannte „gesunde“ Geschwister, wie auch Eltern, ebenfalls psychische Probleme haben oder hatten bzw. selbst substanzabhängig gewesen sind oder waren.

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ist die statistische Power relativ gering. Allerdings erhöht ein kleines N die Gefahr des Fehlers zweiter Art, einen tatsächlich vorhandenen Unterschied zu übersehen. Außerdem wurde mit der Wahl eines nicht parametrischen Verfahrens konservativ getestet. Man kann demnach in der vorliegenden Studie davon ausgehen, dass die gefundenen Effekte echt und zudem von klinischer Relevanz sind. Die Ergebnisse können aufgrund der Stichprobengröße jedoch weder auf andere Stadien des Krankheitsverlaufes, noch auf nicht behandelte Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung generalisiert werden. Es gibt Hinweise in der Literatur, die nahe legen, dass sich Substanzabhängige in Behandlung grundlegend von nicht behandelten Abhängigkeitserkrankten unterscheiden (Hausser et al., 1999). Da es keine Kontrollgruppe gab, können keine Aussagen darüber gemacht werden, inwieweit die gefundenen Merkmale spezifisch für Familien sind, die von Substanzabhängigkeit betroffen sind. Ein Kontrollgruppenvergleich wird bei Burkhardt (in Bearbeitung) zu sehen sein. Wegen des geringen N konnten nur die Ambivalenz und die Beziehungsqualität inferenzstatistisch analysiert werden. Die Umgangstile mussten deskriptiv ausgewertet werden, was die Aussagekraft deutlich einschränkt.

Zudem ist die Stichprobe hochselektiv und nicht repräsentativ. Aufgrund der problematischen Rekrutierung kann man davon ausgehen, dass besonders engagierte und interessierte Familien an der Studie teilnahmen, die möglicherweise eine höhere Verbundenheit, einen größeren Zusammenhalt und eine bessere Kommunikation auszeichnen (vgl. Kaufman, 1980). In der Stichprobe dieser Studie befinden sich mehr weibliche als männliche Indexpatienten, was für die epidemiologische Verteilung der Substanzabhängigkeit zwischen den Geschlechtern nicht

repräsentativ ist, da das Geschlechterverhältnis bezüglich Substanzabhängigkeit in der Bevölkerung bei 2:1 für die Männer liegt. Wegen der kleinen Gruppengrößen konnte zwischen den Geschlechtern der substanzabhängigen Kinder nicht unterschieden werden.

Instrumentenkritik. Der in dieser Studie angewandte Fragebogen ist wegen der Selbstbeschreibung wie auch inhaltlicher Merkmale anfällig für soziale Erwünschtheit. Die Items erfragen im hohen Maße identitätsrelevante und gesellschaftlich normierte Inhalte, zudem kommen vor allem im Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit heikle Themen zur Sprache, die stark schambesetzt sein können, wie Beschaffungskriminalität oder Prostitution. Zudem ist das Instrument psychometrisch nicht validiert.

Daneben liegt ein methodisches Problem der Ambivalenzmessung darin, dass Ambivalenz nur gemessen werden kann, wenn der Befragte sich ihrer bewusst ist. Aus psychoanalytischer Sicht kann der – neurotische – Umgang mit Ambivalenz durch verschiedene Abwehrmechanismen erfolgen, z.B. durch Verdrängung einer Seite des Widerspruches ins Unbewusste. Diese Abwehr ist besonders dann zu erwarten, wenn die Ambivalenz stark ist bei gleichzeitig geringer Ambivalenztoleranz. Die indirekte Erfassung der Ambivalenzintensität, die genau dieses Problem umgehen will, enthält eigene logische und konzeptuelle Schwächen (für eine ausführliche Darstellung verschiedener Ambivalenzmaße und deren Vor- und Nachteile siehe Lettke, 2000b). Von daher ist es möglich, dass besonders hohe Ambivalenz in dieser Studie nicht erfasst wurde.

Zuletzt weist auch das Konstanzer Ambivalenzmodul der Ambivalenz, das dem Fragebogen zugrunde liegt, einige konzeptuelle Schwachstellen auf. Wie bei der Darstellung des Konstanzer Ambivalenzmoduls erwähnt, wurde das Fehlen einer Macht-Dimension schon kritisiert (siehe Lüscher & Liegle, 2003). Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen zumindest für Familien mit substanzabhängigen Kindern die Bedeutung einer Autonomie-Kontrolle-Dimension zur angemessenen Abbildung von Generationenbeziehungen. Daneben ist problematisch, dass es sich bei ‚Reproduktion‘ je nach Betrachtungsebene um normative soziale Traditionen handeln kann oder um tradierte Verhaltensweisen, die zwar für die Familie typisch sind, aber nicht unbedingt mit dem Verhalten der Mehrheit in der Gesellschaft konform gehen müssen. Z.B. kann antiautoritäres Erziehungsverhalten auf Familienebene reproduktiv sein, ist es auf normativer sozialer Ebene aber nicht. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Verbesserung der Operationalisierung der Umgangstile, da sie im Fragebogen normativ operationalisiert sind.

Ein weiteres Problem der Umgangstile ist der Zeitfaktor. Ab wann ist ein bestimmtes Verhalten Reproduktion zuzuordnen? Die Frage stellt sich, ob Atomisierung nicht als Kaptivation zu bewerten wäre, wenn Generationenpartner über Jahre in der Atomisierung stehen bleiben, z.B. durch einen Kontaktabbruch zwischen Eltern und Kind, da gemäß der Definition von Kaptivation bei bestehender Distanz die Lebensform beibehalten wird.

Ausblick für weitere Forschung. Die Befunde der vorliegenden Studie verdeutlichen die hohe Relevanz, die Ambivalenz in Familien mit einem substanzabhängigen erwachsenen Kind hat. Das Ambivalenzkonzept hat sich für die Beschreibung von Familienbeziehungen in diesen Familien als geeignet erwiesen. In weiterer Forschung sollte das Konstanzer Ambivalenzmodul mit anderen klinischen Konzepten verknüpft werden, um es in einen größeren psychologischen Kontext zu betten. Items aus Messinstrumenten von Expressed Emotion und Ambiguitätstoleranz sind bereits in dem in dieser Studie angewandten Instrument intergriert (vgl. 3.4), die bei Burkhardt (in Bearbeitung) ausgewertet werden. Co-Abhängigkeit ist in der Literatur zu Angehörigen von Substanzabhängigen ein herausragendes Thema, dennoch existieren kaum Studien dazu. Caregiving wurde in der vorliegenden Untersuchung als zentrales strukturierendes Moment von Familien mit einem substanzabhängigen Kind angenommen, jedoch nicht erhoben. Zur Überprüfung dieser Annahme sowie der Annahme, dass Caregiving und Co-Abhängigkeit zwei Seiten einer Medaille sind, sollte Caregiving und Co-Abhängigkeit zusätzlich erhoben oder entsprechende Items für den Fragebogen entwickelt werden.

Untersuchungen mit größeren Stichproben sind wünschenswert, da in der vorliegenden Studie an der geringen Zahl der Befragten die inferenzstatistische Analyse der Umgangstile scheiterte und diese nur deskriptiv ausgewertet werden konnten, was die Beantwortung der Frage nach den Unterschieden zwischen den Gruppen nur nach Augenschein erlaubt und entsprechend ungenau ist. Zudem gab es einige Variablen, die zwischen den Medianen und Mittelwerten deutliche Abweichungen zeigten, die jedoch nicht signifikant wurden, was möglicherweise am kleinen n lag, z.B. die Verbundenheit von Vätern mit erkrankten Kindern vs. gesunden Kindern oder die Unterschiede in der Verbundenheit zwischen Müttern und Vätern.

Kontrollierte Studien sind in der Forschung zu Familienbeziehungen und Substanzabhängigkeit dringend nötig, um die Spezifität der Effekte zu überprüfen. In jedem Fall sollte die Substanzabhängigkeit und andere psychische Störungen der anderen Familienmitglieder nach DSM-IV Kriterien kontrolliert werden. Die Kontrolle dieser Variablen erlaubt eine differenziertere Interpretation der Effekte. Daneben würde eine Längsschnittstudie mit Messungen

vor, während und nach der Behandlung zur Überprüfung der Stabilität bzw. Veränderung der Ambivalenz und der Umgangstile über die Zeit zur Weiterentwicklung des Konstanzer Ambivalenzmoduls beitragen und Aufschluss über die Einflussrichtung geben können. Ist Ambivalenz, wie die qualitativen Daten der vorliegenden Studie nahe legen, abhängig vom Stadium oder des Verlaufes der Erkrankung?

In der vorliegenden Studie wurden verschiedene familiäre Dyaden erhoben, die eine differenzierte Beschreibung der einzelnen Beziehungen innerhalb der Familien ermöglicht. Der Geschwistervergleich konnte nur aus Elternperspektive erfolgen, da die gesunden Kinder nicht selbst erhoben wurden. In zukünftigen Untersuchungen sollte versucht werden, die Geschwister ebenfalls zu erheben. Dadurch ließe sich die sich in den Ergebnissen abzeichnende Sonderposition der substanzabhängigen Kinder konkretisieren. Über familiäre Beziehungsmuster, wie Verstrickung und Triangulation, ist in der systemischen Literatur viel geschrieben worden. Auch aus entwicklungspsychologischer Forschung ist bekannt, dass die kindlichen Entwicklung mit der Qualität der Paarbeziehung der Eltern zusammenhängt (z.B. v. Klitzing, 1998). Abgesehen von der Problematik der negativen Konnotation der systemischen Begriffe und der schwierigen Abgrenzung „kranker“ gegenüber „gesunden“ Familienbeziehungsformen, kann eine Überprüfung dieser Annahmen nur erfolgen, wenn auch die geschwisterliche und elterliche Dyade einbezogen wird. Die Erforschung familialer Beziehungen würde damit über die Generationenbeziehungen hinaus gehen und um die Beziehungen derselben Hierarchieebenen erweitert werden, die das Familienleben ebenso prägen.

Interessant wäre die Analyse von Zusammenhängen verschiedener Variablen. Mögliche polarisierende Effekte, wie sie die systemische Literatur und die Studie von Schindler (2001) für Bindungsstile von Drogenabhängigen beschreiben, könnten z.B. für die Geschwister aus Elternsicht überprüft werden. Die Fragen, ob Ambivalenz in Dyaden mit niedriger Beziehungsqualität größer ist, Ambivalenz mit der Dauer der Erkrankung oder der Hospitalisierungsrate zusammenhängt oder ein Zusammenhang zwischen der Ambivalenzausprägung und bestimmten Umgangstilen existiert, könnten auf diese Weise geklärt werden. Möglich wäre auch eine Veränderung der Umgangstile zu verschiedenen Stadien der Abhängigkeit analog zu den Veränderungen in den Familienbeziehungen in „trockenen“ oder „nassen“ Phasen, die in Verlaufsstudien gefunden wurden (vgl. Kap. 2.2.4; siehe dazu den Überblick von Kaufman, 1985).

Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass Beziehungsqualität heterogen ist, bzw. in Abhängigkeit der Operationalisierung sehr unterschiedlich ausfallen kann. Zukünftige Forschung

sollte dieser Heterogenität gerecht werden und zwischen verschiedenen Aspekten der Beziehungsqualität differenzieren.

Im Gegensatz zu dem Ergebnis dieser Studie, dass die Substanzabhängigen zwar eine Sonderposition einnehmen, aber die Beziehung zu den Eltern dennoch eng ist, steht der Befund der Isolation der Substanzabhängigen innerhalb der Familie (Villiez, 1986; Kröger et al., 1995). Hier sind die untersuchten Indexpatienten jedoch alkoholabhängige Väter gewesen, deren selbst gegründete Familie untersucht wurde. Dieser scheinbare Gegensatz der Befunde verdeutlicht die Notwendigkeit in der Forschung zwischen den einzelnen Angehörigengruppen zu differenzieren.

Implikationen für die klinische Praxis. Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen die Bedeutung von Ambivalenz in der familialen Beziehungsgestaltung in Familien mit substanzabhängigen erwachsenen Kindern. Aufgrund dessen sollte im therapeutischen Setting mit substanzabhängigen Patienten der Explizierung und Bearbeitung der Ambivalenz Raum gegeben werden. Die Herausarbeitung von Ambivalenz ist in einigen Therapieformen zentraler Bestandteil des Heilungsprozesses.⁵³ Die Explizierung der Ambivalenz kann zum Aufbau von Motivation zur Therapie und deren Erhaltung beitragen. Wie in Kap. 2.2.1 erläutert, ist mangelnde Motivation das Hauptproblem in der Suchttherapie. Im therapeutischen Setting wäre es hilfreich, die Ambivalenzen in den dyadischen Beziehungen gemeinsam mit Angehörigen zu bearbeiten, um dem komplementären Verhalten entgegenzuwirken, das diese Studie fand, so dass beide Seiten wieder mehr Verständnis füreinander bekommen können.

Ferner ist notwendig, dass das Suchthilfesystem die eigene Widersprüchlichkeit zwischen Abstinenzparadigma und Krankheitsparadigma weiter aufzulösen fortführt, da sich diese Ambivalenz unmittelbar auf die Angehörigen und Betroffenen von Substanzabhängigkeit auswirkt, wie die Ergebnisse dieser Studie nahe legen. Dies ist nur in Zusammenhang mit politischen Veränderungen möglich.

Daneben zeigen die Ergebnisse, dass die Familie eine wichtige Ressource für die Patienten darstellt. Sie nimmt maßgeblich Einfluss auf den Verlauf der Substanzabhängigkeit und den Therapieerfolg, wie Studien und klinische Erfahrung zeigen (siehe Kap. 2.3). Es ist demnach dringend notwendig, die Angehörigen von Anfang an kontinuierlich und eng in die Behand-

⁵³ In der Gestalttherapie wird mit der „Leerer - Stuhl - Technik“ Ambivalenzen expliziert, indem sich die ‚zwei Seelen einer Brust‘ gegenüber sitzen und einen Dialog führen (siehe z.B. Doubrawa, 2004). Der Patient lernt dadurch Ambivalenz wahrzunehmen, auszuhalten, zu akzeptieren und für eine befriedigendere Lebens- und Beziehungsgestaltung nutzbar zu machen. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt die Transaktionsanalyse mit dem Konzept des Eltern-, Kindheits- und Erwachsenen-Ich, die in jedem Mensch repräsentiert sind (Berne, 1967).

lung mit einzubeziehen. Der Einbezug der Familienmitglieder sollte nicht nur auf die systemischen Therapieansätze beschränkt bleiben, wie Thomasius (1997) forderte, sondern zu jedem Zeitpunkt der Behandlung, vom Erstkontakt beim Hausarzt bis zur Nachsorge in Selbsthilfegruppen, erfolgen. Dies erfordert eine Ausarbeitung des Angehörigenangebots, das momentan noch unzureichend vorhanden ist (vgl. Klein, 2001).

In der Angehörigenarbeit sowie der familientherapeutischen und psychoedukativen Praxis ist die Frage nach der Gratwanderung zwischen Pflege und Unterstützung einerseits und Co-Abhängigkeit andererseits von großer Bedeutung. Die Befunde der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen, dass Angehörige konkrete Handlungsanleitungen im Umgang mit der Substanzabhängigkeit brauchen, um tatsächlich Hilfe leisten zu können, statt möglicherweise die Sucht ihres Familienmitgliedes – ungewollt – aufrechtzuerhalten. Diese Fragen werden bisher außerhalb familientherapeutischer Behandlungen oder Selbsthilfegruppen unzureichend kommuniziert.

Co-Abhängigkeit aufzudecken ist sicherlich ein familientherapeutisches Ziel (Thomasius, 1997), andererseits liegt in dem Konzept die Gefahr einer erneuten Stigmatisierung der betroffenen Familien (vgl. Rennert, 1990), wenn ihm nichts hinzugefügt wird und Familieninteraktionen allein durch die „pathologische Brille“ betrachtet werden. Eine Erweiterung der Perspektive der Co-Abhängigkeit um den nicht pathologisierenden Aspekt der Pflege mag der Betrachtung der Angehörigen die Einseitigkeit nehmen, ihren Handlungsspielraum vergrößern und ihrer schwierigen Situation gerechter werden. Angehörige sind eine wichtige Ressource für die Patienten, sie sollten im Sinne von Empowerment unterstützt und stark gemacht werden, statt sie aus der Behandlung weitgehend auszuschließen oder zu pathologisieren.

LITERATUR

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Baronet, A.-M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review, 19*, 819-841.
- Bateson, G. (1988). *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. H., Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., Hirsch, S. J., Lidz, T., Alice, C., Fleck, S., Terrx, D., Searles, H. F., Bowen, M., Vogel, E. F., Bell, N. W., Laing, R. D., & J, F. (1990). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Becker-Stoll, F. (2002). Bindung und Psychopathologie im Jugendalter. In B. Strauß & A. Buchheim & H. Kächele (Eds.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse* (pp. 196-130). Stuttgart: Schattauer.
- Bengtson, V. L., & Kuypers, J. A. (1971). Generational difference and the developmental stake. *Aging and Development, 2*(2), 249-260.
- Bengtson, V. L., Biblarz, T. J., & Roberts, R. E. L. (2002). *How families still matter. A longitudinal study of youth in two generations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Benner, P., Janson-Bjerklie, Ferketich, S., & Becker, G. (1994). Moral dimensions of living with a chronic illness: Autonomy, responsibility and the limits of control. In P. Benner (Ed.), *Interpretive Phenomenology. Embodiment, Caring, and ethics in health and illness* (pp. 225-254). Thousand Oaks: Sage.
- Berger, M. (2000). *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Fischer.
- Bergmann, E., & Horch, K. (2002). *Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten*. Berlin: Mercedes-Druck.
- Berne, E. (1967). *Spiele der Erwachsenen*: Reinbek.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park: Sage.
- Bleuler, E. (1910). Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 18,19, 20, 21*, 171-176, 184-187, 189-191, 195-198.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Bleuler, E. (1914). Die Ambivalenz. In U. Zürich (Ed.), *Festgabe zur Einweihung der Neubauten* (pp. 95-106). Zürich: Schulthess & Co.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brand, C. (2004). *Generationenbeziehungen in Familien mit psychisch Kranken*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Konstanz: Forschungsschwerpunkt "Gesellschaft und Familie".
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Burkhardt, A. (2002). *Die Bedeutung des Begriffs "Ambivalenz" im Diskurs und Handlungsfeld von Psychotherapeuten. Arbeitspapier Nr. 41*. Universität Konstanz: Forschungsschwerpunkt "Gesellschaft und Familie".
- Bürkle, R. (1992). Suchtarbeit nüchtern betrachtet. Stagnation der Helfersysteme. In G. Osterhold & H. Molter (Eds.), *Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext* (pp. 171-185). Heidelberg: Asanger.
- Chesla, C. (1994). Parents caring practices with schizophrenic offspring. In P. Benner (Ed.), *Interpretive Phenomenology. Embodiment, caring and ethics in health and illness* (pp. 167-184). Thousand Oaks: Sage.
- Cierpka, M. (1988). Evaluation and management of boundary disturbances in the family of a psychotic adolescent. In E. D. Hibbs (Ed.), *Children and Families. Studies in Prevention and Intervention*. Madison (Connecticut): International Universities Press.
- Cierpka, M. (1989). Das Problem der Spezifität in der Familientheorie. *System Familie*, 2, 197-216.
- Cierpka, M. (1990). *Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Cleveland, M. (1982). Familien und Drogenabhängigkeit von Jugendlichen. Strukturanalysen der familiären Rollen von Kindern. *Familiendynamik*, 7, 265-283.
- Dierker, L. C., & Merikangas, K. R. (2001). Familial psychiatric illness and posttraumatic stress disorder: Findings from a family study of substance abuse and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 715-720.
- Doubrawa, A., & Doubrawa, E. (Eds.). (2004). *Fritz Perls. Was ist Gestalttherapie?* Köln: Peter Hammer Verlag.
- Dörner, K., Egetmeyer, A., & Koenning, K. (1987). *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Edwards, V., & Croft, J. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behavior*, 27(5), 713-

725.

- Efran, J. S., Heffner, K. P., & Lukens, R. J. (1989). Alkoholismus als Ansichtssache. *Familien-dynamik*, 14, 2-12.
- Eickhoff, C. (2000). *Schutz oder Risiko. Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, California: Stanford University.
- Fichter, M. M., Glynn, S. M., Weyerer, S., Liberman, R. P., & Frick, U. (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Family Process*, 36, 203-221.
- Fingerman, K. L., & Hay, E. (2004). Intergenerational ambivalence in the context of the larger social network. In K. Pillemer & K. Lüscher (Eds.), *Intergenerational ambivalence. New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 133-151).
- Florin, I., Nostadt, A., Reck, C., Franzen, U., & Jenkins, M. (1992). Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Family Process*, 31, 163-172.
- Franke, P. (2003). Genetik von Suchterkrankung. *Psychoneuro*, 29, 161-164.
- Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36, 357-367.
- Fthenakis, W. (1996). *Trennung, Scheidung und Wiederheirat. Wer hilft dem Kind?* Weinheim: Beltz.
- Furukawa, T., Harai, H., Hirai, T., Fujihara, S., Kitamura, T., & Takahashi, K. (1998). Childhood parental loss and alcohol dependence among Japanese men: a case-control study. Group for longitudinal affective disorders study. *Acta Psychiatry Scand.*, 97(6), 403-407.
- Giarrusso, R., Stallings, M., & Bengtson, V. L. (1995). The "Intergenerational stake" hypothesis revisited. Parent-child differences in perceptions of relationships 20 years later. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie & L. M. Burton (Eds.), *Adult intergenerational relations. Effects of societal change* (pp. 227-263). New York: Springer.
- Goethe, J. W. v. (1998). Werke: Faust I. Hamburger Ausgabe in 14 Bänden (Vol. 3. Dramatische Dichtungen 1, pp. 41, Z1112). München: Dtv.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy*. New York: Norton.
- Hatfield, A. B. (1987). Families as caregivers: A historical perspective. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill. Coping and adaptation* (pp. 3-29). London:

Cassell.

- Hausser, D., Kübler, D., & Dubois-Arber, F. (1999). Characteristics of heroine and cocaine users unknown to treatment agencies. Results from the swiss hidden population study. *Sozial- und Präventivmedizin, 44*, 222-232.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans Green.
- Hildenbrand, B. (1991). *Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung*. Bern: Hans Huber.
- Hoening, J., & Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effects on the household. *International Journal of Social Psychiatry, 12*, 165-176.
- Holz, E. (2000). *Zeitverwendung in Deutschland. Beruf-Familie-Freizeit*. Statistisches Bundesamt (Ed.). Schriftenreihe Spektrum Bundesstatistik, 13. Stuttgart: Metzler Poeschel.
- Hope, S., Power, C., & Rodgers, B. (1998). The relationship between parental separation in childhood and problem drinking in adulthood. *Addiction, 93*, 505-514.
- Hopkins, L. M., & Jackson, W. (2002). Revisiting the issue of co-dependency. Caring or caretaking? *Canadian Journal of Nursing Research, 34*, 35-46.
- Hudson, & Kirby. (2002). Social adjustment of family members and significant others (FSOs) of drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 171-181*.
- Jacob, T., & Seilhammer, R. A. (1987). Alcoholism and family interaction. In T. Jacob (Ed.), *Family Interaction and Psychopathology* (pp. 535-580). New York: Plenum Press.
- Jacob, T., Seilhammer, R. A., & Rushe, R. H. (1989). Alcoholism and family interaction: An experimental paradigm. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15*, 73-91.
- Jungbauer, J., Biskopf, J., & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis, 28(3)*, 105-114.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 month in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*, 126-134.
- Katschnig, H. (2002). Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis, 29*, 113-115.
- Katz, R., Lowenstein, A., Phillips, J., & Daatland, S. O. (2003). Theorizing intergenerational family relations. Solidarity, conflict and ambivalence in cross-generational-contexts. In A. Lowenstein & J. Ogg (Eds.), *Old age and autonomy. The role of service systems and intergenerational family solidarity* (Vol. Book publication in preparation). Haifa: University Mimeo.

- Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7, 257-279.
- Kaufman, E., & Kaufmann, P. N. (1983). Vom psychodynamischen zum strukturellen familientherapeutischen Ansatz bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit. In E. Kaufman & P. N. Kaufmann (Eds.), *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kaufman, E. (1985). Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of Addiction*, 20, 897-916.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kendler, K., Neale, M., C, P., Kessler, R., Heath, A., Corey, L., & Eaves, L. (1996). Childhood parental loss and alcoholism in women: a causal analysis using a twin-family design. *Psychological Medicine*, 26(1), 79-95.
- Kendler, K., Shet, K., Gardner, C., & Prescott, C. (2002). Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence. The time-decay of risk and sex differences. *Psychological Medicine*, 32, 1187-1194.
- Kessler, R., Davis, C., & Kendler, K. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kindermann, S. (1992). Die Rolle der Familie bei Einstieg, Verlauf und Ausstieg aus der Drogenszene. In G. Osterhold & H. Molter (Eds.), *Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext* (pp. 85-114). Heidelberg: Asanger.
- Klatt, E., & Roy, D. (1983). *Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch*. Berlin: Langenscheidt.
- Klein, M. (2001). Das personale Umfeld von Suchtkranken. In F. Tretter & A. Müller (Eds.), *Psychologische Therapie der Sucht* (pp. 202-229). Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M. (2004). Psychosoziale Aspekte des Risikoverhaltens Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. *Gesundheitswesen*, 66(Sonderheft 1), 56-60.
- Klitzing, K. v. (1998). Wenn aus zwei drei werden. Ergebnisse einer prospektiven Studie zur Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung. In B. D (Ed.), *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft* (pp. 104-115). Stuttgart: Schattauer.
- Koenning, K. (1987). Zur Lebenssituation der Familien psychisch Kranker. In K. Dörner & A. Egetmayer & K. Koenning (Eds.), *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen* (pp. 26-34). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken als neue Behandlungsoption. *Der Allgemeinarzt*, 17, 1315 - 1323.
- Krausz, M. (2004). Was, wie erreichen und warum? Welche Paradigmen steuern die Suchttherapie der Zukunft? *Suchttherapie*, 5, 16-20.
- Kreppner, K. (1991). Sozialisation in der Familie. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Eds.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* (pp. 321-334). Weinheim: Beltz.
- Kreppner, K. (2000). Entwicklung von Eltern-Kind-Beziehungen. Normative Aspekte im Rahmen der Familienentwicklung. In K. Schneewind (Ed.), *Familienpsychologie im Aufwind* (pp. 174-195). Göttingen: Hogrefe.
- Kronmüller, K.-T., Krummheuer, C., Topp, F., Stephan, Z., Herzog, W., & Hartmann, M. (2001). *Der Fragebogen zur familiären emotionalen Involviertheit und wahrgenommenen Kritik (FEIWK)*.
- Kröger, F., Drinkmann, A., Wälte, D., Lask, J., & Petzold, E. (1995). Verraten und verkauft? Zur Isolation alkoholkranker Väter in ihren Familien. *Sucht*, 41, 10-17.
- Küstner, U., Sack, P.-M., & Thomasius, R. (2003). Familientherapeutische und systemische Ansätze in der Suchtbehandlung. *Psychotherapie im Dialog*, 4(2), 124-129.
- Ladewig, D. (2000). Opiatabhängigkeit. In R. Thomasius (Ed.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (pp. 21-28). Stuttgart: Thieme.
- Lefley, H. P. (1987). Behavioral manifestations of mental illness. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill. Coping and adaptation* (pp. 107-127). London: Cassell.
- Lettke, F. (2002a). Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen? Zur Ambivalenz der Generationenbeziehungen im Alter. In A. Motel-Klingenbiel & H.-J. v. Kondratowitz & C. Tesch-Römer (Eds.), *Lebensqualität im Alter* (pp. 71-94). Opladen: Leske+Budrich.
- Lettke, F. (2002b). Ambivalenz und empirische Sozialforschung. *Sozialer Sinn*, 1, 137-151.
- Lettke, F., & Lüscher, K. (2003). Generationenambivalenz - Ein Beitrag zum Verständnis von Familie heute. *Soziale Welt*, 53, 437-466.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H., & Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18-31.
- Liebau, E. (1997). Generation - ein aktuelles Problem? In E. Liebau (Ed.), *Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft* (pp. 15-37). Weinheim: Juventa.
- Lüscher, K., & Pajung-Bilger, B. (1998). *Forcierte Ambivalenzen. Ehescheidung als Herausforderung an die Generationenbeziehungen unter Erwachsenen*. Konstanz: Universi-

täts-Verlag.

- Lüscher, K., Pajung-Bilger, B., Lettke, F., Böhmer, S., & Rasner, A. i. Z. m. K. P. (2000). *Generationenambivalenzen operationalisieren. Instrumente. Arbeitspapier Nr. 34.4*. Universität Konstanz: Forschungsschwerpunkt "Gesellschaft und Familie".
- Lüscher, K., & Liegle, L. (2003). *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*. Konstanz: Universitäts-Verlag.
- Lüscher, K. (2003). Familie pragmatisch definieren. *Erwägen - Wissen - Ethik*, 14(3), 539-541.
- Lüscher, K., & Lettke, F. (2004). Intergenerational ambivalence. Methods, measures, and results of the Konstanz Study. In K. Lüscher & K. Pillemer (Eds.), *Intergenerational ambivalences. New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 153-179). Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Lüscher, K. (2004a). Conceptualizing and uncovering intergenerational ambivalence. In K. Lüscher & K. Pillemer (Eds.), *Intergenerational ambivalences. New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 23-62). Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Lüscher, K. (2004b). *Looking at ambivalence: A „new-old“ approach for the study of intergenerational relations and the life course*. (publication in preparation).
- Maier, W. (1997). Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In H. Watzl & B. Rockstroh (Eds.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Matzner, M. (2004). *Vaterbilder und Vaterfunktionen*, [Internetlink]. Online Familienhandbuch. Ed. Fthenakis, Wassilios & Textor, Martin R. Available: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Elternschaft/s_378.html.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz UTB.
- Mead, G. H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mead, M. (1971). *Der Konflikt der Generationen. Jugend ohne Vorbild*. Olten/Freiburg im Breisgau: Walter.
- Miller, K. J. (1994). The co-dependency concept: Does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Minuchin, S. (1983). Der Aufbau einer therapeutischen Realität. In E. Kaufman & P. N. Kaufmann (Eds.), *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit* (pp. 20-21). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- O'Farrell, T. J., & Hooley, J. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.

- World Health Organization (1992). *International statistical Classification of Diseases and related health problems. 10th Revision*. Geneva: WHO.
- Os, J. v., Marcelis, M., Germeys, I., Graven, S., & Delespaul, P. (2001). High expressed emotion. Marker for a caring family. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 504-507.
- Osterhold, G., & Molter, H. (Eds.). (1992). *Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext*. Heidelberg: Asanger.
- Parker, R. (1995). *Mother love/mother hate. The power of maternal ambivalence*. New York: Basic Books.
- Pillemer, K., & Lüscher, K. (1998). *Intergenerational ambivalences. New perspectives on parent-child relations in later life*. New York: Elsevier.
- Pillemer, K., & Sutor, J. J. (2002). Explaining mother's ambivalence toward their adult children. *Journal of Marriage and the Family, 64*(3), 602-613.
- Raisch, M. (1993). Die Verantwortung des Therapeuten in der Arbeit mit den sozialen Netzwerken psychiatrischer Langzeitpatienten. Lösungsorientierte versus problemorientierte Intervention. In T. Platz (Ed.), *Brennpunkte der Schizophrenie. Gesellschaft - Angehörige - Therapie* (pp. 103-114). Wien: Springer.
- Ratti, L. A., Humphrey, L. L., & Lyons, J. S. (1996). Structural analysis of families with al polydrug-dependent, bulimic, or normal adolescent daughter. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1255-1262.
- Reilly, D. M. (1983). Drogenfamilien. Ihre familiale Dynamik und eine Kurzzeittherapie in drei Phasen. In E. Kaufman & P. N. Kaufmann (Eds.), *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit* (pp. 119-141). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rennert, M. (1990). *Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: A critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing, 10*, 67-76.
- Rose, L. E. (1998). Gaining control: Family members relate to persons with severe mental illness. *Research in Nursing and Health, 21*, 363-373.
- Rose, L., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *Western Journal of Nursing Research, 24*, 516-536.
- Rosenfarb, I. S., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Subotnik, K. L. (2000). Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Archives of General Psychiatry, 57*(12), 1174-1179.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing, 24*, 175-198.

- Scazufca, M., Kuipers, E., & Menezes, P. R. (2001). Perception of negative emotions in close relatives by patients with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 167-175.
- Scherrmann, T. E. (1995). *Belastungs-Bewältigungs-Prozesse bei Familien schizophrener Patienten*. Unpublished Dissertation, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.
- Schindler, A. (2001). *Bindungsstile in den Familien Drogenabhängiger*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Schmid, R., Spießl, H., & Peukert, R. (2004). "Außen vor und doch mitten drin". Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis, 31*, 225-227.
- Schmidbauer, W. (1999). *Helfen als Beruf*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schwartz, K. E., Dorer, D. J., Beardslee, W. R., Lavori, P. W., & Keller, M. B. (1990). Maternal expressed emotion an parental affective disorder: Risk for childhood depressiver disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research, 24*, 231-250.
- Schwartzman, J. (1985). Alcoholics anonymous and the family: A systemic perspective. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 11*, 69-89.
- Schwoon, D. R. (2000). Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: Psychologische Aspekte. In R. Thomasius (Ed.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (pp. 147-160). Stuttgart: Thieme.
- Sheridan, M. J. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning and abuse/neglect. *Child Abuse & Neglect, 19*, 519-530.
- Sorensen, A. (1990). Unterschiede im Lebenslauf von Frauen und Männern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*(Sonderheft 3. Lebensverläufe und sozialer Wandel), 304-321.
- Stanton, M. D., & Todd, T. C. (1983). Strukturelle Familientherapie mit Drogenabhängigen. In E. Kaufman & P. N. Kaufmann (Eds.), *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit* (pp. 61-83). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Steinglass, P. (1983). Familientherapie mit Alkoholabhängigen. In E. Kaufman & P. N. Kaufmann (Eds.), *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Stewart, M. A., & Brown, S. A. (1993). Family functioning following adolescent substance abuse. *Journal of Substance Abusers, 5*, 327-339.
- Stierlin, H. (1980). *Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Stierlin, H. (1994). *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Strauss, A. L., & Glaser, B. G. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis: Mosby.
- Strauß, B., Buchheim, A., & Kächele, H. (2002). *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Subby, R. (1987). *Lost in the shuffle. The codependent reality*. Pompano Beach: Health Communications.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.). (2003). *Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland.
- Tessler, R., & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport: Auburn House.
- Textor, M. R. (1989). Drogensucht und Familie. *Familiendynamik*, 14, 13-25.
- Thomasius, R. (1997). Geteiltes Leid. Zur Co-Abhängigkeit der Angehörigen suchtkranker Patienten. *Suchtreport*(3), 18-21.
- Thomasius, R., Schindler, A., & Sack, P. M. (2002). Familiendynamische und -therapeutische Aspekte des Drogenmissbrauchs in der Adoleszenz. *Familiendynamik*, 27, 297-323.
- Thompson, M. M., Zanna, M. P., & Griffin, D. W. (1995). Let's not be indifferent about (attitudinal) ambivalence. In R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength. Antecedents and consequences* (pp. 361-386). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tretter, F. (1998). *Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge*. Göttingen: Hogrefe.
- Triffleman, E., Marmar, C., Delucchi, K., & Ronfeldt, H. (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(3), 172-176.
- Uchtenhagen, A. (1982). Die Familien Drogenabhängiger: Sozialpsychologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *Familiendynamik*, 7, 284-297.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Veltman, A., Cameron, J. I., & Stewart, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 108-116.
- Villiez, T. v. (1986). *Sucht und Familie*. Berlin: Springer.
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research Health*, 23(4), 256-262.

- Watzl, H. (1983). Kontrolliertes Trinken als Alternative für Alkoholabhängige? In V. Faust (Ed.), *Suchtgefahren in unserer Zeit* (pp. 99-110). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Wälte, D., & Kröger, F. (2002). Krankheitskonzepte im Paar- und Familiensystem. Empirische Analyse und Konsequenzen für die Praxis. *Psychotherapie im Dialog*, 3(1), 72-75.
- Wegscheider, S. (1981). *Another chance. Hope and health for the alcoholic family*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Weichhold, K. (2003). Entwicklungspsychologische Perspektiven zur Entstehung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 166-169.
- Welter- Enderlin, R. (1992). Alkoholismus und Familie. In G. Osterhold & H. Molter (Eds.), *Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext* (pp. 13-28). Heidelberg: Asanger.
- Willson, A. E., Shuey, K. M., & Elder, G. H. J. (2003). Ambivalence in the relationship of of adult children to aging parents and in laws. *Journal of Marriage and the Family*, 65(4), 1055-1072.

ANHANG

Tabelle 1

Ausgewählte Inhalte des Fragebogens und ihre Operationalisierung

Inhalte	Operationalisierung
Ambivalenzerleben	
Häufigkeit (quantitativ, direkt erhoben)	„Wie häufig fühlen Sie sich gegenüber Person X hin- und hergerissen?“ (1 = sehr oft bis 5 = nie)
Intensität (quantitativ, indirekt erhoben)	Bewertung der Beziehung auf gegensätzlichen positiven und negativen Attributen (z.B. liebevoll, kühl, vertraut etc.) (1 = trifft voll und ganz zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu). ⁵⁴
Relative Relative Häufigkeit (quantitativ erhoben)	„Denken Sie, dass Sie sich gegenüber Person X häufiger oder seltener hin- und hergerissen fühlen, als andere Eltern gegenüber ihren Kindern?“ (häufiger, gleich häufig, seltener)
Qualität der Ambivalenz (qualitativ erhoben)	„In welchen Situationen fühlen Sie sich besonders häufig gegenüber Person X hin- und hergerissen?“
Umgangsstile	
Solidarität	„Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“
Emanzipation	„Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und Person X trotzdem nahe zu sein.“
Atomisierung	„Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von Person X entferne.“
Kaptivation	„Ich fühle mich verpflichtet zu tun was Person X will, gehe ihr aber aus dem Weg.“
Beziehungsqualität	
Übereinstimmung der Beziehung mit Wunschvorstellung	„Wie oft ist die Beziehung zu Person X so, wie Sie sich diese wünschen?“ (1 = sehr oft bis 5 = nie)

⁵⁴ Hieraus errechnet sich der Wert der Ambivalenzintensität (vgl. Kap. 3.6.2)

Tabelle 4 : Ober- und Unterkategorien des Auswertungsschemas der qualitativen Frage

Oberkategorie	Unterkategorie
Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen	Psychische Erkrankung: Aussagen, die sich eindeutig auf die Erkrankung des Kindes beziehen, z.B. „Es hat mit der Drogensucht zu tun.“, „Alkoholprobleme“.
	Unverständnis, einander fremd sein: Z.B. „Vor allem bei Aggressionen habe ich mich gefragt: Sind es die Drogen oder ist er wirklich so?“
	Meinungsverschiedenheiten: Nicht näher spezifizierte Meinungsverschiedenheiten, z.B. „Wenn er eine andere Meinung hat als ich, dann fühle ich mich schon hin und hergerissen.“
	Lebensführung: Näher benannte, die Lebensführung betreffende Themen, z.B. „Meinungsverschiedenheiten bezüglich: Beziehung, Arbeit, Zukunftsplanung.“
Gestaltung der Generationenbeziehung	Beeinflussung/Kontrolle: Themen der Beeinflussung und Kontrolle des Beziehungspartners, z.B. „Bei Freunden, die meine Mutter nicht leiden konnte, hat sie versucht, mich zu manipulieren.“
	Helfen (Hilfe leisten bzw. erhalten): Themen der tätigen Pflege bzw. die Situation des Gepflegten, z.B. „Wir müssen uns sagen, dass sie jetzt volljährig ist, und dass sie zwar krank ist, aber nicht so krank, dass sie wie eine Behinderte Rundumbetreuung braucht.“
	Rückzug/Distanzierung: Themen des Rückzugs, der Distanzierung, der Abgrenzung in der Beziehung zum generationalen Gegenüber, z.B. „Dann denke ich, ich mach jetzt nichts mehr von mir aus, ich muss mich abgrenzen.“
Gefühle in der Generationenbeziehung	Schuld und Vorwürfe: Eigene sowie die dem generationalen Partner zugesprochene Schuldgefühle oder Vorwürfe, denen man sich ausgesetzt fühlt oder dem anderen macht. Z.B. „Früher: machte sie sich selbst Vorwürfe, dass sie was falsch machte. Heute: macht sie mir Vorwürfe, dass ich die Familie kaputt mache.“
	Angst und Sorgen: Z.B. „[...] aber in seinen Augen sehe ich, dass er sich Sorgen macht.“
	Wut, Ärger, verletzt sein: Z.B. „Ich könnte sie an die Wand klatschen.“

Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft: Äußerungen, die den Verlust einer vor-herseh- und beeinflussbaren Zukunftsperspektive zum Inhalt haben, z.B. „Immer diese Ruhepause von einem Konsum zum nächsten. Dann weiß man nicht genau, wo man ist, wo man steht, wann das ausbricht.“

Mangelnde Verlässlichkeit, fehlendes Vertrauen: Unsicherheit auf die Verlässlichkeit der Beziehung, Vertrauen und Enttäuschung als wichtige Stichworte, z.B. „Aber: ich kann ihm nicht verzeihen, dass er uns im Stich gelassen hat.“

Loyalitätskonflikte: Äußerungen, die Konflikte mit einer über die dyadische Beziehung hinausgehenden dritten Bezugsperson oder Partei darstellen, z.B.: „Und da fühlte ich mich früher immer zwischen ihr und dem Vater hin- und hergerissen.“

Spannungsfeld 1: Ebene des Handelns	Autonomie vs. Kontrolle: Z.B.: „Vielleicht passe ich zuviel auf ihn auf, so dass er nicht auf die Schnauze fällt und lernt.“
Spannungsfeld 2: Ebene des Fühlens	Nähe vs. Distanz: Z.B.: Ich liebe sie und könnte sie an die Wand klatschen.“
Spannungsfeld 3: Ebene des Denkens	Akzeptanz vs. Ablehnung: Z.B.: „„Ich fühle mich hin und hergerissen, wenn es schwierig ist, abzuschätzen, was Krankheit ist und was zum Beispiele asoziales Verhalten ist.“

Tabelle 5

*Qualitative Themen und Spannungsfelder:
Häufigkeiten der dyadischen Aussagen und Analyseeinheiten*

	N
Dyadische Aussagen: Gesamt	57
Dyadische Aussagen: Gefiltert	5
Dyadische Aussagen: Keine Angabe	1
Gültige Dyadische Aussagen	51
Analyseeinheiten: Gesamt (Mehrfachantworten)	137
Themen-Analyseeinheiten: Nicht kategorisierbar	9
Gültige Analyseeinheiten Themen	122
Spannungsfelder-Analyseeinheiten: Nicht kategorisierbar	111
Gültige Analyseeinheiten Spannungsfelder	20

Anmerkungen. Gefiltert: Personen wurden diese Frage nicht gefragt, da nie hin- und hergerissen.

Keine Angabe: Personen wurden gefragt, machten aber keine Angabe.

Nicht kategorisierbar: Analyseeinheit konnte nicht kategorisiert werden.

Aufgrund Mehrfachantworten kann eine dyadische Aussage mehrere Analyseeinheiten enthalten.

Jede Kategorie konnte nur einmal pro dyadische Aussage vergeben werden.

Daher übersteigt die Anzahl der Analyseeinheiten die Zahl der Dyaden.

Tabelle 6

Ambivalenzgenerierende Themen: Eltern gegenüber gesunden vs. kranken Kindern (Geschwistervergleich)

Ambivalenzgenerierendes Thema	Eltern- gesunde Kinder ^a %	Eltern- kranke Kinder ^b %
Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen (gesamt)	52.9	26.8
▪ Psychische Erkrankung	0.0	8.9
▪ Meinungsverschiedenheiten	11.8	0.0
▪ Lebensführung	29.4	5.4
▪ Unverständnis, einander fremd sein	11.8	12.5
Gestaltung der Generationenbeziehung (gesamt)	23.5	30.4
▪ Beeinflussung/Kontrolle	17.6	14.3
▪ Helfen (Hilfe leisten bzw. erhalten)	0.0	5.4
▪ Rückzug/Distanzierung	5.9	10.7
Gefühle in der Generationenbeziehung (gesamt)	23.5	42.9
▪ Schuld/Vorwürfe	5.9	0.0
▪ Angst/Sorgen	11.8	3.6
▪ Wut, Ärger, verletzt sein	5.9	12.5
▪ Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	0.0	8.9
▪ Fehlendes Vertrauen, mangelnde Verlässlichkeit	0.0	12.5
▪ Loyalitätskonflikte	0.0	5.4
Gesamt	100	100

Anmerkungen. Prozent der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten. Grau unterlegte Zeilen: Oberkategorie, innerhalb derer Mehrfachantworten möglich sind (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten). Weiße Zeilen: Unterkategorien (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten und gleichzeitig Prozent der dyadischen Aussagen). Fett gedruckt: Am häufigsten genannte Unterkategorie pro Dyadenform und Oberkategorie. **Kappa = .817.**

^a n= 13 dyadische Aussagen, n= 17 Analyseeinheiten; ^b n= 17 dyadische Aussagen, n= 56 Analyseeinheiten.

Tabelle 7

Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Eltern gegenüber gesunden und kranken Kindern (Geschwistervergleich)

Ambivalenzgenerierendes Spannungsfeld	Eltern-gesunde Kinder ^a % (n)	Eltern-krankte Kinder ^b % (n)
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	100.0 (1)	41.7 (5)
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	0.0	41.7 (5)
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	0.0	16.7 (2)
Gesamt	100.0 (1)	100.0 (12)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseseinheiten.

^a n = 13 dyadische Aussagen; ^b n = 17 dyadische Aussagen

Tabelle 10

Umgang mit Ambivalenz: Eltern gegenüber gesunden und kranken Kindern, (Geschwistervergleich)

Umgangstil	Eltern- gesunde Kinder % (n)	Eltern- krankte Kinder % (n)
„Was tun Sie am häufigsten, wenn Sie gegenüber X hin- und hergerissen sind?“		
Emanzipation: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen und X trotzdem nahe zu sein“	37.5 (6)	33.3 (6)
Atomisierung: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von X entferne“	6.3 (1)	33.3 (6)
Kaptivation: „Ich fühle mich verpflichtet zu tun, was X will, gehe X aber aus dem Weg“	6.3 (1)	0.0 (0)
Solidarität: „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen“	50.0 (8)	33.3 (6)
Gesamt	100 (18)	100 (16)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit dyadischer Aussagen

Tabelle 13

Ambivalenzgenerierende Themen: Eltern gegenüber kranken Kindern vs. kranke Kinder gegenüber Eltern (Generationenvergleich)

Ambivalenzgenerierendes Thema	Eltern- kranke Kinder ^a %	kranke Kinder- Eltern ^b %
Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen (gesamt)	26.8	30.6
▪ Psychische Erkrankung	8.9	10.2
▪ Meinungsverschiedenheiten	0.0	0.0
▪ Lebensführung	5.4	12.2
▪ Unverständnis, einander fremd sein	12.5	8.2
Gestaltung der Generationenbeziehung (gesamt)	30.4	32.7
▪ Beeinflussung/Kontrolle	14.3	18.4
▪ Helfen (Hilfe leisten bzw. erhalten)	5.4	4.1
▪ Rückzug/Distanzierung	10.7	10.2
Gefühle in der Generationenbeziehung (gesamt)	42.9	36.7
▪ Schuld/Vorwürfe	0.0	6.1
▪ Angst/Sorgen	3.6	2.0
▪ Wut, Ärger, verletzt sein	12.5	14.3
▪ Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	8.9	2.0
▪ Fehlendes Vertrauen, mangelnde Verlässlichkeit	12.5	8.2
▪ Loyalitätskonflikte	5.4	4.1
Gesamt	100	100

Anmerkungen. Prozent der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten. Grau unterlegte Zeilen: Oberkategorie, innerhalb derer Mehrfachantworten möglich sind (Prozent entspricht daher Prozent der Analyseeinheiten).

Weiße Zeilen: Unterkategorien (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten und gleichzeitig Prozent der dyadischen Aussagen). Fett gedruckt: Am häufigsten genannte Unterkategorie pro Dyadenform und Oberkategorie. **Kappa = .817.**

^a n = 21 dyad. Aussagen, n = 49 Analyseeinheiten; ^b n = 17 dyadische Aussagen, n = 56 Analyseeinheiten.

Tabelle 14

Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Eltern gegenüber kranken Kindern vs. Kranke Kinder gegenüber Eltern (Generationenvergleich)

Ambivalenzgenerierendes Spannungsfeld	Eltern-kranke Kinder ^a % (n)	kranke Kinder-Eltern ^b % (n)
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	41.7 (5)	0.0
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	41.7 (5)	85.7 (6)
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	16.7 (2)	14.3 (1)
Gesamt	100.0 (12)	100 (7)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten.

^a n = 17 dyadische Aussagen; ^b n = 21 dyadische Aussagen

Tabelle 19

Umgang mit Ambivalenz: Eltern gegenüber kranken Kindern vs. Kranke Kinder gegenüber Eltern (Generationenvergleich)

Umgangstil	Eltern-Kranke Kinder % (n)	Kranke Kinder-Eltern % (n)
„Was tun Sie am häufigsten, wenn Sie gegenüber X hin- und hergerissen sind?“		
Emanzipation: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen und X trotzdem nahe zu sein“	33.3 (6)	45.5 (10)
Atomisierung: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von X entferne“	33.3 (6)	40.9 (9)
Kaptivation: „Ich fühle mich verpflichtet zu tun, was X will, gehe X aber aus dem Weg“	0.0 (0)	4.5 (1)
Solidarität: „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen“	33.3 (6)	9.1 (2)
Gesamt	100 (16)	100 (22)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit dyadischer Aussagen

Tabelle 21*Ambivalenzgenerierende Themen: Mütter und Väter gegenüber kranken Kindern (Elternperspektive)*

Ambivalenzgenerierendes Thema	Mütter- kranke Kinder ^a %	Väter- kranke Kinder ^b %
Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen (gesamt)	22.9	33.3
▪ Psychische Erkrankung	5.7	14.3
▪ Meinungsverschiedenheiten	0	0
▪ Lebensführung	5.7	4.8
▪ Unverständnis, einander fremd sein	11.4	14.3
Gestaltung der Generationenbeziehung (gesamt)	34.3	23.8
▪ Beeinflussung/Kontrolle	17.1	9.5
▪ Helfen (Hilfe leisten bzw. erhalten)	5.7	4.8
▪ Rückzug/Distanzierung	11.4	9.5
Gefühle in der Generationenbeziehung (gesamt)	42.9	42.9
▪ Schuld/Vorwürfe	0.0	0.0
▪ Angst/Sorgen	2.9	4.8
▪ Wut, Ärger, verletzt sein	17.1	4.8
▪ Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	5.7	14.3
▪ Fehlendes Vertrauen, mangelnde Verlässlichkeit	11.4	14.3
▪ Loyalitätskonflikte	5.7	4.8
Gesamt	100	100

Anmerkungen. Prozent der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten. Grau unterlegte Zeilen: Oberkategorie, innerhalb derer Mehrfachantworten möglich sind (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten). Weiße Zeilen: Unterkategorien (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten und gleichzeitig Prozent der dyadischen Aussagen). Fett gedruckt: Am häufigsten genannte Unterkategorie pro Dyadenform und Oberkategorie. **Kappa = .817.**

^a n= 10 dyadische Aussagen, n= 35 Analyseeinheiten; ^b n= 7 dyadische Aussagen, n= 21 Analyseeinheiten.

Tabelle 22

*Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Mütter und Väter gegenüber kranken Kinder
(Elternperspektive)*

Ambivalenzgenerierendes Spannungsfeld	Mütter-krankte Kinder ^a	Väter-krankte Kinder ^b
	% (n)	% (n)
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	62.5 (5)	0.0
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	37.5 (3)	50.0 (2)
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	0.0	50.0 (2)
Gesamt	100.0 (8)	100.0 (4)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten.

^a n = 10 dyadische Aussagen; ^b n = 7 dyadische Aussagen

Tabelle 24*Ambivalenzgenerierende Themen: Kranke Kinder gegenüber Müttern vs. Vätern (Kinderperspektive)*

Ambivalenzgenerierendes Thema	kranke Kinder- Mütter ^a %	kranke Kinder- Väter ^b %
Empfundene Unterschiede zwischen den Generationen (gesamt)	44.4	13.6
▪ Psychische Erkrankung	18.5	0.0
▪ Meinungsverschiedenheiten	0.0	0.0
▪ Lebensführung	14.8	9.1
▪ Unverständnis, einander fremd sein	11.1	4.5
Gestaltung der Generationenbeziehung (gesamt)	25.9	40.9
▪ Beeinflussung/Kontrolle	18.5	18.2
▪ Helfen (Hilfe leisten bzw. erhalten)	3.7	4.5
▪ Rückzug/Distanzierung	3.7	18.2
Gefühle in der Generationenbeziehung (gesamt)	29.6	45.5
▪ Schuld/Vorwürfe	3.7	9.1
▪ Angst/Sorgen	0.0	4.5
▪ Wut, Ärger, verletzt sein	14.8	13.6
▪ Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	0.0	4.5
▪ Fehlendes Vertrauen, mangelnde Verlässlichkeit	7.4	9.1
▪ Loyalitätskonflikte	3.7	4.5
Gesamt	100	100

Anmerkungen. Prozent der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten. Grau unterlegte Zeilen: Oberkategorie, innerhalb derer Mehrfachantworten möglich sind (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten). Weiße Zeilen: Unterkategorien (Prozent entspricht Prozent der Analyseeinheiten und gleichzeitig Prozent der dyadischen Aussagen). Fett gedruckt: Am häufigsten genannte Unterkategorie pro Dyadenform und Oberkategorie. **Kappa = .817.**

^a n= 12 dyadische Aussagen, n= 27 Analyseeinheiten; ^b n= 9 dyadische Aussagen, n= 22 Analyseeinheiten.

Tabelle 25

Ambivalenzgenerierende Spannungsfelder: Kranke Kinder gegenüber Müttern und Vätern (Kinderperspektive)

Ambivalenzgenerierendes Spannungsfeld	kranke Kinder-Mütter ^a	kranke Kinder-Väter ^b
	% (n)	% (n)
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	0.0	0.0
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	66.7 (2)	100.0 (4)
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	33.3 (1)	0.0
Gesamt	100.0 (3)	100.0 (4)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit der innerhalb einer Dyadenform kodierten gültigen Analyseeinheiten.

^a n = 12 dyadische Aussagen; ^b n = 9 dyadische Aussagen

Tabelle 29

Umgang mit Ambivalenz: Müttern und Vätern gegenüber kranken Kindern (Elternperspektive)

Umgangstil	Mütter -	Väter -
	kranke Kinder % (n)	kranke Kinder % (n)
Emanzipation: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen und X trotzdem nahe zu sein“	27.3 (3)	42.9 (3)
Atomisierung: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von X entferne“	27.3 (3)	42.9 (3)
Kaptivation: „Ich fühle mich verpflichtet zu tun, was X will, gehe X aber aus dem Weg“	0.0 (0)	0.0 (0)
Solidarität: „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen“	45.5 (5)	14.3 (1)
Gesamt	100 (11)	100 (7)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit dyadischer Aussagen

Tabelle 30*Umgang mit Ambivalenz: Kranke Kinder gegenüber Müttern und Vätern (Kinderperspektive)*

Umgangstil	Kranke Kinder- Mütter % (n)	Kranke Kinder- Väter % (n)
Emanzipation: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen und X trotzdem nahe zu sein“	50.0 (6)	40.0 (4)
Atomisierung: „Ich versuche meinen eigenen Weg zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von X entferne“	33.3 (4)	50.0 (5)
Kaptivation: „Ich fühle mich verpflichtet zu tun, was X will, gehe X aber aus dem Weg“	0.0 (0)	10.0 (1)
Solidarität: „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen“	16.7 (2)	0.0 (0)
Gesamt	100 (12)	100 (10)

Anmerkungen. Prozent und absolute Häufigkeit dyadischer Aussagen