

Generationenbeziehungen in Familien mit psychisch Kranken

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des Grades einer Diplom-Psychologin
im Fachbereich Psychologie
der Universität Konstanz

vorgelegt von

Carolin Brand
Rheingutstrasse 36
78462 Konstanz

Erstgutachterin: Professorin Dr. B. Rockstroh
Zweitgutachter: Professor Dr. K. Lüscher

Konstanz, im Mai 2004

TABELLENVERZEICHNIS.....	IV
ZUSAMMENFASSUNG	VI
1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	4
2.1 Generationenbeziehungen in Familien	4
2.1.1 Charakterisierung von Generationenbeziehungen in Familien	4
2.1.2 Gestaltung generationaler Beziehungen.....	5
2.1.3 Das Ambivalenzmodell von Lüscher	7
2.1.4 Zusammenfassung	10
2.2 Familie und Schizophrenie	10
2.2.1 Schizophrenie.....	10
2.2.2 Sozialwissenschaftliche Forschungsansätze zum Thema „Familie und Schizophrenie“ .	16
2.2.2.1 <i>Rolle der Familie in der Ätiopathogenese der Schizophrenie.....</i>	<i>16</i>
2.2.2.2 <i>Angehörigenforschung.....</i>	<i>21</i>
2.2.2.3 <i>Kritische Würdigung bisheriger Forschungsansätze zu Familie und Schizophrenie und Forderungen an zukünftige Familienforschung im klinischen Kontext.....</i>	<i>27</i>
2.3 Schlussfolgerungen für die vorliegende Studie	29
2.4 Hypothesen und Fragestellungen	30
3 METHODE.....	36
3.1 Erschließung des Forschungsfeldes und Rekrutierung der Stichprobe	36
3.2 Beschreibung der Stichprobe	38
3.3 Design	39
3.4 Instrumente.....	40
3.5 Durchführung.....	43
3.6 Datenanalyse	44
4 ERGEBNISSE	48
4.1 Geschwistervergleich.....	48
4.1.1 Manifestation von Ambivalenz.....	49
4.1.2 Umgang mit Ambivalenz	56

4.1.3	Beziehungsqualität.....	57
4.2	Generationenvergleich	59
4.2.1	Manifestation von Ambivalenz.....	60
4.2.2	Umgang mit Ambivalenz.....	64
4.2.3	Beziehungsqualität.....	66
4.3	Geschlechtervergleich	68
4.3.1	Manifestation von Ambivalenz.....	68
4.3.2	Umgang mit Ambivalenz.....	73
4.3.3	Beziehungsqualität.....	75
5	DISKUSSION	78
5.1	Diskussion der Ergebnisse	78
5.2	Diskussion der Methode.....	89
5.3	Ausblick	92
	LITERATURVERZEICHNIS.....	97
	ANHANG I: GRUNDAUSZÄHLUNG VON AUSGEWÄHLTEN FRAGEN DES FRAGEBOGENS.	104
	ANHANG II: AUSWERTUNG DER QUALITATIVEN FRAGE.....	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 (F20).....	12
Tabelle 2: Ausgewählte Inhalte des Fragebogens und deren Operationalisierung.....	42
Tabelle 3: Rotierte Komponentenmatrix ohne Einschränkung der Faktoranzahl.....	46
Tabelle 4: Manifestation von Ambivalenz: Unterschiede der Aussagen der Mütter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern.....	50
Tabelle 5: Manifestation von Ambivalenz: Unterschiede der Aussagen der Väter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern.....	51
Tabelle 6: Ober- und Unterkategorien des Auswertungsschemas der qualitativen Frage	53
Tabelle 7: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien): Unterschiede der Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kinder	55
Tabelle 8: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz: Unterschiede der Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken und gesunden Kindern	57
Tabelle 9: Beziehungsqualität: Unterschiede der Aussagen der Mütter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern.....	58
Tabelle 10: Beziehungsqualität: Unterschiede der Aussagen der Väter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern.....	59
Tabelle 11: Manifestation von Ambivalenz im Generationenvergleich: Mütter vs. kranke Kinder.....	61
Tabelle 12: Manifestation von Ambivalenz im Generationenvergleich: Väter vs. kranke Kinder	62
Tabelle 13: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien) im Generationenvergleich: Eltern vs. kranke Kinder	63
Tabelle 14: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz im Generationenvergleich: Mütter vs. kranke Kinder	65
Tabelle 15: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz im Generationenvergleich: Väter vs. kranke Kinder.....	66
Tabelle 16: Beziehungsqualität im Generationenvergleich: Mütter vs. Kinder.....	67
Tabelle 17: Beziehungsqualität im Generationenvergleich: Väter vs. Kinder.....	68
Tabelle 18: Manifestation von Ambivalenz im Geschlechtervergleich: Elternperspektive ..	69
Tabelle 19: Manifestation von Ambivalenz im Geschlechtervergleich: Kinderperspektive	70

Tabelle 20: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien): Geschlechtervergleich aus Elternperspektive	71
Tabelle 21: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien): Geschlechtervergleich aus Kinderperspektive	72
Tabelle 22: Häufigkeiten Spannungsfelder: Geschlechtervergleich aus Elternperspektive ..	73
Tabelle 23: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz: Geschlechtervergleich aus Elternperspektive	74
Tabelle 24: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz: Geschlechtervergleich aus Kinderperspektive	75
Tabelle 25: Beziehungsqualität im Geschlechtervergleich: Elternperspektive.....	76
Tabelle 26: Beziehungsqualität im Geschlechtervergleich: Kinderperspektive.....	76

Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich mit Generationenbeziehungen in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten erwachsenen Kind. Das Konzept der Ambivalenz dient als Orientierungsrahmen für die vorliegende Analyse. Gestützt auf die theoretischen und empirischen Vorarbeiten vor allem von Lüscher und Pillemer (1998), Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) und Lüscher (2004) untersucht diese Studie, was Familien mit einem psychisch kranken Kind kennzeichnet – und zwar hinsichtlich der Manifestation von Ambivalenz, dem Umgang mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität. In Bezug auf diese Aspekte soll folgenden Fragen nachgegangen werden: (1) Wie verändert die psychische Krankheit des Kindes die Beziehung zwischen Eltern und Kindern? (2) Wie beeinflusst die Rolle, welche eine Person im Generationengefüge innehat, das Erleben und Gestalten der Generationenbeziehung unter den Vorzeichen einer psychischen Erkrankung? (3) Unterscheidet sich das Erleben und Gestalten der Generationenbeziehungen zwischen Mütter und Vätern in Bezug auf ihre kranken Kinder? Unterscheidet sich das Erleben und Gestalten der Generationenbeziehungen zwischen Kind-Mutter-Dyaden und Kind-Vater-Dyaden?

Insgesamt nahmen 14 Familien, die über zwei psychiatrische Einrichtungen rekrutiert wurden, an dieser Studie teil. Mittels eines Selbstberichtfragebogens, der auf einem Instrument von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke und Böhmer (2000) aufbaut und in Form eines face-to-face Interviews angewandt wurde, wurden aus diesen 14 Familien 14 Mütter, zehn Väter und 14 erkrankte Kinder befragt. Die Mütter waren im Durchschnitt 52 Jahre alt, das Durchschnittsalter der Väter betrug 55 Jahre und das der Kinder 25 Jahre. Jedes Familienmitglied wurde sowohl über die allgemeinen Familienbeziehungen als auch über die jeweiligen dyadischen Beziehungen zu den Mitgliedern der anderen Generation befragt. Dabei wurde Auskunft gegeben über das Erleben von Ambivalenz und die Gestaltung der Generationenbeziehungen sowie die Qualität dieser Beziehungen.

Das Design dieser Studie ermöglichte den Vergleich der Aussagen verschiedener Gruppen: erstens wurden die Aussagen der Eltern gegenüber den kranken Kindern mit den Aussagen der Eltern gegenüber ihren gesunden Kindern verglichen (Geschwistervergleich). Zweitens wurden die Aussagen der Eltern mit den Aussagen der kranken Kinder verglichen (Generationenvergleich). Drittens wurden die Aussagen der Mütter den Aussagen der Väter gegen-

übergestellt bzw. die Aussagen der kranken Kinder gegenüber ihren Müttern mit den Aussagen der kranken Kinder gegenüber ihren Vätern abgeglichen (Geschlechtervergleich).

Die Befunde legen nahe, dass Eltern in der Beziehungseinschätzung stark zwischen ihren kranken und gesunden Kindern differenzieren und das kranke Kind eine Sonderrolle in der Familie einnimmt. Ambivalenzen sind für die durch psychische Krankheit betroffenen Dyaden eine besondere Aufgabe. Eltern thematisieren Ambivalenz stärker als ihre erkrankten Kinder dies tun. Eltern betonen die Nähe zu ihren Kindern während Kinder ihre Beziehungen zu den Eltern als distanzierter beschreiben. Obwohl sich zwischen Müttern und Vätern keine Unterschiede in der Wahrnehmung und Einschätzung der Beziehungen zu ihren kranken Kindern zeigen, beschreiben und bewerten die Kinder die Beziehung zu Vätern und Müttern unterschiedlich.

Es zeigt sich, dass Ambivalenz in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten erwachsenen Kind ein wichtiges Thema ist und sich als Differenzierungskriterium zwischen Menschen mit verschiedenen familialen Positionen und Rollen eignet. Die Nützlichkeit des Ambivalenzkonzepts zur Analyse von Generationenbeziehungen im klinisch-psychiatrischen Kontext konnte gezeigt werden.

1 Einleitung

Diese Forschungsarbeit rückt Generationenbeziehungen in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten erwachsenen Kind in den Mittelpunkt. Zum einen soll der Frage nachgegangen werden, welche spezifischen Anforderungen sich Familien stellen, in denen ein erwachsenes Kind psychisch erkrankt ist. Zum anderen soll untersucht werden, ob und wie sich durch die Krankheit des Kindes die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern verändern und wie Familien mit solchen Veränderungen umgehen. Die Studie soll zu einem besseren Verständnis der Situation von Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen beitragen und Hinweise darauf geben, wie diese Familien optimal unterstützt werden können. Zudem soll diese Arbeit den Nutzen des Konzepts der Ambivalenz im klinisch-psychiatrischen Kontext prüfen, das an der Universität Konstanz seit einigen Jahren herangezogen wird, um Generationenbeziehungen im Rahmen familiensoziologischer Forschung zu untersuchen. Den konzeptuellen Rahmen bildet dabei die These, dass die Gestaltung von Generationenbeziehungen den Umgang mit Ambivalenzen erfordert.

Seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kam es zu wichtigen Veränderungen der psychiatrischen Landschaft, die zur Folge haben, dass die Verantwortung für den Umgang mit der Erkrankung vermehrt von den Institutionen an die Familien der Betroffenen zurückgegeben wird (vgl. Hatfield, 1987). Die Familien, deren Rolle als Ressource im Behandlungsprozess immer wichtiger wird, werden verstärkt in das Leben und die Behandlung der Erkrankten einbezogen. Dadurch gewinnt die Betreuung dieser Familienangehörigen an Bedeutung (Hahlweg, Dürr & Müller, 1995). Dies wiederum erfordert eine stärkere Zusammenarbeit zwischen psychiatrisch Tätigen, Angehörigen und Patienten¹ (Böker, 1992). Häufig sind die Eltern die primären Pflegepersonen ihrer erkrankten Kinder (Biegel, Song & Chakravarthy, 1994) und enormen Belastungen ausgesetzt (siehe Jungbauer, Bischoff & Angermeyer, 2001 zur Übersicht). Es stellt sich die Frage, wie diesen Familien bestmöglich geholfen werden kann (Angermeyer, Diaz Ruiz de Zárate & Matschinger, 2000). Welche Aufgaben für die Gestaltung der Generationenbeziehungen stellen sich Familien mit einem

¹ Ich verwende aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form der Personenbeschreibung. Da zehn der 14 interviewten Patienten Männer waren, entspricht dies auch eher der Zusammensetzung der befragten Stichprobe. Wenn in dieser Arbeit von Patienten die Rede ist, schließt dies immer auch die weiblichen Patientinnen mit ein.

psychisch kranken Kind, und wie werden diese bewältigt? Zur Beantwortung dieser Fragen ist ein besseres Verständnis für die spezifische Problematik dieser Familien erforderlich.

Die Beschäftigung mit dieser Thematik erfordert, sich mit den bisherigen Erkenntnissen zu den Familien schizophrener Patienten auseinander zu setzen. Dabei lassen sich im betrachteten Forschungsfeld zwei perspektivisch unterschiedlich gelagerte Strömungen unterscheiden. In der ätiopathogenetisch² ausgerichteten Forschung werden Familieninteraktionen als Ursache von Schizophrenie oder als Auslöser von Rückfällen angesehen. Soweit sich diese Sichtweise auf das Alltagswissen der betroffenen Familien überträgt, führt dies zu Gefühlen der Schuld und Stigmatisierung (vgl. Hatfield, 1987). Im Gegensatz zu dieser defizitorientierten und patientenzentrierten Perspektive nehmen sozial- und pflegewissenschaftlich ausgerichtete Arbeiten die Lage der Angehörigen in den Blick. Hierbei geht es um die durch die Krankheit des Kindes ausgelösten Pflegeanforderungen und Belastungen sowie um die Frage, wie die Angehörigen mit diesen umgehen.

Insgesamt soll die Auseinandersetzung mit der Literatur zum Thema zeigen, dass Familien schizophrener erkrankter Erwachsener widersprüchlichen Handlungsanforderungen ausgesetzt sind. Um der Frage nachzugehen, wie sich diese in der Gestaltung der Generationenbeziehungen widerspiegeln, wird in dieser Studie das Konzept der Ambivalenz herangezogen (Lüscher & Pillemer, 1998). Indem das Design der Studie es erlaubt, alle Perspektiven der Familienmitglieder zu erheben, wird es möglich, einen multiperspektivischen Blick auf die von psychischer Erkrankung betroffenen Familien zu gewinnen und Überlegungen zu möglichen Wechselwirkungen anzustellen.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird die bisherige Forschung zu den Themen „Generationenbeziehungen in Familien“ und „Familie und Schizophrenie“ dargestellt. Ausgangspunkt der Betrachtungen sind Generationenbeziehungen in sog. Normalfamilien³, zu deren Analyse das Konzept der Ambivalenz herangezogen und ein Ambivalenzmodell (Lüscher, 2004) entwickelt wurde.

² In der Ätiopathogenese geht es um die Lehre von den Krankheitsursachen (Ätiologie) und von den auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren des Störungsverlaufs (Pathogenese).

³ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit von „Normalfamilien“ oder „nicht-klinischen“ Familien gesprochen, wenn Familien gemeint sind, die kein psychisch erkranktes Mitglied haben. Im Gegensatz dazu soll von „klinischen“ Familien gesprochen werden, wenn in den Familien ein Mitglied psychisch erkrankt ist. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass hiermit keine normativen Aussagen getroffen werden.

Der eigentliche Fokus des Theorieteils dieser Arbeit liegt jedoch auf Generationenbeziehungen in Familien mit schizophren erkrankten Angehörigen. Nachdem dargelegt wurde, was es für die Betroffenen und deren Familien bedeutet, an Schizophrenie erkrankt zu sein, wird ein Abriss über das Forschungsfeld zum Thema „Familie und Schizophrenie“ gegeben. Anschließend werden diese Ansätze kritisch gewürdigt und Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit gezogen. Den Abschluss des Theorieteils bildet die Vorstellung der Hypothesen und Fragestellungen.

2 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Teil dieser Arbeit soll es um die Darstellung der Bereiche gehen, die den Rahmen für die Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern abstecken. Als erstes kommen die Generationenbeziehungen in Familien zur Sprache, welche die Hintergrundfolie der vorliegenden Untersuchung bilden. Zunächst wird das Charakteristische der Eltern-Kind-Beziehungen herausgearbeitet, dann werden Konzepte vorgestellt, unter denen die Gestaltung generationaler Beziehungen betrachtet werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Konzept der Ambivalenz, das den Orientierungsrahmen für die vorliegende Analyse bildet. Im Anschluss an diese soziologische Perspektive werden die Beziehungen in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten erwachsenen Kind beleuchtet. Nach der Beschreibung schizophrener Erkrankungen wird die sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema „Familie und Schizophrenie“ aufgerollt. Zum einen geht es um die Rolle der Familie in der Ätiopathogenese der Schizophrenie, zum anderen um die Angehörigenforschung. Abschließend werden die Hypothesen und Fragestellungen der vorliegenden Studie vorgestellt.

2.1 Generationenbeziehungen in Familien

2.1.1 Charakterisierung von Generationenbeziehungen in Familien

Generationenbeziehungen spielen in der Gesellschaft, insbesondere aber auch in Familien eine große Rolle. Gravierende soziale Veränderungen (z.B. veränderter Altersaufbau der Bevölkerung und ausgeweitete gemeinsame Lebensspanne zwischen Generationen) weisen darauf hin, dass sich das Verhältnis zwischen den Generationen wandelt. Daher gewinnt die Frage, wie Generationen ihre gegenseitigen Beziehungen gestalten, zunehmend an Bedeutung (für eine ausführliche Darstellung siehe Lüscher, 2002). Im Kontext dieser Arbeit interessiert vor allem die Gestaltung generationaler Beziehungen in Familien. Der Soziologe Lüscher (2003, S. 540) definiert Familien als „Lebensformen eigener Art“, die sich aus Mitgliedern verschiedener Generationen zusammensetzen, und die sich primär durch die Aufgabe der Gestaltung verlässlicher Beziehungen zwischen Eltern und Kindern konstituieren und als solche gesellschaftlich anerkannt sind.

Das Besondere an generationalen Beziehungen in Familien ist, dass sie in gewisser Hinsicht unauflösbar sind. Zwar kann der Kontakt zwischen Menschen abgebrochen werden, den-

noch können Eltern und Kinder als „schicksalhaft“ (Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke & Böhmer, 2000, S. 8) miteinander verbunden angesehen werden, da sich Elternschaft nicht aufheben läßt und man zeitlebens das Kind seiner Eltern ist. Die Betonung der Zugehörigkeit zu einer *Familie* stellt die Verbundenheit und Nähe in den Vordergrund, wohingegen die Betonung der Zugehörigkeit zu verschiedenen *Generationen* die Unterschiede zwischen Kindern und Eltern hervorhebt. Generationen bilden sich laut Mannheim (1928/1964) dadurch, dass Menschen ungefähr gleichen Alters wesentliche Geschehnisse auf ähnliche Weise aufnehmen und verarbeiten. Daher ist davon auszugehen, dass sich Kinder in ihren Wahrnehmungen und Interpretationen von alltäglichen Erlebnissen von ihren Eltern unterscheiden. In Untersuchungen, in denen Eltern und Kinder ihre gegenseitigen Beziehungen einschätzen sollten, zeigte sich ein Ungleichgewicht in den Beurteilungen. Kinder betrachten die Beziehungen zu ihren Eltern meist kritischer als umgekehrt (Bengtson & Kuypers, 1971; Giarrusso, Stallings & Bengtson, 1995). Dieses Phänomen des „ungleichen Generationeneinsatzes“ (Lüscher & Liegle, 2003, S. 130) wird „generational stake“ genannt.

2.1.2 Gestaltung generationaler Beziehungen

Generationensolidarität. Die Gestaltung generationaler Beziehungen kann unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht werden. Große Popularität erlangte das Konzept der „Solidarität“, das seit den 1980er Jahren sozialwissenschaftlich verwendet wird und in hohem Maße durch die Arbeiten einer Forschergruppe um Bengtson geprägt wurde (für einen Überblick siehe Bengtson, Biblarz & Roberts, 2002). Solidarität ist laut Bertram (2000) durch die längerdauernde Unterstützung der Kinder ein wichtiger Faktor im Lebenslauf der Erwachsenen geworden und stellt einen wichtigen Teil von Sozialisations- und Reproduktionsfunktionen dar. Dieser Ansatz betont den Zusammenhalt von Eltern und Kindern, birgt aber das Risiko in sich, diesen als Maßstab zu verstehen und negative Aspekte des Familienlebens als fehlende Solidarität zu interpretieren.

Generationenkonflikte. Im Gegensatz dazu rückt das Konzept der „Generationenkonflikte“ die Auseinandersetzung zwischen Generationen in den Vordergrund. Zum einen werden Konflikte als Grundlage der Erneuerung gesehen – hierbei spielen Annahmen über Prozesse der steten Annäherung und Distanzierung zwischen Generationen eine Rolle. Zum anderen werden Interessensgegensätze thematisiert, aus denen Generationenkonflikte entstehen können (siehe Lüscher & Pillemer, 2003 für eine ausführliche Darstellung). Dass beispielsweise

die Ablösung der Kinder von den Eltern eine Quelle für Generationenkonflikte sein kann, ist nach Wolf (2001) schon seit langem bekannt. Dieser Ansatz verdeutlicht, dass Spannungen zwischen Generationen durchaus vorkommen und auch thematisiert werden müssen, lässt nach Lüscher & Pillemer (2003) aber die Frage nach dem Umgang damit, also die eigentliche Beziehungsdynamik, außer Acht.

Generationenambivalenz. Lüscher und Pillemer (1998) kritisieren die Tendenz, Generationenbeziehungen innerhalb eines eingeschränkten Rahmens von Solidarität oder Konflikt zu interpretieren und schlagen Ambivalenz⁴ als Alternativkonstrukt vor. Sie weisen darauf hin, dass das gleichzeitige Bestehen großer Nähe und Distanz die fundamentale Zwiespältigkeit verdeutlicht, welche die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern prägt (siehe Kap. 2.2.1). Nicht nur die familialen Beziehungen sind prinzipiell unauflöslich, sondern auch die damit einhergehende grundlegende Differenz. Die Widersprüchlichkeit wird zusätzlich durch die Doppeldeutigkeit des Begriffs „Generation“ unterstrichen: jede Generation zeichnet sich durch eine eigene Identität aus und ist dadurch einmalig und unverwechselbar. Und doch stammt jede Generation von einer anderen Generation ab.

Ausgehend von diesen Überlegungen formulieren Lüscher und Pillemer (1998) die heuristische Hypothese, dass Generationenbeziehungen Ambivalenz implizieren und generieren und dass die Gestaltung von familialen Generationenbeziehungen den Umgang mit Ambivalenzen erfordert. Von Ambivalenz soll in diesem Zusammenhang gesprochen werden, „when polarized simultaneous emotions, thoughts, volitions, actions, social relations, and/or structures that are considered relevant for the constitution of individual or collective identities are (or can be) interpreted as temporarily or even permanently irreconcilable“ (Lüscher, 2004, S. 36).

⁴ Der Begriff „Ambivalenz“ wurde durch den Zürcher Psychiater Eugen Bleuler (1857-1939) geprägt (Bleuler, 1910). Zunächst verwendete er ihn zur Identifizierung des Phänomens des Negativismus, der Unfähigkeit, angemessen auf einen äußeren Reiz zu reagieren. Später beschrieb er Ambivalenz als eine der vier Hauptsymptome der Schizophrenie (Bleuler, 1911; siehe auch Stotz-Ingenlath, 2000). Bleuler selbst wies darauf hin, dass die Erfahrung von Ambivalenz zur alltäglichen Lebensführung gehört (Bleuler, 1914) und somit nicht nur im Kontext pathologischer Verhaltensweisen zu finden ist. Für eine ausführliche Darstellung des Begriffs der Ambivalenz, vor allem auch in Zusammenhang mit Schizophrenie, siehe Burkhardt (2002) und Lüscher (2004).

2.1.3 Das Ambivalenzmodell von Lüscher

Lüscher (2004) entwickelte ein Modell, welches Ambivalenz und den Umgang mit Ambivalenz in Generationenbeziehungen erfasst, und das in der vorliegenden Studie die Grundlage für die Operationalisierung der Manifestation von Ambivalenz und dem Umgang mit Ambivalenz bildet. In Abbildung 1 findet sich die schematische Darstellung des Modells. Es dient der Analyse und Typisierung von Generationenbeziehungen unter Erwachsenen. Den Rahmen für das Modell bildet die Annahme, dass Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern von Spannungen zwischen Nähe und Distanz, Autonomie und Abhängigkeit, Verpflichtung und Freiwilligkeit geprägt sind. Das Aufgreifen und Thematisieren des gleichzeitigen Nebeneinanders von Gegensätzen soll dem zwiespältigen Charakter familialer Generationenbeziehungen gerecht werden (vgl. Kap. 2.2.1). Im folgenden soll das Konzept der Ambivalenz als Forschungskonstrukt dargestellt werden (eine ausführliche Darstellung findet sich bei Lüscher, 2004).

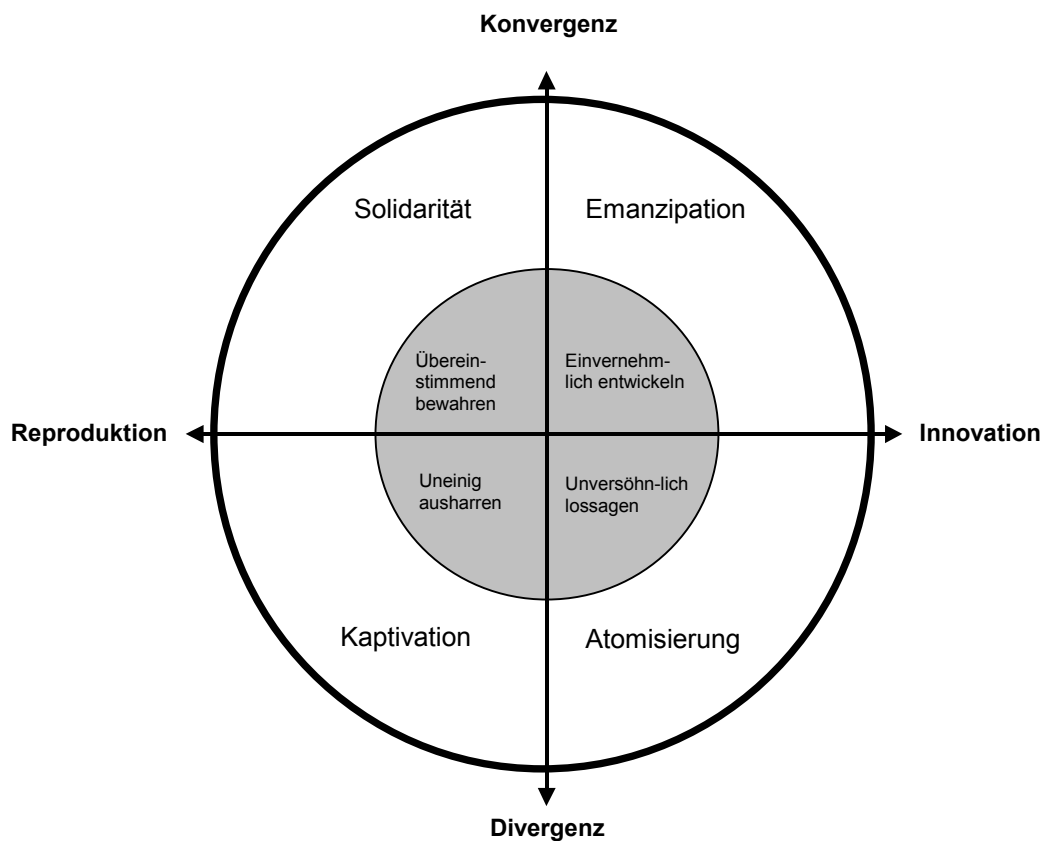


Abb. 1. Modell der Generationenambivalenz (Lüscher, 2004). Von Ambivalenz wird gesprochen, wenn Beziehungen auf beiden Polen beschrieben werden und somit in einer Dimension gegensätzliche Beziehungsbeschreibungen feststellbar sind.

Dimensionen der Beziehungsgestaltung. Aus den genannten Spannungsverhältnissen lassen sich zwei zentrale Beziehungsdimensionen ableiten. Die eine Dimension wird als „personale“, die andere als „institutionale“ Dimension bezeichnet. Die personale Dimension spannt sich zwischen den Polen „Konvergenz“ und „Divergenz“ auf. Diese Dimension soll Spannungen zwischen Nähe und Distanz in den Beziehungen erfassen. Die institutionale Dimension verortet auf der einen Seite den Pol „Reproduktion“, auf der anderen den Pol „Innovation“. Das Spannungsfeld erstreckt sich hier zwischen Wiederherstellung und Erneuerung.

Umgangstile. Das Modell ermöglicht die Typologisierung vier verschiedener Umgangstile, die sich aus den Kombinationsmöglichkeiten beider Beziehungsdimensionen ergeben. Die Handlungsweisen zwischen Generationen, die empirisch ermittelt werden, stellen Beziehungslogiken dar, die als Umgang mit Ambivalenz interpretiert werden können. Der äußere Kreis des Modells stellt den makrosozialen Bereich dar, in dem die ursprünglich gesellschaftlichen Logiken im Umgang mit Ambivalenz dargestellt sind. Im inneren, grau unterlegten Kreis (mikrosozialer Bereich), werden diese Logiken als Handlungsstrategien aufgeführt. Von „Solidarität“ wird gesprochen, wenn die emotionale Verbundenheit („Konvergenz“) und das Bewahren von Tradition („Reproduktion“) betont werden. Sie drückt sich in der Handlungsmaxime „übereinstimmend bewahren“ aus. „Emanzipation“ stellt die gemeinsame Nähe („Konvergenz“) in den Vordergrund, während gleichzeitig Offenheit für institutionelle Veränderungen („Innovation“) besteht. Emanzipative Handlungen folgen der Maxime „einvernehmlich entwickeln“. Stehen die Herstellung von Distanz („Divergenz“) und das Gehen neuer Wege („Innovation“) im Vordergrund, spricht man von „Atomisierung“. Die entsprechende Handlungsmaxime lautet „unversöhnlich lossagen“. Entscheidungen für emotionale Distanz („Divergenz“) und institutionelle Bindung („Reproduktion“) werden „Kaptivation“ genannt. Der Handlungsvorsatz lässt sich in diesem Fall mit „uneinig ausharren“ beschreiben.

Aktueller Forschungsstand zum Modell. Studien, die auf diesem Modell aufbauen, zeigen, dass Ambivalenz für viele Personen eine Alltagserfahrung in familialen Generationenbeziehungen darstellt. Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) untersuchten 72 Eltern und 52 erwachsene Kinder bzgl. der Manifestation von Ambivalenz und des Umgangs mit Ambivalenz. Lediglich 3% der Befragten gaben an, sich noch nie Gedanken über Zwiespältigkeiten gemacht zu haben. Des Weiteren zeigte sich, dass Ambivalenz-erlebnisse zwischen Eltern und Kindern sehr häufig auftreten können. Insgesamt berichteten

mehr als drei Viertel (76%) der Eltern, sich ihren Kindern gegenüber hin- und hergerissen zu fühlen, ca. 17% davon fühlten sich sehr oft oder oft hin- und hergerissen. Auch ein Großteil der Kinder (83%) sagte aus, sich den Eltern gegenüber hin- und hergerissen zu fühlen; etwa 25% davon gaben an, ihren Eltern gegenüber sehr oft oder oft Ambivalenz zu empfinden. Die Kinder gaben bzgl. der Häufigkeit von Ambivalenzerfahrungen gegenüber ihren Müttern und Vätern vergleichbare Antworten. Von 30% der Eltern und 47% der Kinder wurden diese Ambivalenzerfahrungen als sehr belastend oder belastend empfunden. Die Kinder empfanden Ambivalenz gegenüber ihren Müttern ebenso belastend wie gegenüber ihren Vätern. Nach Lüscher (2004) war der am häufigsten gewählte Umgangsstil „Solidarität“.

Insgesamt beurteilten die Kinder die Beziehungen zu ihren Müttern besser als die Beziehungen zu ihren Vätern. 54% der Kinder sagten aus, dass die Beziehung zum Vater weniger eng sei, wohingegen von 65% der Kinder die Beziehung zur Mutter als sehr eng oder eng eingeschätzt wurde. Von den Eltern wurden die Beziehungen zu ihren Kindern insgesamt als eng oder sehr eng beschrieben (83%). 71% der Kinder gaben an, dass die Beziehung zur Mutter sehr oft oder oft nach Wunsch verlaufe, während für 31% der Kinder die Beziehung zum Vater selten oder nie den Wunschvorstellungen entspreche. Die meisten Eltern sahen ihre Beziehungswünsche zu ihren Kindern in der Mehrzahl der Fälle erfüllt (66%). 65% der Eltern gaben an, dass die Beziehung zu ihren Kindern überwiegend oder fast nur erfreuliche Seiten habe. Die Kinder gaben in 66% der Fälle an, dass die Beziehung zur Mutter überwiegend oder fast nur erfreuliche Seiten habe, während dies nur 45% in Bezug auf die Beziehung zum Vater äußerten.

Mittlerweile liegen eine Reihe von Arbeiten vor, in denen das Konzept der Ambivalenz auf unterschiedliche Weise thematisiert wurde (z.B. Brannen, 2003; Connidis & McMullin, 2002a, 2002b; Curran, 2002; Fingerman, 2003; Wilson, Shuey & Elder 2003). Wilson et al. (2003) untersuchten beispielsweise den Einfluss struktureller Bedingungen auf das Ambivalenzerleben von Kindern (Durchschnittsalter 50 Jahre) bzgl. ihrer älter werdenden Eltern (Durchschnittsalter 76 Jahre). Sie befragten 738 Personen aus 420 Haushalten. Die Ergebnisse zeigten, dass das Ambivalenzerleben von Frauen ihren Eltern gegenüber stärker war als das der Männer. Wenn das Kind oder ein Elternteil bei schlechter Gesundheit war, führte dies zu erhöhter Ambivalenz. Es zeigte sich ebenfalls, dass die Pflegebedürftigkeit der Eltern mit stärkerem Ambivalenzerleben einherging.

2.1.4 Zusammenfassung

Im vorherigen Abschnitt wurden die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern als Angehörige verschiedener Generationen beleuchtet. Diese zeichnen sich einerseits durch Nähe und Verbundenheit zwischen Eltern und Kindern aus, andererseits bestehen auch große Unterschiede zwischen den Generationen und somit auch zwischen Eltern und ihren Kindern. Wie Generationen miteinander umgehen, wird in der Forschung unter den Gesichtspunkten der Solidarität, der Konflikte und der Ambivalenz untersucht. Zusammenfassend kann angenommen werden, dass Generationenbeziehungen den Rahmen für Ambivalenz abstecken.

Die bisher dargestellten Ergebnisse weisen auf die Fruchtbarkeit des Konzepts der Ambivalenz als Betrachtungsweise von Generationenbeziehungen in Familien hin. Da bisher das Ambivalenzkonzept von Lüscher (2004) ausschließlich im Rahmen soziologischer Familienforschung untersucht wurde, stellt sich die Frage nach seiner Nützlichkeit im psychiatrischen Setting. Wie verändert sich dieses Bild der Generationenbeziehungen, wenn ein Mitglied der Familie psychisch erkrankt ist? Wie gestalten sich die Beziehungen zwischen Eltern und ihren psychisch erkrankten erwachsenen Kindern? Im Rahmen dieser Arbeit sind Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Kind Gegenstand der Analyse.

2.2 Familie und Schizophrenie

In diesem Unterkapitel soll zunächst ein Überblick über Schizophrenie gegeben werden. Es folgt ein Abriss über die sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema „Familie und Schizophrenie“. Dabei wird zunächst in einem kurzen Überblick die vieldiskutierte Rolle der Familien in der Ätiopathogenese der Schizophrenie vorgestellt. Anschließend werden die wichtigsten Ergebnisse zu der Frage zusammengefasst, wie Angehörige von psychisch, insbesondere schizophren Erkrankten, ihre Situation erleben und bewältigen.

2.2.1 Schizophrenie

Unter dem Begriff der Schizophrenie⁵ werden verschiedene Störungsbilder zusammengefasst, da schizophrene Psychosen kein einheitliches Krankheitsbild zeigen. Dem wird Rechnung getragen, indem heutzutage auch von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formen-

⁵ Der Begriff der Schizophrenie wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts von dem Psychiater E. Bleuler gebildet (Bleuler, 1911). Häufig wird Schizophrenie mit Ambivalenz in Verbindung gebracht. Für eine ausführliche Darstellung siehe Burkhardt (2002) und Lüscher (2004).

kreis gesprochen wird. Die ICD-10⁶ führt acht Gruppen von Symptomen auf, die für die Diagnose der Schizophrenie von besonderer Bedeutung sind. Sie sind in Tabelle 1 dargestellt.

Epidemiologie⁷ und Symptomatik. Epidemiologischen Untersuchungen zufolge sind weltweit etwa 0.14 % bis 0.39% der Bevölkerung an Schizophrenie erkrankt (Prävalenz⁸, Jablensky, 1995). In einer von der World Health Organization (WHO) durchgeführten Studie zum „outcome of Severe Mental Disorder“ (Jablensky et al., 1992) wurde eine Inzidenzrate⁹ von etwa 10 pro 100 000 Einwohnern ermittelt. Psychopathologische Merkmale der Krankheit sind charakteristische Störungen des Denkens und der Sprache, der Affektivität sowie der Wahrnehmung (z.B. Halluzinationen und Wahnvorstellungen) bei sonst klarem Bewusstsein (einen Überblick gibt Berger, 2000).

Ätiologie. In der aktuellen Literatur wird davon ausgegangen, dass die Erkrankung komplexe Ursachen hat. Es wird angenommen, dass eine genetische Komponente mit einer verminderten Fähigkeit zur Verarbeitung sozialer, psychologischer und anderer Belastungsfaktoren zusammenwirkt. Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie (Zubin & Spring, 1977) zählen genetische, biochemische, hirmorphologische und psychosoziale Elemente zu den Faktoren, die eine Veranlagung für die Manifestation dieser Erkrankung bilden (für einen Überblick siehe Berger, 2000). Die Kernidee dieses Modells ist, dass manche Menschen die Disposition besitzen, unter Stress psychotisch zu dekompensieren. An dieser Stelle sei auf die Expressed-Emotion (EE)¹⁰ Forschung hingewiesen, welche die Bedeutung familiärer Interaktionen für den Ausbruch bzw. das Wiedererkrankungsrisiko untersucht (siehe Olbrich, 1994 zur Übersicht) und auf die in Kap. 2.2.2.1 näher eingegangen wird.

⁶ International Classification of Diseases der World Health Organization (WHO, 1992)

⁷ Die Epidemiologie erforscht die räumlich-zeitliche Verteilung von Krankheiten und ihren Entstehungs- und Ausbreitungsbedingungen.

⁸ Häufigkeit des Vorkommens einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Population zu einer bestimmten Zeit oder einer bestimmten Zeitperiode.

⁹ Anzahl von Personen mit Neuerkrankung pro Zeiteinheit im Verhältnis zur Anzahl der exponierten Personen.

¹⁰ „Expressed Emotion“ als Beschreibung des emotionalen Familienklimas setzt sich aus den Faktoren Kritik, emotionale Überinvolvement und Feindseligkeit zusammen (Brown, Birley & Wing, 1972).

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10 (F20)

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens eines der unter 1 bis 4 oder sind mindestens zwei der unter 5 bis 8 aufgeführten Symptome. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sein.

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung
3. kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Patienten reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
4. anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen
5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von langanhaltenden überwertigen Ideen
6. Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschlebung in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
8. „negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (es muss sichergestellt sein, dass diese Symptome nicht durch Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden)

Anmerkung. Vergleiche die deutsche Übersetzung von Dilling (1993).

Verlauf. Schizophrene Erkrankungen können sehr unterschiedlich verlaufen. In der Praxis wird meist vereinfacht zwischen Prodromalphase¹¹, aktiver Erkrankungsphase und Residualphase¹² unterschieden. Die Krankheit beginnt meist während des dritten Lebensjahrzehnts, häufig geht eine Prodromalphase voraus, die Monate oder Jahre andauern kann. In einer Langzeitstudie (Huber, Gross & Schüttler, 1979) wies etwa jeder Fünfte (22%) Patient eine Vollremission¹³ auf.

¹¹ Vorläuferstadium, das den eigentlichen Krankheitserscheinungen vorausgeht.

¹² Residuum: Rest einer Störung

¹³ Nachlassen der Krankheitssymptome

Ca. ein Drittel (35%) aller Betroffenen musste hingegen mit mittelschweren bis schweren residualen Krankheitserscheinungen rechnen. Über die Hälfte (56%) war ca. 20 Jahre nach Krankheitsausbruch voll erwerbstätig, 17% erwerbsunfähig. In Verlaufsstudien erwies sich neben kontinuierlicher Neuroleptikamedikation das emotionale Klima in der Familie (gemessen mittels Expressed Emotion) als wichtiger Prädiktor für den Fortgang der Schizophrenie (Jablensky, 1995). Das Suizidrisiko wird, bezogen auf die gesamte Lebenszeit, auf etwa 10% geschätzt. Die vergleichsweise häufige zwangsweise Unterbringung in psychiatrischen Institutionen ist zum Großteil auf die Suizidgefährdung der Betroffenen zurückzuführen (Bundesamt für Statistik, 1998).

Therapieansätze. Schizophrene Psychosen werden in erster Linie mit Psychopharmaka behandelt. Die Gesamtbehandlung sollte jedoch auch psycho- und sozialtherapeutische Ansätze beinhalten (für einen Überblick siehe Berger, 2000). Der Einbezug von Angehörigen gilt als wichtiger Bestandteil eines erfolgreichen Therapiekonzepts, zeigte sich doch in verschiedenen Studien und Metaanalysen die Bedeutung der Familie als Ressource im Krankheitsverlauf (z.B. Anderson, Hogarty & Reiss, 1981; Falloon, Boyd & McGill, 1984; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Fries & Sturgeon, 1982; siehe Pharoa, Mari & Steiner, 2002).

Kosten. Schizophrene Psychosen gelten als kostenintensivste psychische Erkrankung. Die jährlichen Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem Deutschlands wurden 1994 auf etwa 6.9 Mrd. DM geschätzt. Internationalen Schätzungen zufolge wird fast die Hälfte der insgesamt für psychiatrische Versorgungsleistungen aufgewendeten Mittel für schizophrene Erkrankungen aufgebracht (Bundesamt für Statistik, 1998). Auch für die Patienten und ihre Familien stellt die Erkrankung eine hohe finanzielle Belastung dar, die Einfluss auf deren Beziehungsgestaltung haben könnte. Im Gesundheitsbericht des Bundes (Bundesamt für Statistik, 1998) heißt es dazu:

Schizophren Erkrankte erfüllen aufgrund ihres frühen Erkrankungsalters zumeist nicht die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der Sozialleistungsträger, insbesondere der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit. Daher hat sich für diesen Personenkreis faktisch eingebürgert, daß rehabilitative Leistungen in der Regel durch die Sozialhilfe finanziert werden. Diese Regelung führt dazu, daß die Betroffenen und ihre direkten Angehörigen in weitaus größerem Maße zu finanziellen Eigenleistungen verpflichtet sind als bei der Zuständigkeit von anderen Leis-

tungsträgern. Betroffene und Angehörige gelangen dadurch nicht selten bis an die Armutsgrenze. (S. 8)

Folgen für den Patienten. Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, haben zum Teil mit schwerwiegenden Folgeerscheinungen zu kämpfen. Dazu gehören psychologische Funktionsbeeinträchtigungen, die sich zum einen darin äußern, dass sowohl die Handlungsfähigkeit als auch die Kommunikations- und Kontaktfähigkeit eingeschränkt bzw. gestört sind. Zum anderen sind die Betroffenen nur bedingt in der Lage, sich selbst zu versorgen und alltägliche Aufgaben zu bewältigen (vgl. Bundesamt für Statistik, 1998). Zudem sind die Erkrankten in großem Umfang auf die Unterstützung und Hilfe ihrer Herkunftsfamilien angewiesen sind, da der frühe Ausbruch nicht selten den Aufbau stabiler außerfamiliärer Bindungen verhindert (vgl. Biegel et al., 1994). Für die Patienten bedeutet dies, sich mit der „neuen“ Rolle des Kranken und Pflegebedürftigen auseinander setzen zu müssen (vgl. Tessler & Gamache, 2000). Nach Stoneall (1983) befinden sich die Patienten in einem Dilemma: einerseits sind sie auf Hilfe angewiesen, andererseits trägt diese aber auch zu niedrigem Status und Abhängigkeit bei.

Die Krankheit und die damit einhergehende Abhängigkeit von den Eltern gefährdet die Erfüllung normativer Entwicklungsaufgaben „normaler“ Adoleszenter und junger Erwachsener (vgl. Kahana E., Kahana B., Johnson & Hammond 1994). Zu diesen gehören unter anderem die Bildung einer eigenen Identität, die zunehmende Unabhängigkeit, die Entwicklung intimer Beziehungen mit Menschen außerhalb der Familie, das Erlernen eines Berufs und die damit verbundene finanzielle Unabhängigkeit. Wie andere psychische Erkrankungen schränken auch schizophrene Psychosen die Entwicklung einer reziproken und symmetrischen Beziehung zu den Eltern ein, wie sie mit „normalen“ Erwachsenenbeziehungen assoziiert wird (vgl. Tessler & Gamache, 2000).¹⁴ Schizophren Erkrankte unterscheiden sich also in Bezug auf die Symptomatik von anderen Gleichaltrigen (z.B. ihren Geschwistern) und weisen zudem diskontinuierliche Lebensverläufe auf.

¹⁴ Dieser Punkt wird in Kapitel 2.2.2.2 näher beleuchtet.

Auswirkungen auf die Eltern. Die psychische Erkrankung eines erwachsenen Kindes wirkt sich nicht nur auf die Patienten selbst aus, sondern auch auf deren Familien, insbesondere auf die Eltern. Die charakteristischen Verhaltensweisen schizophrener Erkrankter führen oftmals dazu, dass die Familienmitglieder irritiert sind und ihnen der Kranke fremd und seltsam erscheint (vgl. Koenning, 1997). Stoneall (1983) weist darauf hin, dass Angehörige Probleme haben können, den Unterschied zwischen sich und dem Patienten zu verstehen. Koenning (1997) bemerkt, dass der Schock der psychiatrischen Diagnose gefolgt ist von einem „jahrelangen Prozeß des Akzeptierenmüssens“ (S. 25). Das Verstehen und die Akzeptanz des erkrankten Kindes stellen eine wichtige Aufgabe für die Eltern dar, wie auch folgendes Zitat einer Mutter mit einem psychisch kranken Kind zeigt (Heim, 1997):

Darum geht es. Innezuhalten und zu akzeptieren, was ist, wie es ist, jetzt und womöglich für immer. Unterscheiden zu lernen zwischen Mein und Dein, meinem Schmerz und deinem Schmerz, meinen Wünschen und deinen Wünschen, meinen Vorstellungen vom Leben und den deinen, meinen Möglichkeiten zu leben und den deinen. Dir die Verantwortung für dein Leben zu lassen und die Verantwortung für das meine selber zu tragen. (S. 189)

Zusätzlich stehen Eltern häufig vor der Aufgabe, sich mit Schuldgefühlen (vgl. Koenning, 1997; Simon, 1994) und Gefühlen der nicht-erfüllten und erfolglosen Elternschaft auseinander zu setzen, wie im folgenden Zitat deutlich wird: „Nun stand ich vor einem Scherbenhaufen, mit [...] schmerzlichen Erinnerungen an [...] mancherlei Versagen der alleinerziehenden berufstätigen Mutter“ (Heim, 1997, S. 187). Zudem steht im mittleren Erwachsenenalter häufig die Pflege der alten Eltern an. Die hinzukommende Betreuung eines erkrankten erwachsenen Kindes kann zu zusätzlichen Belastungen der sog. „Sandwich-Generation“ führen (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985). Das Thema der Pflege unter Erwachsenen wird vor allem in Kap. 2.2.2.2 behandelt. Hier soll nur kurz angemerkt werden, dass die Pflege des kranken erwachsenen Kindes ein wichtiger Bestandteil im Leben der Eltern ist und zu enormen Belastungen führen kann. Im Gegensatz dazu kann sie aber auch mit positiven Gefühlen einhergehen, die mit der Generativität und der „nurturant orientation“ (Kahana et al., 1994, S. 21) der Eltern kongruent sind. In diesem Sinne stehen die Eltern vor dem Dilemma, die positiven Gefühle für ihr Kind aufrecht zu erhalten und sich um ihr Kind zu kümmern trotz großer Herausforderungen und psychischer Belastungen.

Im hohen Alter werden die Eltern meist mit Zukunftsängsten konfrontiert, da mit zunehmendem Alter das Risiko steigt, selbst zu erkranken, pflegebedürftig zu werden oder zu sterben (vgl. Kahana et al., 1994). Die WHO Study Group (1999) führt weitere Faktoren an, die das Leben der Eltern beeinflussen: “Their own health problems, their social isolation, and their limited opportunities to earn a living (and make pension provisions), combined with the demands of providing long-term home-based care for others, will have significant impact on their lives” (S. 30).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die psychische Krankheit des erwachsenen Kindes sowohl für den Betroffenen selbst als auch für dessen Familie ein einschneidendes Erlebnis darstellt. Die Familien stehen vor der Aufgabe, die verschiedenen, teilweise gegensätzlichen Aspekte zu integrieren und damit umzugehen. Und dies nicht nur in Bezug auf die tägliche Routine, sondern auch in Bezug auf die gesamte Lebensführung (vgl. Tessler & Gamache, 2000).

2.2.2 Sozialwissenschaftliche Forschungsansätze zum Thema „Familie und Schizophrenie“

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie Generationenbeziehungen in Familien mit schizophrenen erwachsenen Kindern gestaltet werden. Dabei bildet das Konzept der Ambivalenz den konzeptuellen Rahmen. Um die Relevanz dieses Konzepts in der klinisch-psychiatrischen Forschung nachzuweisen, muss weit ausgeholt werden, da das Forschungsfeld zu diesem Thema facettenreich ist und selten direkte Rückgriffe auf dieses Konzept gemacht werden. Im folgenden Abschnitt sollen daher bisherige sozialwissenschaftliche Forschungsansätze zum Thema „Familie und Schizophrenie“ aufgerollt werden. Diese lassen sich in zwei Felder unterteilen, die jeweils unterschiedliche Aspekte fokussieren. Zum einen handelt es sich um Forschungsansätze, welche den Einfluss familiärer Interaktionen auf die Erkrankung des Patienten in den Mittelpunkt stellen. Der zweite Forschungszweig kann als Gegenbewegung zu dieser einseitig ätiopathogenetisch ausgerichteten Perspektive gesehen werden. Hier werden die Angehörigen in den Vordergrund gestellt und die Einflüsse von psychotischen Störungen auf die Familienmitglieder untersucht.

2.2.2.1 Rolle der Familie in der Ätiopathogenese der Schizophrenie

Seit den 1920er Jahren beschäftigen sich Forscher mit der Rolle der Familie in der Genese und im Verlauf psychischer Störungen. Ein Aspekt dieses Forschungsfeldes ist die Betrachtung

tung familiärer Interaktionen per se. Dies ist ein relativ neues Gebiet, das hauptsächlich in Bezug auf schizophrene Psychosen untersucht wurde (vgl. Goldstein & Strachan, 1987). Der Beginn systematischer Theoriebildung bzgl. der Rolle der Familie bei Schizophrenien ist in den 50er Jahren anzusiedeln (Hahlweg et al., 1995). Es finden sich familiensoziologische, kommunikations- und systemtheoretische Modelle sowie populationsgenetische, psychologische und psychiatrische Ansätze. Da eine detaillierte Darstellung hier nicht möglich ist (für einen Überblick sei an Gottesman, 1993 und Jacob, 1987 verwiesen), werden nur einige Ansätze betrachtet, anhand derer außerdem beispielhaft gezeigt wird, wie häufig in diesen Ambivalenz indirekt aufscheint, auch wenn nicht direkt auf dieses Konzept zurückgegriffen wird.

„Schizophrenogene Mutter“. Die ersten Theoretiker, die Schizophrenie aus einer interpersonellen Perspektive heraus zu verstehen versuchten, sind der psychoanalytischen Schule zuzuordnen. Sie vermuteten, dass die Ursache für psychische Störungen in den familiären zwischenmenschlichen Beziehungen zu suchen sei. Fromm-Reichmann (1948) z.B. stellte die Mutter-Kind-Dyade in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Sie sah den Ursprung schizophrener Störungen in den Einstellungs- und Verhaltensmustern der sog. „schizophrenogenen“ Mutter, die sie als überprotektiv und zugleich kalt, kritisch und unempfindlich für die Bedürfnisse des Kindes beschrieb. Zudem verfüge diese nur eingeschränkt über die Fähigkeit, eine eigene Identität zu bilden und enge Beziehungen zu entwickeln.

„Doppelbindung“. Andere Ansätze beschäftigen sich nicht primär mit charakteristischen Rollen- und Beziehungsmustern in Familien, sondern mit dem Einfluss bestimmter Kommunikationsstile der Eltern und systemischen Aspekten der Familieninteraktion auf den Ausbruch psychischer Störungen. Zu erwähnen sind hier vor allem Bateson, Jackson, Haley und Weakland (1956), die mit ihrem Konzept der „Doppelbindung“ („double bind“) bekannt geworden sind. Sie gingen davon aus, dass Kommunikation auf verschiedenen Ebenen stattfindet, und dass auf diesen Ebenen gleichzeitig sich widersprechende Informationen gegeben werden können. Schizophrenie entstehe dann, wenn ein Kind wiederholt von wichtigen Bezugspersonen mit widersprüchlichen, aber emotional bedeutsamen Informationen konfrontiert werde, ohne dass es die Widersprüchlichkeit aufklären oder der Situation entfliehen könne. Hier zeigt sich eine Parallele zum Konzepten der Ambivalenz: es geht in beiden Fällen um Widersprüche, die für das Individuum bedeutsam sind und nicht aufgelöst werden können.

Der allgemeine Anspruch des Forschungsfelds, ätiologische Schlussfolgerungen bzgl. der Entstehung schizophrener Störungen aus familiären Interaktionen zu ziehen, wurde auch in Zusammenhang mit der Doppelbindungs-Hypothese mehr und mehr kritisiert. Nach einiger Zeit modifizierten Bateson, Jackson, Haley und Weakland (1963), inspiriert durch systemtheoretische Entwicklungen in der Familientheorie, die linear-kausale Vorstellung ihrer Theorie, indem sie den wechselseitigen Austauschprozessen stärkere Beachtung schenkten. Elterliche Kommunikation und Schizophrenie wurden transaktional als „co-evolving over time“ (vgl. die Darstellung bei Goldstein & Strachan, 1987, S. 489) angesehen. Die anfängliche Annahme, Doppelbindung beschreibe ein für Familien mit schizophrenen Angehörigen spezifisches Phänomen, machte alsbald einer allgemeineren Sichtweise Platz, in der sie als „ubiquitäres“ Phänomen (siehe den Überblick bei Hahlweg et al., 1995, S. 10) bezeichnet wurde.

Paradigmenwechsel. In den 70er Jahren kam es innerhalb des Forschungsfeldes zu einem Paradigmenwechsel. Statt weiterhin die Bedeutung familialer Interaktionen in der Entstehung schizophrener Psychosen zu untersuchen, beschäftigte man sich nun mit der Frage, welche Rolle diese im Verlauf der Störung spielen. Diesem Wandel war die Entdeckung von Neuroleptika und ihrer symptomreduzierenden Wirkung vorausgegangen, die das Interesse von interpersonellen Forschungen hin zu biologischen Kausalmodellen verlagerte (vgl. die Ausführungen von Goldstein & Strachan, 1987). Die Ergebnisse von Zwillings- und Adoptionsstudien verstärkten diesen Wechsel, da sie zeigen konnten, dass es eine eindeutige genetische Prädisposition für Schizophrenie gibt (siehe Rosenthal & Kety, 1968). Zudem brachten systematische Untersuchungen von Familieninteraktionen, insbesondere von Familienstrukturen als Ursache für Schizophrenie keine überzeugenden Ergebnisse (siehe zusammenfassend Jacob, 1975). Als dann Studien zeigten, dass Neuroleptika nicht zu einer vollständigen Heilung von Schizophrenie führen, flammte neues Interesse für die Rolle der Familien – diesmal vor allem im Verlauf der Erkrankung – auf.

„Expressed Emotion“. Von Großbritannien ausgehend verbreitete sich ein Ansatz, der das emotionale Klima in Familien mit schizophren Erkrankten zum Gegenstand hatte. Brown et al. (1972) untersuchten Angehörige schizophrener Erkrankter hinsichtlich der Anzahl kritischer Kommentare und feindseliger Einstellungen gegenüber dem Patienten sowie des Ausmaßes der emotionalen Einmischung. Aus diesen Faktoren setzt sich das „Expressed Emo-

tion“ Konzept (EE) zusammen.¹⁵ In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass ein hohes Ausmaß an EE (hohe Ausprägung mindestens eines Faktors bei mindestens einem Mitglied der Familie) mit erhöhtem Rückfallrisiko einherging (Brown et al., 1972; Vaughn & Leff, 1976). Zunächst wurde der rezidivfördernde Einfluss eines hohen EE-Grades vor allem für Patienten mit schizophrenen Psychosen nachgewiesen, später jedoch auch in Bezug auf andere psychische Störungen, z.B. Depression (Hooley & Hahlweg, 1986).

Goldstein (1992) weist auf die Gefahr hin, EE als einseitigen Prozess innerhalb einer Familie miss zu verstehen und die Angehörigen für das emotionale Klima der Familie verantwortlich zu machen. In Untersuchungen, in denen nicht nur die Familienmitglieder, sondern auch der Patient befragt wurden, zeigte sich der transaktionale Charakter des EE-Konzepts: Hahlweg et al. (1989) zeigten z.B. in einer Studie mit schizophrenen Patienten und deren Angehörigen, dass schizophrene Patienten aktiv zur Eskalation negativer verbaler Interaktionen mit ihren Angehörigen beitragen. Florin, Nostadt, Reck, Franzen und Jenkins (1992) untersuchten 17 depressive Patienten und deren Partner sowie 20 Kontrollpaare. Es zeigte sich eine „high reciprocity“ (Florin et al., 1992, S. 167) zwischen dem EE-Status der Patienten und dem ihrer Partner. Der Vergleich zwischen depressiven Patientenpaaren und Personenpaaren der Kontrollgruppe zeigte, dass die Patienten zwar signifikant häufiger höhere EE-Werte aufwiesen, diese aber auch in der Kontrollgruppe vorkamen und somit nicht spezifisch für klinische Familien sind.

Heutzutage wird EE in Diathese-Stress-Modellen (vgl. die Darstellung bei Hooley & Hiller, 2001) verortet, vor allem im Vulnerabilität-Stress-Kompetenz-Modell (Nuechterlein et al., 1992). Therapieprogramme, die sich diesem Modell verpflichtet sehen, beziehen die Familienmitglieder in die Behandlung der schizophrenen Erkrankung mit ein. Verschiedene Evaluationsstudien belegen die Effektivität von Familieninterventionen hinsichtlich der Reduktion des Rezidivrisikos (Anderson et al., 1981; Falloon et al., 1984; Leff et al., 1982). Randomisierte Kontrollstudien, die in aktuelle Metaanalysen einbezogen wurden, zeigen eine moderate Senkung des Rückfallrisikos (siehe Pharoa et al., 2002; Pitschel-Waltz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001).

¹⁵ Hier finden sich Hinweise auf Zwiespältigkeiten. Die Faktoren Kritik und Emotionale Involvierung können nach Simon, Clement und Stierlin (1999) als Ausdruck von persönlicher Distanz bzw. Nähe interpretiert werden, zwischen denen die Familienmitglieder hin- und her schwanken können.

Entwicklungen innerhalb des Forschungsfeldes. Die Entwicklungen innerhalb des Forschungsfeldes wurden überwiegend durch drei Fragen geprägt. Die erste gilt der Kausalität: inwiefern ist es möglich, familiären Interaktionsformen die Entstehung einer psychischen Erkrankung zuzuschreiben? Wie bereits erwähnt, hielten die Theorien, die Familieninteraktionen als Ursache für Schizophrenie postulierten, systematischen Untersuchungen nicht stand (s. „Paradigmenwechsel“; vgl. den Überblick bei Jacob, 1975). Dies ist einerseits auf die schwierige empirische Überprüfbarkeit der Theorien durch uneindeutige und ungenau definierte Begriffe, andererseits auf unzulängliche Forschungsmethoden und –designs zurückzuführen (vgl. Hahlweg et al., 1995). Im Laufe der Zeit wurden Vorstellungen über einseitige Wirkprozesse durch solche ersetzt, die wechselseitige Austauschprozesse stärker beachteten (vgl. z.B. die Weiterentwicklung der Doppelbindungs-Hypothese, Bateson et al., 1963). Zudem wurde vermehrt nach psychosozialen Faktoren gesucht, die den Verlauf einer Krankheit beeinflussten (z.B. EE; Brown et al., 1972).

In einer weiteren Frage geht es um die Spezifität: Cierpka (1989, S. 197) kritisiert die Annahmen der Familientheorie und –therapie „über einen Zusammenhang zwischen einer ‚spezifischen‘ Familieninteraktion und einem definiertem Krankheitsbild des Patienten“ (vgl. ursprüngliche Annahme bzgl. EE, Brown et al., 1972), da hierbei individuelle, familiäre und umweltspezifische Faktoren zu wenig berücksichtigt würden. Stattdessen setzt er sich für die Entwicklung von „Familientypologien auf der Basis relevanter familiärer Dimensionen“ ein (Cierpka, 1989, S. 197).

Die dritte Frage knüpft an die vorangegangenen an. Es geht darum, ob sich klinische Familien tatsächlich durch dysfunktionale Interaktionsmuster von sog. Normalfamilien unterscheiden, oder ob es nicht möglich ist, dass sich die „Unterschiede lediglich entlang einem Kontinuum der Gestörtheit dieser Interaktionsmuster zeigen“ (Cierpka, 1989, S. 205). Dieser Frage kann nur nachgegangen werden, wenn sowohl klinische als auch nicht-klinische Familien mit denselben Instrumenten untersucht und verglichen werden (vgl. Cierpka, 1989). So konnte innerhalb der EE-Forschung beispielsweise gezeigt werden, dass in nicht-klinischen Familien ähnliche Interaktionsmuster zu finden waren wie in Familien mit einem psychisch kranken Mitglied (Florin et al., 1992), d.h. die Unterschiede zwischen ihnen eher quantitativer als qualitativer Natur sind. Hierzu eignen sich nach Cierpka (1989) Familientypologien. Diese ermöglichen die Einbettung psychopathologischer Forschung in eine allgemeingültige Familientheorie verhindert, dass Familien mit psychisch kranken Angehörigen

bereits im forscherschen Ansatz stigmatisiert und pathologisiert werden (vgl. Hatfield, 1987).

2.2.2.2 *Angehörigenforschung*

Im Gegensatz zum ersten Forschungsfeld beschäftigt sich das zweite, das im Folgenden beschrieben werden soll, hauptsächlich mit dem Einfluss der Schizophrenie auf die Familienangehörigen. Im Zentrum stehen hierbei die Pflēgetätigkeit der Familien, insbesondere der Eltern, und die Identifikation objektiver und subjektiver Belastungsfaktoren – hierbei spielen Veränderungen der psychiatrischen Versorgung eine bedeutende Rolle. Zudem wird in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, wie Familien mit der Krankheit umgehen.

Caregiving. Wie schon in Kapitel 2.2.1 angedeutet, rückt das Thema der Pflege in Familien mit schizophrenen erwachsenen Kindern erneut in den Vordergrund, allerdings mit veränderter Konnotation. Während im Englischen in Zusammenhang mit der Pflege jüngerer Kinder der Begriff „care¹⁶“ verwendet wird, wird in Bezug auf die Pflege eines Erwachsenen von „caregiving“ gesprochen. Nach Tessler und Gamache (2000, S. 11) findet caregiving zwischen Erwachsenen statt, die durch Verwandtschaft miteinander verbunden sind; zudem beinhaltet caregiving Rollenveränderungen, führt zu asymmetrischen und nicht-reziproken Erwachsenenbeziehungen und gilt als „out of synchrony with the appropriate stage in life cycle“, die weder altersangemessen noch kulturell erwartet ist. Was bedeutet das für die Patienten und deren Eltern?

Biegel et al. (1994) fanden in einer Untersuchung heraus, dass in mehr als 84% der Fälle die Eltern die Hauptpflegenden psychisch kranker Angehörigen waren. Sowohl Eltern als auch Kinder müssen sich mit neuen Rollenanforderungen auseinandersetzen (vgl. Kap. 2.2.1). Die intensive Pflege eines erwachsenen Kindes widerspricht den normativen Erwartungen einer Beziehung zwischen Erwachsenen, die durch zunehmende Reziprozität und Symmetrie gekennzeichnet sein sollte (vgl. Kap. 2.2.1). Während die Pflege eines alten Elternteils mit den Erwartungen an den Lebensverlauf kongruent ist, sprechen Tessler und Gamache (2000, S. 11) in Bezug auf die durch die Pflege eines erwachsenen Kindes entstehende Diskontinuität des „normalen“ Lebenslaufs von „off-timedness of caregiving“. Die Diskrepanz

¹⁶ „to care“ bedeutet sowohl „sich kümmern um“, „sorgen für“, aber auch „sich sorgen um“ und „sich interessieren für“ (Langenscheidts Enzyklopädisches Wörterbuch, 1974).

zwischen normativen Erwartungen und faktischen Anforderungen führen zu einer „ambiguous obligation“ (Tessler & Gamache, 2000, S. 30) von Eltern ihren erwachsenen Kindern gegenüber: die Frage, ob und in welchem Maß Eltern ihrem erkrankten erwachsenen Kind helfen sollten oder nicht, ist somit von hoher Ambiguität geprägt.

Die Pflege eines Angehörigen vereint zwei gegensätzliche Aspekte in sich. Zum einen wird caregiving häufig negativ konnotiert, wie im nächsten Abschnitt in Bezug auf die klinische Belastungsforschung deutlich wird (vgl. Hatfield, 1997). Dennoch finden sich Hinweise darauf, dass caregiving positive Aspekte hat. So fanden Veltman, Cameron und Steward (2002) bei einer Befragung von Angehörigen psychisch Kranker heraus, dass Pfl egetätigkeit sowohl mit positiven als auch negativen Gefühlen erlebt wird. Entsprechendes entdeckten Tessler und Gamache (2000): „Like most families, those with a member with mental illness experience a variety of emotions toward one another, ranging from warmth and acceptance to anger and rejection“ (S. 139). Biegel, Sales und Schulz (1991, S.31) weisen darauf hin, dass caregiving aus „self-serving motives“ heraus geleistet werden kann, zum Beispiel, um sich als eine „good person“ zu fühlen.

Belastung. Die Auswirkungen psychischer Krankheiten auf die Familienangehörigen wurden häufig in Bezug auf Belastungen untersucht. Die Pflege eines psychisch kranken Angehörigen bedingt laut Tessler und Gamache (2000) in hohem Maße die Belastungen, denen pfl egetätige Familienmitglieder ausgesetzt sind. Hierzu findet sich eine Fülle von Literatur (siehe Saunders, 2003 für einen Überblick). Um mehr Klarheit über die familiäre Belastung zu erlangen, schlugen Hoenig und Hamilton (1966) als erste vor, zwischen subjektiver und objektiver Belastung zu unterscheiden (vgl. auch Jungbauer et al., 2001). Objektive Belastung bezieht sich auf die negativen Auswirkungen der psychischen Krankheit auf die Familie und die pfl egerischen Anforderungen an die Familienmitglieder. Laut Hatfield (1987) hängt die objektive Belastung, welche überwiegend von klinisch ausgerichteten Forschergruppen untersucht wurde, mit direktem caregiving oder räumlicher Nähe zwischen Familien und Patienten zusammen. Subjektive Belastung betrifft die persönliche Einschätzung der Situation der Familienmitglieder und inwieweit die Pflege als Bürde empfunden wird. Subjektive Belastung, die vornehmlich in den Sozialwissenschaften thematisiert wurde, hängt von der Bedeutung der Krankheit für die Angehörigen ab (vgl. Hatfield, 1987).

In einer Studie untersuchten Tessler und Gamache (2000), welche pfl egerischen Tätigkeiten in hohem Maße das Alltagsleben von Angehörigen psychisch Kranker bestimmen und Ein-

schränkungen persönlicher Aktivitäten der caregiver bedingen. Die Familienmitglieder nannten eine Reihe von Anforderungen. Zu diesen gehörten zum Beispiel Hilfe im Umgang mit Geld, im Haushalt und beim Kochen, Gestaltung der Freizeit des Patienten und Hilfe bei der Medikation. Ebenso wurde die Notwendigkeit angesprochen, den Patienten permanent überwachen und nicht-gesellschaftsfähige Verhaltensweisen kontrollieren zu müssen. Dies entspricht der Anmerkung Lefleys (1987), dass Schizophrenie eine Verhaltensstörung ist, die in verstärktem Maße Kontrolle erfordert. Zu diesen Verhaltensweisen gehören unter anderem das exzessive Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, sozial beschämendes Verhalten, nächtliche Störungen, Alkohol- und Drogenkonsum und mögliche Gewalt des Kranken sich selbst und anderen gegenüber (Tessler & Gamache, 2000). Im allgemeinen stehen caregiver vor dem Dilemma, Kontrolle auszuüben und eine gewisse Ordnung herzustellen, ohne dabei vom Patienten oder von Therapeuten als feindselig, kritisch oder übermäßig involviert angesehen zu werden (vgl. Tessler & Gamache, 2000). Die Unkontrollierbarkeit manchen Verhaltens des Patienten kann zusätzliche Probleme generieren.

Simon (1994) beschreibt die Folgen, die solches Verhalten des Kranken auslöst. Angehörige müssen sich häufig mit der Angst vor einem Rückfall oder vor dem Suizid des Patienten auseinandersetzen. Des Weiteren befinden sie sich in einem „Wechselbad zwischen Hoffnung und Enttäuschung“ (Simon, 1994, S. 238), wie auch das folgende Zitat verdeutlicht: „Selbst ruhigere Zeiten sind überschattet von Angst und Sorge, denn man meint nie sicher sein zu können, wie es weitergeht, was der nächste Tag bringt“ (Koening, 1997, S. 26). Belastungen können ebenfalls durch das enge Zusammenleben mit einem Menschen entstehen, dem man auf der einen Seite emotional stark verbunden ist (Tessler & Gamache, 2000), der einem aber auch aufgrund seines symptomatischen Verhaltens sehr fremd erscheinen kann. Wenn die subjektive Belastung und Überbeanspruchung mit der Rolle als caregiver konfligiert und Hilfe aus Selbstschutz nicht mehr geleistet werden kann, geraten die caregiver in ein Dilemma. Tessler und Gamache (2000, S. 77) sprechen auch von „caring to the point of tears“.

Eine wichtige Frage, die sich Angehörige angesichts der psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds stellen, wird von Koennings (1997, S. 26) als „quälend“, „zermürbend“ und „unlösbar“ charakterisiert: „Kann er nicht oder will er nicht?“ Koening fügt hinzu, dass jede Entscheidung für eine dieser Zuschreibungen eine extreme und damit dysfunktionale Form der Beziehungsgestaltung zur Folge hat:

Lässt sich die Familie darauf ein zu sagen ‚er kann nicht‘, führt das zu Rücksichtsmaßnahmen, die den eigenen Bedürfnissen und Wünschen kaum noch Platz lassen. Sagt die Familie ‚er will nicht‘, mag das die Konflikte dramatisch zuspitzen und wiederum den Betroffenen nicht gerecht werden. (S. 26)

Auch das folgende Zitat einer Mutter eines schizophrenen Kindes macht dies deutlich: „Können psychisch Kranke überhaupt Verantwortung übernehmen, Entscheidungen treffen?“ (Heim, 1997, S. 189). Rose (2002) beschreibt als Hauptaufgabe der Familien, mit einem Leben voller Ambiguität umzugehen.

Die objektive Belastung der Angehörigen hängt, wie bereits erwähnt, mit der räumlichen Nähe zwischen Familien und Patienten zusammen (Hatfield, 1987). In diesem Zusammenhang ist auf Veränderungen der psychiatrischen Versorgung hinzuweisen. Seit den 1970er Jahren finden sich verstärkte Bemühungen, psychisch Kranke möglichst in ihrem sozialen Umfeld zu belassen, um die für die Rehabilitation und Wiedereingliederung wichtigen Sozialkontakte aufrecht erhalten zu können. Ein wichtiges Prinzip der gemeindenahen Versorgung ist die Deinstitutionalisierung, deren Ziel es ist, die Unterbringung in psychiatrischen Kliniken auf ein Minimum zu begrenzen. Die Notwendigkeit von Einsparungen im Gesundheitssystem unterstützt diese Entwicklung. Die Veränderungen in der psychiatrischen Landschaft haben allerdings zur Folge, dass die Verantwortung von den Institutionen in verstärktem Maße an die Familien der Erkrankten zurückgegeben wird (vgl. die Darstellung bei Hatfield, 1987).

Ein Sprecher Baden-Württembergischer Angehörigengruppen formulierte dies folgendermaßen: „Im Zuge immer kürzer werdender Klinikaufenthalte wird Psychiatrie zunehmend in die Wohnzimmer der Angehörigen verlagert“ (Koenning, 1997, S. 32). Koenning (1997) hebt besonders die Belastung von Eltern hervor, da diese sich „von ihrer gesellschaftlichen Aufgabe her“ (S. 34) besonders verpflichtet fühlen, Sorge für ihr Kind zu tragen. Deinstitutionalisierung kann zu Diskontinuitäten in der Lebensführung führen. Stoneall (1983) fand heraus, dass die Beziehungen zwischen Patienten und ihren Familien durch die Deinstitutionalisierung auf typische Weise zwischen räumlicher Nähe und Distanz oszillierten. Sie bezeichnete dieses Phänomen als „accordion relationship“ (S. 659).

Die subjektive Belastung hängt vor allem von der Bedeutung ab, welche die Angehörigen der Krankheit zuschreiben (vgl. Hatfield, 1987). Ein Faktor, der diese Bedeutung beein-

flusst, ist die Frage nach der Ursache der Krankheit. In zahlreichen ätiologischen Modellen und Studien (vgl. Kap. 2.2.2.1) wurde die Familie als Ursache für psychische Krankheiten gesehen. Dieses wissenschaftliche Wissen ist in das Alltagswissen der Familien eingegangen. Hatfield (1987) kritisiert, dass dadurch in vielen Familien Schuldgefühle hervorgerufen wurden. In Bezug auf die Expressed Emotion-Hypothese (vgl. Kap. 2.2.2.1) weisen Koniczna und Katschnig (1989) darauf hin, dass dies von Angehörigen als ein erneuter Versuch wahrgenommen wird, „die Familie des psychisch Kranken anzuklagen – wenn schon nicht für die Entstehung, so doch für den ungünstigen Verlauf der Krankheit“ (S. 263). Vielfach wurde darauf hingewiesen, dass die Familien mit der Pathologisierung und Stigmatisierung zu kämpfen haben (z.B. Koenning, 1997; Veltman et al., 2002). In diesem Zusammenhang erscheint es umso wichtiger, die Auswirkungen von Forschungen und den dahinterstehenden Annahmen zu bedenken (vgl. Kap. 2.2.2.3).

Umgang mit Krankheit und Belastung. Cierpka (1989) weist darauf hin, dass die Betonung der graduellen Dysfunktionalität als Unterscheidungskriterium zwischen Familien mit bzw. ohne psychisch kranke Angehörige (vgl. Einbettung psychopathologischer Forschung in eine allgemeingültige Familientheorie, Kap. 2.2.2.1) die „Akzentuierung von spezifischen Annahmen über Entstehung und Aufrechterhaltung einer Erkrankung auf deren Bewältigung“ (S. 205) verschiebt. Die Bewältigung hängt von den Ressourcen der Familien ab. Dazu gehört laut Hatfield (1987) auch die adäquate Unterstützung der Familien, zum Beispiel durch das medizinische, rechtliche und öffentliche System. Doch gerade hier wird häufig Vernachlässigung beklagt (Koenning, 1997; Veltman et al., 2002), obwohl den Familien auch im Zuge der Veränderungen der psychiatrischen Versorgung (s.o.) immer größere Bedeutung zukommt – und somit auch der Forschung über sie.

Die Auseinandersetzung der Angehörigen mit ihrer Situation, vor allem auch mit den emotionalen Aspekten, ist sehr wichtig. Eine Möglichkeit der Familien, mit den (teilweise gegensätzlichen) Anforderungen umzugehen, welche die Erkrankung eines Familienangehörigen an die übrigen Mitglieder stellt, ist die Bildung von Angehörigengruppen. Für Koenning (1997) heißt die Arbeit in Angehörigengruppen, den „viel beschworenen Paradigmenwechsel vom medizinischen Krankheitsmodell zu einer die Lebensgeschichte des Individuums, seine Beziehungen und die Sinnhaftigkeit von psychiatrischen Symptomen innerhalb dieser Beziehungen betrachtenden Sicht tatsächlich und tätig [zu] vollziehen“ (S. 123).

Die Bedeutung, die Angehörige der Krankheit beimessen, wirkt sich auch auf deren Verhalten in der Pflege aus. Chesla (1994) untersuchte das Sorgeverhalten von 21 Eltern mit schizophrenen Kindern. Dabei kristallisierten sich vier verschiedene Formen des Sorgeverhaltens heraus, die das Selbstverständnis der Eltern und das Verständnis der Krankheit des Kindes widerspiegeln. Eltern, die ihr Kind verstehen wollten und Erfüllung fanden in der Aufgabe, sich um ihr Kind zu kümmern, ordnete Chesla der „engaged care“ zu. Eltern, die ihr Kind nicht verstehen und die Krankheit nicht akzeptieren wollten sowie die Erkrankung als Manipulation durch das Kind ansahen, leisteten „conflicted care“. „Managed care“ wurde von Eltern ausgeübt, welche die Pflege des Kindes als Herausforderung und Aufgabe ansahen und das Funktionieren des Kindes in den Vordergrund stellten. „Distanzierte“ Eltern hatten keine direkten Informationen über den Zustand des erkrankten Kindes, waren emotional verwundbar und häufig besorgt.

Im Sinne eines Stress-Coping-Modells (Lazarus, 1974) hängt der Umgang mit der Krankheit und den Anforderungen des caregiving größtenteils mit der Bewertung der eigenen Handlungsfähigkeiten (Copingfähigkeiten) und der Einschätzung der Situation des Patienten vom Angehörigen ab. Nach Lazarus bezieht sich coping auf konstante Gedanken- und Verhaltensänderungen, mittels derer Menschen versuchen, anstrengende Situationen zu bewältigen. Scazufka und Kuipers (1999) zeigen in einer Studie, dass Angehörige, je nach Einschätzung der Situation und der eigenen Möglichkeiten, verschiedene Copingstile verwenden. Sie mahnen an, keinen Copingstil per se als gut oder schlecht anzusehen, sondern dessen Effektivität zu beachten.

Geschlechtsunterschiede. Bisher ist die Rolle von Männern als caregiver unzureichend untersucht worden (Mays & Lund, 1999). Dennoch finden sich einige Hinweise darauf, dass caregiving von Männern anders wahrgenommen wird als von Frauen. Chang und White-Means (1991) untersuchten im Rahmen einer von 1982-1984 durchgeführten „National Long-Term Care Demonstration Study“ 1911 informelle caregiver von älteren Angehörigen zu Hause. 27% der primären caregiver waren Männer. Sie fanden heraus, dass Männer im Allgemeinen gesünder, zufriedener mit dem Leben und aktiver auf dem Arbeitsmarkt waren. Ebenso berichteten Männer weniger finanzielle Probleme und körperliche Beeinträchtigungen als Frauen. Biegel et al. (1994) stellten fest, dass Männer mehr Stigmatisierung wahrnahmen als Frauen. Mays und Lund (1999) untersuchten Männer mittels leitfadengestützten Interviews und fanden heraus, dass Männer Belastung vor allem im Sinne einer Störung sozialer Rollen und in finanzieller Form erlebten und eher Frustration und Irritation als

emotionalen Schmerz oder körperliches Leiden beklagten. Ebenso verhielten sich Männer in der Pflege ruhiger und handlungsorientierter als Frauen. Sie drückten weniger Hilf- und Hoffnungslosigkeit als Frauen aus.

In Bezug auf die doppelte Pflegeanforderung (Pflege und Kontrolle) stellt sich die Frage, ob diese beiden Aspekte zu unterschiedlichen Belastungserlebnissen bei Männern und Frauen führen. Tessler und Gamache (2000) argumentieren, dass die Pflege an sich dem Stereotyp nach weiblich ist, wohingegen Kontrolle eher dem männlichen zugeordnet wird. Rollenkonflikte sind dann zu erwarten, wenn die Definition der Geschlechterrolle, die mit der Familienrolle verbunden ist, mit der neu hinzukommenden Verpflichtung der Pflege eines abhängigen Erwachsenen konfligiert. Daher sei es wahrscheinlich, dass Frauen bei Kontrolle gestresster sind und Männer eher bei der Pflege. In einer Studie von Tessler und Gamache (2000) bestätigte sich dies: Männer erlebten in Bezug auf Pfllegetätigkeiten, die eher weiblichen stereotypen Rollenanforderungen entsprechen, mehr subjektive Belastung, Frauen hingegen empfanden das Ausüben von Kontrolle als belastender.

2.2.2.3 *Kritische Würdigung bisheriger Forschungsansätze zu Familie und Schizophrenie und Forderungen an zukünftige Familienforschung im klinischen Kontext*

In den vorhergehenden Unterkapiteln wurde das Forschungsfeld skizziert, das sich mit der Untersuchung von Familien mit schizophrenen Angehörigen beschäftigt. Auf der einen Seite wird die Familieninteraktion als Einflussgröße auf die Entstehung und den Verlauf von Schizophrenie untersucht. Auf der anderen Seite geht es primär um die Lage der Angehörigen von psychisch Erkrankten. Auch nach der Auseinandersetzung mit diesen beiden Ansätzen bleibt eine wichtige Frage bzgl. klinischer Familien nach wie vor unbeantwortet. Wie verändert sich die Familieninteraktion in der Folge des innerfamiliären Umgangs mit der Erkrankung? Bisher wurde außer Acht gelassen, wie die Familienangehörigen, insbesondere die Eltern *und* die Erkrankten, mit den Anforderungen der Krankheit umgehen, wie sie diese *gemeinsam* bewältigen. Welche Differenzen und Wechselwirkungen entstehen zwischen den Individuen? Und: wie können Familien mit psychisch Erkrankten optimal unterstützt werden? Um diesen Themen nachzugehen, werden neue Forschungsansätze benötigt. Wie müssen diese aussehen? Welche Folgerungen können aus den bisherigen Forschungserfahrungen gezogen werden?

Zunächst ist es wichtig, familiäre Interaktionen als transaktionale Prozesse zu verstehen. Das bedeutet, die Handlungen der einzelnen Familienmitglieder als miteinander in Wechselwirkung stehend zu betrachten. Um diesen konzeptionellen Aspekt empirisch realisieren zu können, muss die gesamte Familie befragt werden, d.h. die Perspektive aller Familienangehörigen, sowohl die der Patienten als auch die der Angehörigen, sollte in die Analyse einfließen. So kann zwischen den Individuen, den Dyaden und der ganzen Familie differenziert werden. Diese Sichtweise erlaubt, die Handlungsanforderungen an den Einzelnen ebenso wie an die gesamten Familie zu erforschen.

Weiter ist es notwendig, sowohl den sozialen als auch zeitlichen Kontext zu beachten, in dem eine Familie lebt. Nach Kahana et al. (1994) ermöglicht die Betrachtung der Familien über die Lebensspanne hinweg die Einordnung in den historischen Kontext. Dieser wiederum beeinflusst die Werte und Ressourcen der Gesellschaft – und damit auch der Familien.

Der Blick auf die ganze Familie schafft ferner die Voraussetzung dafür, die gemeinsame Bewältigung der Erkrankung durch die Familienmitglieder in den Blick zu nehmen. Dieser Ansatz entspricht auch Cierpkas (1989) Vorstellung, wenn er schreibt, dass die Identifizierung und Lösung von Problemen im Umgang mit einer schweren Erkrankung eines Individuums relevanter erscheint „als die Suche nach Defiziten in der Familieninteraktion, die für ein bestimmtes Krankheitsbild spezifisch sein sollen (S. 4). Dies ist zudem in Hinblick auf die Frage wichtig, welche Unterstützung Familien benötigen, wenn ihnen optimal geholfen werden soll. Diese Sichtweise verhindert zudem die Pathologisierung der Beziehungsgestaltung dieser Familien, bei der bestimmten Formen der Beziehungsgestaltung defizitorientiert eine Rolle in der Ätiopathogenese zugeschrieben wird.

Die Annäherung an Familien mit psychisch Kranken sollte über globale Familientypologien stattfinden, mittels derer die Familien unvoreingenommen betrachtet – und auch mit nicht-klinischen Familien verglichen – werden können und welche die Einbettung klinisch relevanter Forschung in eine allgemeingültige Familientheorie ermöglichen. Hierzu ist der Einsatz eines einheitlichen Instrumentariums vonnöten, das auf einem neutralen Konstrukt aufbaut und die Einordnung der Familieninteraktionen ein weites Spektrum von Normalität bis Pathologie ermöglicht.

2.3 Schlussfolgerungen für die vorliegende Studie

Aus der Generationenforschung im Allgemeinen und der Literatur zu Familien Schizophrener im Besonderen sowie der Auseinandersetzung mit den dargestellten methodischen und konzeptuellen Schwächen der klinischen Familienforschung ergibt sich für die vorliegende Arbeit folgender konzeptueller und empirischer Ansatz.

Aus der Angehörigenforschung wissen wir, dass Familien mit psychisch Kranken mit widersprüchlichen Handlungsanforderungen konfrontiert sind: einerseits widerspricht die Pflege des erwachsenen Kindes den normativen Erwartungen an Erwachsenenbeziehungen, andererseits stehen vor allem die Eltern vor der Aufgabe, sich intensiv um das Kind zu kümmern. Einerseits sind mit der Pflege des kranken Kindes positive Gefühle verbunden, andererseits geht die Pflege mit enormen Belastungen einher. Einerseits fühlen sich die Eltern mit ihrem erkrankten Kind sehr verbunden, andererseits kann es ihnen sehr fremd erscheinen. Auch Patienten müssen sich mit Widersprüchlichkeiten auseinandersetzen. Einerseits sind sie auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen, andererseits widerspricht die Abhängigkeit von den Eltern den normativen Erwartungen an junge Erwachsene, zunehmend unabhängiger zu werden.

Es liegt nahe anzunehmen, dass widersprüchliches Verhalten und Erleben von Ambivalenz, wie es sich in den Beschreibungen von Familien schizophrener Patienten im Rahmen ätiopathogenetischer Konzepte (vgl. 2.2.2.1) findet, eine *Folge* solcher Dilemmas ist. Die Frage dieser Arbeit ist also, wie sich die widersprüchlichen Handlungsanforderungen, unter denen erkrankte Kinder und pflegende Eltern ihre Beziehungen gestalten müssen, in der dyadischen Beziehungseinschätzung widerspiegeln.

Für die Erfassung dieser Gegensätze bietet sich das Konzept der Ambivalenz an. Dabei stützen wir uns, was die allgemeine Nützlichkeit von Ambivalenz für die Beschreibung von Generationenbeziehungen betrifft, auf die theoretischen und empirischen Vorarbeiten vor allem von Lüscher und Pillemer (1998), Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) und Lüscher (2004). Somit bildet in dieser Studie das Ambivalenzkonzept den Orientierungsrahmen für die vorliegende Analyse. Das Ambivalenzmodell von Lüscher (2004) dient als Anregung für die Operationalisierung der Manifestation von Ambivalenz und des Umgangs mit Ambivalenz. Das Konzept der Generationenambivalenz stellt eine Erweiterung des Solidaritätskonzepts dar, da Solidarität in diesem Modell als *eine* mögliche Umgangsform verortet ist.

Zugleich ist damit die Gefahr gebannt, Solidarität als Maßstab zu verstehen und normative Erwartungen an die Gestaltung der Generationenbeziehungen zu stellen. Dies ist vor allem in Zusammenhang mit Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Kind von Bedeutung. Der Einsatz eines grundsätzlich neutralen Konstrukts (wie das der Ambivalenz) beugt der Pathologisierung der Beziehungsgestaltung in Familien mit psychisch Kranken vor, wie dies häufig in ätiopathogenetischen Forschungen geschah. Mit diesem Ambivalenzmodell liegt eine Familientypologie vor, welche die Einbettung psychopathologischer Forschung in eine allgemeingültige Familientheorie ermöglicht. Die Einordnung familiärer Interaktionen in klinischen Familien in ein weites Spektrum von Normalität bis Pathologie geschieht in dieser Arbeit mittels eines Geschwistervergleichs. Hierbei werden die Beziehungen der Eltern zum erkrankten Kind mit den Beziehungen der Eltern zu den gesunden Geschwistern verglichen. In einer weiteren Studie wird die Beziehungsgestaltung in Familien *mit* einem psychisch kranken Kind der Beziehungsgestaltung in Familien *ohne* ein psychisch erkranktes Kind gegenüber gestellt. Diesbezügliche Ergebnisse werden an anderer Stelle dargestellt (Burkhardt, in Bearbeitung).

Neben der Frage, wie sich die Handlungsanforderungen in der Beziehungsgestaltung und –einschätzung widerspiegeln, interessiert, wie verschiedene Generationen und Geschlechter ihre Beziehungen gestalten und einschätzen. Hierfür ist es nötig, die Familien in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Dies wurde weder in ätiopathogenetischen Ansätzen noch in der Angehörigenforschung realisiert. In dieser Arbeit wurde sowohl die Perspektive der Angehörigen als auch der Patienten erfasst. Die systematische Unterscheidung zwischen Müttern, Vätern, kranken und gesunden Kindern ermöglicht die Abbildung der wechselseitigen Beziehungen, die sich in Familien auf dyadischer Ebene beschreiben lassen. Ebenso kann der Frage nachgegangen werden, wie gesamtfamiliär und dyadisch mit der Krankheit und den damit verbundenen Anforderungen umgegangen wird. Der Umgang mit der Krankheit bzw. mit Ambivalenz nimmt in dieser Studie einen wichtigen Stellenwert ein, da dieser Hinweise auf Ressourcen der Familie liefert.

2.4 Hypothesen und Fragestellungen

In der vorliegenden Studie sollen die Effekte spezifischer Bedingungen auf bestimmte Aspekte der Beziehungsgestaltung untersucht werden. Die Frage lautet, was Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten erwachsenen Kind bzgl. der Manifestation von Ambivalenzerleben, dem Umgang mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität kennzeichnet. In

dieser Forschungsarbeit werden folgende Bedingungen unterschieden: die Betroffenheit durch psychische Erkrankung, die Generationenrolle des Befragten und die Geschlechterrolle des Elternteils.

Betroffenheit durch psychische Erkrankung

Die psychische Erkrankung eines dyadischen Partners verändert den Kontext, innerhalb dessen die Beziehung gestaltet werden muss und der zu erhöhter Ambivalenz führen kann. Erstens weichen die Lebensverläufe beider Beziehungspartner von den als normal bewerteten und erwartbaren Lebensverläufen ab, da die Krankheit z.B. die Entwicklung reziproker und symmetrischer Beziehungen zwischen Erwachsenen beeinträchtigt und die Unabhängigkeit beider Interaktionspartner einschränkt. Zweitens kommt es aufgrund der Symptomatik des Erkrankten und den damit verbundenen Folgen (z.B. Hospitalisierung) zu Diskontinuitäten in der Lebensführung. Drittens können die charakteristischen Verhaltensabweichungen eines Schizophrenen das Gefühl der Andersartigkeit verstärken. Viertens können die Doppeldeutigkeit und ambigen Anforderungen der Pflege (caregiving) des erkrankten Kindes Ambivalenzen generieren und intensivieren. Diese vier Aspekte könnten sich auch in spezifischen ambivalenzgenerierenden Themen und Spannungsfeldern äußern. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die psychische Störung als auch die damit verbundenen (Pflege-)Anforderungen lediglich den Rahmen für Ambivalenzen abstecken und nicht *per definitionem* Zwiespältigkeiten auslösen müssen.

Psychische Störungen und caregiving führen häufig zu Belastungen der Angehörigen, wie die Belastungsforschung zeigen konnte. Es ist anzunehmen, dass auch das Erleben von Ambivalenz belastend sein kann, wobei erhöhtes Ambivalenzerleben mit erhöhter Belastung verbunden sein könnte. Die spezifischen Anforderungen, die sich durch die Erkrankung des Kindes ergeben, könnten dazu führen, dass in Bezug auf kranke Kind andere Formen des Umgangs mit Ambivalenz gewählt werden als bzgl. der gesunden Kinder. Die Zufriedenheit mit der Beziehung zum kranken Kind könnte im Vergleich mit der Beziehung zu den gesunden Kindern beeinträchtigt sein, da die Entwicklung des kranken Kindes durch die psychische Störung nicht den Erwartungen und Hoffnungen der Eltern entspricht. Im Gegensatz dazu kann angenommen werden, dass die Verbundenheit zwischen Eltern und ihren kranken Kindern im Vergleich mit den gesunden Kindern nicht geschmälert ist, da Forschungen zeigen, dass sich Eltern trotz der Belastungen mit ihren kranken Kindern sehr verbunden füh-

len. Die Effekte der Betroffenheit einer Dyade durch psychische Krankheit des erwachsenen Kindes können durch den Vergleich mit den gesunden Geschwistern analysiert werden.

Aus diesen Überlegungen leitet sich folgende **erste Hypothese** ab:

Die Beziehung zwischen Eltern und ihren erkrankten Kindern unterscheidet sich von der Beziehung zu ihren gesunden Kindern hinsichtlich stärker ausgeprägter Manifestation von Ambivalenz, anderer Umgangsstile mit Ambivalenz und geringerer Beziehungszufriedenheit bei gleicher Verbundenheit.

Die einzelnen Aspekte der Beziehungsgestaltung werden anhand verschiedener Variablen operationalisiert, daher sollen auch die entsprechenden Teilhypothesen dargestellt werden.

H1a. Eltern erleben gegenüber ihren psychisch erkrankten Kindern häufiger, intensiver und im sozialen Vergleich häufiger Ambivalenz als gegenüber ihren gesunden Kindern. Des weiteren fühlen sich Eltern durch diese Ambivalenz gegenüber ihren erkrankten Kindern stärker belastet als gegenüber ihren gesunden Kindern. Eltern geben ihren kranken Kindern gegenüber andere ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder an als gegenüber ihren gesunden Kindern.

H1b. Eltern wählen ihren kranken Kindern gegenüber andere Stile im Umgang mit Ambivalenz als gegenüber ihren gesunden Kindern.¹⁷

H1c. Eltern geben an, dass die Beziehung zu ihren erkrankten Kindern seltener ihren Wunschvorstellungen entspricht und weniger erfreulich ist als die Beziehung zu ihren gesunden Kindern. Im Gegensatz dazu fühlen sich Eltern mit ihren erkrankten Kindern gleichermaßen verbunden wie mit ihren gesunden Kindern.

Generationenrolle des Befragten

Eltern und ihre kranken Kinder unterscheiden sich in ihren Rollen und den damit verbundenen Anforderungen, die sich in ungleich ausgeprägten Ambivalenzerfahrungen, spezifischen ambivalenzgenerierenden Themen und Spannungsfeldern, in unterschiedlichen Umgangs-

¹⁷ Der Umgang mit Ambivalenz wird mittels der Umgangsstile Emanzipation, Solidarität, Kaptivation und Atomisierung operationalisiert.

stilen mit Ambivalenz und in der Beziehungsqualität äußern können. Zum einen gehören Eltern und Kinder verschiedenen Generationen an und können somit in der Wahrnehmung und Interpretation von Erlebnissen differieren. Zum anderen übernehmen Eltern die Rolle der Pflegenden (caregiver), während die erkrankten Kinder die Rolle der Gepflegten innehaben. Es ist denkbar, dass die Erkrankung des Kindes die gängige „Generationendifferenz“ deutlicher aufscheinen lässt. Dies könnte das Potential für Ambivalenzerfahrungen erhöhen. Im Sinne von Lazarus (1974) ist anzunehmen, dass die Belastung durch Ambivalenz einerseits von der Einschätzung der Ambivalenz, andererseits von der Einschätzung der eigenen Copingfähigkeiten abhängt. Die Generationen könnten sich in ihren jeweiligen Einschätzungen unterscheiden, was auch zu unterschiedlichen Belastungsniveaus führen könnte. Die Effekte der Rolle, welche eine Person im Generationengefüge innehat, auf ihr Erleben und Gestalten der Beziehung können anhand eines Generationenvergleichs analysiert werden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die **zweite Hypothese**:

Eltern und Kindern unterscheiden sich in ihren gegenseitigen Beziehungen bzgl. der Einschätzung der Manifestation von Ambivalenzerleben, des Umgangs mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität.

H2a. Eltern und Kinder unterscheiden sich bzgl. der Häufigkeit und Intensität von Ambivalenzerleben sowie der Häufigkeit des Ambivalenzerlebens im sozialen Vergleich. Eltern und Kinder fühlen sich durch Ambivalenzerleben in ihren gegenseitigen Beziehungen unterschiedlich stark belastet. Eltern geben bzgl. ihrer Beziehungen zu ihren kranken Kindern andere ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder an als die kranken Kinder bzgl. ihrer Beziehungen zu ihren Eltern.

H2b. Eltern und Kinder wählen in ihren gegenseitigen Beziehungen unterschiedliche Stile im Umgang mit Ambivalenzerleben.

H2c. Eltern und Kinder unterscheiden sich in ihrer Einschätzung, wie wunschgemäß und erfreulich ihre gegenseitigen Beziehungen sind. Eltern und Kinder fühlen sich jedoch gleich eng miteinander verbunden.

Geschlechterrolle des Elternteils

Mütter und Väter unterscheiden sich in ihrem Geschlecht, aber auch in den damit verbundenen Rollen. In der Familie nehmen Mütter und Väter unterschiedliche Aufgaben wahr, auch in Bezug auf die Pflege des kranken Kindes. Daraus könnten sich Unterschiede bzgl. des Ambivalenzerlebens, des Umgangs mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität zu den kranken Kindern ergeben. In den wenigen bisherigen Studien, die Geschlechterunterschiede im Rahmen des Ambivalenzkonzepts und der Beziehungsqualität in Normalfamilien untersucht haben, finden sich Hinweise für einen Unterschied (z.B. Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer & Rasner, 2000; Wilson et al., 2003). Auch in der Belastungsforschung finden sich Hinweise auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern (z.B. May & Lund, 1999). Da aber bisher keine Konzepte und Ergebnisse zu ambivalenzbezogenen Geschlechterunterschieden in dyadischen Beziehungen mit einem psychisch Kranken vorliegen, die das Aufstellen einer Hypothese erlauben, soll dies im Rahmen dieser Forschungsarbeit explorativ geschehen. Die Effekte der Geschlechterrolle, die eine Person innehat, auf ihr Erleben und Gestalten der Generationenbeziehung können anhand eines Geschlechtervergleichs analysiert werden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich folgende **Fragestellung**:

Unterscheiden sich Mütter und Väter in ihren Beziehungen zu ihren erkrankten Kindern bzgl. der Manifestation von Ambivalenzerleben, des Umgangs mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität? Unterscheiden sich die Beziehungen von kranken Kindern zu ihren Müttern hinsichtlich der Manifestation von Ambivalenz, des Umgangs mit Ambivalenz und der Beziehungsqualität von den Beziehungen der kranken Kinder zu ihren Vätern?

F1a. Unterscheiden sich Mütter und Väter in ihren Beziehungen zu ihren kranken Kindern bzgl. der Häufigkeit und Intensität von Ambivalenzerleben sowie der Häufigkeit im sozialen Vergleich? Fühlen sich Mütter und Väter durch Ambivalenz gegenüber ihren erkrankten Kindern unterschiedlich stark belastet? Geben Mütter und Väter ihren kranken Kindern gegenüber verschiedene ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder an? Fühlen sich die erkrankten Kinder ihren Müttern unterschiedlich häufig, intensiv und im Vergleich mit anderen Kindern unterschiedlich häufig hin- und hergerissen als gegenüber ihren Vätern? Ist es für sie unterschiedlich stark belastend, wenn sie gegenüber ihren Müttern oder

Vätern Ambivalenz empfinden? Geben die kranken Kinder unterschiedliche ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder an, je nachdem, ob es sich um die Beziehung zu ihren Müttern oder Vätern handelt?

F1b. Unterscheiden sich Mütter und Väter in ihren Umgangsstilen mit Ambivalenzen? Wählen kranke Kinder gegenüber ihren Müttern und Vätern unterschiedliche Stile im Umgang mit Ambivalenzen?

F1c. Unterscheiden sich Mütter und Väter in ihren Einschätzungen, wie wunschgemäß und erfreulich die Beziehung zu ihren erkrankten Kindern ist, während sie sich gleich eng mit ihren erkrankten Kindern verbunden fühlen? Schätzen die erkrankten Kinder die Beziehungen zu ihren Müttern anders ein als die Beziehungen zu ihren Vätern, wenn es darum geht, wie erfreulich und wunschgemäß diese sind – zeigen jedoch keine Unterschiede, wenn es um die Verbundenheit zwischen ihnen geht?

3 Methode

3.1 Erschließung des Forschungsfeldes und Rekrutierung der Stichprobe

Die methodische Besonderheit der vorliegenden Untersuchung liegt in der Kombination von familiensoziologischer Forschung und klinisch-psychologischem bzw. psychiatrischem Zugang. Uns sind nur wenige Studien bekannt, in denen Patienten *und* deren Angehörige im psychiatrischen Setting untersucht wurden (Cierpka, 1990; Florin et al., 1992; Rosenfarb, Nuechterlein, Goldstein & Subotnik, 2000; Scazufka, Menezes & Kuipers, 2001). In keiner dieser Arbeiten wurden mehr als 41 Familien untersucht. Drei Gründe können angeführt werden, warum dieser interdisziplinäre Ansatz im Allgemeinen den Feldzugang erschwert. Erstens ist die Grundgesamtheit in klinischen Studien per se klein. Dies liegt zum einen an den geringen Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Erkrankungen (siehe auch Abschnitt 2.2.1). Zum anderen befindet sich immer nur ein kleiner Teil der Erkrankten in psychiatrischer Behandlung. Die Rekrutierung muss jedoch über die Psychiatrien erfolgen. Außerdem haben nicht alle Patienten Kontakt zu ihren Eltern, sofern diese noch leben.¹⁸ Zweitens gestaltet sich die Rekrutierung von Personen, die sich in einer problematischen Lebenssituation befinden und zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind, generell sehr schwierig. Drittens gewinnt der Prozess der Felderschließung durch die Zwischenschaltung von therapeutisch Tätigen als vermittelnde Instanzen zwischen Forschern und Befragten zusätzlich an Komplexität.

Die Rekrutierung von Teilnehmern an unserer Studie verlief entsprechend mühsam. Insgesamt belief sich die Dauer auf zwölf Monate, von November 2002 bis einschließlich Oktober 2003. Um Zugang zu möglichen Interviewpartnern zu erlangen, wandten wir uns an zwei psychiatrische Einrichtungen. Der Kontakt erfolgte zum einen über die Schizophrenieforschungsstation eines Zentrums für Psychiatrie im süddeutschen Raum, zum anderen über zwei Stationen einer psychiatrischen Klinik im Schweizer Kanton Thurgau.

Die Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen erforderte die Befragung von Familienmitgliedern, die unterschiedlichen Generationen angehören. So sollten möglichst Mutter

¹⁸ Nach amerikanischen Schätzungen werden etwa 40-60% der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen durch ein Elternteil gepflegt oder wohnen mit den Eltern zusammen (Cook, Cohler, Picket, & Beehler, 1997 im Auftrag des National Institute of Mental Health, NIMH).

und Vater – mindestens aber ein Elternteil – und das erkrankte Kind interviewt werden. Zudem sollten in unsere Befragung nur Familien eingeschlossen werden, deren Kindern eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis zugewiesen worden war und die sich zum Zeitpunkt des Interviews in psychiatrischer Behandlung befanden. Die Patienten sollten zwischen 17 und 35 Jahren alt sein und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen. Den Stationen sollten bestimmte soziodemographische und krankheitsbezogene Daten vorliegen, die in die Erhebung mit einfließen sollten. Im Laufe der Rekrutierungsphase wurde der Altersrange der Patienten von 35 Jahren auf 40 Jahre angehoben und den Eltern angeboten, die Interviews auch bei ihnen zu Hause durchzuführen, wenn der Wohnsitz innerhalb eines Radius von 100 km lag.

Die Rekrutierung verlief in mehreren Phasen. Nach der ersten Kontaktaufnahme mit den obersten Hierarchieebenen der Kliniken wurden wir an die Oberärzte bzw. Leitenden Ärzte der in Frage kommenden Stationen verwiesen. Bei einem persönlichen Treffen in Stationsrunden oder Teamsitzungen wurden die Ärzte und therapeutisch Tätigen über das Vorhaben informiert und ihr Einverständnis zur Kooperation eingeholt. Zudem erhielten sie Informationsmaterial für die Teilnehmer der Studie. Im Falle der Schizophrenie-Forschungsstation ergab sich zusätzlich die Möglichkeit, beobachtend an mehreren Sitzungen der an dieser Station verorteten Angehörigengruppe teilzunehmen, um ein Gespür für die Problematik der Eltern von psychiatrisch behandelten Patienten zu bekommen. Sobald sich ein Patient und dessen Eltern bereit erklärten, an unserer Befragung teilzunehmen, gab der behandelnde Therapeut deren Telefonnummern an uns weiter. Ab diesem Zeitpunkt erfolgten die Terminabsprachen unsererseits mit den Teilnehmern der Studie. Es zeigte sich, dass innerhalb des Klinikaufenthaltes eines Patienten nur ein geringes Zeitfenster zur Verfügung stand, in dem Interviews stattfinden konnten – der Gesundheitszustand des Patienten musste sich soweit stabilisiert haben, dass dieser ausreichend belastungsfähig war, aber er durfte die Klinik noch nicht verlassen haben.

Insgesamt konnten 14 Familien für die Befragung gewonnen werden. Eine Mutter, die zunächst einem Interview zugestimmt hatte, sagte ohne Angabe des Grundes ab. Eine weitere Familie, deren Kind bereits interviewt worden war, stand aufgrund eines Trauerfalls in der Familie nicht zu weiteren Interviews zur Verfügung. Ein Patient hatte dem behandelnden Therapeuten gegenüber Bereitschaft signalisiert, bei Kontaktaufnahme unsererseits jedoch einer Befragung nicht zugestimmt. Ein anderer Patient war, nachdem er selbst befragt worden war, nicht mehr damit einverstanden, dass seine Eltern ebenfalls interviewt werden.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Die 14 Familien, die an der Erhebung teilgenommen hatten, setzen sich aus 38 Einzelpersonen zusammen (14 Mütter, zehn Väter und 14 erkrankte Kinder (zehn Söhne und vier Töchter). Bei vier dieser Familien konnte nur ein Elternteil (die Mutter) erhoben werden, da die Väter entweder zeitlich verhindert (in einem Fall), geschieden (in zwei Fällen) oder verstorben waren. Es konnten Daten zu 89 dyadischen Aussagen gewonnen werden, wobei 62 Aussagen von Eltern gegenüber ihren kranken *und* gesunden Kindern vorliegen und 27 Aussagen von kranken Kindern gegenüber ihren Eltern. Das Durchschnittsalter der befragten kranken Kinder beträgt 24.64 Jahre (SD = 6.83). Diese verfügen durchschnittlich über 10.78 Ausbildungsjahre¹⁹ (SD = 2.36). Die Mütter sind im Durchschnitt 51.93 Jahre alt (SD = 8.64), und ihre mittlere Ausbildungsdauer beträgt 10.50 Jahre (SD = 1.53). Das Durchschnittsalter der Väter beläuft sich auf 55.4 Jahre (SD = 10.08), im Schnitt waren sie 10.9 Jahre (SD = 1.94) in Ausbildung.

Acht der 14 Patienten (57%) hatten im Rahmen des stationären Aufenthaltes die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-Code F20.0) erhalten. Vier Patienten (29%) war eine andere Störung des schizophrenen Formenkreises zugewiesen worden. Darunter sind ein Patient mit der Diagnose schizotype Störung (F21), einer mit einer akuten schizophreniformen psychotischen Störung (F23) und zwei Patienten mit schizoaffektiver Störung (F25). Bei zwei Patienten (14%), stand die Diagnose zum Zeitpunkt der Erhebung nicht genau fest, wobei Verdacht auf eine bipolare affektive Störung vorlag (ICD-Code F3). Diese wurden dennoch in unsere Studie aufgenommen. Bei neun Patienten (64%) war keine zusätzliche Diagnose gestellt worden, vier Patienten (29%) hatten als eine Zusatzdiagnose „Abusus bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ (ICD-10-Code F 10 bzw. F 12) erhalten, ein Patient (7%) hatte mehrere Zusatzdiagnosen bekommen.

Zwölf Patienten (86%) sind zum Zeitpunkt der Untersuchung vollstationär untergebracht, einer (7%) teilstationär und einer (7%) war gerade entlassen worden. Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Ersterkrankung im Durchschnitt 21 Jahre alt (SD = 7.09). Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Patienten zwischen drei und 147 Monaten erkrankt (im Durchschnitt 44.25 Monate). Sechs der 14 Patienten (43%) waren zum ersten Mal, sieben Patien-

¹⁹ Dies entspricht in etwa einem Hauptschulabschluss plus Berufsschule oder Mittlere Reife.

ten (50%) bereits zwei bis vier Mal und ein Patient (7%) mehr als vier Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung.

3.3 Design

Die hier vorgestellte Studie über Ambivalenz in Generationenbeziehungen ist Teil eines größeren Projektes. In diesem werden neben Familien mit schizophrenen erwachsenen Kindern auch Familien mit abhängigkeitserkrankten erwachsenen Kindern untersucht. Die Ergebnisse dieser Stichprobe werden an anderer Stelle dargestellt (Rudorf, in Bearbeitung). Darüber hinaus werden die Befunde beider Stichproben in einer weiteren Arbeit zusammengefasst und zu den Resultaten der Vorgängerstudie von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) in Beziehung gesetzt (Burkhardt, in Bearbeitung).

In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Feldstudie im Querschnitt. Die mittels Selbstbericht erhobenen Daten beschreiben wechselseitige Beziehungen zwischen Familienmitgliedern, die jeweils unterschiedlichen Generationen angehören. Die Besonderheit des gewählten Untersuchungsdesigns besteht darin, dass jeder einzelne Beziehungspartner sowohl über die allgemeinen Familienbeziehungen als auch über die jeweiligen dyadischen Beziehungen befragt wurde. In separat geführten Interviews gaben die Eltern also nicht nur über die Beziehungen zu ihren kranken, sondern auch zu ihren gesunden Kindern Auskunft – und über die Familie als Ganzes. Die erkrankten Kinder wiederum beantworteten Fragen über die Beziehungen zum Vater, zur Mutter und zur Familie als Ganzes. Für jede Familie liegen somit die Beziehungsbeschreibungen *von* mehreren Familienmitgliedern *über* mehrere Familienmitglieder vor. Dieses Vorgehen ermöglicht den Blick auf den Einzelnen, verschiedene generationale Dyaden und die Familie als Ganzes. Die nicht erkrankten Kinder der Familien wurden nicht befragt.

Die Struktur der Datenerhebung ermöglicht den Vergleich von Aussagen verschiedener Gruppen miteinander. So ergibt sich einerseits die Möglichkeit, die Aussagen der Eltern gegenüber ihren *kranken* Kindern mit den Aussagen der Eltern gegenüber den *gesunden Geschwistern* zu vergleichen (Geschwistervergleich). Andererseits können Aussagen der *Elterngeneration* den Aussagen der *Kindergeneration* gegenübergestellt werden (Generationenvergleich). Zudem können die Aussagen von *Müttern* ihren kranken Kindern gegenüber mit den Aussagen der *Väter* ihren kranken Kindern gegenüber verglichen werden (Geschlechtervergleich aus der Elternperspektive). Im Geschlechtervergleich aus der Kinderper-

spektive können schließlich die Aussagen von erkrankten Kindern ihren Müttern gegenüber mit den Aussagen von erkrankten Kindern ihren Vätern gegenüber verglichen werden.

3.4 Instrumente²⁰

In der vorliegenden Studie kamen ein Selbstberichtfragebogen, der in Form eines face-to-face-Interviews angewandt wurde, ein Datenblatt und ein Bogen zur Erhebung der Kinderzahl und Geburtsreihenfolge („separater Kindererhebungsbogen“) zum Einsatz. Die Grundlage des Fragebogens bildete ein von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke und Böhmer (2000) entworfenes Instrument, das zur Erfassung der Manifestation von Ambivalenz (1), des Umgangs mit Ambivalenz (2), der Beziehungsqualität (3) und soziodemographischer Daten (4) von Eltern-Kind-Beziehungen nicht-klinischer Familien entwickelt wurde (vgl. Ambivalenzmodell von Lüscher, 2004, Kap. 2.1.3). Über die psychometrische Validität des Instruments liegen keine Angaben vor. Ein vergleichbares Instrument existierte bisher noch nicht. Für den Einsatz des Instruments in einer Befragung von klinischen Familien musste der Fragebogen den entsprechenden Erfordernissen angepasst werden. Hierzu wurden speziell die Fragen ausgewählt, die sich in einer vorherigen Studie (Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer & Rasner, 2000) besonders bewährt hatten und auch für unsere Stichprobe geeignet waren. So wurden von ursprünglich 63 Fragen 31 übernommen, deren Formulierungen zum Teil geringfügig verändert wurden. Neun Fragen sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur, in denen die Erkrankung des Kindes im Vordergrund stand, wurden neu konstruiert.

Der entstandene Fragebogen setzt sich demnach aus 40 Fragen zusammen. Er liegt, wie die Version von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) auch, in einer Eltern- und einer Kinderversion vor, die sich in Inhalt und Aufbau nur geringfügig unterscheiden. Damit ist es jedoch möglich, die Fragen und Antworten generationenspezifisch zu formulieren und den unterschiedlichen Perspektiven 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 allein konzeptionell-inhaltlicher Natur, Teil C widmet sich vor allem soziodemographischen Angaben. Teil B

²⁰ In einem Materialienband finden sich die Fragebogenversionen, die in der Studie zum Einsatz kamen sowie das Datenblatt für die Patienten, der separate Kindererhebungsbogen, die Informationen an die Teilnehmer der Studie (inkl. Einverständniserklärung) und der Kodierleitfaden.

wird pro Interviewpartner mehrmals durchgegangen, um jede mögliche Beziehungsdyade zwischen Eltern und Kindern zu erfassen.

Zusätzlich zu Teil C kommen ein *separater Kindererhebungsbogen* sowie ein vom zuständigen Therapeuten auszufüllendes Datenblatt zum Einsatz. Der Kindererhebungsbogen wird verwendet, um Informationen über die Anzahl der Kinder, die Geburtsreihenfolge und deren Wohnort zu erhalten. Im *Datenblatt* werden krankheitsbezogene und soziodemographische Informationen über das erkrankte Kind erhoben.²¹ Zu jedem Interviewteil wurden jeweils die entsprechenden Antwortmöglichkeiten auf Listen vorgelegt, damit die Interviewteilnehmer diese nicht nur hörten, sondern auch vor Augen hatten.

Inhaltlich umfasst die Erhebung mittels Fragebogen, Kindererhebungsbogen und Datenblatt folgende Themengebiete: 1. Manifestation von Ambivalenz, 2. Umgang mit Ambivalenz, 3. Qualität der Beziehung, 4. Soziodemographische Daten, 5. krankheitsbezogene Daten, 6. Expressed Emotion und Ambiguitätstoleranz. Von den Themengebieten 1-5 gingen nur ausgewählte Fragen in die hier dargestellte Analyse ein, das sechste Themengebiet ist nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Tabelle 2 gibt einen Überblick über ausgewählte Inhalte des Fragebogens und deren Operationalisierung.

²¹ Diese Form wurde gewählt, weil es sinnvoll erschien, die Interviewdauer mit Patienten nicht noch zusätzlich zu erhöhen und sie mit eventuell zum Zeitpunkt der stationären Behandlung belastenden Fragen nach Schule, Wohnort etc. zu konfrontieren. Die Fragen im Datenblatt zur Soziodemographie entsprachen im wesentlichen dem C-Teil des Elternfragebogens. Zusätzlich erhoben wurden der Wohnsitz des Patienten und Informationen über die Eltern (ob es sich um die leiblichen oder „sozialen“ Eltern – z.B. Stiefeltern – handelt). Die krankheitsbezogenen Fragen des Datenblattes bezogen sich auf die Anzahl an Behandlungsaufenthalten des Patienten, den Zeitpunkt der Ersterkrankung sowie ein Rating der positiven, negativen und allgemeinsychopathologischen Symptomatik („Positive and Negative Symptom Scale“, PANNS, Kay, 1991).

Tabelle 2 Ausgewählte Inhalte des Fragebogens und deren Operationalisierung

Manifestation von Ambivalenz	Umgang mit Ambivalenz
Häufigkeit (direkt erfragt) ²	Solidarität ⁵
Intensität (indirekt erfragt) ³	Emanzipation ⁶
Belastung durch Ambivalenz	Kaptivation ⁷
Qualitative Frage ⁴	Atomisierung ⁸

Beziehungsqualität	Soziodemographische Daten
Verbundenheit	Alter
Wunschgemäßheit	Bildungsstatus
Erfreulichkeit	Religion

Die *Manifestation von Ambivalenz* wird, bis auf die qualitative (offene) Frage, mittels 4- bzw. 5-Punkt-Likert-Skalen erhoben, wobei kleinere Werte eine höhere Ambivalenz zeigen. Hierbei wurden die Häufigkeit und Intensität von Ambivalenzerfahrungen sowie die Belastung durch Ambivalenz erhoben. Beim zweiten inhaltlichen Thema – dem *Umgang mit Ambivalenz* – sollen Aussagen den Polen der personalen und institutionalen Dimensionen der Beziehungsgestaltung (Konvergenz bzw. Divergenz und Innovation bzw. Reproduktion) zugeordnet werden. Ebenso sollen Aussagen den Umgangsstilen Emanzipation, Solidarität,

² „Wie häufig sind Sie gegenüber ... hin- und hergerissen?“ (1 = sehr oft bis 5 = nie)

⁵ „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“

³ Bewertung der Beziehung auf (gegensätzlichen) positiven und negativen Attributen (z.B. warmherzig, oberflächlich, etc. mittels Likert-Skala von 1 = trifft voll und ganz zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu)

⁶ „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und ... trotzdem nahe zu sein.“

⁷ „Ich fühle mich verpflichtet zu tun was .. will, gehe ... aber aus dem Weg.“

⁴ „In welchen Situationen fühlen Sie sich gegenüber ... hin – und hergerissen?“

⁸ „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von ... entferne.“

Kaptivation und Atomisierung zugeordnet werden, welche die vier Grundtypen der Gestaltung von Generationenbeziehungen darstellen (vgl. Kap. 2.1.3).

Im dritten Themengebiet wird die *Qualität der Beziehungen* behandelt. Operationalisiert wird diese anhand folgender Aspekte: wie wunschgemäß und erfreulich ist die jeweilige Beziehung und wie verbunden fühlt sich der Interviewpartner mit dem Gegenüber. Im vierte Themenbereich wird mit Hilfe des IMA-40⁹ von Reis (1996) die *Ambiguitätstoleranz* erfasst. Außerdem wurden Auszüge aus einem Instrument zur Erfassung von *Expressed Emotion* von Kronmüller et al. (FEIWK¹⁰, 2001) in den Fragebogen integriert. Den Abschluss bildet die Erhebung *soziodemographischer Daten* (Alter, Bildungsgrad, Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit, beruflicher Status, Soziales Netzwerk/soziale Unterstützung, Religion, Wohnort).

3.5 Durchführung

Zu Beginn des jeweiligen Interviews wurde der Teilnehmer über den Zweck des Interviews und den Datenschutz aufgeklärt. Eine Einverständniserklärung (siehe Materialienband) wurde sowohl vom Teilnehmer als auch von der Interviewerin unterschrieben. Nachdem der Aufbau der Fragen erklärt worden war, wurden entsprechende Antwortlisten zu den Fragen vorgelegt, damit der Befragte diese immer vor Augen hatte. Die Fragen wurden nacheinander von der Interviewerin vorgelesen, die auch die jeweilige Antwort ankreuzte. Die dyadischen Fragen aus dem B-Teil wurden mehrmals hintereinander durchgegangen, so dass die Aussagen der Eltern zu jedem ihrer Kinder bzw. die Aussagen der kranken Kinder sowohl bzgl. ihrer Mütter als auch ihrer Väter erfasst werden konnten. Im Durchschnitt dauerte ein Interview mit den Patienten eine Stunde, mit den Eltern je nachdem, zu wie vielen Kindern sie Auskunft gaben, bis zu zwei Stunden.

Alle Eltern- und Kinderinterviews wurden bis auf vier Ausnahmen auf den jeweiligen Psychiatriestationen durchgeführt, in denen die Patienten zum Zeitpunkt des Interviews untergebracht waren. Ein Patient wurde in einer betreuten Wohngemeinschaft befragt, in die er kurz zuvor entlassen worden war, ein anderer in einem Büro der Universität Konstanz. Ein Vater und eine Mutter wurden an ihren jeweiligen Wohnorten aufgesucht. Fünf der 38 Inter-

⁹ Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz

¹⁰ „Familiäre emotionale Involviertheit und die Wahrgenommene Kritik“

views wurden von Carolin Brand durchgeführt, die restlichen von Amelie Burkhardt. Die Interviews fanden in einem Zeitraum von insgesamt sieben Monaten statt (von Ende Januar bis Ende August 2003). Durch die schwierige Rekrutierung lagen manchmal mehrere Wochen zwischen der Befragung einzelner Familien, daher belief sich der durchschnittliche Zeitraum zwischen den einzelnen Interviews auf 16 Tage.

3.6 Datenanalyse

Zur Auswertung der Daten wurde das Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 11.0) herangezogen. Die Grundauszählung erfolgte mittels Kreuztabellen. Hierfür wurde ein vertikaler Datensatz erstellt. Primäres Ziel der Auswertung war, die Aussagen verschiedener Gruppen miteinander zu vergleichen. Diese Gruppen setzten sich jeweils aus Mitgliedern derselben Familien zusammen. So sollten z.B. die Aussagen der *Mütter* mit den Aussagen der *Väter* verglichen werden. Das heißt, es bestand ein eindeutiges Zuordnungsprinzip – die Zugehörigkeit zu einer Familie – zwischen den beiden Gruppen, somit waren diese als abhängig anzusehen und entsprechende statistische Testverfahren heranzuziehen, um die Vergleichbarkeit der Gruppen zu überprüfen.

Die Gruppen wurden bzgl. folgender Merkmale verglichen: 1.) Manifestation von Ambivalenz, direkt und indirekt erhoben; 2.) ambivalenzgenerierende Themen und Spannungsfelder (offene Frage); 3.) Umgang mit Ambivalenz und 4.) Beziehungsqualität. Das Hauptaugenmerk dieser Forschungsarbeit liegt auf dem Vergleich der Einschätzungen der Beziehungen zwischen den Eltern und ihren Kindern und nicht auf dem Vergleich der Einschätzungen der Familie. Daher flossen aus dem Fragenpool des Erhebungsinstruments nur dyadische Aussagen in die Analyse mit ein.

Der Wilcoxon matched-paired signed rank-Tests (Wilcoxon Vorzeichen-Rangtest) wurde verwendet, um die Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der direkt erfragten Ambivalenz und der Beziehungsqualität auf Signifikanz zu überprüfen. Dieses nicht-parametrische Verfahren für zwei abhängige Stichproben wurde herangezogen, um der geringen Stichprobengröße (N = 14 Familien) gerecht zu werden. Außerdem wurde für die mittels 4- bzw. 5-Punkt-Likert-Skalen erhobenen Daten Intervallskalierung, aber keine Normalvertei-

lung angenommen. Das a priori Alpha-Niveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt.²² Im Geschwistervergleich wurden die Angaben der Mütter bzw. Väter gegenüber ihren gesunden Kindern gemittelt, um jeweils genau einen Vergleichswert zu den Aussagen gegenüber den kranken Kindern zu haben.

Die indirekte Ambivalenz wurde mittels verschiedener Attribute zur Beschreibung von Beziehungen erfasst (z.B. warmherzig, kühl, vertraut, offen für Neues). Diese bildeten die vier Pole (Konvergenz, Divergenz, Reproduktion und Innovation) des Ambivalenzmodells von Lüscher (2004) ab. Die Interviewpartner 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 beschrieb. Die Zustimmung zu einander gegenüberliegenden Polen wird als Ambivalenz aufgefasst. Da diese Attribute von den Interviewpartnern inhaltlich verschieden wahrgenommen werden können, musste zunächst herausgefunden werden, *welche Attribute* von den Interviewpartnern *welchen Polen* zuzuordnen wurden. Dazu wurden Einschätzungen der Befragten zu den Attributen einer Faktorenanalyse unterzogen. Die Analyse wurde als Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation für die Gesamtstichprobe und über alle Dyadenformen gerechnet. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sind in Tabelle 3 dargestellt.

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, und diejenigen mit negativer Korrelation einen anderen. Diese Summenscores entsprechen den Polen der personalen Dimension Konvergenz (positive Korrelationen) bzw. Divergenz (negative Korrelationen). Die entstandenen Summenwerte wurden zur Berechnung des indirekten Ambivalenzmaßes in eine von Griffin vorgeschlagene Formel²³ (Thompson, Zanna & Griffin, 1995) eingesetzt. Diese wird gegenwärtig – obwohl kritisch diskutiert – häufig verwendet (vgl. Wilson et al., 2003), um aus Bewertungen gegensätzlicher Attribute ein Maß für Ambivalenz zu konstruieren (vgl. die Darstellung bei Lettke, 2002). Für jede Aussage wurde so ein Ambivalenzmaß berechnet. Die Un-

²² Die jeweiligen a posteriori Alpha-Niveaus wurden ebenfalls berechnet. Sie werden im Ergebnisteil an den entsprechenden Stellen präsentiert.

²³ $A = (P+N)/2 - |P-N|$

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

terschiede zwischen den Gruppen bzgl. dieser Maße wurden ebenfalls mittels Wilcoxon matched-paired signed rank-Tests (Wilcoxon Vorzeichen-Rangtest) auf Signifikanz überprüft.

Tabelle 3 Rotierte Komponentenmatrix ohne Einschränkung der Faktoranzahl

Attribute	Faktor		
	1	2	3
liebevoll	,809		
warmherzig	,807		
vertraut	,677		
oberflächlich	-,677		
lose	-,647		
kühl	-,622		
gleichgültig	-,607		
fürsorglich	,570		
beflügelnd		,803	
anregend		,754	
abwechslungsreich		,656	
offen für Neues		,520	
erdrückend			,712
eingefahren			,690
unflexibel			,605

Anmerkungen. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Die Antworten der Befragten auf die offene Frage bzgl. ambivalenzgenerierender Situationen wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 1996) ausgewertet. Da unsere Fragestellung darauf abzielte, Themen und Situationen zu ermitteln, die von den Befragten als ambivalenzgenerierend eingeschätzt wurden, wählten wir als Auswertungsstrategie Häu-

figkeitsanalysen. Diese haben zum Ziel, bestimmte Elemente des Materials auszuwählen und in ihrer Häufigkeit mit dem Auftreten anderer Elemente zu vergleichen. Die Kategoriebildung wurde zum einen von der Theorie – der Konzeption von Ambivalenz im Anschluss an Lüscher (2004) – zum anderen von der Auseinandersetzung mit dem Material geleitet. Uns interessierten einerseits Themen, die von den Befragten mit dem Erleben von Ambivalenz in Verbindung gebracht wurden, andererseits konkrete Spannungsfelder, innerhalb derer Ambivalenz erlebt wird.

Die Kategorien wurden gebildet, indem drei Personen (A. Burkhardt, C. Brand und S. Rudolf) unabhängig voneinander die Antworten aller Befragten nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten durchgingen. In mehreren aufeinander aufbauenden Diskussionen wurde konsensuell ein System an Unter- und Oberkategorien definiert, das die Gesamtheit des Materials abbilden sollte. Der so entstandene Kodierleitfaden findet sich im Materialienband. Um eine Grundlage für die Auszählung zu erhalten wurden die schriftlich fixierten Antworten der Befragten in Analyseeinheiten zerlegt. Unter einer Analyseeinheit versteht man die Texteinheit, die einer Kategorie zugeordnet werden kann. Die Zerlegung in Analyseeinheiten folgte rein inhaltlichen Gesichtspunkten. Die Aussagen wurden so zerlegt, dass eine Analyseeinheit nur einer Kategorie zugeordnet werden konnte. Jede inhaltlich neue Aussage innerhalb einer Antwort der Befragten, auch wenn sie nur aus einem Wort oder Halbsatz bestand, wurde zu einer neuen Analyseeinheit.

Nach der konsensuellen Definition von Ober- und Unterkategorien wurden Ausschnitte aus dem Material probecodiert und anschließend die Kategorien ein letztes Mal überarbeitet. Danach wurde das gesamte Material unter Verwendung des Kodierleitfadens von zwei Personen durchgearbeitet. In einem weiteren Schritt wurden die Zuordnungen beider Rater miteinander verglichen und die Interraterreliabilität (Kappa) ermittelt. Die Häufigkeiten der Nennungen der Kategorien wurden mittels Kreuztabellen berechnet. Die Gruppen werden hinsichtlich der Häufigkeiten der Nennungen der Kategorien auf rein deskriptiver Ebene verglichen.

Die Umgangsstile werden ebenfalls deskriptiv ausgewertet, da die Voraussetzungen für den χ^2 - und Vorzeichenstest nicht erfüllt sind. Die Häufigkeiten wurden ebenso mittels Kreuztabellen berechnet.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie kurz zusammengefasst, eine detailliertere Darstellung folgt im Anschluss. Zunächst werden die Ergebnisse des Geschwistervergleichs, dann des Generationenvergleichs und abschließend des Geschlechtervergleichs präsentiert.

Zusammenfassung der Ergebnisse. Im Geschwistervergleich zeigen sich sowohl bei Müttern als auch bei Vätern in fast allen erhobenen Variablen signifikante Unterschiede bzgl. der Manifestation von Ambivalenz. Im Gegensatz dazu wählen sie keine unterschiedlichen Umgangsstile. Mütter sind mit den Beziehungen zu ihren gesunden Kindern signifikant zufriedener als mit den Beziehungen zu ihren kranken Kindern, fühlen sich mit beiden aber gleichermaßen verbunden. Bei Vätern finden sich diesbezüglich keine Unterschiede.

Im Generationenvergleich finden sich in Bezug auf die Manifestation von Ambivalenz keine signifikanten Unterschiede zwischen den Eltern und ihren kranken Kindern. Dagegen zeichnen sich bei den Formen des Umgangs mit Zwiespältigkeiten Unterschiede ab. Die Einschätzung der Beziehungsqualität der Mütter unterscheidet sich von der Einschätzung der kranken Kinder. Bei Vätern finden sich hier keine Unterschiede.

Im Geschlechtervergleich finden sich bzgl. der Manifestation von Ambivalenz keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Eltern, weder aus Eltern- noch aus Kinderperspektive. Es scheint jedoch auf, dass emotionale Aspekte der Generationenbeziehungen in Mütter und gegenüber Müttern wichtige ambivalenzgenerierende Themen darstellen, die sich auch in den Spannungsfeldern äußern. Mütter und Väter wählen keine unterschiedlichen Stile im Umgang mit Ambivalenz. Kinder wählen ihren Müttern gegenüber eher einen solidarischen Umgang, während sie den Vätern gegenüber eher emanzipatorische Formen des Umgangs mit Ambivalenz wählen. Die Beziehungsqualität von und gegenüber Müttern unterscheidet sich nicht von der Beziehungsqualität von und gegenüber Vätern.

4.1 Geschwistervergleich

Im Geschwistervergleich werden die Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken Kindern mit den Aussagen gegenüber ihren gesunden Kindern verglichen. Dabei wird in den meisten Vergleichen zwischen Müttern und Vätern unterschieden. Zunächst werden die Aussagen in

Bezug auf die Manifestation von Ambivalenz untersucht, dann werden sie hinsichtlich des Umgangs mit Ambivalenz auf Unterschiede getestet, schließlich werden sie bzgl. der Beziehungsqualität miteinander verglichen.

4.1.1 Manifestation von Ambivalenz

Die Manifestation von Ambivalenz wird mittels folgender Variablen operationalisiert: a) Häufigkeit von Ambivalenz, b) Intensität des Ambivalenzerlebens, c) Häufigkeit von Ambivalenz im Vergleich mit anderen Eltern und d) Belastung durch Ambivalenz.

Mütter. Das Ambivalenzerleben der Mütter gegenüber ihren psychisch erkrankten Kindern unterscheidet sich in fast allen gemessenen Variablen hoch signifikant vom Ambivalenzerleben gegenüber ihren gesunden Kindern. Beispielsweise sind Mütter ihren kranken Kindern gegenüber (Median [Mdn] = 3.00, Quartilsabstand [QA] = 1.75) hoch signifikant häufiger hin- und hergerissen als gegenüber ihren gesunden Kindern (Mdn = 4.00, QA = 1.63, $n = 12-3$, $z = -2.40$, $p = .008$, einseitig). Im Gegensatz dazu sind Ambivalenzerlebnisse gegenüber den kranken Kindern (Mdn = 0.25, QA = 1.22) nicht von größerer Intensität geprägt als gegenüber gesunden Kindern (Mdn = 0.38, QA = 2.23, $n = 12-2$, $z = -0.20$, $p = .419$, einseitig). Die Mediane, z- und p-Werte aller Variablen sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Anhand der Häufigkeitsauszählung, die in Anhang I einzusehen ist (Fragen 13, 15 und 19), können die Unterschiede zwischen den Gruppen veranschaulicht werden. Etwa jede fünfte Mutter (21%) fühlt sich ihrem kranken Kind gegenüber sehr häufig oder häufig hin- und hergerissen; ihren gesunden Kindern gegenüber empfindet jede siebte Mutter (14%) sehr häufig oder häufig Ambivalenz. 54% der Mütter geben an, dass es sehr belastend für sie sei, wenn sie sich gegenüber ihrem kranken Kind hin- und hergerissen fühlen. Gegenüber ihren gesunden Kindern zwiespältig zu sein, empfinden hingegen nur 11% als sehr belastend. Die Mehrheit (54%) glaubt, sich ihren kranken Kindern gegenüber häufiger hin- und hergerissen zu fühlen als andere Eltern. In Bezug auf die gesunden Kinder nehmen 55% der Mütter an, seltener ambivalent zu sein als andere Eltern.

Tabelle 4: Manifestation von Ambivalenz: Unterschiede der Aussagen der Mütter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Mütter – kranke Kinder	Mütter – gesunde Kinder		
Häufigkeit von Ambivalenz ^b	12-3	3.00 (1.75)	4.00 (1.63)	- 2.40	.008**
Intensität von Ambivalenz ^c	12-2	0.25 (1.22)	0.38 (2.23)	- 0.20	.419
Belastung durch Ambivalenz ^d	10-3	1.50 (1.00)	2.50 (1.13)	- 2.375	.009**
Häufigkeit von Ambivalenz im Ver- gleich mit anderen Eltern ^e	12-2	1.00 (1.00)	2.50 (1.00)	- 2.70	.004**

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = Z-Wert. p = einseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto häufiger (1 = sehr oft bis 5 = nie). ^c Je größer der Wert, desto intensiver. ^d Je kleiner der Wert, desto belastender (1 = sehr belastend bis 5 = überhaupt nicht belastend). ^e Je kleiner der Wert, desto häufiger (1 = häufiger, 2 = gleich häufig, 3 = seltener).

**p ≤ .01

Väter. Hinsichtlich der Manifestation von Ambivalenz finden sich zwischen den Aussagen der Väter ihren kranken bzw. gesunden Kindern gegenüber in fast allen erhobenen Variablen signifikante Unterschiede. Väter sind beispielsweise ihren kranken Kindern gegenüber (Mdn = 3.00, QA = 3.00) signifikant häufiger hin- und hergerissen als gegenüber ihren gesunden Kindern (Mdn = 4.00, QA = 1.50, n = 9-2, z = -1.69, p = .05, einseitig). Im Gegensatz dazu werden Ambivalenzerlebnisse gegenüber den kranken Kindern (Mdn = 0.88, QA = 2.31) nicht signifikant intensiver empfunden als gegenüber den gesunden Kindern (Mdn = 0.13, QA = 1.63, n = 9-0, z = -1.55, p = .06, einseitig). Die Ergebnisse der einzelnen Variablen finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Manifestation von Ambivalenz: Unterschiede der Aussagen der Väter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Väter – kranke Kinder	Väter – gesunde Kinder		
Häufigkeit von Ambivalenz ^b	9–2	3.00 (3.00)	4.00 (1.50)	- 1.69	.05*
Intensität von Ambivalenz ^c	9–0	0.88 (2.31)	0.13 (1.63)	- 1.55	.06
Belastung durch Ambivalenz ^d	6–1	1.50 (1.25)	3.00 (1.63)	- 2.06	.02*
Häufigkeit von Ambivalenz im Vergleich mit anderen Eltern ^e	9–3	2.00 (2.00)	2.50 (1.00)	- 2.01	.02*

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = Z-Wert. p = einseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^c Je größer der Wert, desto intensiver. ^d Je kleiner der Wert, desto belastender. ^e Je kleiner der Wert, desto häufiger.

*p ≤ .05

Die Häufigkeitsauszählung der in den Vergleich eingegangenen Variablen (siehe Anhang I, Fragen 13, 15, 19) verdeutlicht die unterschiedliche Einschätzung der Väter in Bezug auf ihre kranken bzw. gesunden Kinder. Jeder fünfte Vater fühlt sich seinem kranken Kind gegenüber sehr oft hin- und hergerissen, während sich kein Vater seinen gesunden Kindern gegenüber sehr oft hin- und hergerissen fühlt. 75% aller Väter geben an, dass es sehr belastend oder belastend für sie sei, wenn sie sich gegenüber ihrem kranken Kind hin- und hergerissen fühlen. Im Gegensatz dazu geben 73% an, dass es weniger bis gar nicht belastend sei, wenn sie gegenüber ihren gesunden Kindern Ambivalenz empfinden. Die Hälfte glaubt, sich ihren kranken Kindern gegenüber häufiger hin- und hergerissen zu fühlen als andere Eltern. Bezüglich der gesunden Kinder nimmt dies keiner an.

Für beide Elternteile ergibt sich ein ähnliches Bild: sowohl Mütter als auch Väter fühlen sich gegenüber ihren kranken Kindern signifikant häufiger hin- und hergerissen und empfinden dies auch als belastender. Beide glauben, dass sie im Vergleich mit anderen Eltern gegenüber ihren kranken Kindern signifikant häufiger Ambivalenz empfinden als gegenüber ihren gesunden Kindern. Das indirekte Ambivalenzmaß, das die Intensität von Ambivalenz angibt, lässt keine Unterschiede bzgl. des Ambivalenzerlebens zwischen kranken und gesunden Kindern erkennen.

Qualitative Frage bzgl. Ambivalenz. Im Folgenden soll in aller Kürze zunächst das Kategorienschema dargestellt werden, das die Grundlage für die Häufigkeitsauszählung der qualitativen Frage bildete. Im Materialienband kann der Kodierleitfaden eingesehen werden, in dem die Definitionen der Kategorien, die Kodierregeln und Ankerbeispiele sowie die Tabelle zur Häufigkeitsauszählung enthalten sind. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse des Geschwistervergleichs aufgeführt. In dieser offenen Frage wurde nach Situationen gefragt, in denen sich die Interviewpartner gegenüber einer anderen Person hin- und hergerissen fühlen. Einerseits interessierte die Thematisierung von Unterschieden zwischen den Generationen, Formen der Beziehungsgestaltung und Gefühlen in der Generationenbeziehung, die von den Befragten mit dem Erleben von Ambivalenz in Verbindung gebracht werden. Andererseits wurde auf die explizite Nennung von Spannungsfeldern geachtet, zwischen denen sich die Interviewpartner in Bezug auf die Beziehungsgestaltung hin- und hergerissen fühlen.

Insgesamt konnten die Aussagen der Eltern und Kinder in 144 Analyseeinheiten (AE) aufgeteilt werden. Von diesen waren 22 (15%) nicht kategorisierbar. Die verbleibenden 122 AE wurden den im Kategoriensystem definierten Unterkategorien zugeordnet, die wiederum zu Oberkategorien zusammengefasst werden können. Es ergab sich eine Interraterreliabilität (Kappa) von $\kappa = .939$. In Tabelle 6 sind die Oberkategorien mit den entsprechenden Unterkategorien sowie die Spannungsfelder dargestellt.

Tabelle 6: Ober- und Unterkategorien des Auswertungsschemas der qualitativen Frage

Oberkategorie	Unterkategorie
Unterschiede zwischen den Generationen	<p>Psychische Erkrankung: Aussagen, die sich eindeutig auf die Erkrankung des Kindes beziehen, z.B.: „Krankheit“, „Symptome“ etc.</p>
	<p>Fremdheit: Unverständnis oder ein Gefühl der Fremdartigkeit, z.B.: „Es ist ihr Leben [...], aber wir begreifen es nicht.“</p>
	<p>Meinungsverschiedenheiten: nicht näher spezifizierte Meinungsverschiedenheiten, z.B.: „Wenn er eine andere Meinung hat als ich, dann fühle ich mich schon hin und hergerissen.“</p>
Gestaltung der Generationenbeziehung	<p>Lebensführung: Themen, die das alltägliche Leben, die Lebensführung betreffen, z.B.: „Studienabbruch“</p>
	<p>Gegenseitiger Einfluss: Thema der Beeinflussung des Beziehungspartners, z.B.: „Wenn mein Vater Druck ausübt. Wenn er über mich bestimmen will.“</p>
	<p>Tätige Pflege: Es geht um tätige Pflege bzw. um die Situation des Gepflegtwerdens, z.B.: „da ist irgendwie die Pflege gut, aber da herauskommen ist schwierig, das ist irgendwie hin- und hergerissen zwischen gut und schlecht.“</p>
	<p>Rückzug/Distanzierung: Themen des Rückzugs, der Distanzierung, der Abgrenzung in der Beziehung zum generationalen Gegenüber, z.B.: „Der psychisch Kranke ist abweisend, lässt Nähe nicht zu, das hat mir gefehlt.“</p>

Emotionen in der Generationenbeziehung	<p>Schuld und Vorwürfe: Schuld (entweder die eigene, oder die dem generationalen Gegenüber zugesprochene) oder man sieht sich selbst Vorwürfen ausgesetzt oder macht dem anderen Vorwürfe, z.B.: „„Bei Schuldzuweisungen ihrerseits, Vorwurfshaltungen““</p> <p>Angst und Sorgen: z.B.: „Aber in seinen Augen sehe ich, dass er sich Sorgen macht.“</p> <p>Wut, Ärger, Aggression: z.B.: „ Ich könnte sie an die Wand klatschen.“</p> <p>Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft: Äußerungen, die den Verlust einer vorherseh- und beeinflussbaren Zukunftsperspektive zum Inhalt haben, z.B.: „Ich weiß nicht, wie das weitergehen soll.“</p> <p>Mangelnde Verlässlichkeit, fehlendes Vertrauen: Unsicherheit auf die Verlässlichkeit der Beziehung, Vertrauen und Enttäuschung als wichtige Stichworte, z.B.: „dass er uns im Stich gelassen hat“</p> <p>Loyalitätskonflikte: Äußerungen, die Konflikte mit einer über die dyadische Beziehung hinausgehenden dritten Bezugsperson oder Partei darstellen, z.B.: „Ich fühle mich zwischen Mutter und Vater hin- und hergerissen, dass mir die Mutter oder der Vater lieber ist.“</p>
Spannungsfeld 1: Ebene des Handelns	<p>Autonomie vs. Kontrolle: z.B.: „Hin- und Hergerissensein zwischen machen lassen und sich einmischen.“</p>
Spannungsfeld 2: Ebene des Fühlens	<p>Nähe vs. Distanz: z.B.: Ich liebe sie und könnte sie an die Wand klatschen.“</p>
Spannungsfeld 3: Ebene des Denkens	<p>Akzeptanz vs. Ablehnung: z.B.: „Ich frage mich immer: wo muss man Verständnis haben, was ist weniger zu entschuldigen?“</p>

Die Häufigkeitsauszählung der qualitativen Frage weist auf tendenzielle Unterschiede zwischen den Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken vs. ihren gesunden Kindern hin. In Tabelle 7 sind die Häufigkeiten der Oberkategorien aufgeführt. In beiden Gruppen gibt die Mehrheit der Eltern an, sich vor allem in Bezug auf erlebte Unterschiede zwischen sich und ihren Kindern hin- und hergerissen zu fühlen (44% bzgl. der kranken Kinder bzw. 54% in Bezug auf die gesunden Kinder). Werden jedoch die Unterkategorien näher betrachtet (siehe Anhang II, Tabelle II.1), zeigt sich, dass gegenüber den kranken Kindern vor allem Unterschiede im Vordergrund stehen, die auf die psychische Erkrankung (21% aller AE) und wahrgenommene Fremdheit des Kindes (15% aller AE) zurückgeführt werden. In Bezug auf die gesunden Kinder geht es hauptsächlich um die Lebensführung des Kindes (22% aller AE) und Meinungsverschiedenheiten (15% aller AE).

Die Gestaltung der Beziehung als ambivalenzgenerierendes Thema wird häufiger in Bezug auf die kranken Kinder (38%) als bzgl. der gesunden Kinder (22%) genannt (siehe Tabelle 7). Gegenüber den kranken Kindern lösen vor allem Themen über den gegenseitigen Einfluss (17% aller AE) und den Rückzug bzw. die Distanzierung (17% aller AE) in den Eltern Zwiespalt aus (siehe Anhang II, Tabelle II.1).

Tabelle 7: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien): Unterschiede der Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern

Oberkategorie	Aussagen der Eltern gegenüber ihren	
	kranken Kindern n = 48 AE	gesunden Kindern n = 46 AE
Unterschiede zwischen den Generationen	44% (21)	54% (25)
Gestaltung der Generationenbeziehung	38% (18)	22% (10)
Emotionen in der Generationenbeziehung	19% (9)	24% (11)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

Insgesamt werden von den Eltern 13 explizite Spannungsfelder genannt, die in Anhang II, Tabelle II.2 dargestellt sind. Elf davon werden in Bezug auf die erkrankten Kinder erwähnt, nur zwei Nennungen finden sich in den Beziehungsbeschreibungen wieder, die auf die gesunden Kinder bezogen sind. Gegenüber den kranken Kindern wird in fast der Hälfte der Fälle (45%) von Spannungen zwischen den Polen Autonomie und Kontrolle berichtet. Ebenso werden Spannungen zwischen Nähe und Distanz thematisiert (36%). Am seltensten (18%) werden Akzeptanz und Ablehnung als Spannungsfeld beschrieben. In Bezug auf die gesunden Kinder wird einmal das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Kontrolle aufgespannt (50%) und einmal zwischen Akzeptanz und Ablehnung (50%).

4.1.2 Umgang mit Ambivalenz

Der Umgang mit Ambivalenz gestaltet sich in den Beziehungen der Eltern zu ihren kranken bzw. gesunden Kindern sehr ähnlich. In Tabelle 8 sind die Häufigkeiten der gewählten Umgangsstile detailliert dargestellt. Emanzipation wird als häufigster Umgangsstil angegeben (in etwa 60% der Fälle), gefolgt von Solidarität (ca. 30%). Atomisierung wird in wenigen Fällen genannt, wobei gegenüber den gesunden Kindern dieser Umgangsstil häufiger gewählt wird als gegenüber den kranken Kindern (13 % vs. 5%).

Tabelle 8: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz: Unterschiede der Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken und gesunden Kindern

Umgangsstil	Umgangsstile der Eltern gegenüber ihren	
	kranken Kindern n = 21	gesunden Kindern n = 30
<i>Emanzipation</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und ... trotzdem nahe zu sein.“	62% (13)	57% (17)
<i>Solidarität</i> : „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“	33% (7)	30% (9)
<i>Atomisierung</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von ... entferne.“	5% (1)	13% (4)
<i>Kaptivation</i> : „Ich fühle mich verpflichtet zu tun was .. will, gehe ... aber aus dem Weg.“	0	0

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben.

4.1.3 Beziehungsqualität

Die Beziehungsqualität wird mittels drei Variablen erhoben: a) Verbundenheit mit dem dyadischen Partner, b) Häufigkeit der Übereinstimmung der Beziehung mit den Wunschvorstellungen und c) Erfreulichkeit der Beziehung.

Mütter. Die Zufriedenheit der Mütter mit den Beziehungen zu ihren kranken Kindern unterscheidet sich von der Beziehungszufriedenheit zu ihren gesunden Kindern. Mütter geben beispielsweise an, dass die Beziehungen zu ihren gesunden Kindern (Mdn = 2.00, QA = 0.50) hoch signifikant häufiger mit ihren Wunschvorstellungen übereinstimmen als die Beziehungen zu ihren kranken Kindern (Mdn = 3.00, QA = 1.00, $n = 11-3$, $z = -2.316$, $p = .01$, einseitig). Im Gegensatz dazu fühlen sich Mütter mit ihren kranken Kindern (Mdn = 1.00, QA = 1.00) ebenso eng verbunden wie mit ihren gesunden Kindern (Mdn = 1.50, QA = 2.00, $n = 12-5$, $z = -0.862$, $p = .20$, einseitig). In Tabelle 9 sind die Mediane, z- und p-Werte der erhobenen Variablen aufgeführt.

Tabelle 9: Beziehungsqualität: Unterschiede der Aussagen der Mütter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Mütter – kranke Kinder	Mütter – gesunde Kinder		
Verbundenheit ^b	12–5	1.00 (1.00)	1.50 (2.00)	- 0.862	.20
Übereinstimmung mit Wunschvor- stellung ^c	11–3	3.00 (1.00)	2.00 (0.50)	- 2.316	.01**
Erfreulichkeit ^d	12–0	2.00 (1.00)	2.00 (1.38)	- 1.69	.05*

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = Z-Wert. p = einseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto verbundener (1 = sehr eng verbunden bis 5 = überhaupt nicht eng verbunden). ^c Je kleiner der Wert, desto häufiger (1 = oft bis 5 = nie).

^d Je kleiner der Wert, desto erfreulicher (fast nur erfreulich bis 5 = fast nur unerfreulich).

*p ≤ .05, **p ≤ .01

Die Häufigkeitsauszählung der Fragen, die in die Analyse eingingen, findet sich in Anhang I (Fragen 21, 22, 23). Die meisten Mütter fühlen sich sowohl mit ihren kranken Kindern als auch mit ihren gesunden Kindern sehr verbunden (57% bzw. 46%). Im Gegensatz dazu sind Mütter mit den Beziehungen zu ihren kranken Kindern nicht so zufrieden wie mit den Beziehungen zu ihren gesunden Kindern. Fast jede vierte Mutter (23%) gibt an, dass die Beziehung zu ihrem kranken Kind selten ihren Wunschvorstellungen entspricht, während dies nur 5% von der Beziehung zu ihrem gesunden Kind sagen. Des Weiteren geben 7% der Mütter an, dass die Beziehungen zu ihren kranken Kindern fast nur erfreuliche Seiten haben, wohingegen 27% der Mütter dies in Bezug auf die Beziehung zu ihren gesunden Kindern angeben.

Väter. Bei den Vätern zeigt sich ein anderes Bild. Sie schätzen die Beziehungsqualität bzgl. der Beziehungen zu ihren kranken bzw. gesunden Kindern in keinem der drei Aspekte anders ein (siehe Tabelle 10). Es zeigt sich lediglich ein tendenzieller Unterschied in der Beurteilung der Erfreulichkeit der Beziehungen: die Beziehungen zu den kranken Kindern werden tendenziell weniger erfreulich eingeschätzt (Mdn = 3.00, QA = 1.00) als die Bezie-

hungen zu den gesunden Kindern (Mdn = 2.00, QA = 0.90, n = 9-1, z = - 1.27, p = .10, einseitig).

Tabelle 10: Beziehungsqualität: Unterschiede der Aussagen der Väter gegenüber ihren kranken bzw. gesunden Kindern

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Väter – kranke Kinder	Väter – gesunde Kinder		
Verbundenheit ^b	9–2	2.00 (1.50)	1.50 (1.25)	- 0.68	.25
Übereinstimmung mit Wunschvor- stellung ^c	9–4	3.00 (1.00)	2.00 (1.50)	- 0.55	.29
Erfreulichkeit ^d	9–1	3.00 (1.00)	2.00 (0.90)	- 1.27	.10

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände. Z = Z-Wert. p = einseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto verbundener. ^c Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^d Je kleiner der Wert, desto erfreulicher.

Wie aus der Häufigkeitsauszählung (siehe Anhang I, Fragen 21, 22, 23) der in die Berechnung eingegangenen Fragen zeigt, fühlt sich die Hälfte der Väter (50%) mit ihren kranken Kindern sehr eng verbunden. Ähnliches finden wir für die gesunden Kinder: 63% der Väter geben an, sich mit ihren gesunden Kindern sehr eng verbunden zu fühlen. Die Hälfte der Väter (50%) gibt an, dass die Beziehungen mit den kranken Kindern oft den eigenen Wunschvorstellungen entsprechen. Bzgl. der gesunden Kinder finden sich vergleichbare Angaben (56%). Während für jeden zehnten Vater die Beziehung zu seinem kranken Kind fast überwiegend erfreulich ist, gibt dies jeder vierte Vater hinsichtlich der Beziehung zu seinen gesunden Kindern an.

4.2 Generationenvergleich

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Generationenvergleichs dargestellt. Die Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken Kindern werden mit den Aussagen der kranken Kinder gegenüber ihren Eltern verglichen. Zunächst geht es um die Manifestation von Ambivalenz,

dann um Stile im Umgang mit Ambivalenz und schließlich um die Qualität der Generationenbeziehungen.

4.2.1 Manifestation von Ambivalenz

Mütter. Lediglich in einer der vier untersuchten Variablen hinsichtlich der Manifestation von Ambivalenz findet sich ein signifikanter Unterschied in den gegenseitigen Beziehungen von Müttern und ihren kranken Kindern. Wie in Tabelle 11 ersichtlich, glauben Mütter, dass sie sich gegenüber ihren kranken Kindern häufiger als andere Eltern hin- und hergerissen fühlen (Mdn = 1.00, QA = 1.00), während die kranken Kinder dies im Vergleich mit anderen Kindern nicht annehmen (Mdn = 2.00, QA = 1.00, $n = 13-7$, $z = -1.95$, $p = .05$, zweiseitig). Tendenziell fühlen sich Mütter durch Ambivalenz ihren kranken Kindern gegenüber stärker belastet (Mdn = 2.00, QA = 1.00), als dies die Kinder in Bezug auf Ambivalenz ihren Müttern gegenüber angeben (Mdn = 2.00, QA = 2.00, $n = 11-5$, $z = -1.67$, $p = .10$, zweiseitig).²⁴

21% der Mütter fühlen sich ihren kranken Kindern gegenüber sehr oft bzw. oft hin- und hergerissen, während kein krankes Kind sich gegenüber der Mutter sehr oft oder oft hin- und hergerissen fühlt (siehe auch Anhang I, Fragen 13, 15, 19). Fast jede Mutter (92%) empfindet es als sehr belastend oder belastend, wenn sie sich gegenüber ihrem kranken Kind hin- und hergerissen fühlt. 67% der Kinder finden es ebenfalls sehr belastend oder belastend, wenn sie gegenüber ihren Müttern Ambivalenz empfinden. 54% der Mütter glauben, dass sie sich gegenüber ihren kranken Kindern häufiger hin- und hergerissen fühlen als andere Eltern gegenüber ihren Kindern. Im Gegensatz dazu glaubt fast die Hälfte (43%) der Kinder, dass sie gegenüber ihren Müttern seltener Ambivalenzen empfinden als andere Kinder gegenüber ihren Müttern.

²⁴ Da dies aus den Medianen und Quartilsabständen nicht so deutlich hervorgeht, werden hier auch die Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben: Mütter gegenüber kranken Kindern: MW = 1.64, SD = 0.67. Kinder gegenüber Müttern: MW = 2.10, SD = 1.04.

Tabelle 11: Manifestation von Ambivalenz im Generationenvergleich: Mütter vs. kranke Kinder

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Mütter – kranke Kinder	kranke Kinder – Mütter		
Häufigkeit von Ambivalenz ^b	14-4	3.00 (1.25)	3.50 (1.00)	-1.51	.13
Intensität von Ambivalenz ^c	14-0	0.25 (1.47)	0.31 (1.00)	-0.57	.57
Belastung durch Ambivalenz ^d	11-5	2.00 (1.00)	2.00 (2.00)	-1.67	.10
Häufigkeit von Ambivalenz im Ver- gleich mit anderen Eltern/Kindern ^e	13-7	1.00 (1.00)	2.00 (1.00)	-1.95	.05*

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.
Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^c Je größer der Wert, desto intensiver. ^d Je kleiner der Wert, desto belastender. ^e Je kleiner der Wert, desto häufiger.

*p ≤ .05

Väter. Väter und Kindern unterscheiden sich bzgl. keiner der Variablen, welche die Manifestation von Ambivalenzerleben erfasst. In Tabelle 12 sind die Mediane, z- und p-Werte der Variablen dargestellt. So fühlen sich Väter beispielsweise nicht häufiger gegenüber ihren kranken Kindern hin- und hergerissen (Mdn = 3.00, QA = 2.50) als sich Kinder gegenüber ihren Vätern hin- und hergerissen fühlen (Mdn = 3.50, QA = 2.00, n = 10-4, z = -1.38, p = .17, zweiseitig).

Tabelle 12: Manifestation von Ambivalenz im Generationenvergleich: Väter vs. kranke Kinder

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Väter – kranke Kinder	kranke Kinder – Väter		
Häufigkeit von Ambivalenz ^b	10-4	3.00 (2.50)	3.50 (2.00)	-1.38	.17
Intensität von Ambivalenz ^c	10-0	0.88 (2.41)	1.63 (2.03)	-1.02	.31
Belastung durch Ambivalenz ^d	6-1	2.00 (2.00)	2.50 (1.00)	-0.97	.33
Häufigkeit von Ambivalenz im Vergleich mit anderen Eltern/Kindern ^e	10-4	1.50 (2.00)	2.00 (1.25)	-1.00	.32

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = z-Wert, p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^c Je größer der Wert, desto intensiver. ^d Je kleiner der Wert, desto belastender. ^e Je kleiner der Wert, desto häufiger.

Wie aus der Grundauszählung in Anhang I (Fragen 13, 15, 19) ersichtlich wird, empfinden 30% der Väter gegenüber ihren kranken Kindern sehr häufig oder häufig Ambivalenz, während dies kein Kind gegenüber dem Vater angibt. Drei Viertel aller Väter empfinden es als sehr belastend oder belastend, wenn sie sich gegenüber ihren kranken Kindern hin- und hergerissen fühlen. 67% der Kinder geben dasselbe in Bezug auf die Beziehung zu ihren Vätern an. Die Hälfte der Väter glaubt, sich gegenüber ihren kranken Kindern häufiger hin- und hergerissen zu fühlen als andere Eltern gegenüber ihren Kindern. Im Vergleich dazu geben dies nur 23 % der Kinder hinsichtlich ihrer Beziehung zum Vater an.

Qualitative Frage bzgl. Ambivalenz. Eltern und kranke Kinder geben bzgl. ihrer gegenseitigen Beziehungen ähnliche ambivalenzgenerierende Themen an (siehe Tabelle 13). Sowohl Eltern als auch kranke Kinder fühlen sich besonders durch wahrgenommene Unterschiede zwischen den Generationen hin- und hergerissen. Bei den Eltern stehen hierbei die psychische Erkrankung (21% aller AE) und die Fremdheit des Kindes (15% aller AE) im Vorder-

grund (Anhang II, Tabelle II.3 enthält die detaillierte Häufigkeitsauszählung der Unterkategorien). Kinder geben gehäuft Unterschiede in der Lebensführung (14% aller AE) und Meinungsverschiedenheiten (11% aller AE) an. Die Fremdheit der Eltern spielt auch bei Kindern eine Rolle: 14% aller AE fallen in diese Kategorie. Für Kinder fällt die psychische Erkrankung als ambivalenzgenerierendes Thema in den Äußerungen kaum ins Gewicht (4% aller AE).

Ebenso wird aus Tabelle 13 ersichtlich, dass die Gestaltung der Generationenbeziehungen sowohl in Eltern (38%) als auch in kranken Kinder (32%) Ambivalenzen auslöst. Eltern (17% aller AE) und Kinder (14% aller AE) sehen in der gegenseitigen Einflussnahme eine Quelle für Zwiespältigkeiten (siehe Anhang II, Tabelle II.3). Für die Eltern spielt zusätzlich der Rückzug/die Distanzierung eine ambivalenzgenerierende Rolle (17% aller AE), für kranke Kinder hingegen stellt das Gepflegt werden eine Quelle von Ambivalenz dar (11% aller AE). Emotionen in der Generationenbeziehung werden von Eltern etwas seltener (19% aller AE) als Quelle für Ambivalenzen angegeben als von ihren kranken Kindern (25% aller AE). Kinder fühlen sich häufiger als Eltern durch Wut, Ärger und Aggression hin- und hergerissen (11% aller AE vs. 6% aller AE).

Tabelle 13: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien) im Generationenvergleich: Eltern vs. kranke Kinder

Oberkategorie	Eltern - kranke Kindern n = 48 AE	Kranke Kinder - Eltern n = 28 AE
Unterschiede zwischen den Generationen	44% (21)	43% (12)
Gestaltung der Generationenbeziehung	38% (18)	32% (9)
Emotionen in der Generationenbeziehung	19% (9)	25% (7)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

Tabelle II.4 in Anhang II zeigt, dass von kranken Kindern insgesamt nur zwei Spannungsfelder explizit genannt werden, während Eltern insgesamt elf Spannungsfelder zur Sprache bringen. Kinder berichten in beiden Fällen von Spannungen zwischen Autonomie und Kontrolle. 45% der Nennungen der Eltern handeln von Spannungen zwischen Autonomie und Kontrolle. Für die Eltern ist ebenfalls der Zwiespalt zwischen Nähe und Distanz von Bedeutung (36% aller Nennungen). Konflikte zwischen Akzeptanz und Ablehnung der kranken Kinder werden von 18% (entspricht zwei Nennungen) berichtet.

4.2.2 Umgang mit Ambivalenz

Mütter. Mütter wählen ihren kranken Kindern gegenüber andere Stile im Umgang mit Ambivalenz als kranke Kinder gegenüber ihren Müttern (siehe Tabelle 14). Mütter wählen ihren kranken Kindern gegenüber am häufigsten einen emanzipatorischen Umgangsstil (62%), während sich Kinder ihren Müttern gegenüber meist solidarisch verhalten (42%). Atomisierung wird von Müttern nur einmal genannt (8%), Kaptivation kein einziges Mal. Dagegen benennen dies die Kinder häufiger: in einem Viertel der Angaben (25%) wird von Atomisierung gesprochen, in 17% von Kaptivation.

Tabelle 14: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz im Generationenvergleich: Mütter vs. kranke Kinder

Umgangsstil	Mütter – kranke Kinder n = 13	Kranke Kinder – Mütter n = 12
<i>Emanzipation</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und ... trotzdem nahe zu sein.“	62% (8)	17% (2)
<i>Solidarität</i> : „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“	31% (4)	42% (5)
<i>Atomisierung</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von ... entferne.“	8% (1)	25% (3)
<i>Kaptivation</i> : „Ich fühle mich verpflichtet zu tun was .. will, gehe ... aber aus dem Weg.“	0	17% (2)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Väter. Väter und kranke Kinder wählen in ihren gegenseitigen Beziehungen unterschiedliche Stile im Umgang mit Ambivalenz (siehe Tabelle 15). Zwar geben beide Emanzipation als häufigsten Umgangsstil an (63% der Väter und 44% der Kinder), aber kranke Kinder wählen ihren Vätern gegenüber auch atomisierende und kaptive Umgangsstile (jeweils in 22% der Angaben).

Tabelle 15: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz im Generationenvergleich: Väter vs. kranke Kinder

Umgangsstil	Väter – kranke Kinder n = 13	Kranke Kinder – Väter n = 12
<i>Emanzipation</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und ... trotzdem nahe zu sein.“	63% (5)	44% (4)
<i>Solidarität</i> : „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“	38% (3)	11% (1)
<i>Atomisierung</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von ... entferne.“	0	22% (2)
<i>Kaptivation</i> : „Ich fühle mich verpflichtet zu tun was .. will, gehe ... aber aus dem Weg.“	0	22% (2)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben.

4.2.3 Beziehungsqualität

Mütter. Mütter schätzen die Qualität der Beziehungen zu ihren kranken Kindern anders ein als kranke Kinder die Beziehungsqualität zu ihren Müttern (siehe Tabelle 16). Mütter geben an, dass sie sich im Vergleich zu ihren kranken Kindern signifikant stärker mit diesen verbunden fühlen (Mdn = 1.00, QA = 1.00), als diese sich mit ihren Müttern verbunden fühlen (Mdn = 2.00, QA = 2.00, $z = -2.271$, $n = 14-8$, $p = .023$, zweiseitig). Im Gegensatz dazu geben Mütter an, dass die Beziehungen zu ihren kranken Kindern signifikant seltener mit ihren Wunschvorstellungen übereinstimmen (Mdn = 3.00, QA = 1.50) als dies die kranken Kinder angeben (Mdn = 2.00, QA = 0.00, $z = -2.179$, $n = 13-2$, $p = .029$, zweiseitig). Aber bzgl. der Erfreulichkeit der Beziehungen zeigen sich keine Unterschiede.

Tabelle 16: Beziehungsqualität im Generationenvergleich: Mütter vs. Kinder

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Mütter – kranke Kinder	Kranke Kinder – Mütter		
Verbundenheit ^b	14-8	1.00 (1.00)	2.00 (2.00)	-2.271	.023*
Übereinstimmung mit Wunschvor- stellung ^c	13-2	3.00 (1.50)	2.00 (0.00)	-2.179	.029*
Erfreulichkeit ^d	14-6	2.00 (1.00)	2.00 (1.00)	-0.707	.480

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.
Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto verbundener. ^c Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^d Je kleiner der Wert, desto erfreulicher.

* $p \leq .05$

Die Häufigkeitsauszählung der hier interessierenden Variablen zu Beziehungsqualität (Anhang I, Fragen 21, 22, 23) zeigt, dass sich 57% der Mütter sehr eng mit ihren kranken Kindern verbunden, während dies nur 29% der Kinder angeben. Dagegen finden 71% aller Kinder, dass die Beziehungen zu ihren Müttern oft ihren Wunschvorstellungen entsprechen. Im Vergleich dazu gibt dies nur etwa jede dritte Mutter (31%) an. Die Mehrheit der Mütter (50%) und die Mehrheit der Kinder (64%) geben an, dass die gegenseitigen Beziehungen überwiegend erfreulich sind.

Väter. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Beziehungsqualität der Väter ihren kranken Kindern gegenüber und der Kinder ihren Vätern gegenüber gefunden werden. In Tabelle 17 sind die Befunde aufgelistet. Väter fühlen sich lediglich tendenziell enger mit ihren kranken Kindern verbunden (Mdn = 1.50, QA = 1.25) als sich die kranken Kinder mit ihren Vätern verbunden fühlen (Mdn = 2.50, QA = 1.25, $n = 10-5$, $z = -1.838$, $p = .07$, zweiseitig).

Tabelle 17: Beziehungsqualität im Generationenvergleich: Väter vs. Kinder

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Väter – kranke Kinder	Kranke Kinder – Väter		
Verbundenheit ^b	10-5	1.50 (1.25)	2.50 (1.25)	-1.838	.07
Übereinstimmung mit Wunschvor- stellung ^c	10-5	2.50 (1.00)	2.50 (1.00)	-0.447	.66
Erfreulichkeit ^d	10-5	2.50 (1.00)	2.00 (1.00)	-1.414	.16

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto verbundener. ^c Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^d Je kleiner der Wert, desto erfreulicher.

Aus der Grundauszählung in Anhang I (Fragen 21, 22, 23) wird ersichtlich, dass fast doppelt so viele Väter (nämlich 80%) sich mit ihren kranken Kindern sehr eng oder eng verbunden fühlen, während dies nur 46% der Kinder angeben. Die Hälfte der Väter (50%) und fast die Hälfte der Kinder (46%) geben an, dass ihre gegenseitigen Beziehungen oft ihren Wunschvorstellungen entsprechen. Für 50% der Väter und 69% der Kinder haben ihre gegenseitigen Beziehungen fast nur erfreuliche oder überwiegend erfreuliche Seiten.

4.3 Geschlechtervergleich

Im folgenden sollen Mütter und Väter miteinander verglichen werden, und zwar einmal hinsichtlich ihrer Beziehungen zu ihren kranken Kindern (Elternperspektive) und einmal hinsichtlich der Beziehungen der kranken Kinder zu ihnen (Kinderperspektive).

4.3.1 Manifestation von Ambivalenz

Elternperspektive. Wie aus Tabelle 18 ersichtlich wird, finden sich hinsichtlich der Manifestation von Ambivalenz gegenüber kranken Kindern keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern. Es besteht lediglich die Tendenz, dass Mütter glauben, ihren kranken Kindern gegenüber häufiger hin- und hergerissen zu sein als andere Eltern ihren

Kindern gegenüber (Mdn = 1.00, QA = 0.50), während Väter dies nicht annehmen (Mdn = 2.00, QA = 2.00, $z = -1.63$, $n = 9-6$, $p = .10$ zweiseitig).

Sieben Prozent der Mütter und 20% der Väter fühlen sich ihren kranken Kindern gegenüber nie hin- und hergerissen (in Anhang I findet sich die Häufigkeitsauszählung der Fragen 13, 15 und 19). 25% der Väter und acht Prozent der Mütter empfinden Ambivalenzerlebnisse gegenüber ihren kranken Kindern als weniger belastend. Acht Prozent der Mütter und 30% der Väter glauben, ihren kranken Kindern gegenüber seltener hin- und hergerissen zu sein als andere Eltern ihren Kindern gegenüber.

Tabelle 18: Manifestation von Ambivalenz im Geschlechtervergleich: Elternperspektive

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Mütter – kranke Kinder	Väter – kranke Kinder		
Häufigkeit von Ambivalenz ^b	10-5	3.50 (1.00)	3.00 (2.50)	-0.97	.33
Intensität von Ambivalenz ^c	10-1	0.69 (1.75)	0.87 (2.41)	-0.53	.59
Belastung durch Ambivalenz ^d	8-3	1.00 (1.00)	2.00 (1.75)	-1.34	.18
Häufigkeit von Ambivalenz im Ver- gleich mit anderen Eltern/Kindern ^e	9-6	1.00 (0.50)	2.00 (2.00)	-1.63	.10

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^c Je größer der Wert, desto intensiver. ^d Je kleiner der Wert, desto belastender. ^e Je kleiner der Wert, desto häufiger.

Kinderperspektive. Alles in allem ist das Ambivalenzerleben der kranken Kinder ihren Müttern gegenüber nicht stärker ausgeprägt als ihren Vätern gegenüber (siehe Tabelle 19). Lediglich in einer Variable finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Kinder geben signifikant intensivere Ambivalenzerlebnisse gegenüber ihren Vätern

(Mdn = 0.25, QA = 1.25) als gegenüber ihren Müttern an (Mdn = 1.50, QA = 2.00, $z = -2.31$, $n = 13-2$, $p = .021$, zweiseitig).

50% der kranken Kinder geben an, sich gegenüber ihren Müttern hin und wieder hin- und hergerissen zu fühlen, gegenüber ihren Vätern geben dies 46% der kranken Kinder an (siehe Anhang I, Fragen 13, 15, 19). Kein Kind gibt an, seinen Eltern gegenüber sehr oft oder oft Ambivalenz zu empfinden. 66% der Kinder empfinden Ambivalenz sowohl gegenüber ihren Müttern als auch gegenüber ihren Vätern als sehr belastend oder belastend. Die wenigsten Kinder glauben, dass sie sich häufiger ihren Müttern (29%) oder Vätern (23%) gegenüber im Zwiespalt befinden, als andere Kinder dies tun.

Tabelle 19: Manifestation von Ambivalenz im Geschlechtervergleich: Kinderperspektive

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		kranken Kinder – Mütter	Kranke Kinder – Väter		
Häufigkeit von Ambivalenz ^b	13-4	3.00 (1.00)	4.00 (2.00)	-0.812	.417
Intensität von Ambivalenz ^c	13-2	0.25 (1.25)	1.50 (2.00)	-2.314	.021*
Belastung durch Ambivalenz ^d	8-3	2.00 (1.75)	2.00 (1.00)	0.00	1.00
Häufigkeit von Ambivalenz im Vergleich mit anderen Eltern/Kindern ^e	13-4	2.00 (2.00)	2.00 (1.50)	-0.122	.903

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^c Je größer der Wert, desto intensiver. ^d Je kleiner der Wert, desto belastender. ^e Je kleiner der Wert, desto häufiger.

* $p \leq .05$

Qualitative Frage bzgl. Ambivalenz. Tabelle 20 zeigt, dass Mütter und Väter teilweise andere Schwerpunkte legen, wenn es um ambivalenzgenerierende Themen in den Beziehungen zu ihren kranken Kindern geht. 38% der Mütter und 53% der Väter geben an, sich am

häufigsten durch Unterschiede zwischen sich und ihren kranken Kindern hin- und hergerissen zu fühlen. Bei beiden steht die psychische Erkrankung des Kindes (21% aller AE) jeweils im Vordergrund (siehe auch Anhang II, Tabelle II.5). Allerdings fühlen sich Väter viel häufiger als Mütter durch Meinungsverschiedenheiten (11% aller AE) und Themen der Lebensführung (11% aller AE) hin- und hergerissen als Mütter (jeweils 0%). Die Gestaltung der Generationenbeziehungen stellt sowohl für Mütter (35%) als auch für Väter (42%) eine wichtige Quelle für Ambivalenzen dar. Emotionen in der Generationenbeziehung werden von Müttern (28%) sehr viel häufiger als Grund für Zwiespältigkeiten angegeben als von Vätern (5%). Für Mütter spielen dabei Gefühle von Wut, Ärger und Aggression eine Rolle (10% aller AE).

Tabelle 20: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien): Geschlechtervergleich aus Elternperspektive

	Mütter - kranke Kinder	Väter - kranke Kinder
Oberkategorie	n = 29 AE	n = 19 AE
Unterschiede zwischen den Generationen	38% (11)	53%(10)
Gestaltung der Generationenbeziehung	35% (10)	42% (8)
Emotionen in der Generationenbeziehung	28% (8)	5% (1)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

Tabelle 21 zeigt, dass aus der Sicht der Kinder die meisten Zwiespältigkeiten aus den Unterschieden zwischen ihnen und ihren Müttern (41%) und Vätern (45%) resultieren. Bzgl. ihrer Mütter stehen für kranke Kinder allerdings andere Gesichtspunkte im Vordergrund als bzgl. ihrer Väter (siehe auch Anhang II, Tabelle II.5): die Kinder sehen in Bezug auf ihre Mütter vor allem in der unterschiedlichen Lebensführung (18% aller AE) ein ambivalenzgenerierendes Thema, während sie in Bezug auf die Väter die Fremdheit der Väter (27% aller AE) als ambivalenzgenerierend wahrnehmen. Die Gestaltung der Beziehung ist in Bezug auf

Väter wichtiger als emotionale Aspekte. Gegenüber den Vätern empfinden Kinder vor allem hinsichtlich des gegenseitigen Einflusses Ambivalenz (27% aller AE), der gegenüber den Müttern keine große Rolle spielt (6% aller AE). Gegenüber den Müttern ist das Thema des Rückzugs wichtiger (12% aller AE), das gegenüber den Vätern kein einziges Mal genannt wird. Emotionale Aspekte werden in Bezug auf die Mütter häufiger angesprochen (29% aller AE) als bzgl. der Väter (18%).

Tabelle 21: Häufigkeiten ambivalenzgenerierender Themen (Oberkategorien): Geschlechtervergleich aus Kinderperspektive

Oberkategorie	Kranke Kinder - Mütter n = 17 AE	Kranke Kinder - Väter n = 11 AE
Unterschiede zwischen den Generationen	41% (7)	45% (5)
Gestaltung der Generationenbeziehung	29% (5)	36% (4)
Emotionen in der Generationenbeziehung	29% (5)	18% (2)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind durch Fettdruck hervorgehoben. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

In Tabelle 22 sind die Häufigkeiten der Spannungsfelder des Geschlechtervergleichs aus Elternperspektive aufgeführt. Mütter benennen fast doppelt so viele Spannungsfelder wie Väter (7 vs. 4). 75% der Väter fühlen sich zwischen den Polen Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen, wohingegen sich 57% der Mütter zwischen Nähe und Distanz hin- und hergerissen fühlen. Spannungsfelder werden von den kranken Kindern insgesamt nur zweimal genannt, und zwar ausschließlich in der Beziehung zur Mutter. Beide Male wird von Spannungen zwischen Autonomie und Kontrolle berichtet (die Häufigkeiten der Spannungsfelder sind in Anhang II, Tabelle II.6 aufgeführt).

Tabelle 22: Häufigkeiten Spannungsfelder: Geschlechtervergleich aus Elternperspektive

Spannungsfelder	Mütter - kranke Kinder n = 7	Väter - kranke Kinder n = 4
Autonomie-Kontrolle	29% (2)	75% (3)
Nähe-Distanz	57% (4)	25% (1)
Akzeptanz-Ablehnung	14% (1)	0

Anmerkung. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten sind durch Fettdruck hervorgehoben. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

4.3.2 Umgang mit Ambivalenz

Elternperspektive. Mütter gehen mit Ambivalenzerleben ihren kranken Kindern gegenüber ähnlich um wie Väter. Wie Tabelle 23 zeigt, geben sowohl Mütter als auch Väter mehrheitlich an, sich emanzipativ zu verhalten, wenn sie gegenüber ihren kranken Kindern hin- und hergerissen sind (62% bzw. 63%). Kaptivation wird von keinem Elternteil angegeben, Atomisierung nur in einem einzigen Fall (8% der Mütter).

Tabelle 23: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz: Geschlechtervergleich aus Elternperspektive

Umgangsstil	Mütter – kranke Kinder n = 13	Väter – kranke Kinder n = 8
<i>Emanzipation</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und ... trotzdem nahe zu sein.“	62% (8)	63% (5)
<i>Solidarität</i> : „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“	31% (4)	38% (3)
<i>Atomisierung</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von ... entferne.“	8% (1)	0
<i>Kaptivation</i> : „Ich fühle mich verpflichtet zu tun was .. will, gehe ... aber aus dem Weg.“	0	0

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten sind durch Fettdruck hervorgehoben.

Kinderperspektive. Wie in Tabelle 24 ersichtlich, wählen 44% der kranken Kinder einen emanzipativen Umgangsstil, wenn sie gegenüber ihren Vätern hin- und hergerissen sind. Im Gegensatz dazu verhalten sich 42% der kranken Kinder solidarisch, wenn sie gegenüber ihren Müttern hin- und hergerissen sind. Kranke Kinder verhalten sich ihren Müttern gegenüber in 25% der Fälle atomisierend und ihren Vätern gegenüber in 22 % der Fälle. Kranken Kinder wählen ihren Müttern gegenüber in 17% der Fälle einen kaptivativen Umgangsstil, gegenüber den Vätern in 22% der Fälle.

Tabelle 24: Häufigkeiten bzgl. der gewählten Umgangsstile mit Ambivalenz: Geschlechtervergleich aus Kinderperspektive

Umgangsstil	Kranke Kinder - Mütter n = 12	Kranke Kinder - Väter n = 9
<i>Emanzipation</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen und ... trotzdem nahe zu sein.“	17% (2)	44% (4)
<i>Solidarität</i> : „Ich tue alles dafür, damit wir uns weiter gut verstehen.“	42% (5)	11% (1)
<i>Atomisierung</i> : „Ich versuche, meine eigenen Wege zu gehen, auch wenn ich mich gefühlsmäßig von ... entferne.“	25% (3)	22% (2)
<i>Kaptivation</i> : „Ich fühle mich verpflichtet zu tun was .. will, gehe ... aber aus dem Weg.“	17% (2)	22% (2)

Anmerkung. Prozentwerte werden gerundet wiedergegeben. Werte in Klammern repräsentieren die absoluten Häufigkeiten. Die größten Häufigkeiten sind durch Fettdruck hervorgehoben.

4.3.3 Beziehungsqualität

Eltern- und Kinderperspektive. Sowohl aus der Sicht der Eltern als auch aus der Sicht der Kinder zeigen sich keine Unterschiede zwischen Müttern und Vätern. In den Tabellen 25 und 26 werden die Mediane, z- und p-Werte aufgeführt. So fühlen sich Mütter (Mdn = 1.00, QA = 1.25) beispielsweise genauso eng mit ihren kranken Kindern verbunden wie Väter (Mdn = 1.50, QA = 1.25, n = 10-5, z = -0.45, p = .66, zweiseitig). Kranke Kinder schätzen die Beziehungen zu ihren Müttern (Mdn = 2.00, QA = 1.00) genauso erfreulich ein wie die Beziehungen zu ihren Vätern (2.00, QA = 2.00, n = 13-6, z = 1.27, p = .20, zweiseitig).

Tabelle 25: Beziehungsqualität im Geschlechtervergleich: Elternperspektive

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Mütter – kranke Kinder	Väter – kranke Kinder		
Verbundenheit ^b	10-5	1.00 (1.25)	1.50 (1.25)	-0.45	.66
Übereinstimmung mit Wunschvor- stellung ^c	9-4	3.00 (1.00)	2.00 (1.00)	-1.41	.16
Erfreulichkeit ^d	10-5	2.50 (1.00)	2.50 (1.00)	0.00	1.00

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto verbundener. ^c Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^d Je kleiner der Wert, desto erfreulicher.

Tabelle 26: Beziehungsqualität im Geschlechtervergleich: Kinderperspektive

Aspekt	n ^a	Median (Quartilsabstand)		Z	p
		Kranke Kinder - Mütter	Kranke Kinder - Väter		
Verbundenheit ^b	13-7	2.00 (1.50)	3.00 (1.50)	-0.65	.52
Übereinstimmung mit Wunschvor- stellung ^c	13-6	2.00 (0.00)	2.00 (1.00)	-0.79	.43
Erfreulichkeit ^d	13-6	2.00 (1.00)	2.00 (2.00)	-1.27	.20

Anmerkungen. Werte innerhalb der Klammern repräsentieren die Quartilsabstände.

Z = z-Wert. p = zweiseitiger p-Wert.

^a n minus Bindungen. ^b Je kleiner der Wert, desto verbundener. ^c Je kleiner der Wert, desto häufiger. ^d Je kleiner der Wert, desto erfreulicher.

Die Häufigkeitsauszählung in Anhang I (Fragen 21, 22, 23) zeigt, dass sich nicht nur die Mehrheit der Mütter (57%), sondern auch die Mehrheit der Väter (50%) mit ihren kranken Kindern sehr eng verbunden fühlt. Die Mehrheit der Kinder fühlt sich sowohl mit ihren Müttern (64%) als auch mit ihren Vätern (46%) sehr eng oder eng verbunden. 23% der Mütter geben an, dass die Beziehungen zu ihren kranken Kindern selten mit ihren Wunschvorstellungen übereinstimmen. Im Gegensatz dazu sagen 10% der Väter, dass die Beziehungen zu den kranken Kindern selten den Wunschvorstellungen entsprechen. Die Mehrheit der Kinder (86%) gibt an, dass sie Beziehungen zu ihren Müttern sehr oft oder oft ihren Wunschvorstellungen entsprechen. 54% geben dies in Bezug auf ihre Väter an. Jeder zehnte Vater (10%) schätzt die Beziehung zu seinen kranken Kindern überwiegend unerfreulich ein, während dies keine Mutter tut. Die Kinder hingegen schätzen die Beziehungen zu ihren Vätern in 31% der Fälle als fast nur erfreulich ein, während dies nur sieben Prozent der Kinder von den Beziehungen zu ihren Müttern berichten.

5 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden Gruppen, die sich in bestimmten Merkmalen (s.u.) unterscheiden in Hinblick auf die Manifestation von Ambivalenz, den Umgang mit Ambivalenz und die Beziehungsqualität verglichen. Im ersten Vergleich unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der Betroffenheit durch psychische Erkrankung. Hier wurden die Aussagen von Eltern gegenüber ihren kranken Kindern mit den Aussagen der Eltern gegenüber ihren gesunden Kindern verglichen (Geschwistervergleich). Im zweiten Vergleich unterschieden sich die Generationenrollen der Befragten. Es wurden die Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken Kindern mit den Aussagen der kranken Kinder gegenüber ihrer Eltern verglichen (Generationenvergleich). Im dritten Vergleich wurden die Gruppen in Bezug auf das Geschlecht des Elternteils differenziert. Das heißt, es wurden einmal die Aussagen der Mütter gegenüber ihren kranken Kindern mit den Aussagen der Väter gegenüber ihren kranken Kindern verglichen (Geschlechtervergleich aus Elternperspektive) und einmal die Aussagen der kranken Kinder gegenüber ihren Müttern mit den Aussagen der kranken Kinder gegenüber ihren Vätern verglichen (Geschlechtervergleich aus Kinderperspektive).

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Wie gestalten sich Generationenbeziehungen in Familien, in denen ein erwachsenes Kind an einer Schizophrenie leidet? In früheren Studien an Normalfamilien hatte sich gezeigt, dass Ambivalenz ein vielversprechendes Konzept zur Analyse generationaler Beziehungen darstellt. Dies kann auch für die Analyse der Beziehungen zwischen schizophren erkrankten erwachsenen Kindern und ihren Eltern bestätigt werden. Allgemein gilt, dass Ambivalenzerfahrungen in hohem Maße charakteristisch sind für Familien mit einem psychisch erkrankten Kind. Zusätzlich werden Unterschiede im Ambivalenzerleben und der Beziehungsqualität zwischen den Mitgliedern der Familien deutlich, das heißt, das Konzept der Ambivalenz eignet sich als Differenzierungskriterium zwischen familialen Positionen bzw. Rollen.

Geschwistervergleich

Mittels des Geschwistervergleichs sollten die Effekte untersucht werden, welche die psychische Krankheit eines dyadischen Partners – in unserem Falle des erkrankten erwachsenen Kindes – auf die Gestaltung der generationalen Beziehung ausübt. Hierbei wurden vor allem Abweichungen vom normalen Lebensverlauf, Diskontinuität der Lebensführung, verstärkte

Andersartigkeit des kranken Kindes und ambige Pflegeanforderungen an die Eltern als Faktoren gesehen, die durch psychische Krankheit betroffene Dyaden von nicht betroffenen Dyaden strukturell unterscheiden.

Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Hypothese, dass die Manifestation von Ambivalenz der Eltern gegenüber ihren kranken Kindern stärker ausgeprägt ist als gegenüber ihren gesunden Kindern und Ambivalenz gegenüber kranken Kindern im Vergleich zu gesunden Kindern zu stärkeren Belastungen führt, kann bestätigt werden. Es können außerdem Hinweise dafür gefunden werden, dass in der Beziehung zum kranken Kind andere ambivalenzgenerierende Themen genannt werden. Es gibt dagegen keine Anhaltspunkte dafür, dass Eltern gegenüber ihren kranken Kindern andere Stile im Umgang mit Ambivalenz wählen als gegenüber ihren gesunden Kindern. Die Teilhypothese, dass Eltern die Beziehung zu ihren kranken Kindern als weniger erfreulich und wunschgemäß beschreiben als die Beziehung zu ihren gesunden Kindern – bei gleicher Verbundenheit – kann für die Mutter-Kind-Dyaden bestätigt werden, nicht jedoch für die Vater-Kind-Dyaden.

Interpretation der Ergebnisse. Die unterschiedliche Wahrnehmung und Einschätzung der Beziehungen der Eltern zu ihren kranken und gesunden Kindern lassen darauf schließen, dass Eltern bzgl. ihrer Beziehungseinschätzung stark zwischen ihren kranken und ihren gesunden Kindern differenzieren. Es zeigt sich, dass Ambivalenzen in den durch psychische Krankheit betroffenen Dyaden eine wichtige Rolle spielen und eine spezifische Aufgabe für diese darstellen. Zwiespältigkeiten kommt in diesen Dyaden nicht nur häufiger vor, sie sind im Erleben der Eltern auch präsenter und werden häufiger formuliert. In diesem Sinne nimmt das kranke Kind eine Sonderrolle in der Familie ein, die im Kontrast zu der Rolle der gesunden Kinder steht. Die Beziehungen zu den kranken Kindern könnten im Sinne eines Kontrasteffekts im Vergleich zu den gesunden Kindern in schlechterem Licht erscheinen. Um dies zu überprüfen, ist die Gegenüberstellung von Familien *mit* und *ohne* ein psychisch krankes Kind bedeutsam (vgl. Burkhardt, in Bearbeitung).

Die Auswertung der qualitativen Frage weist darauf hin, dass ein Großteil der Ambivalenz von den Befragten auf wahrgenommene Unterschiede zwischen den Generationen zurückgeführt wird. Dies gilt für die Beziehung zu erkrankten Kindern und für die Beziehungen zu den gesunden Kindern gleichermaßen, aber diese Unterschiede werden jeweils verschiedenen Quellen zugeschrieben. Während gegenüber den gesunden Kindern im Rahmen von Generationenbeziehungen erwartbare und antizipierbare Divergenzen wie Meinungsverschie-

denheiten und unterschiedliche Einstellungen bzgl. der alltäglichen Lebensführung ambivalenzgenerierend wirken, führen die Eltern die Unterschiede zwischen sich und den kranken Kindern mehrheitlich auf die Krankheit und die Fremdheit des Kindes zurück. Dieser Befund kann im Lichte der Feststellung Koennings (1997) verstanden werden, dass der Umgang mit der Symptomatik des erkrankten Kindes und der damit verbundenen Fremdheit einen wichtigen Problem- bzw. Aufgabenbereich von Familien mit einem psychisch kranken Kind darstellt. Gleichzeitig bestätigt sich darin die Herleitung der Hypothese, dass die verstärkte Andersartigkeit des Kindes zu erhöhtem Ambivalenzerleben führt.

Weiter zeigt die Analyse der qualitativen Frage, dass die Erkrankung des Kindes in der Beziehung der Eltern zum kranken Kind auch die Gestaltung der Generationenbeziehungen in den Vordergrund rückt. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund verständlich, dass für Angehörige psychisch Kranker vor allem die symptomatisch bedingten Verhaltensstörungen eine Herausforderung darstellen (vgl. Lefley, 1987) und somit psychische Erkrankung in besonderem Maße das Eingreifen der Eltern auf der Ebene der sozialen Interaktion erfordern, wie auch die Befunde von Tessler & Gamache (2000) zeigen. Unserer Befunde lassen darauf schließen, dass dies zu verstärktem Ambivalenzerleben auf Seiten der Eltern führt. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass sowohl die psychische Störung als auch die damit verbundenen (Pflege-)Anforderungen lediglich den Rahmen für Ambivalenzen abstecken und nicht *per definitionem* Zwiespältigkeiten auslösen müssen.

Im Gegensatz zu den Beziehungen zu den gesunden Kindern erfordern die Beziehungen zu den kranken Kindern in erhöhtem Maße den Umgang mit Spannungen zwischen Autonomie und Kontrolle sowie zwischen Nähe und Distanz. Die Spannungen zwischen Autonomie und Kontrolle weisen auf den Konflikt der Eltern hin, gegensätzlichen normativen Erwartungen (das Kind in die Unabhängigkeit zu entlassen) und faktischen Anforderungen (Notwendigkeit das Verhalten des Kindes zu kontrollieren) gerecht zu werden (vgl. die „ambiguous obligation“ der Eltern ihren kranken Kindern gegenüber; Tessler & Gamache, 2000, S. 30). Auch die „accordion relationships“, wie sie Stoneall (1983) für Familien mit psychisch Kranken diagnostiziert, verdeutlichen, weshalb vermehrt Spannungen zwischen Nähe und Distanz gegenüber psychisch kranken Kindern auftreten können: die strukturell bedingte Oszillation zwischen *räumlicher* Nähe und Distanz könnte auch Schwankungen zwischen *emotionaler* Nähe und Distanz bedingen. Spannungen zwischen Akzeptanz und Ablehnung werden selten genannt. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch mit Koennings (1997) Anmerkung, dass auf den Schock der psychiatrischen Diagnose ein jahrelanger Pro-

zess des Akzeptierenmüssens folgt. Es kann vermutet werden, dass die meisten Eltern in dieser Studie diesen Prozess bereits abgeschlossen haben, da die Patienten zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt seit 44 Monaten erkrankt waren.

Interessanterweise unterscheiden Eltern im Umgang mit ihren Kindern nicht zwischen kranken und gesunden Kindern. Obwohl Eltern ihren kranken Kindern gegenüber deutlich stärker hin- und hergerissen sind, wählen sie mehrheitlich dieselben Strategien, um mit diesen gesteigerten Ambivalenzerfahrungen umzugehen. Darin könnten sich allerdings auch sozial erwünschte Antworten der Eltern zeigen. Eltern verhalten sich sowohl ihren kranken als auch ihren gesunden Kindern gegenüber vor allem emanzipativ. Das heißt, sie betonen die emotionale Nähe zu all ihren Kindern – wie sich dies auch in der gleichen Verbundenheit zu den kranken und gesunden Kindern äußert –, räumen aber auch individuellen Entwicklungen Platz ein. Dies steht im Gegensatz zu den Befunden in „Normalfamilien“, bei denen der Schwerpunkt auf Solidarität liegt und somit das Bewahren gemeinsamer Traditionen im Vordergrund steht (Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer & Rasner, 2000). Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Krankheit des Kindes vermehrt neue Wege der Beziehungsgestaltung erfordert und dieser Umgangsstil auch auf die Beziehungen zu den nicht erkrankten Kinder generalisiert. Ambivalenz kann in diesem Sinne als kreatives Moment gesehen werden: ausgeprägtere Ambivalenzerlebnisse erfordern neue Wege des Umgangs und befördern damit einen emanzipativen Stil der Beziehungsgestaltung.

Wie erwartet schätzen Eltern die Qualität der Beziehungen zu ihren kranken Kindern im Vergleich zu den Beziehungen zu ihren gesunden Kindern widersprüchlich ein. Die Beziehung zu den gesunden Kindern ist in sich kongruent: positive Einschätzung der Beziehungszufriedenheit geht mit hoher Verbundenheit einher. Bei den kranken Kindern ist dies nicht so: hohe Verbundenheit geht mit geringer Beziehungszufriedenheit einher. Diese gegensätzlichen Einschätzungen könnten aus dem verstärkten Ambivalenzerleben den kranken Kindern gegenüber und dem Umgang damit als Konsequenz resultieren. Es ist aber auch möglich, dass dieser Widerspruch im Sinne der Kognitiven Dissonanztheorie von Festinger (1978) Spannungen und damit Ambivalenzen generiert.

Generationenvergleich

Mittels des Generationenvergleichs sollten die Effekte untersucht werden, welche die Rolle, die eine Person im Generationengefüge einnimmt, auf ihr Erleben und Gestalten der Generationenbeziehung ausübt. Hierbei wurden vor allem die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen

Generationen und das Innehaben der Rolle des Pflegenden bzw. Gepflegten als Faktoren gesehen, die Eltern von Kindern unterscheiden. Der Generationenvergleich sollte zeigen, dass die Beziehungswahrnehmung und –gestaltung zwischen kranken Kindern und ihren Eltern differiert.

Zusammenfassung der Ergebnisse. Die erste Teilhypothese, dass sich Ambivalenz in den Beziehungen der Eltern zu ihren kranken Kindern im Vergleich zu den Beziehungen der Kinder zu ihren Eltern unterschiedlich stark manifestiert, kann nicht vollständig bestätigt werden. Lediglich in einer Variablen unterscheiden sich die Aussagen der Kinder von den Aussagen der Eltern bzw. der Mütter: Mütter glauben, dass sie gegenüber ihren kranken Kindern häufiger als andere Eltern hin- und hergerissen sind, während die kranken Kinder dies im Vergleich mit anderen Kindern nicht annehmen. Väter sehen sich ihren kranken Kindern gegenüber nicht häufiger hin- und hergerissen als andere Eltern. Weiter gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Eltern andere ambivalenzgenerierende Themen nennen als Kinder. Ebenso finden sich Hinweise dafür, dass Eltern und Kinder zu unterschiedlichen Umgangsstilen greifen, wenn sie sich dem anderen gegenüber hin- und hergerissen fühlen. Die Teilhypothese, dass sich Eltern und Kinder gleichermaßen miteinander verbunden fühlen, sich gleichzeitig aber unterschiedlich zu ihrer Beziehungszufriedenheit äußern, kann nicht bestätigt werden.

Interpretation der Ergebnisse. Eltern und Kinder unterscheiden sich zwar nicht in der Häufigkeit von Ambivalenzerlebnissen, aber zumindest von Müttern werden diese als sozial abweichend interpretiert, was für Kinder und auch Väter nicht der Fall ist. Das bedeutet, dass Mütter die Beziehungen zu ihren Kindern eher als „anders“ wahrnehmen als Kinder dies tun, obwohl sie sich in ihrem Erleben der gegenseitigen Beziehungen nicht unterscheiden. Tessler und Gamache (2000) beschreiben die intensive Pflege des erkrankten Kindes als vom normalen Lebensverlauf abweichend („off-timedness of caregiving“, S. 11). Die Wahrnehmung der Eltern, dass die Beziehungen zu ihren kranken Kindern von den Beziehungen abweichen, wie sie Eltern „normalerweise“ zu ihren Kindern haben, kann als Hinweis auf höhere Sensibilität für diese „off-timedness“ gelten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern sensibler für soziale Erwartungen sind als Kinder, und die Eltern daher trotz vergleichbarer Ambivalenzerlebnisse diese als abweichender erleben als Kinder. Die Empfindung der Eltern, vom „Normalen“ abzuweichen spiegelt sich auch in der Tendenz zu einem höheren Belastungsniveau wider.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass das nicht signifikante Ergebnis bzgl. der Häufigkeit von Ambivalenzerlebnissen überrascht, denn betrachtet man die Ergebnisse zur Häufigkeit von Ambivalenz auf rein deskriptiver Ebene, also die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Eltern mit denen der Kinder, finden sich auffällige Unterschiede: 21% der Mütter und 30% der Väter fühlen sich ihren kranken Kindern gegenüber sehr oft oder hin- und hergerissen, während dies kein einziges Kind gegenüber seinen Eltern angibt. Es ist anzunehmen, dass die geringe Stichprobengröße dazu beigetragen hat, dass diese Unterschiede inferenzstatistisch nicht signifikant wurden.

Die vorliegenden Befunde, dass sich Eltern und ihre kranken Kinder nicht im Erleben ihrer gegenseitigen Beziehungen unterscheiden, stehen in Widerspruch mit Ergebnissen aus einer von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) durchgeführten Studie. In dieser Studie geben die deskriptive Auswertung der Häufigkeitsauszählung bzgl. der Häufigkeit von und Belastung durch Ambivalenz in Normalfamilien Hinweise darauf, dass Kinder häufiger Ambivalenz empfinden als Eltern und diese von Kindern auch als belastender wahrgenommen wird. In der Studie von Lüscher et al. (2000) basieren die Unterschiede zwischen den Gruppen allein auf der Generationenzugehörigkeit. In dieser Studie hingegen unterscheiden sich Eltern und Kinder auch hinsichtlich der Rolle des Pflegenden bzw. Gepflegten. Dass sich in der vorliegenden Studie keine Unterschiede in der Wahrnehmung der gegenseitigen Beziehungen zeigen, kann darauf zurückgeführt werden, dass sich die generationenspezifischen Unterschiede vor dem Hintergrund der Krankheit nivellieren. Das bedeutet, dass der Kontext der Krankheit und Pflege für das Erleben von Ambivalenz von größerer Bedeutung ist als die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Generationen. Da sich sowohl Eltern als auch Kinder mit der Krankheit des Kindes und den jeweiligen daraus resultierenden Pflegeanforderungen auseinandersetzen müssen, unterscheiden sie sich nicht in ihrem Ambivalenzerleben.

Auch wenn sich bzgl. der Häufigkeit von Ambivalenz keine Unterschiede zwischen den Generationen zeigen, so kann doch die Tatsache, dass Eltern häufiger Spannungsfelder benennen als Kinder, dahingehend interpretiert werden, dass sich Eltern Ambivalenzen eher bewusst sind als Kinder, und dass Eltern Ambivalenzen deutlicher wahrnehmen und besser aufführen können, zwischen welchen Polen sie hin- und hergerissen sind.

Die Auswertung der qualitativen Frage bestätigt die Annahme, dass sich Eltern und kranke Kinder gleichermaßen mit der schizophrenen Erkrankung des Kindes und den damit verbun-

denen Pflegeanforderungen auseinandersetzen müssen. Sowohl in den Augen der Eltern als auch in den Augen der Kinder trägt die Einflussnahme der Eltern zu einem Großteil dazu bei, dass Eltern und Kinder hin- und hergerissen sind. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass Eltern häufig in Zwiespalt kommen, weil sie sich fragen, ob und in welcher Weise sie Einfluss nehmen sollen oder nicht. Dies spiegelt sich darin, dass Eltern wiederholt von Spannungen zwischen den Polen Autonomie und Kontrolle berichten. Die Befunde dieser Studie erinnern an die Äußerungen von Tessler und Gamache (2000), dass die Frage der Eltern, ob sie ihren erwachsenen Kindern helfen sollten oder nicht, von großer Ambiguität geprägt ist.

Dass die Kontrolle der Eltern für die erkrankten Kinder ambivalenzgenerierend wirkt, ist vor dem Hintergrund verständlich, dass erwachsene Kinder vor der Aufgabe stehen, zunehmende Unabhängigkeit von den Eltern zu erlangen (vgl. Kahana et al., 1994) und die Rollenanforderungen der Eltern, die eher auf Verhaltenskontrolle abzielen, dieser entgegenstehen. In diesem Zusammenhang ist auch nachvollziehbar, warum Kinder die intensive Pflege der Eltern bzw. ihre Rolle des Gepflegtwerdens zwiespältig erleben. In den wenigen expliziten Äußerungen der Kinder, in denen sie Spannungen zwischen zwei Polen berichten, werden Konflikte zwischen Autonomie und Kontrolle benannt. Die Befunde von Tessler und Gamache (2000) zeigen, dass sowohl der Aspekt der Pflege („care“) als auch der Aspekt der Verhaltenskontrolle zu den unmittelbaren Aufgaben der Eltern gehören, die sich um eine schizophren erkranktes Kind kümmern. Die Befunde der vorliegenden Studie legen nahe, dass diese beiden Aspekte einen großen Einfluss auf das Erleben der Generationenbeziehung haben, und Eltern und Kinder diese Aspekte je nach ihren Rollen (Pfleger vs. Gepflegte) unterschiedlich auslegen. Es kann gesagt werden, dass Kinder auf die Kontrolle der Eltern mit Autonomiewünschen reagieren.

Die Auswertung der qualitativen Frage zeigt weiterhin, dass nicht nur die Gestaltung der Generationenbeziehungen bei Eltern und ihren kranken Kindern zu inneren Spannungen führt, die als Ambivalenz erlebt werden, sondern auch die Fremdheit des anderen. Bei Eltern steht die Fremdheit des Kindes in Zusammenhang mit dessen Schizophrenie, während das Kind seine Erkrankung nicht mit der Fremdheit der Eltern in Verbindung bringt. Für Kinder tragen hauptsächlich alltägliche Differenzen wie Meinungsverschiedenheiten und unterschiedliche Einstellungen bzgl. der Lebensführung dazu bei, dass sie ihre Eltern nicht verstehen oder sich von diesen nicht verstanden fühlen. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass die Krankheit des Kindes die üblichen Generationendifferenzen deutlicher auf-

scheinen lässt – zumindest aus der Sicht der Eltern. Dagegen lässt die Ergebnislage nicht den Schluss zu, dass dies das Potential für Ambivalenzerfahrungen erhöht.

Wie erwartet gehen Eltern und Kinder unterschiedlich mit Ambivalenzerfahrungen um. Eltern wählen mehrheitlich Umgangsstile, welche die Nähe zwischen den Generationen hervorheben (Solidarität und Emanzipation). Dieser Befund spiegelt sich auch in der stärkeren Verbundenheit der Eltern mit ihren kranken Kindern wider. Im Gegensatz dazu betonen Kinder vermehrt die Distanz zwischen Generationen, indem sie sich atomisierend und kaptivativ verhalten. Dies bedeutet, dass Kinder auf die Nähe der Eltern mit Distanz reagieren. Vor dem Hintergrund, dass Eltern vermehrt von Spannungen zwischen Nähe und Distanz zu ihren Kindern berichten, kann geschlussfolgert werden, dass Eltern und Kinder mit Ambivalenzerfahrungen unterschiedlich umgehen, was wiederum zu Ambivalenzen führen kann.

Eltern betonen zwar die Nähe und Verbundenheit zu ihren kranken Kindern, aber die kranken Kinder geben häufiger als ihre Eltern an, dass die gegenseitigen Beziehungen ihren Wunschvorstellungen entsprechen, was auf größere Zufriedenheit schließen lässt. Allerdings sind die Befunde hier nicht konsistent. In Bezug auf die Erfreulichkeit der Beziehungen finden sich keine Unterschiede zwischen den Generationen. In einer von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) durchgeführten Studie über die Beziehungsqualität in Normalfamilien zeigte sich, dass Eltern sowohl die Verbundenheit zu ihren Kindern als auch die Erfreulichkeit und Übereinstimmung der Beziehungen mit den Wunschvorstellungen höher einschätzten als die Kinder dies taten. Anders könnte man sagen, dass die Kinder in der Studie von Lüscher et al. (2000) die Beziehungen zu ihren Eltern kritischer einschätzten als umgekehrt. Dies würde der generational stake-Hypothese entsprechen. Im Gegensatz zu der Studie von Lüscher et al. lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht im Sinne der „generational stake-Hypothese interpretieren. Man könnte vielmehr sagen, dass die Beziehungsqualität von Eltern und Kindern inkonsistent eingeschätzt wird und sich daraus evtl. Ambivalenzen ergeben könnten.

Geschlechtervergleich

Mittels des Geschlechtervergleichs sollten die Effekte untersucht werden, welche das Geschlecht des Elternteils auf das Erleben und Gestalten der Generationenbeziehungen ausübt. Hierbei wurden vor allem unterschiedliche Rollenanforderungen und Aufgaben in der Familie sowie bzgl. der Pflege des erkrankten Kindes als Faktoren gesehen, die Mütter und Väter voneinander unterscheiden. Der Geschlechtervergleich sollte die Frage beantworten helfen,

ob Mütter und Väter die Beziehungen zu ihren kranken Kindern unterschiedlich wahrnehmen und gestalten bzw. ob die kranken Kinder die Beziehungen zu ihren Müttern und Vätern verschieden erfahren und gestalten.

Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Frage, ob sich Mütter und Väter in ihren Beziehungen zu ihren erkrankten Kindern bzgl. der Manifestation von Ambivalenzerleben unterscheiden, muss mit „nein“ beantwortet werden. Ebenso wenig finden sich Hinweise dafür, dass kranke Kinder die Beziehungen zu ihren Vätern anders einschätzen als die Beziehungen zu ihren Müttern. Die Auswertung der qualitativen Frage lässt erkennen, dass Mütter gegenüber ihren kranken Kindern bzgl. anderer Themen in Zwiespalt geraten als Väter. Ebenso unterscheiden sich die Themen, die in kranken Kindern gegenüber ihren Müttern Ambivalenz auslösen von den Themen, die in Kindern gegenüber ihren Vätern zu Ambivalenz führen. Bzgl. des Umgangs mit Ambivalenz den kranken Kindern gegenüber finden sich zwischen Müttern und Vätern keine Unterschiede. Kinder verhalten sich Müttern gegenüber allerdings anders als Vätern gegenüber, wenn sie sich gegenüber ihnen hin- und hergerissen fühlen. Mütter und Väter schätzen die Beziehungsqualität zu ihren kranken Kindern nicht unterschiedlich ein. Ebenso finden sich keine Unterschiede in der Einschätzung der Beziehungsqualität der kranken Kinder zu ihren Müttern und Vätern.

Interpretation der Ergebnisse. Alles in allem gesehen finden sich aus der Sicht der Eltern keine wesentlichen Unterschiede zwischen Müttern und Vätern bzgl. der Wahrnehmung und Einschätzung der Beziehungen zu ihren kranken Kindern. Lediglich tendenziell finden Mütter Ambivalenzerfahrungen ihren kranken Kindern gegenüber sozial abweichend, Väter hingegen nicht. Aufgrund des geringen n ist dieser tendenzielle Unterschied allerdings bemerkenswert (vgl. Tabelle 18 im Ergebnisteil). Im Generationenvergleich zeichnete sich dieser Unterschied bereits ab, als die Einschätzungen der Eltern mit denen der Kinder verglichen wurden. Wie dort schon bemerkt, kann die tendenzielle Wahrnehmung der Mütter, dass die Beziehungen zu ihren kranken Kindern von den Beziehungen anderer Eltern zu ihren Kindern abweichen, als größere Sensibilität der Mütter für diese „off-timedness of caregiving“ (Tessler & Gamache, 2000, S. 11) gedeutet werden. Somit kann angenommen werden, dass Mütter etwas sensibler für soziale Erwartungen sind als Väter.

Aus der Sicht der kranken Kinder zeigt sich, dass sich diese ihren Müttern und Vätern gleichermaßen häufig hin- und hergerissen fühlen, die Ambivalenzerfahrungen ihren Vätern gegenüber aber intensiver empfinden als gegenüber ihren Müttern. Die größere Intensität

der Ambivalenzerlebnisse geht allerdings nicht mit größerer Belastung einher. Diese Befunde können mit einer von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) durchgeführten Studie verglichen werden, in der sog. Normalfamilien unter anderem bzgl. der Häufigkeit von Ambivalenz und in Bezug auf die Belastung durch Ambivalenz befragt wurden. Die deskriptive Auswertung dieser Studie von Lüscher et al. (2000) gibt Hinweise darauf, dass Kinder ihren Müttern gegenüber gleich häufig Ambivalenz empfinden und Ambivalenzerfahrungen Müttern gegenüber auch als gleich belastend eingeschätzt werden wie gegenüber Vätern.

Zur Beantwortung der Frage, warum Kinder Ambivalenzerlebnisse gegenüber ihren Vätern intensiver wahrnehmen, kann die Auswertung der qualitativen Frage herangezogen werden. Die Befunde zeigen, dass sich kranke Kinder ihren Vätern gegenüber vor allem aufgrund der Fremdartigkeit der Väter und der Beeinflussung durch die Väter hin- und hergerissen fühlen. Dagegen werden Ambivalenzerfahrungen gegenüber den Müttern vor allem unterschiedlichen Einstellungen in der Lebensführung, emotionalen Aspekten der Generationenbeziehung und Themen des Rückzugs und der Distanzierung zugeschrieben. Dies lässt den Schluss zu, dass die Themen, die in Bezug auf die Väter zu Zwiespältigkeiten führen, für die Kinder bedeutender sind als die Themen, die bzgl. der Mütter Ambivalenzen auslösen. Dies kann vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass die symptomatisch bedingten Verhaltensstörungen der kranken Kinder vermehrt das Eingreifen der Eltern erfordern (vgl. die Befunde von Tessler & Gamache, 2000). Es kann spekuliert werden, dass Väter häufiger die Rolle der Kontrolleure innehaben und dies dazu führt, dass sich die Kinder ihren Vätern gegenüber intensiver hin- und hergerissen fühlen.

Die Auswertung der qualitativen Frage zeigt außerdem, dass Mütter Ambivalenzerlebnisse zum Teil anderen Quellen zuschreiben als Väter. Der auffälligste Unterschied betrifft emotionale Aspekte in der Generationenbeziehung. Während für Mütter ein Großteil ihrer Zwiespältigkeiten von Emotionen wie Wut, Ärger und Aggression herrühren, spielen Emotionen für Väter eine untergeordnete Rolle im Ambivalenzprozess. Die Betonung der Emotionen seitens der Mütter findet sich auch in der expliziten Nennung der Spannungsfelder wieder. Mütter berichten primär von Spannungen zwischen Nähe und Distanz, während Väter diesbezüglich keine Konflikte erwähnen. Väter fühlen sich vor allem zwischen den Polen Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen. Man kann sagen, dass dieser Unterschied zwischen Müttern und Vätern den Geschlechtsstereotypen entspricht. Es scheint, dass genau diese in den jeweiligen Geschlechtern typische Quellen von Ambivalenz darstellen.

Im Großen und Ganzen wählen Mütter und Väter ähnliche Umgangsstile, wenn sie sich gegenüber ihren kranken Kindern hin- und hergerissen fühlen. Am häufigsten verhalten sie sich ihren kranken Kindern gegenüber emanzipativ. Das heißt sie betonen die emotionale Nähe zu ihren Kindern und versuchen gleichzeitig auch eigene Wege zu gehen. Evtl. könnte diese Übereinstimmung als Reziprozität zwischen den Eltern interpretiert werden. Beide stehen gleichermaßen vor der Aufgabe, mit der Krankheit, den damit verbundenen Anforderungen und Zwiespältigkeiten innerhalb der Beziehungen zum kranken Kind umzugehen. Auch wenn Mütter und Väter dabei zum Teil unterschiedliche Funktionen erfüllen, scheint doch die Notwendigkeit, eigene und neue Umgangsformen zu finden, für beide bedeutsam zu sein. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass es keine gesellschaftlich vorgegebenen Normen gibt, wie Familien mit der Krankheit des Kindes umgehen sollen.

Im Gegensatz dazu unterscheiden sich die Umgangsstile der Kinder ihren Müttern und Vätern gegenüber. Ihren Müttern gegenüber verhalten sie sich eher solidarisch, während sie sich ihren Vätern gegenüber eher emanzipativ verhalten, wenn sie Ambivalenz empfinden. Zudem greifen sie auch vermehrt zu distanzierenden Umgangsstilen (Atomisierung und Kaptivation), wenn sie gegenüber ihren Müttern und Vätern hin- und hergerissen sind. Man könnte spekulieren, dass die kranken Kinder versuchen, die Nähe zu ihren Müttern herzustellen, indem sie sich ähnlich wie ihre Mütter verhalten. Im Gegensatz dazu könnten sich die kranken Kinder vom Einfluss der Väter abgrenzen wollen, indem sie vermehrt neue und eigene Wege gehen.

Mütter und Väter schätzen die Qualität der Beziehungen zu ihren kranken Kindern ähnlich eng, erfreulich und wunschgemäß ein. Ebenso wird die Beziehungsqualität der Kinder in Bezug auf ihre Mütter und Väter ähnlich eingeschätzt. Diese Befunde stehen im Gegensatz zu den Ergebnissen, die in einer Studie von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke, Böhmer und Rasner (2000) gefunden wurden: die deskriptive Auswertung der Studie von Lüscher et al. (2000) zeigt, dass Kinder in sog. Normalfamilien die Beziehungen zu ihren Müttern besser einschätzten als die Beziehungen zu ihren Vätern. Die Tatsache, dass in der vorliegenden Studie keine Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Beziehungsqualität gefunden wurden, deutet darauf hin, dass Mütter und Väter trotz möglicher unterschiedlicher Rollen in den Familien und in Bezug auf die Pflege des erkrankten Kindes gleichermaßen gute Beziehungen zu ihren Kindern haben. Es könnte spekuliert werden, dass es nicht die geschlechtsspezifischen Rollen an sich sind, welche die Beziehungsqualität zu den kranken Kindern

beeinflussen, sondern evtl. die Erfüllung dieser. Darauf sollte in zukünftigen Erhebungen geachtet werden.

5.2 Diskussion der Methode

Die Diskussion der Ergebnisse zeigte, dass die Hypothesen nicht immer bestätigt werden konnten. Im Folgenden soll die Methode der Forschungsarbeit erörtert werden und inwieweit sie die Ergebnisse beeinflusst haben könnte.

Diskussion der Stichprobe. Die intensiven Bemühungen, Teilnehmer für die Studie zu rekrutieren, ermöglichten die Erhebung von 14 Familien. Obwohl diese Stichprobengröße (N) für eine Studie, die familiensoziologische Forschung und klinisch-psychiatrischen Zugang kombiniert, durchaus mit anderen Studien vergleichbar ist (z.B. Florin et al., 1992; Scazufca et al., 2001), ist die statistische Macht aufgrund der geringen Fallzahl eingeschränkt. Dies kann dazu führen, dass die untersuchten Gruppen deutliche Unterschiede in den Medianen (und/oder Mittelwerten) zeigen, die inferenzstatistische Überprüfung dennoch kein signifikantes Ergebnis bringt. Im Geschwistervergleich zeigt sich beispielsweise dass Väter die Beziehungen zu ihren kranken Kindern (Mdn = 3.00, QA = 1.00) deutlich unerfreulicher einschätzen als die Beziehungen zu ihren gesunden Kindern (Mdn = 2.00, QA = 0.90; $n = 9-1$, $z = -1.27$, $p = .10$), dieser Unterschied von 1.00 in den Likert-Skalen aber nicht signifikant wird (vgl. auch Tabelle 10 im Ergebnisteil). Um dem kleinen N gerecht zu werden, kamen nicht-parametrische Analysemethoden zum Einsatz. Bzgl. der Umgangsstile konnten die Gruppenvergleiche nur auf deskriptiver Basis vollzogen werden.

Die geringe Stichprobengröße hat zur Folge, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit eingeschränkt ist. Allerdings ist dies nicht nur auf das kleine N zurückzuführen, sondern auch auf die mangelnde Repräsentativität der Stichprobe aufgrund selektiver Auswahl. Die Interviewpartner konnten nicht zufällig ausgewählt werden, daher ist anzunehmen, dass die Stichprobe einem Bias unterliegt. Das bedeutet, dass die Stichprobe möglicherweise systematisch von der Grundgesamtheit abweicht. Es ist denkbar, dass diejenigen Familien, die einer Teilnahme an der Studie zustimmten, insgesamt ein besseres Verhältnis zu ihren kranken Kindern haben und die Patienten mehr unterstützen als dies allgemein in Familien mit einem psychisch kranken erwachsenen Kind der Fall ist. Dies könnte zur Folge haben, dass involvierte Familien in dieser Studie überrepräsentiert sind, was wie-

derum eine Verzerrung des Antwortverhaltens zur Konsequenz haben könnte – vor allem in Bezug auf die Umgangsstile mit Ambivalenz.

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit ist außerdem eingeschränkt, da in der vorliegenden Arbeit ausschließlich Familien mit schizophren Erkrankten untersucht wurden und keine Vergleiche mit anderen Störungsbildern vorliegen. Die Art der psychischen Krankheit sollte allerdings beachtet werden, da es einen Unterschied hinsichtlich des Ambivalenzerlebens und des Umgangs mit Ambivalenz machen könnte, ob es sich bei der Erkrankung beispielsweise um eine Schizophrenie, eine Abhängigkeitserkrankung oder eine Depression handelt (vgl. Burkhardt, 2002). Im Rahmen einer anderen Diplomarbeit wird der Frage nachgegangen, wie die Beziehungen in Familien mit abhängigkeitserkrankten Kindern gestaltet werden (Rudorf, in Bearbeitung). Eine weiterführende Arbeit wird sich unter anderem mit dem Vergleich der Beziehungsgestaltung zwischen Familien mit schizophrenen vs. abhängigkeitserkrankten Kindern beschäftigen (Burkhardt, in Bearbeitung).

Ein weiterer Punkt, der die Generalisierbarkeit der Befunde dieser Studie begrenzt, ist die Störungsschwere der interviewten Patienten. Wie in Kap. 3.1 deutlich wurde, konnten nur Patienten befragt werden, deren Gesundheitszustand ausreichend stabilisiert war. Dies bedeutet, dass die Betroffenen in dieser Untersuchung wahrscheinlich eher leicht erkrankt waren. Es wäre interessant, die Gestaltung von Generationenbeziehungen in Familien in Abhängigkeit der Störungsschwere zu betrachten. Ferner ist zu berücksichtigen, welche Rolle der Betroffene bzw. die Angehörigen innehaben, das heißt, ob es sich bei dem Erkrankten um das Kind, den Partner oder ein Elternteil handelt. Auch dies könnte zu unterschiedlichem Ambivalenzerleben und Umgang mit Ambivalenz führen.

Diskussion des Designs. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie. Das heißt, die Interviewpartner wurden nur zu einem einzigen Zeitpunkt befragt. Dies führt dazu, dass nur Aussagen über punktuelle Ausprägungen der untersuchten Variablen getroffen werden können, sozusagen der „Status Quo“ bestimmt werden kann. Es ist nicht möglich, Veränderungen in den Variablen über die Zeit hinweg zu erfassen und Aussagen über Kontinuität oder Stabilität zu treffen. Dadurch, dass die zeitliche Dimension nicht erfasst wird, können keine Aussagen über Entwicklungen getroffen werden. Längsschnittuntersuchungen würden die Einbettung in den Lebenslauf ermöglichen. Kahana et al. (1994) beispielsweise betonen in Zusammenhang mit der Untersuchung von caregiving neben der Be-

deutung des persönlichen und sozialen Kontextes vor allem auch den zeitlichen Kontext, damit Aussagen über die Lebensspanne hinweg gemacht werden können. Die Manifestation von Ambivalenz, der gewählte Umgangsstil und die Beziehungsqualität können sich verändern und je nach Situation variieren. Dies sollte auch bei der Konstruktion des Erhebungsinstrument beachtet werden.

Das Besondere am Untersuchungsdesign dieser Studie besteht darin, dass mehrere Familienmitglieder über ihre dyadischen Beziehungen zu anderen Mitgliedern der Familie aussagten und so die ganze Familie in den Blick genommen werden konnte. Auf diese Weise war es möglich, den Einfluss verschiedener Positionen und Rollen innerhalb der Familie auf das jeweilige Erleben und die Gestaltung von Generationenbeziehungen zu untersuchen.

Diskussion des Instruments. Der Einsatz eines Selbstberichtfragebogens im Rahmen dieser Studie rechtfertigt sich insofern, dass Individuen meist in der besten Position sind, innere Vorgänge (wie z.B. Ambivalenzerleben) oder Handlungsweisen (wie z.B. den Umgang mit Ambivalenz) zu beobachten, einzuschätzen und zu berichten. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sie sich dessen bewusst sind und gewillt sind, offen und ehrlich darüber Auskunft zu geben – und nicht sozial erwünscht antworten. Der eingesetzte Fragebogen enthält keine Skala zur Messung und Kontrolle sozial erwünschter Antworten. Lettke (2000) bemerkt hierzu:

Es ist allerdings bei allen Beziehungsbeschreibungen in Rechnung zu stellen, dass hier Effekte sozialer Erwünschtheit eine Rolle spielen können oder dass die Befragten Zwiespältigkeiten möglicherweise nicht wahrnehmen oder bewusst aus ihren Einschätzungen ausblenden. Das ist plausibel, denn das Eingeständnis von massiven Ambivalenzen kann als Bedrohung der Beziehung aufgefasst werden. (S. 43)

Das Instrument, das in dieser Studie zum Einsatz kam, setzt sich zum Großteil aus einem Fragebogen zusammen, der in einer Studie von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke und Böhmer (2000) zum Einsatz kam. Das in Abschnitt 2.1.3 vorgestellte Ambivalenzmodell (Lüscher, 2004) diente als Ausgangspunkt für die Operationalisierung der im Fragebogen verwendeten Items. Es liegt keine psychometrische Validierung des Fragebogens vor. Zum Zwecke der Vergleichbarkeit der Antworten in klinischen und nicht-klinischen Familien wurde auf dieses Instrument zurückgegriffen, das allerdings an die Erhebung von Familien mit psychisch kranken Kindern angepasst wurde. Insgesamt kritisiert Lettke (2000, S. 45), dass an

der „inhaltlichen Feinabstimmung der einzelnen Fragenkomplexe“ noch weitergearbeitet werden müsse. An dieser Stelle soll vor allem darauf hingewiesen werden, dass die Berechnung und Interpretation des indirekten Ambivalenzmaßes logische und konzeptuelle Schwächen aufweisen (siehe Lettke, 2000, für eine ausführliche Darstellung verschiedener Ambivalenzmaße und deren Vor- und Nachteile).

Eine offene Frage wurde in der vorliegenden Studie in die Auswertung miteinbezogen. Die Interraterreliabilität dieser qualitativen Frage ergab ein Kappa von .939. Dies spricht für eine hoch reliable Auswertung der betreffenden Frage. Die qualitative Frage nach situationsspezifischen ambivalenzgenerierenden Themen gibt Aufschluss über mögliche Operationalisierungsmöglichkeiten in zukünftigen Fragebögen.

5.3 Ausblick

Die vorliegende Studie konnte die Nützlichkeit des Ambivalenzkonzepts zur Untersuchung von Generationenbeziehungen in Familien mit einem psychisch erkrankten erwachsenen Kind zeigen. Ambivalenz ist in diesen Familien ein wichtiges Thema, dem sich auch zukünftige Forschungsarbeiten widmen sollten. Ausgehend von den Erfahrungen innerhalb dieses Projekts können einige Anregungen für weitere Untersuchungen gegeben werden.

Ausblick für die weitere Forschung. Die geringe Stichprobengröße und die Selektivität der Stichprobe der vorliegenden Studie hat zur Konsequenz, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit eingeschränkt ist. Für weitere Forschungen wäre wünschenswert, ein größeres N zu erhalten. Dies würde zudem neue Möglichkeiten der inferenzstatistischen Überprüfbarkeit eröffnen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Rekrutierung von Familien, in denen ein Mitglied psychisch erkrankt ist, viel Zeit und eine intensive Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Institutionen erfordert.

Vor dem Hintergrund, dass in dieser Studie ausschließlich Familien mit einem schizophrenen erwachsenen Kind befragt wurden, stellt sich die Frage, welchen Einfluss unterschiedliche psychische Störungsbilder auf die Beziehungseinschätzung und die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und ihren erkrankten Kinder haben. Zur Beantwortung dieser Frage sollten Familien befragt und miteinander verglichen werden, in denen die Erkrankten unterschiedlichen Diagnosegruppen zuzuordnen sind. Zudem wäre interessant, die Wirkung der Krankheitsschwere des Kindes auf die Wahrnehmung und Gestaltung von Eltern-Kind-Dya-

den zu erforschen. Die vorliegende Studie ist Teil eines größeren Projektes, in dem diesen Fragen bereits nachgegangen wird (Burkhardt, in Bearbeitung).

Ferner stellt sich die Frage, wie Ambivalenzerleben, der Umgang mit Ambivalenz und die Beziehungsqualität miteinander in Verbindung stehen. So könnte beispielsweise der Umgang mit Ambivalenzerfahrungen Auswirkungen auf die Beziehungsqualität haben, oder die Beziehungsqualität das Erleben von Ambivalenz und den Umgang damit beeinflussen. In der vorliegenden Studie verhielten sich die Eltern ihren kranken Kindern gegenüber emanzipativ und solidarisch. Nun wäre es aber interessant, das Ambivalenzerleben und die Beziehungsqualität von Eltern, die ihren kranken Kindern gegenüber atomisierend oder kaptivativ mit Ambivalenz umgehen mit solchen Eltern zu vergleichen, die sich eher emanzipativ und solidarisch verhalten. Es ist denkbar, dass der Ausprägungsgrad von Ambivalenzerfahrungen die Wahl der Umgangsstile beeinflusst, der Umgang andererseits auch Einfluss auf das Ambivalenzerleben ausübt. In weiteren Forschungen sollte gezielt derlei Fragen nachgegangen werden, um die Dynamik zwischen diesen Variablen besser abbilden zu können.

Ebenso interessant ist die Frage, wie diese Variablen mit anderen Variablen zusammenhängen. Aus der Literatur ist zum Beispiel bekannt, dass die Wohnverhältnisse von Eltern und Patienten (das heißt, ob sie zusammenwohnen oder nicht) die Qualität und das Ausmaß der Pflegetätigkeit sowie die Belastung der Eltern beeinflussen (Tessler & Gamache, 2000). So könnten sich weitere Studien mit dem Einfluss dieser Variablen auf die Generationenbeziehungen in Familien mit einem psychisch Kranken beschäftigen, wie dies auch schon im Rahmen des Projektes, in das diese Studie eingebettet ist, geschieht (Burkhardt, in Bearbeitung). Obendrein könnte der Zusammenhang zwischen anderen Messmethoden des Familienklimas (z.B. EE; Brown et al., 1972) und der Ambivalenzmessung erforscht werden (siehe ebenfalls Burkhardt, in Bearbeitung).

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Eltern-Kind-Dyaden innerhalb derselben Familien miteinander verglichen, bei denen das Kind einmal an einer psychisch Störung litt und einmal nicht. Anhand eines Vergleichs von Eltern-Kind-Dyaden aus klinischen und nicht-klinischen Familien kann untersucht werden, wie sich die gesamte Familie im Kontext der Krankheit verändert. Momentan wird diese Frage in einem Projekt der Universität Konstanz bearbeitet (Burkhardt, in Bearbeitung).

In der vorliegenden Querschnittstudie war es nicht möglich, den zeitlichen Verlauf von Ambivalenzerleben und den Umgang mit Ambivalenz sowie der Qualität von Generationenbeziehungen zu erfassen. Eine Längsschnittstudie würde dagegen die Untersuchung dieser Variablen über den Lebens- und Krankheitsverlauf hinweg sowie Aussagen über Kontinuität und Stabilität des Ambivalenzkonstrukts erlauben.

Das Design der vorliegenden Arbeit ermöglicht die Erfassung der Familienbeziehungen aus allen Perspektiven der Mutter-Vater-Kind-Triade. Allerdings wurden die gesunden Kinder hier nicht befragt. In weiteren Studien sollten diese auch in die Befragung einbezogen werden, um mehr über die Rolle der gesunden Geschwisterkinder zu erfahren und um Angaben darüber machen zu können, ob und wie sich die Beziehungen zwischen den gesunden Kindern und ihren Eltern vor dem Hintergrund der Erkrankung eines Geschwister verändern und wie diese Beziehungen gestaltet werden.

Das Erhebungsinstrument, das in dieser Studie zum Einsatz kam, baut auf einem Fragebogen von Lüscher, Pajung-Bilger, Lettke und Böhmer (2000) auf. Da dieser noch nicht psychometrisch validiert ist, bedarf es auch in dieser Richtung weiterer Forschung. Einzelne Maße der Instruments bedürfen ebenso der Überarbeitung und Weiterentwicklung (vgl. z.B. Lettke, 2000). Wie aus der Diskussion der Methode bereits hervorging, wird die Berechnung des indirekten Ambivalenzmaßes kontrovers diskutiert (siehe Lettke, 2000). Ebenso sollte die Operationalisierung der Umgangsstile vorangetrieben werden (vgl. Lettke, 2000).

In zukünftigen Forschungsarbeiten könnte überlegt werden, zusätzliche Informationen zu erheben. In der vorliegenden Arbeit wurden beispielsweise keine Angaben darüber gemacht, wer sich hauptsächlich um den Patienten kümmert und welche konkreten Handlungsanforderungen daraus für den Einzelnen entstehen. Ebenso wenig wurden Mütter und Väter nach ihren jeweiligen Aufgaben gefragt, die sie in ihren Familien erfüllen, wie sie diese bewältigen, ob und wie sich dadurch die Beziehungen zu ihren Kindern verändern. Diese Zusatzinformationen könnten dann direkt mit der Einschätzung und Gestaltung der Generationenbeziehungen in Verbindung gebracht werden.

Im Ambivalenzmodell von Lüscher (2004, Kap. 2.1.3) finden sich noch nicht alle Aspekte der Definition von Ambivalenz (vgl. Kap. 2.1.2). So fehlt bisher die Integration des Begriffs der Identität. Zudem wurde in dieser Studie deutlich, dass Eltern und ihre erkrankten Kinder sehr häufig zwischen den Polen der Autonomie und Kontrolle hin- und hergerissen sind –

und dieses Spannungsfeld nicht explizit im Ambivalenzmodell vorkommt. An diesen Punkten besteht die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Modells.

Implikationen für die psychotherapeutische Praxis. Ambivalenzerfahrungen zeigen sich nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch in der Begegnung mit psychiatrisch Tätigen (vgl. Burkhardt, 2002). Daher besteht eine Aufgabe der Therapie darin, dieses Thema in der Arbeit mit den betroffenen Familien anzusprechen und das Erleben von Ambivalenz gemeinsam zu reflektieren. In diesem Zusammenhang ist es bedeutsam, dass sich die psychiatrisch Tätigen bewusst darüber sind und die Familienmitglieder entsprechend aufklären und entlasten, dass Ambivalenzerleben normal ist – das heißt sich auch in Durchschnittsfamilien findet – und nicht per se von pathologischem Miteinander zeugt.

Ebenso entlastend kann es für die Familien sein, wenn ihnen der Therapeut erläutert, dass sie als Familie mit einem psychisch Kranken strukturellen Widersprüchen ausgesetzt sind, die zu verstärktem Ambivalenzerleben führen können. Vor dem Hintergrund des Anforderungskontextes wird verständlich, warum von diesen Familien nicht immer Eindeutigkeit im Handeln zu erwarten und zu verlangen ist. Ihre Fragen, Unsicherheiten, Entscheidungsschwierigkeiten und inkonsistente Verhaltensweisen spiegeln eben diese strukturell generierten Ambivalenzerfahrungen wider.

Die Befunde zeigen, dass sich die Eltern von schizophren erkrankten erwachsenen Kindern ihrer Ambivalenzen bewusst sind, sie diese benennen, beschreiben und über sie reflektieren können. Es erscheint wichtig, dass die Therapeuten auch die Patienten zunehmend für dieses Thema sensibilisieren. In gemeinsamen Gesprächen mit der gesamten Familie könnten dann alle Familienmitglieder lernen, Ambivalenzen zu artikulieren und miteinander darüber zu diskutieren. So wäre es möglich, Wechselwirkungen zwischen den Handlungen der Familienmitglieder sichtbar zu machen (zum Beispiel, dass der Patient auf die Nähe der Eltern mit Distanz reagiert, die Eltern das nicht verstehen und dadurch vermehrt Ambivalenzen entstehen können). Dadurch könnte auch das gegenseitige Verständnis für das Erleben jedes Einzelnen erhöht werden und klar gemacht werden, welche Bedeutung die Position in der Familie, die Rolle im Generationengefüge und das Geschlecht hinsichtlich des Erlebens und der Gestaltung der gegenseitigen Beziehungen haben können. In diesem Zusammenhang ist auch wichtig, die Sonderrolle des Patienten zu reflektieren, welche dieser in seiner Familie einnimmt. Häufig besteht in diesen Familien ein Ungleichgewicht der Aufmerksamkeit und Bewertung hin zum Patienten. Evtl. könnte auch hier therapeutisch angesetzt werden, indem

die Geschwister wieder verstärkt beachtet werden und auch zunehmend als Ressource in den Prozess der Heilung eingebunden werden.

Die Befunde dieser Studie zeigen nicht nur, dass Ambivalenzerleben in Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen alltäglich ist, sondern auch, dass der Umgang damit eine wichtige Aufgabe für diese Familien darstellt. Daher sollte nicht nur zur Sprache gebracht werden, zwischen welchen Polen sich Familienmitglieder hin- und hergerissen fühlen, sondern auch, wie sie damit umgehen, wie sie diese gemeinsam bewältigen. Evtl. könnten dadurch dysfunktionale Umgangsstile entlarvt werden. Allerdings gilt zu beachten, dass kein Umgangsstil per se als dysfunktional angesehen werden sollte, sondern immer der Kontext des Handelns und die Effektivität beachtet werden sollte. In diesem Sinne ist es wichtig, dass die Familienmitglieder sich darüber im Klaren sind, dass es kein richtiges oder falsches Handeln gibt, sondern für unterschiedliche Situationen unterschiedliche Lösungen optimal sind. Auf jeden Fall könnten Handlungsmöglichkeiten der Familienmitglieder erörtert und gemeinsam Alternativlösungen gesucht werden. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten besteht somit darin, dass er den Familien hilft, ihren Handlungsspielraum zu erweitern.

Vor dem Hintergrund der Relevanz von Ambivalenzerfahrungen und dem Umgang damit für Familien mit einem Angehörigen, der an einer psychischen Störung leidet, ergeben sich weitere interessante Fragen: welche Bedeutung sieht der psychiatrisch Tätige darin, wenn in einer Familie mit einem psychisch Kranken keine Ambivalenzen vorkommen, diese also fehlen? Welche Auswirkungen zeigen sich bzgl. der Krankheitsentstehung? Wie kann das Fehlen von Ambivalenz im gesellschaftlichen Kontext interpretiert werden?

Alles in allem zeichnen die Befunde dieser Studie ein differenzielles Bild der Familien, die sich um psychisch erkrankte Angehörige kümmern. Für die psychiatrisch Tätigen ist es wichtig, das Charakteristische und die Einmaligkeit von spezifischen Dyaden (z.B. Vater-Kind, Mutter-Kind) im Blick zu behalten und die Interventionen entsprechend darauf abzustimmen. Ebenso wichtig erscheint es, dieses Wissen an die Familienmitglieder weiterzugeben, um das gegenseitige Verständnis der unterschiedlichen und teilweise gegensätzlichen Sichtweisen zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1981). Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients. A psychoeducational Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Angermeyer, M. C., Diaz Ruiz de Zárate, J., & Matschinger, H. I. (2000). Informations- und Unterstützungsbedarf von Angehörigen psychiatrischer Patienten. *Das Gesundheitswesen*, 62, 483-486.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 252-264.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1963). A Note on the Double Bind. *Family Process*, 2, 154-161.
- 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.
- Berger, M. (2000). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In M. Berger & R.-D. Stieglitz (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. München, Jena: Urban und Fischer Verlag.
- Bertram, H. (2000). Life Course Dynamics and the Development of New Relations Between Generations. In L. Crockett (Ed.), *Negotiating Adolescence in Times of Social Change* (pp. 157-177). New York: Cambridge University Press.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family Caregiving in Chronic Illness. Alzheimer's Disease, Cancer, Heart Disease, Mental Illness and Stroke*. Newbury Park: Sage.
- Biegel, D. E., Song, L.-Y., & Chakravarthy, V. (1994). Predictors of caregiver burden among support group members of persons with chronic mental illness. In E. Kahana & D. E. Biegel & M. L. Wykle (Eds.), *Family caregiving across the lifespan* (pp. 178-215). Thousand Oaks: 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.
- Böker, W. (1992). A call for partnership between schizophrenic patients, relatives and professionals. *British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl. 18), 10-12.
- Brannen, J. (2003). Towards a Typology of Intergenerational Relations. Continuities and Change in Families. *Sociological Research Online*, 8(2).

- 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.
- Bundesamt für Statistik (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998. Schizophrene Psychosen, Kapitel 5.14*. Bundesamt für Statistik. Available: <http://www.gbe-bund.de>.
- Burkhardt, A. (2002). *Die Bedeutung des Begriffs "Ambivalenz" im Diskurs und Handlungsfeld von Psychotherapeuten. Arbeitspapier Nr. 41*. Konstanz: Forschungsschwerpunkt "Gesellschaft und Familie".
- Chang, C. F., & White-Means, S. I. (1991). The Men Who Care. An Analysis of Male Primary Caregivers Who Care for Frail Elderly at Home. *Journal of Applied Gerontology*, *10*(3), 343-358.
- 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. (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.
- Connidis, I. A., & McMullin, J. A. (2002a). Sociological ambivalence and family ties. A critical perspective. *Journal of Marriage and the Family*, *64*, 558-567.
- Connidis, I. A., & McMullin, J. A. (2002b). Ambivalence, family ties, and doing sociology. *Journal of Marriage and the Family*, *64*, 594-601.
- Cook, J. A., Cohler, B. J., Pickett, S. A., & Beeler, J. A. (1997). Life-course and severe mental illness: Implications for caregiving within the family of later life. *Family Relations*, *46*, 427-436.
- Curran, S. R. (2002). Agency, Accountability, and Embedded Relations. "What's Love Got To Do With It?" *Journal of Marriage and the Family*, *64*, 577-584.
- Dilling, H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family Care of Schizophrenia. A Problem -Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. New York: Guilford.
- Festinger. (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: Huber.
- Fingerman, K. L. (2003). Intergenerational ambivalence in the context of the larger social network. In K. Lüscher & K. Pillemer (Eds.), *Intergenerational ambivalences. New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 133-150). Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Florin, I., Nostadt, A., Reck, C., Franzen, U., & Jenkins, M. (1992). Expressed Emotion in De-pressed Patients and their Partners. *Family Process*, *31*, 163-172.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics

- by Psychoanalytic Therapy. *Psychiatry*, 11, 263-273.
- 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.
- Goldstein, M. J., & Strachan, A. M. (1987). The family and schizophrenia. In T. Jacob (Ed.), *Family Interaction and Psychopathology* (pp. 481-508). New York: Plenum Press.
- Goldstein, M. J. (1992). Commentary on "Expressed Emotion in Depressed Patients and their Partners". *Family Process*, 31, 172-174.
- Gottesman, I. I. (1993). *Schizophrenie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magaña, A., Mintz, J., Doane, J. A., D.J., M., & Snyder, K. S. (1989). Expressed Emotion and Patient-Relative Interaction in Families of Recent Onset Schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 11-18.
- Hahlweg, K., Dürr, H., & Müller, U. (1995). *Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- 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*. New York: Guilford Press.
- Hatfield, A. B. (1997). Families of adults with severe mental illness: new directions in research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 254-260.
- Heim, S. (1997). Sich um nichts mehr kümmern? Kann man das als Mutter, darf man das? In K. Dörner & A. Egetmeyer & K. Koenning (Eds.), *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen* (pp. 187-190). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoenig, J., & Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effects on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Hooley, J., & Hahlweg, K. (1986). The Marriages and Interaction Patterns of Depressed Patients and Their Spouses. Comparison of High and Low EE Dyads. In M. J. Goldstein & I. Hand & K. Hahlweg (Eds.), *Treatment of Schizophrenia*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Hooley, J. M., & Hiller, J. B. (2001). Family Relationships and Major Mental Disorder: Risk Factors and Preventive Strategies. In B. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology* (pp. 61-87): John Wiley & Sons.
- Huber, G., Gross, G., & Schüttler, R. (1979). *Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, Cooper, Day, & Bertelsen. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine, Mono Suppl* 20.
- Jablensky, A. (1995). Schizophrenia. The Epidemiological Horizon. In R. Hirsch & D. Weniger (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 206-252). Oxford: Blackwell Science.
- Jacob, T. (1975). Family Interaction in Disturbed and Normal Families. A Methodological and Substantive Review. *Psychological Bulletin*, 82, 33-65.
- Jacob, T. (Ed.). (1987). *Family Interaction and Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Jungbauer, J., Bischof, J., & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28(3), 105-114.
- Kahana, E., Kahana, B., Johnson, R. J., & Hammond, R. J. (1994). Developmental challenges and family caregiving. Bridging concepts and research. In E. Kahana & D. E. Biegel & M. L. Wykle (Eds.), *Family caregiving across the lifespan* (pp. 3-41). Thousand Oaks: Sage.
- Kay, S. R. (1991). *Positive and negative syndromes in schizophrenia*. New York: Brunner Mazel.
- Koenning, K. (1997). 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.
- Konieczna, T., & Katschnig, H. (1989). Schizophrenie und Familie. Entwicklungen 1984-1989. In H. Katschnig (Ed.), *Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause*. München: Psychologie Verlags Union.
- Kronmüller, K.-T., Krummheuer, C., Topp, F., Stephan, Z., Herzog, W., & Hartmann, M. (2001). Der Fragebogen zur familiären emotionalen Involviertheit und wahrgenommenen Kritik (FEIWK)
- Ein Verfahren zur Erfassung von Expressed Emotion. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 377- 383.
- Langenscheidt (Ed.). (1974). *Langenscheidts Enzyklopädisches Wörterbuch der englischen und deutschen Sprache*. Berlin, München, Wien, Zürich: Langenscheidt.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological Stress and Coping in Adaption and Illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 321-333.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R., & Sturgeon, D. (1982). A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Lefley, H. P. (1987). Behavioral Manifestations of Mental Illness. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the Mentally Ill. Coping and Adaption* (pp. 107-127). New York: Guilford Press.

- Lettke, F. (2000). *Generationenambivalenzen operationalisieren. Von der Messung zur Klassifizierung von Ambivalenz. AP 34.3.*
- Lettke, F. (2002). Ambivalenz und empirische Sozialforschung. *Sozialer Sinn, 1*, 137-151.
- Lüscher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational Ambivalence. A New Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life. *Journal of Marriage and the Family, 60*(2), 413-425.
- 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., Pajung-Bilger, B., Lettke, F. & Böhmer, S. (2000). *Generationenambivalenzen operationalisieren. Konzeptuelle, methodische und forschungspraktische Grundlagen. Arbeitspapier Nr. 34.1.* Universität Konstanz: Forschungsschwerpunkt "Gesellschaft und Familie".
- Lüscher, K. (2002). Widersprüchliche Mannigfaltigkeit - nachhaltige Leistungen. Ehe, Familie und Gesellschaft heute. Arbeitspapier 40.
- Lüscher, K. (2003). Familie pragmatisch definieren. *Erwägen - Wissen - Ethik, 14*(3), 539-541.
- Lüscher, K. & Liegle, L. (2003). *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft.* Konstanz: Universitätsverlag.
- Lüscher, K. (2004). Conceptualizing and Uncovering Intergenerational Ambivalence. In K. Pillemer & K. Lüscher (Eds.), *Intergenerational Ambivalences. New Perspectives on Parent-Child Relations in Later Life.* Amsterdam: Elsevier Science Ltd.
- Mannheim, K. (1928/1964). Das Problem der Generationen. In K. H. Wolff (Ed.), *Karl Mannheim. Wissenssoziologie. Auswahl aus dem Werk* ((1928) ed., pp. 509-565). Berlin: Luchterhand.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* München: Psychologie Verlags Union.
- Mays, G. D., & Lund, C. H. (1999). Male caregivers of mentally ill relatives. *Perspectives in Psychiatric Care, 35*, 19-28.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burdens. *Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies, 34*, 19-26.
- Nuechterlein, K., Dawson, M., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M., Snyder, K., Yel, C., & Mintz, J. (1992). Developmental Processes in Schizophrenic Disorders. Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress. *Schizophrenic Bulletin, 18*, 387-425.
- Olbrich, R. (1994). Die Suche nach Risikofaktoren für psychotische Rezidive schizophrener Kranker. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für klinische Psychologie, 23*, 153-162.
- Pharoa, F. M., Mari, J. J., & Streiner, D. (2002). Family Intervention for Schizophrenia. *The Cochrane Library*(1).
- Pitschel-Waltz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The Effect of

- Family Interventions on Relapse and Rehospitalizations in Schizophrenia - a Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92.
- Reis, J. (1996). *Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz (IMA). Manual*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- 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). Neuro-cognitive Vulnerability, Interpersonal Criticism and the Emergence of Unusual Thinking by Schizophrenic Patients During Family Transactions. *Archives of General Psychiatry*, 57(12), 1174-1179.
- Rosenthal, D., & Kety, S. S. (Eds.). (1968). *The Transmission of Schizophrenia*. New York: Pergamon Press.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Sczufca, M., & Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154-158.
- Sczufca, 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.
- Simon, M. D. (1994). Psychiatriereform und die Lebensqualität von Angehörigen von Schizophreniekranken. In H. Katschnig & P. König (Eds.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (pp. 231-239). Wien: Springer.
- Simon, F.-B., Clement, U., & Stierlin, H. (1999). *Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stoneall, L. (1983). Dilemmas of Support. Accordion relations between families and the deinstitutionalized mentally ill. *Journal of Family Issues*, 4, 659-676.
- Stotz-Ingenlath, G. (2000). Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3, 153-159.
- Tessler, R., & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport: Auburn House.
- 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.
- 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.

- WHO, & Organization, W. H. (1992). *International statistical Classification of Diseases and related health problems. 10th Revision*. Geneva: WHO.
- WHO, S. G. (1999). *Home Based Long-Term Care* (Vol. 898). Ma'ale Hachamisha: WHO.
- Wilson, A. E., Shuey, K. M. & Elder, G. H. (2003). Ambivalence in the Realtionship of adult children to aging parents and in-laws. *Journal of Marriage and Family*, 65, 1055-1072.
- Wolf, J. (2001). *Solidarität und Konflikt*. Online im Internet. Available: <http://www.diezeitschrift.de/22001/positionen2.htm>.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

Anhang I: Grundauszählung von ausgewählten Fragen des Fragebogens**F13, 15, 19, 21, 22, 23**

Frage 13: Es kann vorkommen, dass sich Familienmitglieder in ihren Empfindungen zueinander hin- und hergerissen fühlen. Wie ist das bei Ihnen und ... ? Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich in Ihrer Beziehung zu ... hin- und hergerissen fühlen?

	Aussagen der Mütter gegenüber ihren		Aussagen der Väter gegenüber ihren		Aussagen der Kinder geg. ihren	
	kranken Kindern n = 14	gesunden Kindern n = 22	kranken Kindern n = 10	gesunden Kindern n = 16	Müttern n = 14	Vätern n = 13
sehr oft	7 %	9 %	20 %	0	0	0
oft	14 %	5 %	10 %	6 %	0	0
hin und wieder	36 %	18 %	40 %	25 %	50 %	46 %
selten	36 %	55 %	10 %	38 %	36 %	23 %
nie	7 %	14 %	20 %	31 %	14 %	31 %

Frage 15: Wenn Sie sich gegenüber ... hin- und hergerissen fühlen, wie belastend ist das dann für Sie?

	Aussagen der Mütter gegenüber ihren		Aussagen der Väter gegenüber ihren		Aussagen der Kinder geg. ihren	
	kranken Kindern	gesunden Kindern	kranken Kindern	gesunden Kindern	Müttern	Vätern
	n = 13	n = 19	n = 8	n = 11	n = 12	n = 9
sehr belastend	54 %	11 %	38 %	0	33 %	33 %
belastend	39 %	32 %	38 %	27 %	33 %	33 %
Weniger belastend	8 %	42 %	25 %	55 %	25 %	25 %
Überhaupt nicht belastend	0	16 %	0	18 %	8 %	8 %

Frage 19: Denken Sie, dass Sie sich gegenüber ... häufiger oder seltener hin- und hergerissen fühlen als andere Eltern gegenüber ihren Kindern? / Denken Sie, dass Sie sich gegenüber ... häufiger oder seltener hin- und hergerissen fühlen als andere Kinder gegenüber ihrer Mutter/ihrem Vater?

	Aussagen der Mütter gegenüber ihren		Aussagen der Väter gegenüber ihren		Aussagen der Kinder geg. ihren	
	kranken Kindern	Gesunden Kindern	kranken Kindern	gesunden Kindern	Müttern	Vätern
	n = 13	n = 22	n = 10	n = 16	n = 14	n = 13
Häufiger	54 %	9 %	50 %	0	29 %	23 %
Gleich häufig	39 %	36 %	20 %	44 %	29 %	46 %
Seltener	8 %	55 %	30 %	56 %	43 %	31 %

Frage 21: Alles in allem gesehen: Wie eng fühlen Sie sich mit ... heute verbunden? Bitte bewerten Sie die Beziehung auf einer Skala von 1 bis 5, wobei eins bedeutet „sehr eng verbunden“ und fünf „überhaupt nicht eng verbunden“.

	Aussagen der Mütter gegenüber ihren		Aussagen der Väter gegenüber ihren		Aussagen der Kinder geg. ihren	
	kranken Kindern	gesunden Kindern	kranken Kindern	gesunden Kindern	Müttern n = 14	Vätern n = 13
	n = 14	n = 22	n = 10	n = 16		
sehr eng verbunden	57 %	46 %	50 %	63 %	29 %	23 %
	29 %	23 %	30 %	19 %	36 %	23 %
	14 %	27 %	20 %	13 %	29 %	39 %
	0	5 %	0	0	7 %	15 %
Überhaupt nicht eng verbunden	0	0	0	6 %	0	0

Frage 22: Wir alle haben Wunschvorstellungen, wie die Beziehung zu einer bestimmten Person sein sollte. Die Wirklichkeit sieht aber oft anders aus. Wenn Sie nun an Ihre Begegnungen mit ... denken, was würden Sie sagen: Wie häufig ist die Beziehung so, wie Sie sich diese wünschen?

	Aussagen der Mütter gegenüber ihren		Aussagen der Väter gegenüber ihren		Aussagen der Kinder geg. ihren	
	kranken Kindern n = 13	gesunden Kindern n = 22	kranken Kindern n = 10	gesunden Kindern n = 16	Müttern n = 14	Vätern n = 13
sehr oft	7 %	27 %	0	19 %	14 %	7 %
oft	31 %	59 %	50 %	56 %	71 %	46 %
hin und wieder	39 %	9 %	40 %	0	7 %	46 %
selten	23 %	5 %	10 %	13 %	7 %	0
nie	0	0	0	13 %	0	0

Frage 23: Jede Beziehung kann sowohl erfreuliche als auch unerfreuliche Seiten haben. Wie würden Sie, alles in allem gesehen, Ihre Beziehung zu ... einschätzen?

	Aussagen der Mütter gegenüber ihren		Aussagen der Väter gegenüber ihren		Aussagen der Kinder geg. ihren	
	kranken Kindern n = 14	gesunden Kindern n = 22	kranken Kindern n = 10	gesunden Kindern n = 16	Müttern n = 14	Vätern n = 13
Fast nur erfreulich	7 %	27 %	10 %	25 %	7 %	31 %
Überwiegend erfreulich	50 %	50 %	40 %	50 %	64 %	39 %
Gleichermaßen erfreulich wie unerfreulich	43 %	18 %	40 %	13 %	29 %	31 %
Überwiegend unerfreulich	0	5 %	10 %	6 %	0	0
Fast nur unerfreulich	0	0	0	6 %	0	0

Anhang II: Auswertung der qualitativen Frage

Tabelle II.27: Häufigkeiten und Prozente ambivalenzgenerierender Themen im Geschwistervergleich: Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken und gesunden Kindern

Kategorien	Aussagen der Eltern gegenüber ihren	
	kranken Kindern n = 48 AE	gesunden Kindern n = 46 AE
Unterschiede zwischen den Generationen gesamt	44% (21)	54% (25)
Psychische Erkrankung	21% (10)	0
Fremdheit	15% (7)	17% (8)
Meinungsverschiedenheiten	4% (2)	15% (7)
Lebensführung	4% (2)	22% (10)
Gestaltung der Generationenbeziehung gesamt	38% (18)	22% (10)
Gegenseitiger Einfluss	17% (8)	13% (6)
Tätige Pflege	4% (2)	2% (1)
Rückzug/Distanzierung	17% (8)	7% (3)
Emotionen in der Generationenbeziehung gesamt	19% (9)	24% (11)
Schuld und Vorwürfe	2% (1)	2% (1)
Angst und Sorgen	4% (2)	7% (3)
Wut, Ärger, Aggression	6% (3)	9% (4)
Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	4% (2)	0%
Mangelnde Verlässlichkeit, fehlendes Vertrauen	2% (1)	2% (1)
Loyalitätskonflikte	0%	4% (2)

Anmerkungen. Die Oberkategorien sind im Fettdruck. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

Tabelle II.28: Häufigkeiten und Prozente der Spannungsfelder im Geschwistervergleich: Aussagen der Eltern gegenüber ihren kranken und gesunden Kindern

Spannungsfeld	Eltern – krankes Kind n = 11 AE	Eltern - gesundes Kind n = 2 AE
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	45% (5)	50% (1)
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	18% (2)	50 % (1)
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	36 % (4)	0%

Anmerkungen. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind in Fettdruck. AE = Analyseeinheiten

Tabelle II.29: Häufigkeiten und Prozente ambivalenzgenerierender Themen im Generationenvergleich: Eltern vs. kranke Kinder

Kategorien	Eltern - kranke Kinder n = 48 AE	Kranke Kinder - Eltern n = 46 AE
Unterschiede zwischen den Generationen gesamt	44% (21)	43% (12)
Psychische Erkrankung	21% (10)	4% (1)
Fremdheit	15% (7)	14% (4)
Meinungsverschiedenheiten	4% (2)	11% (3)
Lebensführung	4% (2)	14% (4)
Gestaltung der Generationenbeziehung gesamt	38% (18)	32% (9)
Gegenseitiger Einfluss	17% (8)	14% (4)
Tätige Pflege	4% (2)	11% (3)
Rückzug/Distanzierung	17% (8)	7% (2)
Emotionen in der Generationenbeziehung gesamt	19% (9)	25% (7)
Schuld und Vorwürfe	2% (1)	4% (1)
Angst und Sorgen	4% (2)	7% (2)
Wut, Ärger, Aggression	6% (3)	11% (3)
Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	4% (2)	0%
Mangelnde Verlässlichkeit, fehlendes Vertrauen	2% (1)	0%
Loyalitätskonflikte	0%	4% (1)

Anmerkungen. Die Oberkategorien sind im Fettdruck. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

Tabelle II.30: Häufigkeiten und Prozente der Spannungsfelder im Generationenvergleich: Eltern vs. kranke Kinder

Spannungsfeld	Eltern – krankes Kind n = 11 AE	Krankes Kind - Eltern n = 2 AE
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	45% (5)	100% (2)
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	18% (2)	0%
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	36 % (4)	0%

Anmerkungen. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind in Fettdruck. AE = Analyseeinheiten

Tabelle II.31: Häufigkeiten und Prozente ambivalenzgenerierender Themen: Geschlechtervergleich

Kategorien	Mütter - kranke Kinder n = 29 AE	Väter - kranke Kinder n = 19 AE	kranke Kinder - Mütter n = 17 AE	kranke Kinder - Väter n = 11 AE
Unterschiede zwischen den Generationen gesamt	38% (11)	53% (10)	41% (7)	45% (5)
Psychische Erkrankung	21% (6)	21% (4)	6% (1)	0%
Meinungsverschiedenheiten	0%	11% (2)	12% (2)	9% (1)
Lebensführung	0%	11% (2)	18% (3)	9% (1)
Fremdheit	17% (5)	11% (2)	6% (1)	27% (3)
Gestaltung der Generationenbeziehung gesamt	35% (10)	42% (8)	29% (5)	36% (4)
Gegenseitiger Einfluss	17% (5)	16% (3)	6% (1)	27% (3)
Tätige Pflege	3% (1)	5% (1)	12% (2)	9% (1)
Rückzug/Distanzierung	14% (4)	21% (4)	12% (2)	0%
Emotionen in der Generationenbeziehung gesamt	28% (8)	5% (1)	29% (5)	18% (2)
Schuld und Vorwürfe	3% (1)	0%	6% (1)	0%
Angst und Sorgen	7% (2)	0%	6% (1)	9% (1)
Wut, Ärger, Aggression	10% (3)	0%	12% (2)	9% (1)
Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit bzgl. Zukunft	3% (1)	5% (1)	0%	0%
Mangelnde Verlässlichkeit, fehlendes Vertrauen	3% (1)	0%	0%	0%
Loyalitätskonflikte	0%	0%	6% (1)	0%

Anmerkungen. Die Oberkategorien sind im Fettdruck. AE = Analyseeinheiten. $\kappa = .939$

Tabelle II.32: Häufigkeiten und Prozente der Spannungsfelder: Geschlechtervergleich

Spannungsfeld	Mütter – krankes Kind n= 7 AE	Väter – krankes Kind n= 4 AE	Krankes Kind - Mütter n= 2 AE	Krankes Kind - Väter n= 0 AE
Autonomie-Kontrolle (Ebene des Handelns)	29% (2)	75% (3)	100% (2)	0%
Akzeptanz-Ablehnung (Ebene des Denkens)	14,3 (1)	25% (1)	0%	0%
Nähe-Distanz (Ebene des Fühlens)	57% (4)	0%	0%	0%

Anmerkungen. Die größten Häufigkeiten pro Spalte sind in Fettdruck. AE = Analyseeinheiten