Dezember 2001

Lizentiatsarbeit

Familienkonstrukte psychisch erkrankter Mütter und ihrer Angehörigen

Philosophische Fakultät I der Universität Zürich

Psychologisches Institut, Abteilung Klinische Psychologie I

Referentin: Prof. Dr. B. Boothe

Koreferent: PD Dr. T.M. Gehring, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Vorgelegt von:

Brigitte Müller

Inhaltsverzeichnis

Abstract **1**

Dank **2**

1. Einleitung **3**

2. Grundbegriffe systemischen Denkens **5**

2.1. Allgemeine Konzepte der Systemtheorie 5

2.2. Konstruktivismus und Kommunikation 8

3. Familie als System **9**

3.1. Was ist eine Familie? 9

3.2. Geschichte und Entwicklung der Familientherapie 11

3.3. Strukturelle Familientherapie nach Minuchin 13

3.4. Neuere Entwicklungen 16

3.4.1. Kritik an der systemischen Sichtweise *16*

3.4.2. Geschlechterproblematik *18*

3.4.3. Ökologische Perspektive und Einbezug des familiären Umfelds *20*

3.4.4. Entwicklungsperspektive *22*

3.5. Familienmodelle 24

3.6. Dimensionen zur Beschreibung der Familie 28

3.7. Empirische Befunde 30

3.7.1. Grenzen *30*

3.7.2. Hierarchie *32*

3.7.3. Wahrnehmungsunterschiede *33*

3.7.4. Koalitionen *35*

4. Familien psychisch kranker Mütter **37**

4.1. Vorbemerkung 37

4.2. Empirische Befunde 38

4.2.1. Kinder psychisch erkrankter Eltern *38*

4.2.2. Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte *39*
4.2.3. Der Einfluss des Geschlechts des erkrankten Elternteils und der Art der psychischen Erkrankung *39*
4.2.4. Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Paarbeziehung *41*
4.2.5. Prozesse und Mechanismen *43*
4.2.6. Prävention und Therapie *47*
4.2.7. Abschliessende Bemerkungen *49*

5. Forschung mit dem Familiensystemtest FAST **50**

5.1. Nichtklinische Familien 50

5.2. Klinische Familien 51

6. Fragestellung und Hypothesen **52**

6.1. Fragestellungen 52

6.2. Hypothesen 53

7. Methodik **54**

7.1. Vorgehen bei der Rekrutierung der Stichprobe 54

7.2. Untersuchte Stichprobe 55

7.3. Erhebungsinstrumente 56

7.3.1. Familiensystemtest FAST *56*
7.3.2. Die Symptom-Checkliste SCL-90-R *60*
7.3.3. Fragebogen *61*
7.3.3.1. Krankheitsverlauf *61*
7.3.3.2. Unterstützende und belastende Lebensbereiche *61*
7.3.3.3. Informed Consent *61*

7.4. Vorgehen bei der Datenerhebung 61

8. Ergebnisse **62**

8.1. Stichprobenbeschreibung 62

8.1.1. Demografische Variablen *62*
8.1.2. Diagnosen, Krankheitsverlauf und gegenwärtige Behandlung *63*

8.1.3. SCL-90-R-Kennwerte *64*

8.2. FAST-Darstellungen 66

8.2.1. Typische Repräsentationen *66*

8.2.1.1. Familienebene 66

8.2.1.1.1. Beschreibung 66

8.2.1.1.2. Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen 69

8.2.1.1.3. Generationengrenzen 70

8.2.1.1.4. Zusammenfassung und Anmerkungen 72

8.2.1.2. Paarebene 73

8.2.1.2.1. Beschreibung 73

8.2.1.2.2. Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen 77

8.2.1.2.3. Zusammenfassung 77

8.2.1.3. Geschwisterebene 78

8.2.1.3.1. Beschreibung 78

8.2.1.3.2. Wahrnehmungsunterschiede 81

8.2.1.3.3. Zusammenfassung 81

8.2.1.4. Zusammenhänge mit der Erkrankungsdauer 81

8.2.1.4.1. Familienebene 82

8.2.1.4.2. Paarebene 91

8.2.1.4.3. Geschwisterebene 96

8.2.1.4.4. Zusammenfassung 101

8.2.2. Ideale Repräsentationen *102*

8.2.2.1. Familienebene 102

8.2.2.1.1. Beschreibung 102

8.2.2.1.2. Wahrnehmungsunterschiede 105

8.2.2.1.3. Veränderungswünsche 105

8.2.2.1.4. Generationengrenzen 108

8.2.2.1.5. Zusammenfassung 110

8.2.2.2. Paarebene 111

8.2.2.2.1. Beschreibung 111

8.2.2.2.2. Wahrnehmungsunterschiede 114

8.2.2.2.3. Veränderungswünsche 115

8.2.2.2.5. Zusammenfassung 118
8.2.2.3. Geschwisterebene 118
8.2.2.3.1. Beschreibung 118
8.2.2.3.2. Wahrnehmungsunterschiede 121
8.2.2.3.3. Veränderungswünsche 122
8.2.2.3.4. Zusammenfassung 125
8.3. Nachbefragung zum FAST 125
8.3.1. Typische Repräsentationen 126
8.3.2. Ideale Repräsentationen 127
8.3.3. Individuelle Gespräche 128
8.4. Ressourcen und Belastungen 129
8.4.1. Ressourcen 129
8.4.2. Zusätzliche Belastungen 130
9. Diskussion 131
9.1. Einleitung 131
9.2. Familienebene 132
9.3. Paarbeziehung 137
8.4. Kinder 140
9.5. Die Sicht der Mütter 142
10. Schlussfolgerungen und Ausblick 143
Literatur 148

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht die typischen und idealen Familienkonstrukte von Mitgliedern (N=50) aus Mittelschichtsfamilien mit einer Mutter, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebung infolge psychischer Probleme in ärztlicher, psychologisch-psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung war.

Zentrales Thema der Studie ist die Frage, wie die Mitglieder (Mütter, Väter und mindestens ein Kind) solcher Familien ihre typischen Beziehungsstrukturen wahrnehmen und wie sie sich diese idealerweise vorstellen. Daneben wurden mittels Fragebogen und Gesprächen auch noch zusätzliche Belastungen sowie subjektive Ressourcen erfragt. Die Familienkonstrukte wurden im Einzelsetting mit dem Familiensystemtest FAST erhoben, einem an der strukturell-systemischen Theorie orientierten Skulpurverfahren (figure placement technique). Dieses bildet die beiden unabhängigen Dimensionen Kohäsion (emotionale Nähe) und Hierarchie ab, aus denen sich verschiedene Typen familiärer Beziehungsstrukturen ableiten lassen.

In den typischen FAST-Darstellungen zeigten die befragten Familienmitglieder sowohl auf der Familien- wie auf der Subsystemebene gehäuft unbalancierte Strukturen; die Beziehungen sind gekennzeichnet durch tiefe Kohäsion und tiefe Hierarchie sowie unklare Generationengrenzen. Sie unterscheiden sich darin deutlich von in anderen Studien untersuchten nichtklinischen Familien; ausgehend von einer strukturell-systemischen Perspektive kann ein durch psychosoziale Belastung eingeschränktes Funktionieren der Familie vermutet werden. In den idealen Konstrukten zeigten sich deutliche Wünsche der Familienmitglieder nach grösserer emotionalen Nähe und klaren hierarchischen Strukturen. Eine besonders wichtige Rolle scheint die Paarbeziehung zu spielen, diese wurde einerseits häufig als belastend und konflikthaft beschrieben, andererseits auch als eine der wichtigsten Ressourcen gewertet. Diese Befunde legen für die klinische Praxis die Notwendigkeit eines stärkeren Einbezugs des familiären und sozialen Umfelds sowie die Sensibilisierung für die wichtige Rolle, welche die Familie und mehr noch die Partnerschaft für den Verlauf der Erkrankung spielen können, nahe, sowie die Stärkung und Nutzung wichtiger Ressourcen wie einer gut funktionierenden Paarbeziehung und ausserfamiliärer sozialer Unterstützung.

Dank

An dieser Stelle möchte ich allen danken, welche zum Gelingen meiner Lizentiatsarbeit beigetragen haben:

Frau Prof. Dr. B. Boothe möchte ich für ihr Wohlwollen und den gewährten Freiraum danken.

Herrn PD Dr. T.M. Gehring danke ich für seine Unterstützung sowie die klärenden und strukturierenden Impulse, welche der Arbeit den Weg wiesen.

Zu grossem Dank bin ich Frau Monique Müller-Hug sowie Frau Antoinette Contzen verpflichtet, welche durch ihre tatkräftige Hilfe bei der Suche nach Familien die Arbeit erst ermöglicht haben.

Insbesondere danke ich allen Familien, welche bereit waren, sich auf die Befragung einzulassen. Ich bewundere ihr Engagement und ihren Mut, einer fremden Person Einblick in die Intimsphäre des Familienlebens zu gewähren. Die Zeit, die ich mit ihnen verbracht habe, war für mich eine lehrreiche Erfahrung und eine persönliche Bereicherung.

1. Einleitung

Zwischen 10% und 35% aller Personen erleiden mindestens einmal während ihres Erwachsenenlebens eine Episode einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung[1]. Als „PatientInnen“ und „KlientInnen“ werden sie in psychiatrischen Kliniken und psychotherapeutischen Praxen behandelt, wo versucht wird, die Symptome der psychischen Problematik zu mindern und ihren Ursachen auf den Grund zu gehen. In ihrem sozialen und beruflichen Umfeld stossen Menschen mit psychischen Problemen häufig auf Unwissen, Unverständnis und Ablehnung, ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik gilt als etwas, was nur „den anderen“ passiert und ist mit einer starken Stigmatisierung behaftet. Diese Vorurteile führen zur Verkennung der Tatsache, dass Betroffene oft recht „durchschnittliche“ Menschen und keineswegs Randständige sind: sie wohnen, gehen arbeiten, einkaufen, fahren Auto, haben Hobbies – und sie haben häufig eine Familie.

Der gesellschaftlichen Tabuisierung entspricht eine gewisse wissenschaftliche Vernachlässigung der Thematik. Während Ursachen, Korrelate und Folgen psychischer Störungen intensiv erforscht werden (heute v.a. in Bezug auf biologisch-genetische Grundlagen), werden interaktionale Aspekte und die Wechselwirkungen zwischen der betroffenen Person und ihrem sozialen Umfeld mit dem Verweis auf zu hohe Komplexität und schwierige Operationalisierbarkeit ignoriert oder als nicht prioritär in Bezug auf das Verständnis psychischer Erkrankungen angesehen. In der Praxis wird zwar – je nach therapeutischer Ausrichtung – die Herkunftsfamilie der Betroffenen zur Klärung gegenwärtiger Probleme herbeigezogen, der systematische Einbezug der Familienmitglieder und das Verständnis von sozialen Beziehungen als Ressourcen sind jedoch erst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Regel. Die Ausklammerung gegenwärtiger sozialer Beziehungen führt aber – sei es in der Forschung oder in der Praxis – zu einem lückenhaften Verständnis der betroffenen Personen bzw. der Erkrankung und ihrer Bedingungen. Die wichtige Rolle, welche die Qualität intimer Beziehungen, v.a. der Partnerschaft, in Bezug auf das psychische Befinden spielt, ist unbestritten, ebensowenig der Stellenwert der Elternschaft und Erziehungsfunktion für das persönliche Selbstverständnis.

Daraus lässt sich die Forderung nach einem „ganzheitlicheren“ Blickwinkel in Praxis und Forschung ableiten. In der familientherapeutischen Arbeit wird dieser schon seit längerem umgesetzt, aber es existieren nach wie vor nur wenige Forschungsinstrumente, mittels derer sich

[1] Schepank (1986) schätzt die Lebenszeitprävalenz genereller psychogener Symptome sogar auf 80-95%.

die entsprechenden Konzepte überprüfen lassen. Wurden diese in der Vergangenheit angewendet, so standen meist Familien mit einem psychiatrisch erkrankten Kind im Fokus der Studien. In der vorliegenden Arbeit werden hingegen Familien untersucht, in denen die Mutter von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Besonders wichtig ist der Einbezug der Sicht der Kinder aus betroffenen Familien. In der Forschung werden an ihnen die Folgen elterlicher psychischer Erkrankung nachgewiesen, in den Praxen und Kliniken tauchen sie nicht persönlich oder aber als „organisatorische Probleme“ auf; es wird versucht, sie „aus allem herauszuhalten“ und sie zu schonen, weil Erklärungen zu kompliziert erscheinen; man sorgt sich zwar um sie, fragt aber selten nach ihrer Meinung und ihrer Sicht der Dinge. In dieser Arbeit soll den Kindern für einmal auch eine Stimme verliehen werden, ihre Sicht ist ein wesentlicher Bestandteil der Fragestellung.

2. Grundbegriffe systemischen Denkens

2.1. Allgemeine Konzepte der Systemtheorie

Die Systemtheorie entwickelte sich Ende der Vierziger Jahre aus der Kybernetik, d.h. der Steuerungslehre komplexer technischer Systeme. Von Bertalanffy (1956), der heute als Begründer der Systemtheorie gilt, entwickelte erste Ideen auf dem Gebiet der Physik und Biologie. Er definierte „System“ zunächst als „eine Anzahl von in Wechselwirkung stehenden Elementen“ (von Bertalanffy, 1956, S. 115). Ein System zeichnet sich gemäss von Bertalanffy (1956) dadurch aus, dass die Veränderung eines Elements als eine Funktion aller anderen Elemente verstanden werden kann; Veränderungen eines Elements ziehen umgekehrt eine Veränderung aller anderen Elemente sowie des Gesamtsystems nach sich. Die Systemtheorie geht davon aus, dass ein System sich immer als Ganzes verhält (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969). Dieses Prinzip der Ganzheit, welches auch als Holismus bezeichnet wird, liegt einem der wichtigsten Grundsätze systemtheoretischen Denkens zugrunde: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“. Die wichtigste Implikation dieser Annahme ist, dass nicht nur die einzelnen Elemente eines Systems, sondern auch die Beziehungen zwischen ihnen zu untersuchen sind. Ein System wird laut von Schlippe (1996) jedoch immer erst dann als solches erkennbar, wenn es von einer Umwelt unterschieden werden kann. In diesem Sinne definiert Willke (1991) System foldendermassen als:

> ...einen ganzheitlichen Zusammenhang von Teilen, deren Beziehungen untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver sind als ihre Beziehungen zu anderen Elementen. Diese Unterschiedlichkeit der Beziehungen konstituiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt des Systems trennt (S. 282).

Von Bertalanffy (1956) unterscheidet zwischen geschlossenen und offenen Systemen. Geschlossene Systeme tauschen im Gegensatz zu offenen mit ihrer Umwelt keine Energie oder Informationen aus. In der Systemtheorie werden lebende Systeme immer als offen betrachtet (Watzlawick et al., 1969). Lebende Systeme zeichnen sich durch zielgerichtetes Verhalten aus, sie streben einen Zustand des Gleichgewichts an, welches allerdings durch die Tatsache des Austauschs mit der Umwelt nicht ein echtes Gleichgewicht sein kann, sondern von von Bertalanffy (1956) als Fliessgleichgewicht bezeichnet wird. Dieses Fliessgleichgewicht, oder Homöostase, wird durch selbstregulierende Prozesse erreicht; von Schlippe (1984) unterscheidet

morphostatische von morphogenetischen Kräften. Erstere sind notwendig, um den Bestand des Systems zu erhalten und Konstanz in einer sich wandelnden Umwelt zu gewährleisten, letztere bedingen Entwicklung, Veränderung und Bewegung und somit Anpassung an die sich wandelnde Umwelt [2]. Laut von Schlippe (1996) wird Homöostase durch negatives Feedback sichergestellt, was bedeutet, dass bei einer Abweichung vom Gleichgewichtszustand im System Prozesse in Gang gesetzt werden, die eine Rückkehr zum vorhergehenden Zustand ermöglichen. Positives Feedback hingegen beinhaltet Prozesse, welche das System noch weiter vom Gleichgewichtszustand entfernen. In diesen Fällen kann es laut von Schlippe (1996) zu folgendem Phänomen kommen:

> Bei Systemzuständen, die vom Gleichgewicht stark entfernt sind, kann, eventuell nur zufällig, ein kritischer Wert überschritten werden, jenseits dessen das System nicht mehr in den früheren Zustand zurückkehrt, sondern in einen neuen, nicht vorhersehbaren (S. 63).

Einen ähnlichen Vorgang entdeckte und beschrieb der belgische Physiker Prigogigne (Prigogigne & Stengers, 1981, zit. nach von Schlippe, 1996). Er fand heraus, dass sich in hochvernetzten, dynamischen Systemen unter bestimmten Bedingungen spontan Ordnungen ergeben können, ohne dass es eine ordnende Instanz von aussen gibt. Diese These der Selbstorganisation von Systemen, die auch durch Erkenntnisse in der Chaosforschung und Synergetik gestützt wird (von Schlippe, 1996), relativiert das Konzept der Homöstase hinsichtlich der Annahme, dass sich ein System nur in Bezug auf die Umwelt und im Austausch mit dieser (neu-)ordnet[3].

Ein weiteres wichtiges Merkmal von Systemen ist ihre hierarchische Ordnung (von Bertalanffy, 1956, S. 120). Die einzelnen Elemente eines Systems stellen selber Systeme einer nächstniederen Stufe dar, in Bezug auf das übergeordnete System werden sie als Subsysteme bezeichnet. Lebende Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass sich ihre Charakteristika auf jeder Organisationsstufe wiederholen (Miller, 1978). Die Prozesse oder Eigenschaften, welche ein System von seiner Umwelt oder Subsysteme und einzelne Elemente von den ihnen

---

[2] Man beachte die Parallelen zu Piagets (1957) Begriffen der Assimilation und Akkomodation, welche in einem völlig anderen Wissensgebiet entwickelt wurden, jedoch grosse konzeptuelle Ähnlichkeit besitzen.

[3] Auf das Konzept der Selbst-Erzeugung (Autopoiese) von Systemen, welches von Maturana und Varela (1987) auf dem Gebiet der Biologie entwickelt wurde, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da ihre Übernahme in die Theorie der systemischen Therapie umstritten ist. Erwähnenswert scheint m.E. ihre Annahme der Autonomie eines Systems, welche impliziert, dass ein System von aussen nicht determinierbar oder zielgerichtet veränderbar ist, sondern nur „verstört" und angeregt werden kann.

übergeordneten Strukturen trennen, werden als Grenzen und die Wege, durch die sich ein System in Balance hält, als Regeln bezeichnet (von Schlippe, 1984, 1996).

Komplexe Wechselwirkungs- und Rückkoppelungsprozesse bedingen eine weitere kennzeichnende Eigenschaft offener Systeme: Äquifinalität (von Bertalanffy, 1956). Dies bedeutet, dass Zustände oder Zustandsänderungen in solchen Systemen nicht durch den Anfangszustand sondern viel mehr durch die „Natur des Prozesses" (Watzlawick et al., 1969) bestimmt sind. Verschiedene Ausgangszustände können also zum selben Zustand führen. Watzlawick et al. (1969) schreiben dazu:

> Wenn aber das äquifinale Verhalten offener Systeme auf ihrer Unabhängigkeit von den Ausgangszuständen beruht, so folgt daraus, dass nicht nur verschiedene ursprüngliche Gegebenheiten denselben Endzustand haben, sondern auch verschiedene Ergebnisse auf dieselben Ausgangsbedingungen folgen können (S. 122).

Die Annahme der Komplexität, Ganzheit, Rekursivität und Äquifinalität offener Systeme haben das systemtheoretische Verständnis von Kausalität grundlegend beeinflusst: die linear-kausale Aufteilung von Ereignissen in Ursache und Wirkung entfällt zugunsten einer zirkulären Sichtweise (von Schlippe, 1984, S. 30), Ereignisse sind demzufolge multipel verursacht. Von Schlippe (1996) schlägt sogar vor, auf den Begriff der Kausalität ganz zu verzichten, da auch die Formulierung „zirkuläre" oder „multiple" Kausalität dazu verleite, nach Ursachen zu suchen (S. 90).

Eine der grundlegenden Ideen der allgemeinen Systemtheorie ist, dass Gesetzmässigkeiten in verschiedenen Wissensgebieten zu finden sind, die sich gleichen, wenn man ihre Strukturen beobachtet. Auf diese Art und Weise lassen sich „atomare, molekulare, zelluläre, organismische, persönliche, soziale und gesellschaftliche Phänomene" (von Schlippe, 1984, S. 21) als Systeme begreifen und beschreiben. Der Anspruch der allgemeinen Systemlehre, als Metatheorie verschiedenen Wissensgebiete zu integrieren und vernetzen, hat zweifelsfrei zu wichtiger und interessanter wissenschaftlicher Tätigkeit geführt[4]. Jedoch hat der Versuch, allgemeine Beschreibungen für systemische Vorgänge zu finden, auch dazu geführt, dass die Konzepte auf

[4] Ob allerdings – wie Schlippe (1984) annimmt – mit der Systemtheorie ein Paradigmenwechsel in der Wissenschaft stattgefunden hat, kann jedoc h, zumindest für das Gebiet der Psychologie, bezweifelt werden, wenn Paradigma gemäss (Schlippe, 1984) als „wissenschaftliches Grunddenkmodell, eine Axiomatik, die die Grundlage für verschiedene Theorienbildet" definiert wird. M.E. ist der Begriff „Paradigmenparallelität" angemessener. Unbestritten ist jedoch der Beitrag systemischen Denkens zur Entwicklung neuer und fruchtbarer Techniken in der Familientherapie.

einem derart hohen Abstraktionsniveau formuliert wurden, dass ihre praktische Anwendbarkeit und Operationalisierbarkeit (v.a. in den Sozialwissenschaften) stark eingeschränkt erscheint (L'Abate & Colondrier, 1987). Bevor in den folgenden Abschnitten näher darauf eingegangen wird, was „systemische Sichtweise" in Bezug auf den Menschen bedeutet und was unter systemischer Familienforschung und -therapie verstanden wird, sollen noch zwei ergänzende Gesichtspunkte erwähnt werden, welche für die Übertragung systemischer Konzepte auf soziale Phänomene bedeutend sind: die Frage nach der Wirklichkeit und die menschliche Kommunikation.

2.2. Konstruktivismus und Kommunikation

Ein wichtiger Grundsatz neuerer systemischer Erkenntnistheorie lautet (von Schlippe, 1996, S. 86): Ein System wird nicht als etwas angesehen, was es wirklich „gibt", sondern als etwas, von dem nur dann sinnvoll gesprochen werden kann, wenn man es in Beziehung zu demjenigen sieht, der es erkennt. Diese Annahme führt zur Frage nach dem systemischen Verständnis von Wirklichkeit. Zur Zeit gilt eine Denkweise, die als Konstruktivismus bezeichnet wird, als erkenntnistheoretische Grundlage systemischen Denkens; deren Kernfrage ist, auf welche Weise wir aktiv an der Konstruktion unserer eigenen Erfahrungswelt Anteil haben. Von Schlippe (1996) schreibt dazu:

> Wirklichkeit kann nie losgelöst werden von ihrem Betrachter. Das heisst nicht, dass es keine Realität „an sich" gäbe, dass es aber sinnlos ist, von ihr zu sprechen, ohne den konstitutiven Prozess zu berücksichtigen, der in der Wechselwirkung zwischen einem erfahrenden System und einem zu erfahrenden System liegt (S. 87).

Wirklichkeit wird aber nicht nur als das Ergebnis eines individuellen Vorgangs verstanden, sondern entsteht immer auch in einem gemeinschaftlichen, konsensuellen Prozess (von Schlippe, 1996, S. 89): "Das, was wir für wirklich halten, haben wir in einem langen Prozess von Sozialisation und Versprachlichung als wirklich anzusehen gelernt". Wirklichkeitskonstruktion ist also eine Qualität des sozialen Kontexts, d.h. konkret der Familie und des gesellschaftlichen Umfeldes. In sozialen Systemen gibt es keine Realität an sich, sondern nur in Relation auf die Beobachtung eines bestimmten Beobachters; es gibt so viele Realitäten wie Beobachter (von

Schlippe, 1996, S. 30)[5]. Auch die Unterscheidung eines Systems von seiner Umwelt ist abhängig vom Standpunkt des Beobachters und somit artifiziell, sie kann gemäss von Schlippe (1984) als Arbeitshypothese und notwendige Reduktion der Komplexität angesehen werden, ohne die Beobachtung und Verstehen nicht möglich wären; diese künstlich geschaffene Trennung darf aber nicht für real gehalten werden (S. 23), denn der Beobachtende ist Teil des Kontexts des Systems, beeinflusst dieses und wird wiederum von diesem beeinflusst.

Wenn sich beim Versuch, den Menschen und sein Erleben und Verhalten zu verstehen, der Blickpunkt vom einzelnen Individuum und seiner Psyche auf die Beziehungen zwischen Individuen verschiebt, so wird die zentrale Bedeutung der menschlichen Kommunikation als beobachtbare Manifestation dieser Beziehungen deutlich (Watzlawick et al., 1969).

> Das, was menschliche Systeme von anderen unterscheidet, ist Kommunikation, die einen Dialog konstituiert, anders als bei Information, die auch im Austausch zwischen Computern fliessen kann. Im Dialog werden menschliche Systeme mit Sinn erfüllt. Sinn entsteht im Kontext zwischen den Sprechenden (Von Schlippe, 1984, S. 30).

Kommunikationstheoretische Konzepte wie jene Watzlawicks (Watzlawick et al., 1969) oder Schulz von Thuns (1981) haben deshalb die systemisch orientierte Betrachtung und Beschreibung von Familiensystemen und v.a. auch die praktische therapeutische Arbeit mit Familien stark geprägt und beeinflusst.

3. Familie als System

3.1. Was ist eine Familie?

Das Phänomen Familie lässt sich aus verschiedenen Perspektiven beschreiben. Je nachdem, ob wir die Familie von einem wissenschaftlichen – z.B. biologischen, soziolgischen, psychologischen oder ethnologischen – , einem praktischen – z.B. medizinischen, sozialarbeiterischen oder politischen - oder einem persönlichen, intimen Standpunkt aus betrachten, werden verschiedene Merkmale und Eigenheiten der Familie, ihrer Mitglieder, ihrer

[5] Zu erwähnen wäre hier auch noch die Position des sozialen Konstruktionismus, welche den Menschen selbst als "soziales Konstrukt" versteht und der Sprache eine zentrale Bedeutung beimisst sowie die Theorien des Poststrukturalismus und Dekonstruktionismus. Die detaillierte Darstellung dieser philosophischen Konzeptualisierungen würde jedoch den Rahmen dieses Einführungskapitels sprengen.

Umgebung und ihrer Geschichte in den Vordergrund treten. Eine allgemeine Definition von Familie, welche für eine psychologische Fragestellung geeignet scheint, gibt Cierpka (1996):

> In einer (Ein- oder Zweieltern-)Familie leben mehrere, meistens die zwei Generationen der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-)Eltern und der (leiblichen, Adoptiv-, Pflege-, Stief-)Kinder, zusammen. Das Zusammenleben in der Familie ist charakterisiert durch gemeinsame Aufgabenstellungen, durch die Suche nach Intimität und Privatheit, und durch die Utopie der Familie. Bei der Familiengründung bringt jeder Partner seine persönliche Utopie von Familie ein, die sich in der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen des Partners und der sozialen Wirklichkeit als Lebensform realisiert. Dadurch wird ein Rahmen für das geschaffen, was die Familie oder eine andere Lebensform an Lebens- und Entwicklungsaufgaben erfüllt (S. 3f.).

Aus einer systemtheoretisch orientierten Perspektive kann die Familie als offenes System mit durchlässigen Grenzen bezeichnet werden, dessen Elemente (Mitglieder) aufeinander bezogen sind und welches als Ganzheit qualitativ etwas anderes ist als die Summe seiner Elemente (Marmor, 1983; von Schlippe, 1984; Epstein, Bishop, Ryan, Miller und Keitner, 1993). Das System Familie ist hierarchisch strukturiert, im Sinne eines bestimmten Verhältnisses der verschiedenen Subsysteme untereinander und Regeln, die die Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder und Subsysteme untereinander ordnen und ihre Funktionen und Rollen (von Schlippe, 1984) sowie das Verhalten der Familienmitglieder (Epstein et al., 1993) bestimmen. Nebst der Fähigkeit zur Selbstregulation sind Eigenschaften wie Zielorientiertheit, Wachstum und Lernen (Marmor, 1983) kennzeichnend für das System Familie.

In Bezug auf das Verständnis und die Behandlung von Konflikten und psychischen Störungen impliziert eine systemische Sichtweise gemäss Epstein et al. (1993) folgendes: ein Teil eines Familiensystems kann nicht in Isolation von den anderen Teilen des Systems verstanden werden und der Funktionsgrad der Familie kann nicht vollständig erfasst werden, indem man sich lediglich auf die Einzelteile bezieht. Als massgeblich für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer aktuellen Störung werden in der systemischen Familientherapie nicht so sehr in der frühen Kindheit wirksame Familieneinflüsse gesehen, sondern die aktuellen familiären Beziehungen bilden das störungsverursachende Kräftefeld (Willi, 1994, S. 177). Minuchin und Fishman (1983) sprechen in diesem Zusammenhang von dysfunktionalen Interaktionsmustern in der Familie. Als Ort der Störung wird weniger auf intraindividuelle Konflikte, Komplexe oder Fixierungen

geachtet als vielmehr auf die Familie als Beziehungssystem. Die Störung bzw. das Symptom hat in diesem System eine bestimmte Funktion, es kann gemäss Willi (1994) „Familienmitglieder zusammenschweissen, bestehende Konflikte neutralisieren, Macht und Prestige in der Familie umverteilen und psychische Energien einzelner Mitglieder in Aufgaben binden". In diesem Sinn kann ein Symptom auch als protektive Lösung eines Konflikts verstanden werden: es erhält die Homöstase der Familie. Minuchin (Minuchin & Fishman, 1983, S. 99) weist jedoch darauf hin, dass diese positiv wertende Sichtweise die Gefahr beinhaltet, zu übersehen, dass ein Symptom immer eine Reaktion des Organismus auf inneren Stress und/oder ungünstige Umweltbedingungen ist.

Eine systemische Sicht impliziert gemäss Marmor (1983) auch, dass phänomenologisch klar abgrenzbare Einheiten von Störungen und psychopathologischen Zuständen, wie sie in internationalen Klassifikationsschlüsseln angewandt werden, nicht existieren; zwar gibt es einen qualitativen Unterschied zwischen verschiedenen solchen Zuständen (z.B. neurotisch vs. psychotisch), die Übergänge und Grenzen sind jedoch als fliessend anzusehen[6].

3.2. Geschichte und Entwicklung der Familientherapie

In den Fünfzigerjahren begannen erste „Pioniere" (von Schlippe, 1996, S. 17) psychologisch und psychotherapeutisch mit Familien zu arbeiten. Aus dieser praktischen Arbeit entwickelte sich die Idee, eine systemische Betrachtungsweise auf Familien und ihr Funktionieren anzuwenden; durch die stetige gegenseitige Beeinflussung ist die Entwicklung theoretischer systemischer Konzepte und die systemische Familienforschung untrennbar mit der praktischen Anwendung und Weiterentwicklung in den familientherapeutischen Ansätzen vernetzt und verbunden (Combrinck-Graham, 1990). Aufgrund dieser Vernetzung gibt es auch keinen eigentlichen „Gründer" der systemischen Familientherapie, auch kann nicht von *der* systemischen Therapie gesprochen werden, weil eine Vielzahl von Modellen, Konzepten und Vorgehensweisen sich zwar an der systemischen Denkweise orientieren, sich aber sonst beträchtlich unterscheiden (von Schlippe, 1996).

Gemäss von Schlippe (1996) sind an der Entwicklung der systemischen Sichtweise in der Familientherapie sehr viele verschieden Institutionen und Personen beteiligt, im folgenden sollen die wichtigsten unter ihnen kurz vorgestellt werden.

---

[6] Die pragmatische Zuhilfenahme solcher Diagnoseschlüssel in der klinischen Praxis sei damit natürlich nicht in Frage gestellt.

Zu einer der wichtigsten Institutionen, die schon früh systemische Denkweisen in ihre Forschungsarbeit integrierte, gehört das Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien. Mit diesem Institut sind Namen verbunden wie Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Jay Haley und Virginia Satir, welche bedeutende Beiträge zur Entwicklung systemischer Sichtweisen in der Familientherapie leisteten. Zu erwähnen sei hier das Konzept des „Double-binds" (Bateson, Jackson, Laing, Lidz & Wynne, 1969; Watzlawick, 1969), welches im Zusammenhang mit Studien über Schizophrenie im sozialen Kontext formuliert wurde; des weiteren Watzlawicks, Beavins und Jacksons (1969) bahnbrechende Arbeit über menschliche Kommunikation, die die Kommunikationsforschung, -psychologie und –wissenschaft entscheidend prägte. Satir (1979) betonte v.a. die Interdependenz von Kommunikation, Beziehungsstrukturen in der Familie und individuellen intrapsychischen Prozessen (z.B. Selbstwert), ihr Ansatz wird gemäss von Schlippe (1984, 1996) als erlebnisorientierte Familientherapie bezeichnet. Aus der strategischen Familientherapie Haleys (1977) bezieht das Feld der systemische Therapie eine „besondere Sensibilität für die verschiedenen Positionen, in die ein Therapeut geraten kann" (von Schlippe, 1996, S. 25). Auch die Konzepte der Triangulation und der Koalition, welche für die vorliegende Arbeit eine wichtige Rolle spielen, wurden durch Haley geprägt (s.u.). Der sogenannte strukturelle Ansatz in der Familientherapie, der im nächsten Kapitel ausführlich beschrieben wird, wurde von Minuchin (1977) entwickelt und legt den Schwerpunkt v.a. auf die Beziehungsstrukturen und die Organisation der Familie.

In Europa spielte im Bereich der systemischen Therapie v.a. die Mailänder Gruppe um Mara Selvini Palazzoli eine herausragende Rolle. Sie und ihre Mitarbeiter entwickelten die heute in der systemischen Therapie wichtigen Techniken z.B. des zirkulären Fragens, der Neutralität des Therapeuten, der Arbeit mit zusätzlichen Therapeuten hinter dem Einwegspiegel und der paradoxen Intervention (von Schlippe, 1996, S. 26).

Die Heidelberger Schule in Deutschland orientierte sich zunächst an psychoanalytischen Konzepten (von Schlippe, 1996). Beeinflusst wurde die Gruppe um Helm Stierlin (z.B. 1975) anfänglich durch den Mehrgenerationenansatz von Boszormenyi-Nagy (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1981), aus der sie dann wichtige Konzepte wie jenes der Delegation über mehrere Generationen und der bezogenen Individuation entwickelte. Später wurden auch Konzepte der Mailänder Schule einbezogen und ein Schwerpunkt auf die Verbindung und Integration von sytemischen und psychoanalytischen Denken gelegt (von Schlippe, 1984).

3.3. Strukturelle Familientherapie nach Minuchin

An dieser Stelle soll eingehend auf das Modell der Familie in der strukturell-systemischen Familientherapie und -theorie eingegangen werden, da es für die vorliegende Arbeit den wesentlichen theoretischen Hintergrund bildet[7]. Als wichtigster Vertreter der strukturellen Richtung gilt Salvador Minuchin (1977), der seine Konzepte und theoretischen Modelle in enger Verknüpfung mit der praktischen familientherapeutischen Tätigkeit entwickelte. Sein Augenmerk richtet sich weniger auf den Inhalt als vielmehr auf die Struktur von Familienbeziehungen (von Schlippe, 1984).

Der Familie schreibt Minuchin (1977) folgende Funktionen zu: eine innengerichtete Funktion, die den Familienmitgliedern psychosozialen Schutz gewährleisten soll, und eine aussengerichtete, nämlich die Anpassung an die jeweilige Kultur und die Weitergabe dieser Kultur. Der Autor sieht die Familie in ihrem gesellschaftlichen Kontext und geht davon aus, dass die Familie seit jeher die gleichen Wandlungen erfährt, wie sie in der Gesellschaft vor sich gehen. Je nach gesellschaftlichen Gegebenheiten und Vorgaben hat sie die Funktionen von Schutz und Sozialisation übernommen oder abgegeben (S. 60).

Minuchin (1977) bezeichnet die Familie als „Matrix der Identität". Er geht davon aus, dass der Mensch seine Identität durch zwei Vorgänge erfährt: einerseits ein Gefühl der Zugehörigkeit und andererseits ein Gefühl des Getrenntseins. Minuchin (1977) schreibt dazu:

> Das Laboratorium, in dem diese beiden Bestandteile der menschlichen Identität vermischt und zugeteilt werden, ist die Familie(...) Das Gefühl seiner Zugehörigkeit entsteht für das Kind durch seine Anpassung an die familialen Gruppen und durch seine Übernahme der transaktionalen Muster in der familialen Struktur(...) Das Gefühl des Abgetrenntseins und der individuellen Existenz entwickelt sich durch die Beteiligung and unterschiedlichen familialen Subsystemen in unterschiedlichen familialen Kontexten und durch die Beteiligung an extrafamilialen Gruppen (S. 62).

Als zentral für das Funktionieren einer Familie erachtet Minuchin (1977) ihre Struktur. Die Struktur einer Familie bezeichnet er als offenes soziokulturelles System, das sich in Transformation befindet, d.h. die Familie durchläuft Entwicklungsstadien, die jeweils eine Neustrukturierung erforderlich machen. Die Familie passt sich veränderten Umständen an, um

---

[7] Auf die therapeutischen Techniken, die Minuchin (1977) parallel zu seinen Konzepten über das Funktionieren von Familien und ihren Subsystemen entwickelt hat, wird hier nicht eingegangen, sie bilden jedoch den Haupteil seines Werks.

gerade auf diese Weise ihre Kontinuität wahren und die Entwicklung aller ihrer Mitglieder fördern zu können. Für Minuchin (1977) ergibt sich die Familienstruktur aus den funktionalen Forderungen, die in ihrer Gesamtheit die Art der Interaktionen der Familienmitglieder organisieren. Die Familie wird verstanden als ein System, das mit Hilfe von transaktionalen Mustern operiert. Wiederholte Transaktionen führen zu Mustern, was die Art, den Zeitpunkt und das Objekt des Kontaktes betrifft. Diese Muster oder Regeln stützen und erhalten das System, indem sie das Verhalten der Familienmitglieder regulieren. Laut Minuchin (1977) werden sie durch zwei einschränkende Systeme aufrechterhalten:

> Das erste ist generischer Art umfasst die universalen Regeln, die die Familienorganisation lenken. Es muss beispielsweise eine Machthierarchie in der Familie geben; Eltern und Kinder besitzen innerhalb dieser Hierarchie unterschiedliche Autorität (...) Das zweite einschränkende System ist „idiosynkratischer" Art, also charakteristisch für die jeweilige Familie. Es umfasst die Erwartungen der jeweiligen Familienmitglieder. Der Ursprung dieser Erwartungen liegt in den jahrelangen expliziten und impliziten Verhandlungen unter den einzelnen Mitgliedern der Familie begraben (S. 67).

Die Familienstruktur muss auf innere und äussere Veränderungen reagieren und fähig sein, sich in einer Weise zu transformieren, die den neuen Umständen Rechnung trägt, ohne dabei die Kontinuität zu verlieren, die ihren Mitgliedern den Bezugsrahmen liefert. Die fortgesetzte Existenz der Familie als System hängt davon ab, dass eine genügend grosse Bandbreite von Mustern vorhanden ist, dass alternative transaktionale Muster zugänglich sind und das System flexibel genug ist, sie im Bedarfsfall zu mobilisieren (Minuchin, 1977, S. 68).

Minuchin (1977) postuliert, dass das Familiensystem seine Funktionen durch seine Subsysteme differenziert und vollzieht. Jedes familiale Subsystem hat seine spezifische Funktionen und stellt spezifische Anforderungen an seine Mitglieder. Eng mit dem Begriff des Subsystems verknüpft er das Konzept der Grenzen. Darunter werden die Regeln verstanden, die darüber bestimmen, wer an einem Subsystem beteiligt ist und wie diese Beteiligung aussieht. Die Grenzen haben die Funktion, die Differenzierung des Systems zu beschützen.

Es ist eine der wichtigsten Annahmen der strukturellen Familientherapie, dass die Funktionalität einer Familie von der Deutlichkeit der Grenzen zwischen den Subsystemen abhängt. Die Grenzen zwischen den Subsystemen müssen so gut abgesteckt sein, dass die Mitglieder des jeweiligen Subsystems ihre Funktionen ohne unzulässige Einmischung von aussen vollziehen können, sie

müssen jedoch auch den Kontakt zwischen den Mitgliedern des Systems und Ausstenstehenden ermöglichen (Minuchin, 1977; Wood, 1983). Ein Beispiel dafür ist die Position des Elternpaares in der Familie. Dieses bildet gleichzeitig das eheliche und das elterliche Subsystem. Um dem Paar die Funktionen zu bieten, die das eheliche Subsystem hat, nämlich gegenseitigen Kontakt und emotionale Unterstützung, muss eine klare Grenze bestehen, die dieses Subsystem vor den Anforderungen und Bedürfnissen anderer Systeme schützt. Auch die Ausübung erzieherischer Funktionen als elterliches Subsystem verlangt eine klare Grenze, die den Kinder zwar den Zugang zu beiden Elterteilen ermöglicht, sie aber von den ehelichen Funktionen ausschliesst (Minuchin, 1977). Ein wichtiger Bestandteil der Funktion des elterlichen Subsystems ist der Machtunterschied zwischen den Eltern und den Kindern. Minuchin (1977) schreibt dazu:

> Eltern können nicht schützen und führen, ohne zu kontrollieren und einzuschränken. Kinder können nicht wachsen und zu Individuen werden, ohne gelegentlich Ablehnung zu äussern oder die Eltern anzugreifen...Immer aber erfordert Elternschaft den Einsatz von Autorität. Eltern können ihre exekutiven Funktionen nicht vollziehen, wenn sie nicht die Macht dazu haben (S. 75).

Minuchin (1977) erachtet die Klarheit der Grenzen innerhalb einer Familie als einen nützlichen Indikator für die Beurteilung des angemessenen Funktionierens einer Familie. In diesem Zusammenhang prägte er auch zwei Begriffe, die zwei „Extreme der Handhabung der Grenzen" (S. 70) beschreiben: Verstrickung („enmeshment"), welche sich in diffusen Grenzen und mangelnder Differenzierung der Subsysteme zeigt, und Loslösung („disengagement"), die durch starre Grenzen und geringes Zugehörigkeitsgefühl gekennzeichnet ist. Minuchin (1977) sieht Verstrickung und Loslösung als zwei Pole einer Dimension und weist darauf hin, dass sich die Begriffe "auf einen transaktionalen Stil oder auf die Bevorzugung einer bestimmten Art der Interaktion, nicht auf einen qualitativen Unterschied zwischen Funktionalität und Dysfunktionalität" bezieht (S. 71). Die meisten Familien haben sowohl verstrickte wie auch losgelöste Subsysteme. Allerdings deuten laut Minuchin (1977, S. 71) Transaktionen in der Nähe der Extreme „Bereiche möglichen pathologischen Geschehens" an.

Im Zusammenhang mit der Struktur oder Organisation soll an dieser Stelle ein weiteres für die vorliegende Arbeit wichtiges Phänomen beschrieben werden: jenes der Triangulation (Minuchin, 1977) oder Koalition (Schlippe, 1984, 1996). Unter Koalition wird gemäss Schlippe (1996, S. 132) ein – meist geheimes oder unbewusstes – Bündnis zweier Personen gegen eine dritte verstanden. Im Gegensatz dazu steht die Allianz, welche zwar eine enge Bindung zwischen zwei

Personen bezeichnet, die sich aber nicht gegen jemanden richtet. Der Begriff der Triangulation wird auf eine bestimmte Form der innerfamiliären Koalition angewandt, bei der ein Kind in einen elterlichen Konflikt einbezogen wird und in diesem eine wichtige Funktion erhält (von Schlippe, 1984, S. 54). Durch den Einbezug des Kindes wird der Konflikt verdeckt oder entschärft (Joraschky, 1996, S. 330). Gemäss Minuchin (1977) hat eine Triangulation folgende Auswirkungen für ein Kind: die Tatsache, dass das Kind gezwungen ist, für einen Elternteil Partei zu ergreifen und damit gleichzeitig den anderen zu verraten, kann beim Kind grosse Ängste auslösen; das Kind erhält auch eine Machtposition gegenüber demjenigen Elternteil, der nicht in Koalition eingebunden ist. Angemessene soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen können sich zu wenig entwickeln, weil das Kind zu stark in die Beziehung zum Elternteil eingebunden ist. Eine intergenerationelle Koalition verhindert auch die Allianz zwischen den Eltern, die für die Erziehung der Kinder und das Funktionieren der Familie wichtig ist.

Auch Haley (1980) hat den Prozess der Triangulation beschrieben und betont, dass in jeder Familien immer wieder Koalitionen und Dreiecksstrukturen auftreten. Eine solche Struktur wird erst dann pathologisch, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: die Personen im Dreieck sind nicht gleichgestellt, eine von ihnen ist aus einer anderen Generation als die anderen; eine Person aus einer Generation bildet eine Koalition mit einer Person einer anderen Generation gegen einen Gleichrangigen und – wobei dies das wichtigste Kennzeichen ist – die Koalition wird geleugnet. Unter diesen Umständen führen Triangulationen häufig zu Sympombildung, meist beim triangulierten Kind (Haley, 1980). Ebenso kommt es bei diesen Familienkonstellation häufig zur Parentifizierung eines Kindes, d.h. das Kind übernimmt Elternfunktionen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1983; Joraschky, 1996). Im Sinne Minuchins (1977) kann dieses Phänomen auch als Hierarchieumkehrung bezeichnet werden.

Wie weiter unten klar wird, sind solche intergenerationellen Koalitionen und Hierarchieumkehrungen in psychosozial belasteten und nicht optimal funktionierenden Familien besonders häufig.

3.4. Neuere Entwicklungen

3.4.1. Kritik an der systemischen Sichtweise

Der systemische Ansatz in der Familientherapie und -theorie ist nicht unkritisiert geblieben. Erickson (1988) z.B. moniert, dass keines der grossen Probleme unserer Gesellschaft – wie soziale Ungerechtigkeit, Gewalt in der Partnerschaft oder Kindsmisshandlung – aus einer

systemischen Perspektive erklärt geschweige denn verbessert werden (S. 225) kann. Die Probleme und ihre möglichen Ursachen verschwinden in einer Summe von interdependenten und zirkulären Faktoren, welche zwar als Ganzes dem Zweck der Kohärenz und Homöstase dienen, sich aber aufgrund ihrer Komplexität und Vernetztheit jeglicher Beeinflussung entziehen. Der Autor (Erickson, 1988) weist auch darauf hin, dass der Begriff des Systems, wie er in der strukturellen Linguistik de Saussures (1959) anfang des letzen Jahrhunderts entwickelt wurde, als Wurzel des systemischen Denkens häufig übersehen worden ist. Gemäss de Saussures Idee kann Sprache als System verstanden werden, welches sich aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachten lässt: eine diachronische – wie verändert sich das System über die Zeit – und eine synchronische Perspektive – wie funktioniert ein System zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die erste Sichtweise betont die Entwicklung des Systems und fokussiert auf die einzelnen Elemente und ihre Veränderungen, die zweite stellt die simultanen Beziehungen zwischen den Elementen in den Vordergrund und berücksichtigt die historische Entwicklung des Systems nicht. Laut Erickson (1988, S. 228) ist an einer rein systemischen Sichtweise in der Familientherapie problematisch, dass sie hauptsächlich auf einer synchronischen Basis beruht und historische Verursachungen negiert oder herunterspielt. Gemäss dem Autor könnte die systemische Perspektive weiterhin als möglicher Rahmen dienen, um bestimmte Prozesse in Familien zu verstehen und zu verändern, er fordert aber, dass künftig nicht mehr nur die Strukturen von Beziehungen zwischen Personen betrachtet werden sollen, sondern auch vermehrt wieder der Inhalt und die Qualität dieser Beziehungen sowie ihre historische Entwicklung über die Zeit. Laut Fish (1990) ist mit dem Einbezug einer zeitlichen Perspektive auch eher wieder eine lineare Kausalitätsvorstellung annehmbar. Diese impliziert u.a. die Idee einer gewissen Kontrolle und Beeinflussbarkeit von familiären Prozessen. V.a. in der familientherapeutischen Praxis ist die Annahme über eine (auch) lineare Verursachung von Störungen adäquat und notwendig, um Dinge zu beeinflussen und zu verändern[8].

L'Abate und Colondrier (1987) weisen darauf hin, dass rein systemische Konzepte und Funktionen – wie Komplexität, Zirkularität, Ganzheit und Grenzen – allein nicht die gesamten Prozesse in einer Familie erklären können. Auch diese Autoren erachten den Einbezug entwicklungsbezogener Konzepte als sehr wichtig, um das Funktionieren von Familien zu verstehen. Auf die Integration einer Entwicklungsperspektive in die systemische Betrachtung von

[8] Fish (1990) orientiert sich hauptsächlich an Ashbys Kybernetik (1956), welcher für die Elemente eines Systems verschiedene mögliche kausale Verbindungen annimmt.

Familien wird weiter unten noch ausführlich eingegangen. Als problematisch erachten L'Abate und Colondrier (1987) auch das hohe Abstraktionsniveau systemischer Konstrukte; die metatheoretische Formulierung o.g. Konzepte führt laut den Autoren dazu, dass sie kaum operationalisiert werden können und somit die gesamte Theorie schlecht empirisch überprüfbar sei. Dieser Mangel an Testbarkeit lässt sich auf eine der systemischen Denkrichtung inhärente Überbetonung der Komplexität und dem Vermeiden von Vereinfachungen zurückführen. L'Abate und Colondrier (1987) fordern deshalb für die Forschung einen pragmatischen Reduktionismus, den sie wie folgt begründen:

> (...) to consider reductionism (...) as defective and fallacious would put us in the kind of digital self-defeating either-or position that we find so distasteful and dysfunctional in the very families we treat (S. 22).

Der „reduktionistische Vorschlag" der Autoren besteht darin, sich bei der Beschreibung und Erforschung familiärer Prozesse auf wenige Konzepte oder Dimensionen zu beschränken.
Auch Jenkins (1990) weist darauf hin, dass lange viele Konzepte, mit denen in der systemischen Familientherapie gearbeitet wurde, unüberprüft blieben. Er lokalisiert das Problem nicht unbedingt in der abstrakten Formulierung systemischer Konstrukte, sondern vielmehr in der Komplexität von Familienprozessen *per se*, die zur Frage führt, welche Variablen denn eigentlich bei der Erforschung von Familienprozessen berücksichtigt werden sollen. Auf diese Problematik soll im Kapitel 2.6. ausführlich eingegangen werden.

3.4.2. Geschlechterproblematik

In den 80er Jahren wurde – v.a. von feministischer Seite – der Vorwurf laut, die systemische Familientherapie habe geschlechtsbezogenen Aspekten zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Hare-Mustin, 1986; Jenkins, 1990). Geschlecht ist jedoch laut Hare-Mustin (1986) kein peripheres Merkmal von Personen, sondern die „grundlegende Kategorie, aufgrund der die Welt organisiert ist" (S. 15)[9].
Geschlechtsbezogene Vorurteile, welche auch familientherapeutische Modelle beeinfussen, können zwei Formen annehmen (Hare-Mustin, 1986): Bei der einen Form werden Unterschiede zwischen zwei Gruppen – in diesem Fall Frauen und Männer – überbetont; dies ist laut der Autorin bei psychodynamischen Theorien der Fall (S. 18). Die andere, hauptsächlich in

[9] „Rather than gender being a peripheral issue, gender is the basic category on which the world is organized" (Hare-Mustin, 1986, S. 15)

systemischen Modellen und Theorien auftretende Form von Vorurteilen ignoriert die Unterschiede zwischen den Gruppen, obwohl sie existieren. Hare-Mustin (1986) weist auch darauf hin, dass eine Konzeption von Femininität und Maskulinität als Gegensätze zu hierarchischem Denken führt und somit dazu, dass eines davon als besser oder mehr wert angesehen wird. Der harsche Vorwurf der Autorin an die Familientherapie ist v.a., dass diese „offensichtlich" (S. 22) keinen Einfluss gehabt hat auf unsere Gesellschaft; sie konnte keine wirklich neue Vision der Familie anbieten und keine neue Methode, über Veränderungen in Familie und Gesellschaft nachzudenken. Anstatt Lösungen für das Problem des Statusunterschiedes zwischen den Geschlechtern zu finden, wurde nach Problemen gesucht, die zu den verfügbaren Lösungen passen. Weil es keine Lösung zum Problem der Benachteiligung des weiblichen Geschlechts gibt, wurde es zum Nicht-Problem erklärt. Dies bedeutet laut Hare-Mustin (1986), dass die Familientherapie es verpasst hat, ihre Konzepte von Veränderung auf die eigene Theorie und Praxis anzuwenden.

Kritisiert wurde auch die Tatsache, dass Konzepte wie Grenzen, Funktionen und Rollen hauptsächlich bezüglich der Generationen betrachtet und definiert wurden, während Grenzen, welche durch die Geschlechtszugehörigkeit bestimmt sind, weitgehend ignoriert wurden (Combrinck-Graham, 1990). Die Orientierung an der traditionellen Eheform und die unreflektierte Übernahme von Geschlechts- und Rollenstereotypen durch die systemische Familientherapie führte gemäss Hare-Mustin (1986) dazu, dass gesellschaftlich bedingte Statusunterschiede zwischen Frau und Mann vernachlässigt und so indirekt zementiert wurden[10]. Die Ausklammerung dieser - durch Gegebenheiten ausserhalb der Familie verursachten – Machtunterschiede ergibt im Zusammenhang mit der systemischen Sichtweise, dass alle Familienmitglieder zusammen ein Problem verursachen und dafür verantwortlich sind, v.a. in Bezug auf sexuellen Missbrauch an Kindern und Gewalt in der Partnerschaft und Familie eine äusserst problematische und in der Praxis nicht tolerierbare Optik (Hare-Mustin, 1986; Combrinck-Graham, 1990; Jenkins, 1990).

Auch ein neutraler therapeutischer Standpunkt ist gemäss Hare-Mustin (1986) nicht zu realisieren: die therapeutische Arbeit wird immer durch die Werte der Gesellschaft und gesellschaftliche Grenzen, Regeln und Hierarchien sowie durch die geltende Ansicht über das

[10] In Ergänzung zu dieser Optik sei Kranichfelds (1987) Arbeit erwähnt, die darauf hinweist, dass Männer zwar über mehr ökonomische, politische und religiöse Macht verfügen, Frauen jedoch innerhalb der Familie sehr wohl über einen eigenen Machtbereich verfügen (Sozialisation der Kinder, Bezug zu Herkunftsfamilien, generationenverbindende „vertikale" Macht).

Geschlechterverhältnis bestimmt[11]. Häufig werde auch die Tatsache ignoriert, dass die Veränderungen, die Männer anstreben, einfacher zu erreichen sind, als die Veränderungen, welche Frauen anstreben.

Aufgrund der durch die Emanzipation, aber auch durch das politische Engagement von Minderheiten- und Randständigengruppierungen ausgelösten Diskussionen und den damit einhergehenden Veränderungen der gesellschaftlichen Stellung der Frau im Sinne von mehr Gleichberechtigung, besteht heute in der Familientherapie eine grössere Sensibilität bezüglich gesellschaftlicher Einflüsse (Geschlecht, Rasse, soziale Klasse) auf Familienprozesse und -strukturen (Jenkins, 1990). Beeinflusst wurde diese Entwicklung auch durch die im folgenden Kapitel dargelegten Konzeptionen.

3.4.3. Ökologische Perspektive und Einbezug des familiären Umfelds

Der bedeutendste Vertreter einer ökologischen Perspektive, d.h. einer Perspektive, die das nähere und weitere Umfeld der Familie bei ihrer Beschreibung einbezieht, ist Bronfenbrenner (1981), ein Autor, der sich v.a mit dem Einfluss der Umwelt auf die Entwicklung von Personen und Familien befasst und dabei auch Umwelten fokussiert, in denen die Person oder Familie gar nicht anwesend ist und die trotzdem eine wichtige Rolle für deren Entwicklung spielt. Die ökologische Perspektive wird wie folgt definiert (Bronfenbrenner, 1981):

> Die Ökologie der menschlichen Entwicklung befasst sich mit der fortschreitenden gegenseitigen Anpassung zwischem dem aktiven, sich entwicklenden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche. Dieser Prozess wird fortlaufend von den Beziehungen dieser Lebensbereiche untereinander und von den grösseren Kontexten beeinflusst, in die sie eingebettet sind (S. 37)

Bronfenbrenner (1981, 1986) unterscheidet zwischen folgenden „externen" Systemen: Mesosysteme, Exosysteme und Chronosysteme. Unter Mesosystemen werden die verschiedenen Lebensbereiche, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist, und ihre Wechselbeziehungen verstanden. In einem Übersichtsartikel fasst Bronfenbrenner (1986) verschiedenste Forschungsergebnisse zusammen, die die gegenseitige Beeinflussung von Familienprozessen, Schule, Tagesstrukturen (Krippe, Hort) und Peers anschaulich belegen. Auch der Einfluss von Exosystemen, also Bereichen, in denen eine Person nicht aktiv beteiligt ist (aus

---

[11] Ein impliziter Wert westlicher Industriegesellschaften ist laut Hare-Mustin (1986) z.B. eine objektive, aktive und ahistorische Weise , mit der Welt umzugehen.

der Perspektive des Kindes z.B. die Arbeit der Eltern, Vereine, in denen die Eltern organisiert sind etc.), ist laut Bronfenbrenner (1986) empirisch bestätigt.

Exemplarisch für den Einfluss familienexterner Variablen sei hier eine Studie von Rutter und Quinton (1977) genannt: diese Autoren eruierten in London eine doppelt so hohe Prävalenz für psychiatrische Störungen von Kindern wie auf der Isle of Wight. In beiden Regionen waren solche Störungen mit folgenden Faktoren verbunden: Familienkonflikte und „Broken-Home"-Situationen sowie soziale und wirtschaftliche Benachteiligung. Wenn der sozioökonomische Status der Familien kontrolliert wurde, ergab sich zwischen den zwei Gruppen sowohl für die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern sowie für familiäre Probleme kein Unterschied mehr.

Mit Chronosystemen spricht Bronfenbrenner (1986) Prozesse an, die auch in den Lebenszyklus- und Lebensereignistheorien integriert sind: entwicklungsbedingte, normative (Schuleintritt, Adoleszenz, Heirat, Pensionierung) – auf die im nächsten Kapitel ausführlich eingegangen wird – und nicht-normative (frühzeitiger Tod, Krankheit, Scheidung etc.) Übergänge im Leben einer Person oder Familie. Der Einfluss solcher Ereignisse auf Familienprozesse ist ebenfalls hinreichend empirisch belegt.

Der Ansatz Bronfenbrenners macht deutlich, dass es eine Vielzahl von familienexternen Variablen und Parametern gibt, die im Lauf der Entwicklung die Prozesse innerhalb in einer Familie beeinflussen. Laut Bronfenbrenner (1986) wäre es wichtig – nebst der detaillierteren und mehr auf die Wechselwirkung statt auf einseitige Einflüsse Bezug nehmende Erforschung von Schule, Arbeit, Lebensereignissen etc. – auch die Bedeutung folgender Faktoren noch genauer zu untersuchen: sozioökonomische Faktoren wie Klasse, Einkommen und Bildung, Armut, Arbeitslosigkeit, geografische Mobilität, den Einfluss des Fernsehens und nicht zuletzt die Effekte von Familien- und Jugendpolitik.

Die in diesem und obigen Kapitel dargelegte Sensibilisierung bezüglich gesellschaftlicher und allgemein ausserfamiliärer Einflüsse führte in der Praxis dazu, dass vermehrt auch das weitere Umfeld – Schule, Arbeitsplatz, Fürsorge- und Gesundheitseinrichtungen, Justiz etc. – einer Familie und ihrer Mitglieder in die familientherapeutische Arbeit einbezogen wurde (Combrinck-Graham, 1990). Besonders eindrücklich geschieht der Einbezug der ausserfamiliären Umwelt beim Network-Therapy-Ansatz von Kliman und Trimble (1983), welche zu ihren familientherapeutischen Sitzungen bis zu achzig Leute aus dem sozialen Netz der Familie einladen: Verwandte, Bekannte, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, Priester etc. Obwohl diese

Therapieform sicher als Extrembeispiel gewertet werden kann, ist der Hinweis der AutorInnen wichtig, dass mit dem Einbezug des weiteren Umfelds nicht nur dessen Beteiligung am bestehenden Problem geklärt werden kann, sondern dass hier auch ein grosses Potential an möglichen Ressourcen und sozialer Unterstützung liegt, welches es zu nutzen gilt.

3.4.4. Entwicklungsperspektive

Um die Prozesse in einer Familie zu verstehen, genügen die aus der Systemtheorie abgeleiteten Konzepte nicht. Neben der in den vorhergehenden Kapitel erwähnten Sensibilität gegenüber Rollenstereotypen und familienexternen Einflüssen, ist der Einbezug einer Entwicklungsperspektive unerlässlich, v.a. wenn es darum geht, bestimmte Verhaltensmuster und Beziehungsstrukturen hinsichtlich ihrer Funktionalität zu beurteilen (Minuchin, 1977; Wynne, 1984; Melito, 1985; Combrinck-Graham, 1985). Individuumzentrierte Entwicklungsmodelle wie das psychoanalytische Phasenmodell oder das Modell der kognitiven Entwicklung von Piaget (1957) beschränken sich häufig auf die Lebensjahre bis zur Adoleszenz und auch Konzepte wie Eriksons Lebenszyklus-Modell (1950), die sich zwar auf die gesamte Lebensspanne des Menschen beziehen, sind eher geeignet, die individuelle Entwicklung als die Entwicklungsphasen einer ganzen Familie aufschlussreich zu beschreiben (Combrinck-Graham, 1985).

Combrinck-Graham (1985) hat zur Beschreibung der Entwicklung der Familie ein Modell entwickelt, das er als „family life spiral" bezeichnet (Abb. 1). Zentral daran ist, dass es im Gegensatz zu anderen Entwicklungsmodellen nicht linear ist und jede beschriebene Phase mehrere Generationen einbezieht.

Combrinck-Graham (1985) geht in Anlehnung an Minuchin (1977) und andere Autoren (z.B. Bowen, 1972) davon aus, dass in einer Familie sowohl zentrifugale Kräfte – die die Familienmitglieder aus der Familie „wegziehen" – als auch zentripetale Kräfte – die die Familienmitglieder aneinanderbinden – wirksam sind. In diesem Sinne wechseln sich im Laufe der Entwicklung einer Familie zentrifugale mit zentripetalen Phasen ab, ihre „Dichte" ändert sich je nach Entwicklungsstadium. Eine Phase, in der hauptsächlich zentrifugale Kräfte wirken, ist z.B. die Zeit, in der sich die ältere Generation auf die Pensionierung vorbereitet, die mittlere in den 40ern steht und die junge Generation in die Adoleszenz kommt; es stehen eher die persönlichen Ziele und Themen des Einzelnen im Vordergrund, die Kinder verlassen das Zuhause, die Ehe wird neu verhandelt, Karriere und Lebensstil werden überdacht und eventuell geändert.

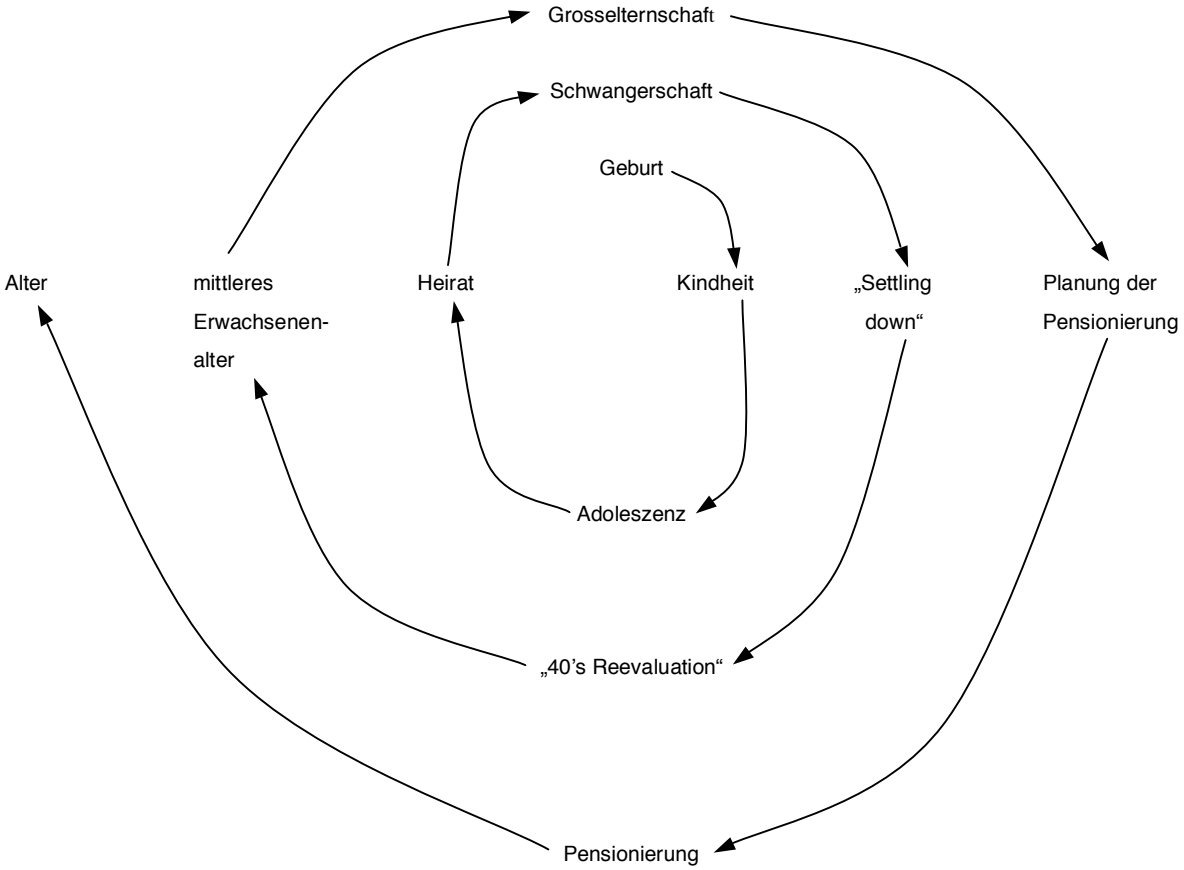


Abb. 1: „Family Life Spiral“ nach Combrinck-Graham (1985)

Im Gegensatz dazu ist die Geburt eines Kindes der Beginn einer Phase, welche durch zentripetale Kräfte gekennzeichnet ist – die Eltern sind sich und dem Kind nahe und suchen unter Umständen auch wieder näheren Bezug zu ihren Herkunftsfamilien. Jede Entwicklungsphase stellt den einzelnen Familienmitgliedern und der Familie als Ganzes bestimmte Entwicklungsaufgaben. Die Tatsache, dass sich Störungen und Schwierigkeiten v.a. während der Übergänge von einer Phase in die nächste entwickeln – z.B. wenn ein Kind in die Pubertät kommt –, führt Combrinck-Graham (1985, S. 148) zur Annahme, dass dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster dann auftreten, wenn die phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben von der Familie nicht ausreichend gelöst werden konnten. Aus einer systemischen Sichtweise bedeutet dies, dass die Familie nicht fähig ist, ihre Struktur gemäss den entwicklungsbedingten Anforderungen zu überarbeiten, zu verändern und zu erneuern[12].

[12] Combrinck-Grahams (1985) Modell ist in diesem Sinne normativ, als dass es viele existierende Familienformen wie Stief- und „Fortsetzungsfamilien“, Konkubinatspartnerschaften, Alleinerziehende und andere alternative Lebensweisen nicht berücksichtigt.

Diese Flexibilität (Gehring, 1993) oder Fähigkeit zur Anpassung an sich ändernde interne und externe Gegebenheiten (Melito, 1985) ist zentral für das adäquate Funktionieren einer Familie und gewährleistet ihre Entwicklung im Sinne einer immer grösseren Differenzierung und Intergration der Strukturen. Melito (1985) weist darauf hin, dass aus dieser Sichtweise nicht mehr Homöstase als wichtigster Anpassungsmechanismus angesehen werden kann, wenn darunter die stetige Rückkehr zu vorhergehenden Zuständen durch negatives Feedback verstanden wird. Vielmehr ist ein simultanes, integriertes Wirken bewahrender und verändernder Kräfte nötig, um die Anpassung der Familie zu gewährleisten; nur so können sich neue Verhaltensmuster und Beziehungsstrukturen entwickeln und gleichzeitig Kontinuität bewahrt werden.

Auch andere Autoren betonen, dass Anpassung an Veränderungen und Entwicklung für eine Familie nur möglich sind, wenn auch eine gewisse Instabilität in den Beziehungsmustern besteht (Wynne, 1984; Joraschky, 1996). Geringe oder hohe Kohäsion, hierarchische oder egalitäre Strukturen können je nach Entwicklungsabschnitt für eine Familie angemessen oder aber inadäquat sein; so sind z.B. während der Adoleszenz der Kinder Rollenumkehrungen und eine gewisse Vermischung der Generationengrenzen wichtig und funktionell, um den wachsenden Autonomiebedürfnissen der Jugendlichen gerecht zu werden und sie auf das Leben in der Gesellschaft vorzubereiten (Minuchin, 1977). Im Gegensatz dazu ist eine über längere Zeit bestehende Parentifizierung jüngerer Kinder deren individueller Entwicklung nicht zuträglich und somit eher dysfunktional (Joraschky, 1996). Grundsätzlich kann auch davon ausgegangen, dass ein Ungleichgewicht zwischen zentripetalen und zentrifugalen Kräften erst dann ungünstige Auswirkungen für die Familie und einzelne ihrer Mitglieder haben kann, wenn es extrem ist und über lange Zeit besteht (Kelsey-Smith & Beavers, 1981; Wynne, 1984).

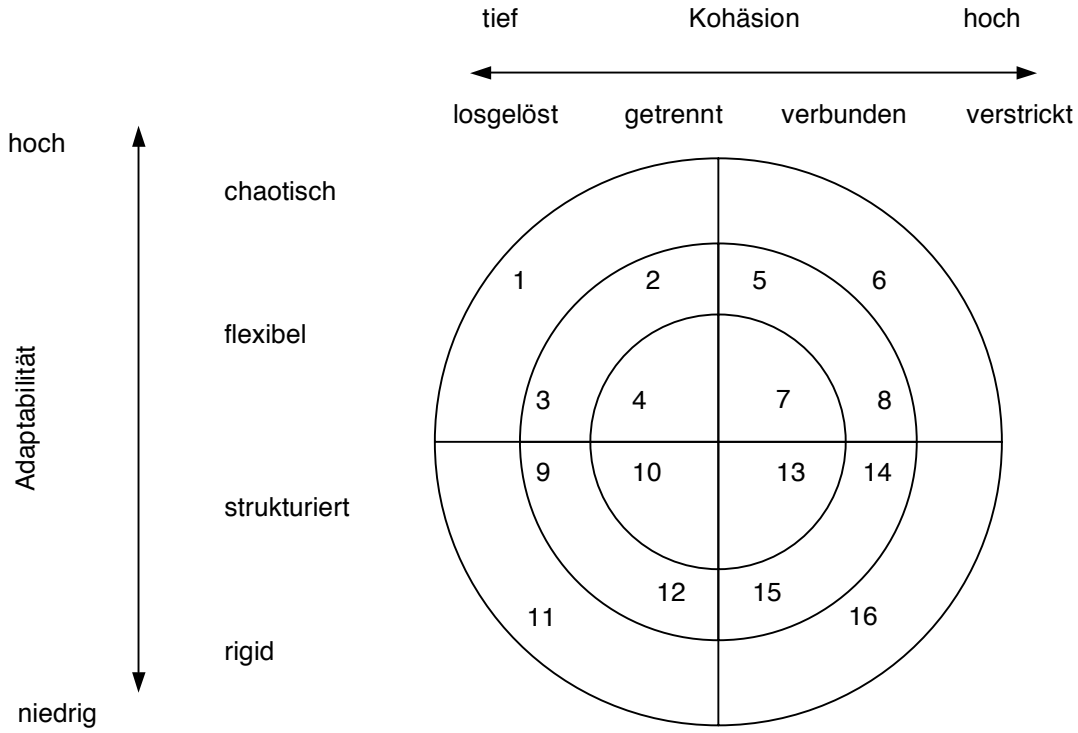
3.5. Familienmodelle

Familienmodelle bilden in der Regel einen Versuch, eine Verbindung zwischen Theorie, Praxis und Forschung zu schaffen (Gehring, 1993). Im Vordergrund steht die Frage, auf welche Merkmale bei der Betrachtung von Familien geachtet werden soll und welche Konstrukte und Dimensionen zu ihrer Beschreibung relevant sind. Drei solche Familienmodelle aus dem systemischen Bereich sollen an dieser Stelle kurz vorgestellt werden.

Das „Circumplex Model of Marital and Family Systems" von Olson, Sprenkle und Russell (1979) wurde auf empirischer Basis entwickelt. Neben dem Modell selbst entwickelten die Autoren auch ein Erhebungsinstrument (FACES) für die beiden relevanten Dimensionen und die

Typologisierung der Familien, welches als Fragebogen für die Selbstbeurteilung benutzt werden kann und in Form von klinischen Ratingskalen für die Fremdbeurteilung geeignet ist. Im Modell werden die beiden zentralen Variablen Adabtabilität (Adabtability) und Kohäsion auf einer kreisförmigen Struktur angeordnet, welche die Beschreibung und Differenzierung von 16 verschiedenen Familientypen erlaubt (Abb. 2).

Unter der Dimension Adaptabilität wird die Fähigkeit eines Familiensystems verstanden, seine Machtstruktur („power structure") und Rollenbeziehungen situativen und entwicklungsbedingten Veränderungen anzupassen, während Kohäsion als emotionale Nähe zwischen den einzelnen Familienmitgliedern definiert ist. Olson und Kollegen (1979) gehen von der Annahme aus, dass eine mittlere Ausprägung auf beiden Dimensionen einem optimalen Funktionieren der Familie entspricht.



1. chaotisch losgelöst	5. chaotisch verbunden	9. strukturiert losgelöst	13. strukturiert verbunden
2. chaotisch getrennt	6. chaotisch verstrickt	10. strukturiert getrennt	14. strukturiert verstrickt
3. flexibel losgelöst	7. flexibel verbunden	11. rigid losgelöst	15. rigid verbunden
4. flexibel getrennt	8. flexibel verstrickt	12. rigid getrennt	16. rigid verstrickt

Abb. 2: „Circumplex Model of Marital and Family Systems" (Olson et al. 1979; zit. nach Thomas, 1996)

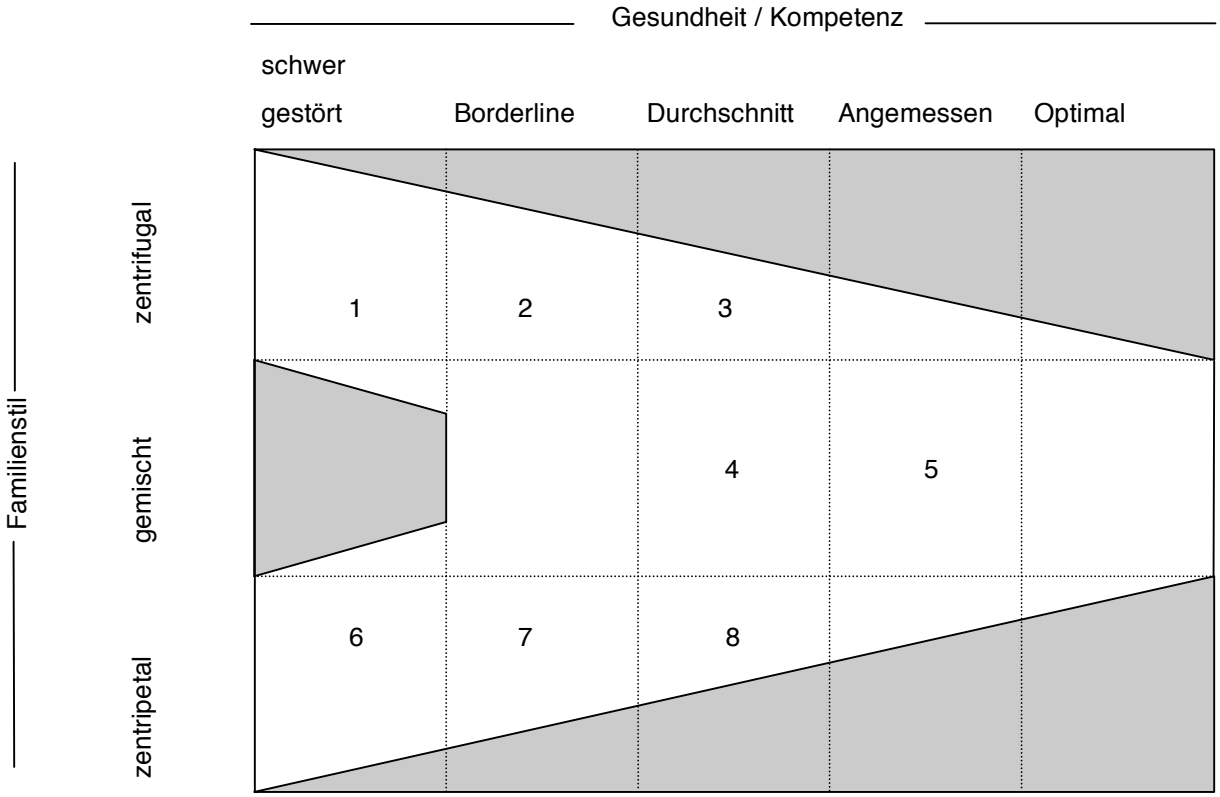
Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass eine temporäre extreme Ausprägung auf einer oder beiden Dimensionen in einem gewissen Entwicklungsabschnitt für eine Familien durchaus funktional sein kann, und dysfunktionale Strukturen erst dann entstehen, wenn eine solche extreme Ausprägung über lange Zeit bestehen bleibt oder dem Entwicklungsstand der Familie oder einzelner ihrer Mitglieder nicht entspricht. Olsons Circumplex-Modell wurde auch empirisch evaluiert (Russell, 1979). In einer Untersuchung, welche Selbstbeurteilungs- und Beobachtungsdaten integrierte, konnte Russell (1979) die Hypothese, dass Familien mit mittleren Ausprägungen auf den beiden Dimensionen Kohäsion und Adaptabilität am optimalsten funktionieren. Auch in dieser Studie wird darauf hingewiesen, dass in verschiedenen Entwicklungsstadien der Familie verschiedene Ausprägungen der beiden Dimensionen optimal sein können.

Olsons Modell wurde auch kritisiert, hauptsächlich wurde die kurvilineare Funktion zwischen den Variablen angezweifelt (Fleischer Eckblad, 1993), diese konnte bei den Dimensionen von Olson empirisch nicht bestätigt werden. Andere Autoren (z.B. Perosa & Perosa, 1990) betonen, dass sich in verschiedenen anderen empirischen Studien die Relation zwischen Kohäsion und psychosozialem Funktionieren als linear erwiesen hat. Beavers und Voellers (1983) weisen darauf hin, dass die Bezeichnung Adaptabilität sprachlich ungeschickt gewählt ist, weil sie die unlogische Schlussfolgerung nahe legt, dass zu viel Adaptabilität im Sinne von Anpassungsfähigkeit dysfunktional ist (s.a. Lee, 1988a, 1988b). Auch wurde festgestellt, dass Olsons Dimensionen trotz ihrer orthogonalen Anordnung empirisch nicht unabhängig sind (Hampson, Beavers & Hulgus, 1988).

Das „Beavers Systems Model" wurde von Beavers und Voellers (1983) entwickelt und umfasst die Dimensionen Familienkompetenz und Familienstil (Abb. 3).

Unter Familienkompetenz wird der „Führungsstil" der Familie verstanden. Dieser umfasst die Koalition zwischen den Eltern, die Klarheit der Grenzen zwischen den Subsystemen sowie die Fähigkeit zum Konfliktlösen. Familienstil wird definiert als das Verhältnis von zentrifugalen und zentripetalen Kräften (Bindung und Ausstossung) und entspricht somit etwa Olsons Kohäsionsdimension. Wie im Circumplex-Modell ist diese Dimension zweipolig konzipiert, und es wird davon ausgegangen, dass extreme Ausprägungen dysfunktional sind. Im Gegensatz zu Olsons Modell ist die Dimension Familienkompetenz linear konzipiert. Verschiedene Kombinationen dieser Dimensionen entsprechen verschiedenen Familientypen; wie bei Olsons Modell ist eine Typologisierung der Familien möglich, diese entspricht aber trotz der

Terminologie keiner psychiatrischen Diagnosestellung. Auch Beavers und Voellers (1983) haben zu ihrem Modell sowohl klinische Ratingskalen als auch Selbstbeurteilungsfragebogen empirisch entwickelt.



1. häufig soziopathische Störungen
2. häufig Borderline-Störungen
3. häufig Verhaltensstörungen
4. gemischt
5. adäquat
6. häufig schizophrene Störungen
7. häufig schwere Zwangstörungen
8. häufig neurotische Störungen

Abb. 3: „Beavers System Model“ (Beavers & Voellers, 1983; zit. nach Thomas, 1996)

Ein weiteres Familienmodell, das „McMaster Model of Family Functioning” von Epstein, Bishop und Levin (1978) umfasst folgende sechs Dimensionen: Problemlösung, Kommunikation, Rollen, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme und Verhaltenskontrolle, wobei letzere zwei Olsons Dimensionen konzeptuell sehr nah sind (Thomas, 1996). Auch zu diesem Modell wurden klinische Ratingskalen und Selbstbeurteilungsfragebögen entwickelt.

Gemäss Thomas (1996) sind alle diese Modelle und Erhebungsinstrumente ausreichend empirisch validiert und bieten in der Praxis gute Anhaltspunkte für die Familienbeurteilung. Familienstrukturen und -beziehungen können sowohl durch Selbst- als auch durch

Fremdbeurteilung erhoben werden und somit Informationen gewonnen werden, die als Basis für Diagnostik, Beratung und Therapie genutzt werden können.

3.6. Dimensionen zur Beschreibung der Familie

Familienmodelle bilden einen Ansatzpunkt, um Familien zu beschreiben, zu vergleichen und einzuordnen. Allerdings sind sie in sich abgeschlossen und mit anderen Modellen teilweise konzeptuell unvereinbar, ebenso enthalten sie verschiedene theoretische und sprachliche Unklarheiten. Wenn Familien „offener" beschrieben werden sollen, stellt sich in Forschung und Praxis die Frage, wie ein komplexes Gebilde wie die Familie auf überschaubare Konzepte reduziert werden kann (Thomas, 1996). Wie können Paar- bzw. Familiensysteme der empirischen Forschung zugänglich gemacht werden? Welches sind die relevanten Dimensionen und wie können sie gemessen werden?

In den mehr als vierzig Jahren, in denen die Familie als Forschungsgegenstand im Interesse der Wissenschaft stand, wurden im Bezug auf ihr Funktionieren verschiedene Konzepte und Konstrukte formuliert. Dabei kristallisierten sich zwei Dimensionen heraus, die für die Beschreibung von Familienbeziehungen und -strukturen wichtig zu sein scheinen: Kohäsion und Hierarchie. Obwohl sich verschiedene Ansätze in der Definition und Operationalisierung dieser beiden Konstrukte unterscheiden, besteht eine grundsätzliche Übereinstimmung über die zentrale Bedeutung dieser Dimensionen für die Beurteilung von Familiensystemen (Gehring, 1993, S. 15).

Kohäsion ist definiert als die emotionale Nähe (oder Distanz) zwischen Familienmitgliedern oder das „Zusammengehörigkeitsgefühl" der Familie. Tab. 1 zeigt verschiedene Konzeptualisierungen des Konstrukts. Die Definition und Handhabung der zweiten Dimension – Hierarchie – gestaltet sich schwieriger und uneinheitlicher. Dies zeigt sich schon allein daran, dass der im angloamerikanischen Sprachraum häufiger verwendete Begriff „power" unter anderem auf folgende Arten übersetzt werden kann: Kraft, Stärke, Wucht, Überzeugungskraft, Macht, Herrschaft und Einfluss (aus PONS Kompaktwörterbuch). Das Konzept Hierarchie enthält mehrere theoretische Grundannahmen (Gehring, 1993), es umfasst Konzepte wie Autorität, Dominanz und Entscheidungsmacht, aber auch die gegenseitigen Einflussmöglichkeiten von Familienmitgliedern (Tab. 2, nächste Seite).

Autoren	Bezeichnung
Bowen (1960)	Binding
Kantor & Lehr (1975)	Affect
Minuchin (1977)	Cohesion
Epstein et al. (1978)	Affective Involvement
Stierlin (1980)	Bindung (Ausstossung)
Wood (1983, 1985)	Proximity
Wynne (1958, 1984)	Binding
Kelsey-Smith & Beavers (1981)	Zentrifugaler und zentripetaler Interaktionsstil
L'Abate & Colondrier (1987)	Intimacy

Tab. 1: Kohäsionskonzepte verschiedener Autoren

Autoren	Bezeichnung
Kantor & Lehr (1975)	Power
Minuchin (1977)	Hierarchy, Boundaries
Epstein et al. (1978)	Behavior control, Problem solving, Roles
Wood (1983, 1985)	Hierarchy
L'Abate & Colondrier (1987)	Power

Tab. 2: Hierarchiekonzepte verschiedener Autoren

Zur Beurteilung von Familien ist auch noch eine weitere Dimension wichtig: die Anpassungsfähigkeit oder Flexibilität, d.h. die Fähigkeit der Familie zur Veränderung von Kohäsion und Hierarchie im Zusammenhang mit situativen oder entwicklungsbedingten Anforderungen oder Stressoren (Olson et al., 1983; Gehring, 1993). Melito (1985) verbindet den Begriff der Anpassung eng mit jenem der Struktur und der Entwicklung: „wo immer Entwicklung vorkommt, vollzieht sie sich von einem undifferenzierten Zustand der Globalität hin zu einem Zustand grösserer Differenzierung, hierarchischer Struktur und Integration" (Werner, 1957, zit. nach Melito, 1985). Wenig differenzierte und integrierte Strukturen sind entweder rigide oder labil, d.h. sie reagieren oder verhalten sich in immer derselben Weise oder ändern sich bei geringster Änderung der Umgebung und können ihre Integrität bei Änderungen nicht behalten. Erst die im Idealfall immer weiter fortschreitende Differenzierung und Integration der Strukturen im Laufe der Entwicklung lässt ein System entstehen, welches anpassungsfähig und

flexibel ist, d.h. fähig ist, sich mit veränderten Bedingungen zu verändern, und trotzdem stabil, d.h. seine Identität bewahren kann.

3.7. Empirische Befunde

3.7.1. Grenzen

Gemäss Wood (Wood & Talmon, 1983; Wood, 1985) können die beiden Dimensionen Kohäsion und Hierarchie aus Minuchins (1977) Konstrukt der Grenze abgeleitet werden. Dieses umfasst zwei konzeptuell verschiedene Komponenten: „Nähe" oder interpersonale Grenzen und „Rollen" oder Subsystemgrenzen. Wood und Talmon (1983) halten diese Differenzierung für wichtig für die genauere Beschreibung und Behandlung dysfunktionaler Familien. Die von ihnen entwickelten Dimensionen Nähe und Hierarchie sind bezüglich der Pathologie neutrale Begriffe, sie können benutzt werden, um alle Familiensysteme zu beschreiben, unabhängig vom Grad der Funktionalität.

Grenzen können als logisches Konzept oder aber als physisches Konzept verstanden werden. Ersteres meint die Unterscheidung von zwei Klassen, im Zusammenhang mit der Familie z.B. Verhaltensklassen oder eben Rollen. Darunter versteht Wood (Wood & Talmon, 1983; Wood, 1985) die Differenzierung von Verhaltensweisen und Rollen, welche für ein Subsystem angemessen sind; klare Grenzen bedeuten hier klare Regeln, wer wie wann bestimmte Rollen übernimmt oder innehat. Die wichtigste Rollendefinition betrifft die Generationengrenze oder -hierarchie. Diese wird gemäss Wood und Talmon (1983) definiert als eine Klasse von normativen Verhaltensweisen für den Elternteil (gegenüber einer Klasse normativer Verhaltensweisen für ein Kind), die den Elternteil als verantwortlich für das Kind definiert („in charge of the children", S. 350). Folgende, miteinander verbundene Bereiche von Verhaltensweisen kennzeichnen die (normative) Rolle der Eltern (Wood & Talmon, 1983) aus: 1. Erziehung, Pflege: Die Eltern beschützen ihre Kinder und übernehmen die Verantwortung für ihr Wohlergehen; 2. Kontrolle: Die Eltern stellen Regeln auf und setzen den Kindern Grenzen; 3. Allianzen: Eltern sollten in ihrer Erziehungsaufgabe Partner sein, 4. Peers: Eltern sind mit Erwachsenen gleichgestellt und befreundet („peers"), Kinder mit ihren Geschwistern oder anderen Kindern. Für alle diese Verhaltensweisen gilt, dass wenn Kinder ein solches Rollenverhalten übernehmen, die Generationenhierarchie umgekehrt oder zerstört ist. Laut Wood und Talmon (1983) sind permanente oder extreme Muster von Hierarchieumkehrungen eindeutig abweichend von unserer gesellchaftlicher Norm.

Mit Grenze als physisches Konzept meinen Wood und Talmon (1983) relative Schranken im Austausch von Material, Energie oder Information und bezeichnen diese Dimension als Nähe („proximity"). Folgende Bereiche konstituieren Nähe (oder Distanz): 1. Kontaktzeit; 2. Körperkontakt; 3. Emotionaler Kontakt, Austausch von Gefühlen; 4. Informationsaustausch; 5. Austausch privater Gedanken zwischen zwei Familienmitgliedern; 6. Fällen von Entscheidungen. Auch diese Bereiche sind voneinander nicht unabhängig und zudem mit den vier Bereichen der Hierarchie gekoppelt.

Wood (Wood & Talmon, 1983; Wood, 1985) betont wie auch andere Autoren (z.B. Haley, 1980; Beavers & Smith, 1981; Wynne, 1984), dass es im Laufe der Entwicklung der Familie auch Zeiten gibt, wo Hierarchieumkehrungen, extreme Nähe oder Distanz funktional und wichtig für die Anpassung an eine neue Entwicklungsstufe sind oder wie Whitaker (1976, zit. nach Wood & Talmon, 1983) es ausdrückt:

> We assume the triangles within the family are comfortable and mobile, and that if father and daughter gang up against mother, or mother and daughter gang up against father, this is temporary and exciting, not static and painful.

Die Autoren (Wood & Talmon, 1983) weisen darauf hin, dass wenn die Grenzen klar sind, v.a. jene zwischen den Generationen, das „Spiel" mit nichtnormativen Verhaltensweisen wichtig ist für die Flexibilität der Familie im Umgang mit Beziehungsmustern. Der Punkt, an dem Verhaltensmuster pathogenetisch werden oder als pathologisch angesehen werden, hängt immer auch ab vom Kontext (kultureller Hintergrund, soziale Unterstützung, Familienstil) und vom Zeitpunkt (Entwicklungsstufe der Familie).

Wood (1985) legt auch eine empirische Überprüfung ihrer Konzepte („proximity" und „hierarchy") vor. Sie untersuchte klinische Familien (d.h. mit einem Kind in psychiatrischer Behandlung) mittels verschiedener Methoden und Messinstrumenten (Selbstbeurteilung, Beobachtungsdaten und projektive Tests). Dabei erwiesen sich Nähe und Hierarchie als unabhängige, orthogonale Dimensionen mit guter Konstruktvalidität. Beide Dimensionen hängen mit der Psychopathologie des Kindes zusammen: bei geringer Hierarchie in der Familie waren v.a. Verhaltensprobleme der identifizierten Patienten zu beobachten, jedoch war kein Einfluss auf Entwicklungsvariablen (z.B. kognitive Entwicklung) festzustellen. Insgesamt war v.a. geringe Hierarchie mit Problemen von Kindern und ihrer Geschwister assoziert, während in Bezug auf Nähe nicht so klare Resultate auszumachen waren. Entgegen der Annahme von Autoren wie Minuchin (1977) oder Olson et al. (1983), dass zu grosse Kohäsion für die Familie dysfunktional

ist, erwiesen sich hohe Werte für Nähe bei Woods (1985) Untersuchung nur für die Indexpatienten als problematisch, nicht aber für ihre Geschwister. Wood (1985) folgert daraus, dass grosse Nähe per se nicht pathogen im Sinne einer dysfunktionalen Verstrickung ist, jedoch für triangulierte Kinder schädlich sein kann, d.h. wenn in einer Koalition ein Elternteil dem Kind näher ist als dem anderen Elternteil.

3.7.2. Hierarchie

Wie oben erwähnt gestaltet sich die Konzeptualisierung und Definition der Hierarchiedimension schwieriger als jene der Kohäsion. Schon früh haben verschiedene Autoren (Turk & Bell, 1972; Olson & Rabunsky, 1972; Larson, 1974) auf die Uneinheitlichkeit des Konstruktes hingewiesen, welche sich auch in der empirischen Überprüfung bestätigt.

Turk und Bell (1972) versuchen das Konstrukt Macht (power) mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten zu erfassen. Alle Mitglieder von insgesamt 200 Normalfamilien wurden mittels Selbstbeurteilungsfragebogen befragt sowie in Interaktionsaufgaben beobachtet. Es zeigte sich, dass die Selbsteinschätzungen stark von normativen Vorstellungen geprägt sind (Turk & Bell, 1972, S. 217) und dementsprechend die Väter sich als mehrheitlich dominant wahrnehmen, von den anderen Familienmitgliedern die meiste Macht zugeschrieben bekommen und ein systematischer Machtunterschied zwischen Männern und Frauen zutage tritt. In den Interaktionsaufgaben wurde jedoch deutlich, dass nicht nur Frauen sondern auch Kinder viel Einfluss auf das Geschehen innerhalb der Familie haben.

Auch Olson und Rabunsky (1972) fanden keinen Zusammenhang zwischen Selbstbeurteilungs- und Beobachtungsvariabeln bezüglich Entscheidungsprozessen und -macht in Familien.

In einer Studie von Larson (1974) zur Wahrnehmung von sozialen Rollen in der Familie wurden nichtklinische Familien mit einem Fragebogen zum Thema, wer wichtige Entscheidungen in der Familie trifft und wie Problemlöseprozess aussehen, befragt. Hier nahm die Mehrheit der Befragten eine egalitäre Machtstruktur wahr, allerdings zeigten sich auch systematische Wahrnehmungsunterschiede (S. 135) zwischen den Familienmitgliedern. Sowohl Väter wie Mütter tendieren dazu, sich selbst mehr Macht zuzuschreiben als ihrem Partner/ihrer Partnerin; Söhne und Töchter schreiben Vätern mehr Macht zu als Müttern; Mütter schreiben sich mehr Problemlösungen zu als ihren Partnern, Kinder nehmen eher unentschiedene Situationen oder gar keine Probleme wahr.

Auch diese unterschiedlichen Wahrnehmungen sprechen für die Multidimensionalität des Konstrukts: „If family power is multidimensional, it is likely to also multi-perceived and multi-expressed" (Larson, 1974, S. 136).

In einer Studie über die Machtstrategien von Adoleszenten konnten Cowan, Drinkard und McGavin (1984) zeigen, dass die Anwendung von Strategien unabhängig vom Geschlecht (d.h. auch unabhängig von eventuellen geschlechtsbezogenen Statusunterschieden) ist, sondern von der Zielperson, in diesem Fall Vater, Mutter oder Gleichaltrige, und dem Statusunterschied zu ihr abhängt. Geschlechtsunterschiede zeigen sich darin, dass Mädchen generell mehr verschiedene Strategien anwenden und die Eltern eher zu beeinflussen versuchen als Jungen. Umgekehrt versuchen Eltern, ihre Söhne mehr zu beeinflussen als ihre Töchter.

In einer Studie über den Einfluss von Frauen und Männern in Problemlösediskussionen von Ball, Cowan und Cowan (1995) mussten Paare ihr eigenes Kommunikationsverhalten bei Gesprächen über ein von ihnen bestimmtes Problem einschätzen. Es wurde deutlich, dass Frauen zwar grossen Einfluss darüber besitzen, ob und wann ein Thema angesprochen wurde, Männer aber den Verlauf und v.a. auch das Ergebnis der Diskussion bestimmen.

Insgesamt erweist sich Hierarchie also als multidimensionales Konstrukt (Jacob, 1975, S. 59), je nach Definition, Messinstrumenten, untersuchter Fragestellung und befragtem Familienmitglied ergeben sich unterschiedliche Befunde. Fragebogenmethoden scheinen den Einfluss von Kindern auf das Familiengeschehen zu verdecken, auch treten immer wieder Wahrnehmungsunterschiede zwischen verschiedenen Familienmitgliedern auf. Um die hierarchische Struktur einer Familie zu erfassen, scheint es v.a. im Hinblick auf diese – im nächsten Kapitel genauer erläuterte – Wahrnehmungsunterschiede wichtig, alle Familienmitglieder zu befragen.

3.7.3. Wahrnehmungsunterschiede

In den vorgestellten Untersuchungen zu hierarchischen Strukturen wird deutlich, dass die Wahrnehmungen und Meinungen der verschiedenen Familienmitglieder zu bestimmten Themen nicht zwingend übereinstimmen. So stellten sowohl Turk und Bell (1972) wie auch Olson und Rabunsky (1972) sowie Larson (1974) fest, dass die Ergebnisse ihrer Messungen davon abhingen, welches Familienmitglied sie befragten und dass deren Wahrnehmungen sich teilweise beträchtlich unterschieden. Dies zeigt sich v.a. in Larsons (1974) Studie: In 56% der Familien gab es eine Übereinstimmung der Einschätzung der hierarchischen Strukturen, in Bezug auf Problemlöseprozesse waren es 24%. Wenn Wahrnehmungsunterschiede vorkommen, treten sie hauptsächlich zwischen Eltern und Kindern auf. Larson (1974) zieht daraus den Schluss, dass 44

bzw. 76% der Familienmitlgieder nicht repräsentiert wären, wenn jeweils nur ein Familienmitglied befragt worden wäre

Barnes (1989) versuchte anhand von Olsons Circumplexmodell Wahrnehmungsunterschiede zwischen verschiedenen Familienmitgliedern zu eruieren und ihren Zusammenhang mit anderen relevanten Variabeln zur Funktionalität der Familien zu erfassen. Auf der Paarebene zeigte sich, dass grosse Wahrnehmungsunterschiede bezüglich der Kohäsion assoziert sind mit schlechterer Kommunikation, wenig adäquater Konfliktlösung und geringerer Ehezufriedenheit. Stark unterschiedliche Wahrnehmungen der Familienmitglieder standen im Zusammenhang mit vermindertem Funktionieren der Familie (z.B. weniger gute Problemelösefähigkeiten und geringere Zufriedenheit).

Auch Benson, Curtner-Smith, Collins und Keith (1995) stellten systematische Wahrnehmungsunterschiede innerhalb von Familien fest; diese beziehen sich v.a. auf familieninterne Prozesse wie Konflikte oder Kommunikation, während bezüglich Parametern, welche teilweise auch familienextern determiniert sind (Religiosität, soziale und kulturelle Orientierung) eher Konvergenzen auszumachen sind. Benson et al. (1995) stellten ferner fest, dass von ihnen so genannte Strukturvariablen (Familiengrösse, Bildung, sozioökonomischer Status) in Bezug auf Familienprozesse und ihre Einschätzung durch die Familienmitglieder keinen nennenswerten Einfluss besitzen.

In der weiter oben schon erwähnten Untersuchung von Ball, Cowan & Cowan (1995) über das Kommunikationsverhalten von Frauen und Männern in Problemlösesituationen zeigte sich folgendes: grosse Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Partnern bezüglich ihrer Interaktionen (wer hat wieviel Einfluss) sind assoziiert mit einer schlechteren Kommunikation und einer deutlich geringeren Ehezufriedenheit, wobei dies v.a. auf Frauen zutrifft. Kleinere Diskrepanzen bezüglich Wahrnehmung von sich selbst und der Ehe korreliert mit weniger Konflikten und Meinungsverschiedenheiten und mit grösserer Ehezufriedenheit.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Wahrnehmungsunterschiede zwischen Familienmitgliedern bezüglich verschiedener Familienprozesse offensichtlich normal sind – dies zeigt sich auch in den in Kap. 4 vorgestellten Untersuchungen mit dem Familiensystemtest FAST –, dass jedoch allzu grosse Differenzen mit einem vermindertem Funktionieren der Familie korrelieren.

3.7.4. Koalitionen

Von verschiedensten Autoren wird immer wieder betont, wie wichtig eine starke Koalition zwischen den Eltern für ein adäquates Funktionieren der Familie ist (z.B. Minuchin, 1977). Der Einbezug eines Kindes in eine Eltern-Kind-Koalition hingegen weist auf problematische Familienbeziehungen hin und ist häufig mit psychischen Symptomen des Kindes verbunden (Haley, 1980; vgl. auch 2.3.).

Bonachich und Grusky (1985) untersuchten Koalitionen in der Familie in Konfliktsituationen, wobei sie herausfanden, dass sich in gut funktionierenden Familien die Eltern gegenseitig am meisten unterstützen. Auch Vuchinich, Emery und Cassidy (1988) befassten sich mit familiären Koalitionen in verbalen Konflikten. Dabei wurden nichtklinische Familien bei alltäglichen Diskussionen am Esstisch beobachtet. Es zeigte sich, dass bei 38,1% aller Konflikte zwischen zwei Familienmitgliedern eine dritte Partei eingriff und Koalitionen in 54,3% der Fälle gebildet wurden. Töchter griffen am meisten in Konflikte ein, Mütter mehr als Väter, bei Mutter-Vater-Konflikten intervenierten Söhne eher als Töchter. Wie schon verschiedentlich erwähnt, zeigte sich auch hier, dass in normalen Familien in Alltagskonflikten Koalitionen über zwei Generationen nichts Ungewöhnliches sind und bei kurzer Dauer auch kein Hinweis auf problematische Familienstrukturen sind. Allerdings weisen Vuchinich, Emery und Cassidy (1988) darauf hin, dass die Eltern als Eingreifende in Konflikten nie Partei gegeneinander ergriffen.

Vuchinich, Vuchinich und Wood (1993) nehmen an, dass Problemlöseprozesse die Art der familiären Koalitionen reflektieren. In ihrer Studie wurden jeweils Väter, Mütter und adoleszente Söhne bei Problemlöseaufgaben (Diskussion von „Eltern-Kind-Themen" wie Taschengeld, Schlafenszeit etc.) beobachtet, wobei sich zeigte, dass eine hohe Übereinstimmung, d.h. starke Koalition zwischen den Eltern, zu einem effektiveren Problemlöseprozess verbunden war. Bei allzu starker Koalition der Eltern waren die Problemlösefähigkeiten der Familie jedoch eingeschränkt. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass der Einbezug adoleszenter Kinder in Problemlöse- und Entscheidungsprozesse wichtig ist, da sonst deren Autonomiewünsche frustriert werden und eine gemeinsame Lösung schlecht gefunden werden kann. Hier wird auch deutlich, wie wichtig die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Familienstukturen für ihr adäquates Funktionieren ist.

Gilbert, Christensen, Margolin (1984) untersuchten Allianzen oder Koalitionen in Familien, in denen sowohl Eheschwierigkeiten wie auch Verhaltensauffälligkeiten bei einem Kind vorlagen.

Die Familien zeichneten sich allgemein durch geringe Kohäsion im gesamten System und geringe gegenseitige Unterstützung aus, kein Subsystem erwies sich jedoch als besonders auffällig. Interessant ist, dass in dieser Studie entgegen den Annahmen der systemisch-strukturellen Theorie zwischen der Mutter und dem Index-Kind (verhaltensauffälliges Kind) keine intergenerationelle Koalition (im Sinne einer kompensatorischen Beziehung für die Mutter; Haley, 1980) bestand, sondern vielmehr eine deutlich verminderte Koalition.

Christensen und Margolin (1988) untersuchten den Einfluss von Eheschwierigkeiten auf Kinder. Sie nehmen an, dass Eheprobleme mit folgenden Phänomenen zusammenhängen: 1. Es besteht keine funktionsfähige (hinsichtlich der Kindererziehung, Minuchin, 1977) Allianz zwischen den Eltern, 2. Es treten dysfunktionale Eltern-Kind-Koalitionen auf (Haley, 1980; Minuchin, 1977); 3. Es kommt zur Übertragung des Konflikts zwischen den Eltern auf andere Subsysteme[13]. Die AutorInnen gehen davon aus, dass diese drei Vorgänge mit Störungen des Kindes verbunden sein können und dass diese das problematische Verhalten zeigen, um die Aufmerksamkeit der Eltern vom bedrohlichen Ehekonflikt abzulenken.

In ihrer Studie verglichen Christensen und Margolin (1988) zwei Gruppen: belastete Familien, in denen sowohl Eheprobleme wie auch Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes vorlagen, und unbelastete Familien. Die Familien wurden bei zwei Interaktionsaufgaben beobachtet: eine Problemlöseaufgabe, in der die Familien ein aktuelles Familienproblem besprechen und eine Lösung finden sollten (sich einer Lösung annähern sollten) und eine „Verhandlungsaufgabe", in der die Familie zusammen ein für alle akzeptables Mittagessen auswählen sollte. In den belasteten Familien erwiesen sich nicht nur (wie erwartet) die eheliche Koalition als schwächer als in Normalfamilien, auch andere Koalitionen und Beziehungen waren instabiler. In den zusätzlich zu den Interaktionen benutzten Selbstbeurteilungsfragebögen über Probleme und Spannungen in der Familie berichteten belastete Familien über signifikant mehr eheliche Spannungen, während unbelastete Familien v.a. Eltern-Kind-Spannungen angaben; eheliche Spannungen erhöhten die auch die Wahrscheinlichkeit von Eltern-Kind- oder Geschwisterkonflikten. In unbelasteten Familien hatten eheliche Konflikte keine Auswirkungen auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Konflikten in anderen Subsystemen. Konflikte in anderen als dem ehelichen Subsystem erhöhten in belasteten Familien die Wahrscheinlichkeit eines Konflikts zwischen den Eltern. Insgesamt bestätigt die Studie die Annahme der AutorInnen, dass in belasteten Familien vermehrt schwache eheliche Koalition auftreten, es gehäuft zu

[13] „Transmission of conflict across family subsystems" (Christensen & Margolin, 1988)

intergenerationellen Koalitionen kommt und sich elterliche Konflikte auf andere Subsysteme ausbreiten.

Während die hier zusammengefassten, auf der systemischen Perspektive beruhenden empirischen Untersuchungen einen Überblick bieten über allgemeine und typische Familienprozesse und -strukturen, stellt sich in folgendem Kapitel die Frage, welche Merkmale und Prozesse Familien auszeichnen, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist.

4. Familien psychisch kranker Mütter

4.1. Vorbemerkung

Während auf allgemeine ätiologische und nosologische Aspekte psychischer Störungen sowie mögliche Ursachen für Geschlechtsunterschiede bei der Prävalenz gewisser Erkrankungen wie z.B. unipolarer affektiver Störungen und somatoformer Störungen an dieser Stelle nicht eingegangen wird[14], sollen doch einige wichtige „frauenspezifische" Aspekte psychischer Störungen hervorgehoben werden.

So weisen z.B. Cohler, Stott & Musick (1996) darauf hin, dass bei Müttern, welche psychisch erkranken, nebst anderen Faktoren häufig Aspekte der Kinderbetreuung und -erziehung im Zusammenhang mit den subjektiven Auslösebedingungen und der Aufrechterhaltung der Störung stehen, während bei Männern hauptsächlich die Arbeit und Partnerschaft im Vordergrund stehen (s.a. Gove, 1972; Thoits, 1986).

Auf der einen Seite spielen erlernte geschlechtsstereotype Verhaltensweisen im Umgang mit eigenen Gefühlen und deren Kommunikation, v.a. in Problemsituationen, eine wichtige Rolle. So scheinen laut Nolen-Hoeksma (1987) Frauen generell eine bestimmte Art zu haben, mit psychischen Symptomen umzugehen: sie „grübeln" häufiger und neigen bei Problemen eher zu Selbstattribution und Selbstfokussierung. Auf der anderen Seite zeichnen sich weibliche Lebensläufe durch eine gewisse Diskontinuität aus; die verschiedenen Lebensphasen (Partnerschaft zu zweit, Mutterschaft, Kinder verlassen das Haus, Witwenschaft, daneben Berufstätigkeit) und die damit verbundenen Rollen erfordern grosse Umstellungen und Neuorientierungen. Gerade in den Übergängen zwischen den Phasen zeigen sich Frauen besonderns vulnerabel gegenüber psychischen Störungen (psychotische und depressive Erkrankungen nach Geburt, „Empty-Nest"-Phänomen; Hall, 1996; Hill, 1996; Oates, 1996).

[14] Hierzu vgl. z.B. Nolen-Hoeksma (1987) oder Walters (1993).

Diese verschiedenen Rollen in der Familie und im Beruf stellen häufig hohe Anforderungen an die Frauen, Probleme entstehen laut Walters (1993) aus Mehrfachbelastungen als Ehefrau, Mutter, Hausfrau, Berufstätigkeit und der häufig hinzukommenden Verantwortung für Eltern und Schwiegereltern.

Diese Besonderheiten gilt es bei der Betrachtung und Erklärung psychischer Störungen von Frauen oder Müttern zu beachten.

4.2. Empirische Befunde

Über die Merkmale von Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, die Auswirkungen und Folgen elterlicher psychischer Erkrankung auf Kinder sowie die involvierten Prozesse und Mechanismen exisitiert eine umfassende empirische Forschungsliteratur, über deren wichtigste Ergebnisse im folgenden ein Überblick gegeben werden soll[15].

4.2.1. Kinder psychisch erkrankter Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein eindeutig grösseres Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken als Kinder nichtklinischer Eltern. In den von Beardslee, Bemporad, Keller und Klerman (1983) rezensierten Studien lag das Ausmass psychiatrischer Störungen bei Kindern affektiv gestörter Eltern (uni- und bipolare Erkrankungen) bei 40-45%. Auch Kinder depressiver Eltern zeigen gemäss den von Downey und Coyne (1990), Dodge (1990) und Rutter (1990) zusammengefassten Untersuchungen eine gegenüber anderen Kindern deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung. Neben solchen klinischen Symptomen wie z.B. affektiven Störungen, Anpassungsstörungen, Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Beardslee et al., 1983), welche trotz des erhöhten Risikos nur einen Teil der Kinder psychisch gestörter Eltern betreffen, zeigen sich jedoch noch eine ganze Reihe anderer Auffälligkeiten. Dazu gehören Schulleistungsschwierigkeiten, geringe soziale Kompetenz, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, gesundheitliche Probleme, Ängstlichkeit sowie Delinquenz und Substanzmissbrauch (Beardslee et al., 1983; Billings & Moos, 1983; Dodge, 1990; Downey & Coyne, 1990; Fendrich, Warner & Weissman, 1990; Rutter, 1990; Radke-Yarrow, Nottelmann, Martinez, Fox & Belmont, 1992; Jacob & Johnson, 1997). Wie die Längsschnittstudie von

[15] Bei den zitierten Beiträgen von Beardslee, Bemporad, Keller und Klerman (1983), Walker, Downey und Bergamn (1989), Howes und Markman (1989), Andrews, Brown und Creasey (1990), Dodge (1990), Fendrich, Warner und Weissman (1990), Grych und Fincham (1990), Keitner und Miller (1990), Rutter (1990), Downey und Coyne (1994) sowie Cummings und Davies (1994) handelt es sich jeweils um Übersichtsartikel, welche die Ergebnisse einer beträchtlichen Anzahl empirischer Studie zusammenfassen und kritisch betrachten. Aus Gründen der Einfachheit und Lesbarkeit wurde hier auf das Zitieren der Einzelstudien verzichtet.

Billings und Moos (1983, 1985) zeigt, bleiben diese Beeinträchtigungen teilweise auch bei Besserung der psychischen Symptomatik eines Elternteils bestehen.

4.2.2. Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte

Die Effekte elterlicher psychischer Erkrankungen zeigen sich bei Kindern aller Altersstufen (Beardslee et al., 1983; Billings & Moos, 1983; Downey & Coyne, 1990; Goodman & Brumley, 1990; Grych & Fincham, 1990; Radke-Yarrow et al., 1992), allerdings scheint in der frühen Kindheit und in der Pubertät eine besondere Vulnerabilität zu bestehen (Beardslee et al., 1983; Cummings & Davies, 1994). Bei Säuglingen und Kleinkindern treten vermehrt kognitive und emotionale Entwicklungsverzögerungen, verstärkte Trotzreaktionen sowie stärkere Trennungsängste auf (Beardslee et al., 1983; Radke-Yarrow et al., 1992). Auch das gehäufte Auftreten einer unsicheren Bindungsqualität wurde mehrfach nachgewiesen (ebend.; Downey & Coyne, 1990; Hill, 1996). In der Pubertät sind Anpassungsschwierigkeiten besonders auffällig (Beardslee et al., 1983).

Ob eine psychische Erkrankung eines Elternteils geschlechtsspezifische Auswirkungen hat, ist sehr unklar (Cummings & Davies, 1994; Hops, 1995). Die Vulnerabilität und das Ausmass der Belastung scheint bei Mädchen und Jungen gleich zu sein (Billings & Moos, 1983; Grych & Fincham, 1990; Jacob & Johnson, 1997). Eine Studie von Davies und Windle (1997) über die Auswirkung mütterlicher Depressionen auf Kinder zeigt, dass bei Jungen die Vulnerabilität im Schulalter erhöht ist, während Mädchen v.a. in der späteren Pubertät (ab 16 Jahren) anfällig zu sein scheinen. Laut den Autoren reagieren die Mädchen dieser Altersstufe auch sensitiver auf die familiären Schwierigkeiten und Konflikte, die häufig die psychische Erkrankung eines Elternteils begleiten. Es gibt Hinweise darauf, dass Mädchen eher zu internalisierenden Verhaltensweisen wie Depressivität und sozialem Rückzug neigen, während Jungen eher externalisierendes Verhalten wie Aggressivität und Delinquenz zeigen (Whithead, 1978; Grych & Fincham, 1990; Boyle & Pickles, 1997; Davies & Windle, 1997). Whitehead (1978) betont, dass gerade die eher unauffälligen Symptome von Mädchen häufig übersehen würden und auch Langzeitfolgen - wie z.B. Depressionen im Erwachsenenalter - noch zu wenig untersucht sind.

4.2.3. Der Einfluss des Geschlechts des erkrankten Elternteils und der Art der psychischen Erkrankung

Bei der Betrachtung der Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung und das Befinden von Kindern, ist natürlich nicht nur deren Alter und Geschlecht

und eventuelle spezifische Effekte zu beachten, sondern auch die Frage, ob es einen Unterschied macht, ob in einer Familie die Mutter oder der Vater erkrankt ist, und welcher Art diese Erkrankung ist. Zur empirischen Forschung in diesem Bereich ist jedoch zu bemerken, dass die meisten Studien Familien untersuchen, in denen die Mutter erkrankt ist. In zahlreichen Studien wird zwischen Familien mit einem erkrankten Vater und Familien mit einer erkrankten Mutter nicht unterschieden und die Familien als Gesamtheit untersucht[16]. Im Bereich der verschiedenen Erkrankungen gibt es v.a. Studien, bei denen unipolare und bipolare affektive Störungen im Vordergrund stehen. Trotz diesen Einschränkungen soll im folgenden versucht werden, die wichtigsten Ergebnisse zu den eingangs erwähnten Fragen darzustellen.

In den wenigen Studien, welche die differentiellen Effekte väterlicher oder mütterlicher Erkrankung zu eruieren versuchen, sind die Kinder erkrankter Mütter nicht zu unterscheiden von Kindern erkrankter Väter hinsichtlich dem Ausmass psychopathologischer Symptomatik, Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsschwierigkeiten (Billings & Moos, 1983; Hops, 1995; Jacob & Johnson, 1997), beide Gruppen unterscheiden sich in gleichem Ausmass von nichtklinischen Kontrollgruppen. Untersucht wurden jedoch hauptsächlich Kinder im Schulalter. Aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive ist anzunehmen, dass es im Säuglings- und Kleinkindalter sehr wohl einen Unterschied macht, ob die Mutter oder der Vater psychisch erkrankt ist. Psychotische und depressive Erkrankungen postparthum sind relativ häufig – gemäss Oates (1996) zwischen 3% und 10% – und die Kinder erkrankter Mütter zeigen in vielen Fällen eine unsichere oder desorganisierte Bindung (Hill, 1996) an die Mutter. Die Entstehung einer sicheren Bindung an den Vater oder eine andere erwachsene Person und die einfühlsame und angemessene Betreuung durch diese sind häufig nicht gewährleistet, da die betroffenen Väter oder andere Personen nicht als primäre Bezugspersonen fungieren. Vorstellbar ist umgekehrt, dass die psychische Erkrankung eines Vaters einen weniger starken Einfluss auf Säuglinge und Kleinkinder hat.

Zur Frage nach dem differentiellen Einfluss verschiedener Störungsbilder sei exemplarisch die Studie von Friedman, McDermut, Solomon, Ryan, Keitner und Miller (1997) vorgestellt. In dieser wurde das Funktionieren von Familien, in denen der Vater, die Mutter oder ein Kind unter einer psychischen Störung litt, untersucht und mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe

---

[16] Aufgrund dieser Sachlage und im Hinblick auf die vorliegende Untersuchung möchte ich darauf hinweisen, dass die in diesem Kapitel dargestellten empirisch eruierten Zusammenhänge und Effekte vor allem, aber nicht nur auf Familien mit einer psychisch erkrankten Mutter zutreffen. Aus diesem Grund habe ich die Formulierung “psychisch erkrankter Elternteil” gewählt.

verglichen. Erhoben wurden verschiedenste Aspekte familiären Funktionierens wie Problemelösen, Kommunikation, Affektivität, Verhaltenskontrolle u.a.m. Bei den diagnostischen Vergleichsgruppen handelte es sich um Familien mit einem Mitglied, welches unter einer der folgenden Störungen litt: Schizophrenie, bipolare Störung, majore Depression, Angststörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch oder Anpassungsstörungen. Diese Gruppen unterschieden sich zwar von einer Kontrollgruppe bezüglich der meisten der erhobenen Aspekte signifikant, zwischen den einzelnen Gruppen zeigten sich jedoch keine Unterschiede.

Übereinstimmend kommen Studien, die sich mit den Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankung auf Kinder befassen, zum Ergebnis, dass die Art der psychischen Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Kinder depressiver, bipolar gestörter und schizophrener Eltern zeigten in vergleichenden Studien ein ähnliches Ausmass an Beeinträchtigungen in den im obigen Kapitel aufgeführten Bereichen (Emery, Weintraub & Neale, 1982; Beardslee et al., 1983; Walker, Downey & Bergman, 1989; Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990). Gemäss Walker et al. (1989) lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass der Einfluss elterlicher psychischer Erkrankung auf das Befinden und Verhalten von Kindern unabhängig von der Diagnose ist. Offensichtlich ist die Wirkung einer elterlichen psychischen Störung als genereller Stressor in der Familie stärker als deren spezifischen Merkmale (Downey & Coyne, 1990). Dies führt natürlich zur Frage, über welche Prozesse und Mechanismen eine elterliche psychische Störung die Entwicklung, das Verhalten und Befinden eines Kindes sowie die Beziehungsmuster in der Familie beeinflusst.

4.2.4. Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Paarbeziehung

Die psychische Erkrankung einer erwachsenen Personen kann nicht nur deren Funktionieren in der Elternrolle beeinträchtigen, sie hat auch einen starken Einfluss auf die Beziehung zum Partner.

Empirische Untersuchungen zeigen deutlich, dass es in Ehen, in denen ein Partner von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, häufiger und schwerere Konflikte gibt als in Ehen gesunder Partner und dass die Zufriedenheit mit der Partnerschaft oder Ehe von beiden Partner als geringer eingeschätzt wird (Emery et al., 1982; Krantz & Moos, 1987; Gotlib & Whiffen, 1989; Downey & Coyne, 1990; Schmaling & Jacobson, 1990; Johnson & Jacob, 1997; Moos, Cronkite & Moos, 1998). Auch die Scheidungsraten von betroffenen Paaren ist gegenüber der Normalpopulation stark erhöht (Merikangas, 1984). Zwischen Paaren mit einer erkrankten Ehefrau und solchen, in denen der Mann erkrankt ist, zeigen sich hinsichtlich der eingeschränkten

Ehezufriedenheit und -qualität und weiteren Variablen keine Unterschiede (Gotlib & Whiffen, 1989), allerdings scheint, wie die Studie von Jacob und Johnson (1997) zeigt, bei Paaren mit einer erkrankten Frau die Kommunikation stärker gestört zu sein als bei Paaren, bei denen der Mann erkrankt ist, allerdings ist es laut den AutorInnen unklar, worauf dies zurückzuführen ist. Zu vermuten wäre als Ursache eventuell geschlechtsstereotypes Kommunikationsverhalten, d.h. die Verantwortung der Frau für den „Gefühlsteil" der Kommunikation und somit ein stärkerer Einfluss der psychischen Erkrankung auf die – beobachtbaren – ehelichen Interaktionen.

Emery et al. (1982) untersuchten, ob sich verschiedene Diagnosegruppen (Schizophrenie, unipolare und bipolare affektive Störung) bezüglich dem Ausmass von Partnerschaftsproblemen unterscheiden. Wie oben schon erläutert, scheint aber eine psychische Erkrankung eines Ehepartners auch auf die Paarbeziehungen eher die Wirkung eines generellen Stressors und weniger einen spezifischen Einfluss zu haben; die diagnostischen Gruppen unterschieden sich zwar signifikant von einer Kontrollgruppe hinsichtlich der Ehezufriedenheit und der Häufigkeit von Konflikten, jedoch waren die Gruppen diesbezüglich nicht voneinander zu unterscheiden.

In der Studie von Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman und Greden (1987) nannten Partner psychisch erkrankter Personen eine stark erhöhte Belastung im Vergleich mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe. Als belastend wurden genannt: Unterbrüche in der familiären Alltagsroutine (z.B. wenn der erkrankte Partner nicht zur Arbeit gehen kann), Probleme mit Nachbarn, Entfremdung von Freunden, Vernachlässigung anderer Familienmitglieder (v.a. der Kinder) und finanzielle Probleme. Daneben wurden auch die Symptome der Erkrankung von den gesunden Partnern als belastend beschrieben: mangelndes Interesse an sozialer Aktivität, mangelndes sexuelles Interesse, Hoffnungslosigkeit, Reizbarkeit und Schlafstörungen sowie die eigenen emotionalen Reaktionen wie Wut, Angst, Scham und Schuldgefühle. Coyne et al. (1987) berichten auch, dass nahezu 40% der „gesunden" Partner die Kriterien einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erfüllen.

Allerdings ist auch zu bedenken, dass nicht nur die psychische Erkrankung eines Partners eine Ursache für eine problematische Paarbeziehung sein kann, sondern dass umgekehrt Eheschwierigkeiten auch psychische Störungen mitverursachen oder sie verstärken, ihren Verlauf beeinflussen und das Risiko für einen Rückfall erhöhen (Krantz & Moos, 1987; Gotlib & Whiffen, 1989; Downey & Coyne, 1990; Burns, Sayers & Moras, 1994; Moos et al., 1998).

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse empirischer Forschung über die komplexen Zusammenhänge elterlicher psychischer Störung, ehelicher, familiärer und sozialer Schwierigkeiten und einer Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung dargestellt werden.

4.2.5. Prozesse und Mechanismen

In Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, ist nicht nur das Risiko für die Kinder, selber von einer psychischen Sympomatik betroffen zu sein, erhöht und sind Eheschwierigkeiten häufiger, auch das Familiensystem als Ganzes ist in seinem Funktionieren beeinträchtigt (Keitner & Miller, 1990). Es gibt mehr familiäre Konflikte und gegenüber nichtklinischen Familien eine geringere Kohäsion (Billings & Moos, 1983; Downey & Coyne, 1990; Fendrich et al., 1990; Keitner & Miller, 1990). Wie weiter unten noch genauer erläutert wird, erhöht die psychische Erkrankung eines Elternteils auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten verschiedener anderer Stressoren und Risikofaktoren inner- und ausserhalb der Familie, welche auch bei nichtklinischen Familien mit einer Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung einhergehen. Der empirisch eruierte Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Erkrankung und psychischen oder Verhaltensproblemen bei Kindern kann also nicht einfach durch die Behauptung, die elterliche Störung verursache die Psychopathologie des Kindes, erklärt werden:

> However, the finding of an association between parental psychiatric disorder and child maladjustment is not adequate justification to conclude that psychiatric disorder in parents „causes" child psychopathology (Cummings & Davies, 1994, S. 74).

Eine elterliche psychische Erkrankung kann Kinder also einerseits direkt über Besonderheiten in der Eltern-Kind-Interaktion und andererseits indirekt über das vermehrte Auftreten von Eheschwierigkeiten und anderer Stressoren beeinflussen. Zu den „direkten" Auswirkungen gehört auch die genetische Übertragung (Dodge, 1990; Downey & Coyne, 1990; Cummings & Davies, 1994); hier gibt es Hinweise auf eine Erblichkeit der Vulnerabilität, die Forschungsresultate sind jedoch heterogen und die Integration von Theorien und Studien zu biologischen und kontextuellen und psychosozialen Faktoren – im Sinne der Diathese-Stress-Modelle – ist gering (Downey & Coyne, 1990).

Die mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils einhergehenden Veränderungen in Gefühlen, Kognitionen und Verhalten beeinflussen die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion (Dodge, 1990; Downey & Coyne, 1990; Cummings & Davies, 1994; Jacob & Johnson, 1997). Psychisch erkrankte Eltern zeigen ihren Kindern gegenüber einen eingeschränkten affektiven

Ausdruck, sie sind weniger positiv und spontan sowie distanzierter (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Cummings & Davies, 1994). Häufig – v.a. bei depressiven Erkrankungen – ist auch sozialer Rückzug und eine verminderte Sensibilität hinsichtlich der kindlichen Bedürfnisse sowie eine damit verbundene eingeschränkte emotionale Verfügbarkeit (ebend.; Goodman & Brumley, 1990). Rutter (1990) weist darauf hin, dass Kinder teilweise auch auf unangemessene Weise als Trost dienen (im Sinne einer Triangulierung). Im kognitiven Bereich zeigen psychisch erkrankte Personen gegenüber ihren Kindern eine negativere Einstellung und schätzen sich selber als weniger kompetent und adäquat im Erziehungsverhalten ein; daneben haben sie aber auch unrealistische und perfektionistische Ansprüche an die Kinder und sich selber (Downey & Coyne, 1990; Cummings & Davies, 1994).

Diese Besonderheiten beeinflussen auch die Fähigkeit, erzieherische Massnahmen effizient und adäquat durchzusetzen (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Cummings & Davies, 1994). Das Erziehungsverhalten psychisch erkrankter Eltern ist – unabhängig von Diagnose und Schweregrad (Goodman & Brumley, 1990) – einerseits wenig konsistent, andererseits werden erzieherische Massnahmen auch häufiger mit Gewalt durchgesetzt und die Kinder häufiger körperlich misshandelt (ebend.). Die Studie von Nolen-Hoeksma, Wolfson, Mumme und Guskin (1995) sowie die von Dodge (1990) rezensierten Studien weisen auch darauf hin, dass die Fähigkeit psychisch erkrankter Eltern, ihre Kinder im Bereich des Problemelösen und der sozialen Kompetenz zu fördern, eingeschränkt ist.

Diese Beeinträchtigungen in der Eltern-Kind-Interaktion und die Erziehungsschwierigkeiten sind jedoch nicht spezifisch für psychische Erkrankungen. Gemäss Downey und Coyne (1990) und Hammen, Burge und Stansbury (1990) lässt sich ein ähnliches Ausmass an Einschränkungen auch bei Eltern nachweisen, welche von chronischen körperlichen Erkrankungen, Paarproblemen oder Armut betroffen sind. Die Autoren gehen davon aus, dass die genannten Schwierigkeiten eher auf Korrelate der psychischen Erkrankung wie chronischer Stress und Eheprobleme im Sinne genereller Stressoren zurückzuführen sind.

Es gibt auch noch andere Hinweise darauf, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils eher „indirekt", also über die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit anderer Risikofaktoren, die in Abschnitt 3.2.1. dargestellten Schwierigkeiten der Kinder verursacht. So zeigen Studien mit nichtklinischen Familien (z.B. Emery & O'Leary, 1982; Brody, Pillegrini & Sigel, 1986; Howes & Markman, 1989; Fine, Voydanoff & Donnelly, 1994), dass auch in diesen Paarprobleme einen ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung und das Befinden von Kindern haben. In den von

Cummings und Davies (1994) rezensierten Studien zeigte sich, dass nicht nur Paarprobleme, sondern auch andere Faktoren wie inkonsistenter Erziehungsstil, mangelnde emotionale Verfügbarkeit und andere dysfunktionale familiäre Beziehungsmuster in nichtklinischen Familien ebenfalls eine Erhöhung des Risikos der Kinder, selber psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, zur Folge haben. In der Untersuchung von Emery et al. (1982) wirkte sich die affektive Störung eines Elternteils nur dann negativ auf die gemessenen Verhaltensvariablen der Kinder aus, wenn sie von Paarproblemen begleitet waren. Ähnliche Resultate zeigen sich in der Untersuchung von Billings und Moos (1983, 1985) hinsichtlich allgemeiner Stressoren wie familiäre Konflikte, negativen Lebensereignissen, Arbeitslosigkeit, chronische körperliche Erkrankungen u.a.m. sowie hinsichtlich Ressourcen wie sozialer Unterstützung. Hier seien illustrierend einige Zahlen dargestellt: in Familien ohne Risikofaktoren (kein Elternteil depressiv, keine familieninternen und -externen Stressoren) wiesen 2,7% der Kinder eine psychische Symptomatik auf (definiert anhand einer bestimmten Anzahl emotionaler, physischer oder Verhaltensproblemen) auf, in Familien mit einem depressiven Elternteil stieg diese Prävalenz auf 26,2%, auf 32,9% bei einer akuten Depression eines Elternteils, und bis zu 41,2%, wenn diese akute Depression kombiniert war mit einem hohen Stressniveau sowie mangelnder sozialer Unterstützung. Auch in nichtklinischen Kontrollfamilien war das Auftreten von Stessoren mit einem höheren Niveau psychischer Symptome bei Kindern assoziiert (bei Vorhandensein von Stressoren 18,2% und zusätzlich mangelnder sozialer Unterstützung 22,7%). Geringer Stress und soziale Unterstützung wirken als protektive Faktoren; wenn diese Faktoren in den Familien mit einem depressiven Elternteil vorhanden waren, sank der Anteil der psychischen Symptomatik bei Kindern auf 22,0% bei geringem Stressniveau bzw. 10,7% bei gleichzeitigem Vorhandensein sozialer Unterstützung, jedoch kam dies bei weniger als einem Viertel der Patientenfamilien vor.

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass Eheschwierigkeiten, chronische Stressoren und andere Risikofaktoren auch in nichtklinischen Familien für Kinder ungünstige Folgen zeigen können. Eine elterliche psychische Erkrankung führt jedoch dazu, dass diese Faktoren in der Familie häufiger auftreten als in nichtklinischen Familien (Rutter & Quinton, 1977; Billings & Moos, 1983, 1985; Rutter & Quinton, 1984; Downey & Coyne, 1990; Fendrich et al., 1990; Rutter, 1990; Cummings & Davies, 1994; Boyle & Pickles, 1997) und somit auch das Risiko für die Kinder, selber eine psychische Symptomatik zu zeigen, erhöht ist.

Nicht zuletzt sei – im Hinblick auf die in den obigen Abschnitten beschriebenen zahlreichen Beeinträchtigungen und Probleme – darauf hingewiesen, dass sich viele Kinder psychisch

erkrankter Eltern auch normal entwickeln. Allerdings ist die Voraussage, welche Kinder eher beeinträchtigt sein werden und welche eher weniger, gemäss Anthony (1987) schwierig:

> The risks to which children are exposed are as variable in their severity and nature as the vulnerabilities and resiliences with which the children confront them. These considerations make the prediction of outcome extremely difficult (S. 10).

Die Erforschung des Zusammenspiels von verschiedenen Risikofaktoren mit Elementen protektiver Art erscheint v.a. für die Prävention wichtig (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990). Besonders gefährdet sind Kinder, bei denen einerseits eine gewissen Vulnerabilität (z.B. genetischer Art) besteht, und andererseits eine hohe Anzahl von Risikofaktoren auftritt: hierzu zählen gemäss Seifer, Sameroff, Baldwin und Baldwin (1992) z.B. eben die psychische Erkrankung eines Elternteils, ein schlechter Bildungs- und sozioökonomischer Status, die Abwesenheit des Vaters, eine autoritäre Erziehung, negative Lebensereignisse u.a.m., wobei nicht so sehr die Art der Risiken die Gefährdung des Kindes erhöht, sondern ihre Anzahl. Kinder, welche trotz einer hohen Anzahl Risikofaktoren in ihrer psychosozialen Entwicklung unbeeinträchigt werden, verfügen offensichtlich über Eigenschaften und Merkmale, welche sie vor den negativen Folgen widriger Lebensumstände schützen. Aus zahlreichen empirischen Studien wird deutlich, dass solche „widerstandsfähigen“ Kinder (resilient children) sich durch gewisse Persönlichkeitsdispositionen (z.B. hohes Selbstwertgefühl, subjektives Kompetenz- und Kontrollgefühl) auszeichnen sowie innerhalb und ausserhalb der Familie über ein hohes Mass an sozialer Unterstützung verfügen (Compas; 1987; Seifer et al., 1992). Spezifisch für Kinder und Jugendliche, die trotz einer schweren und chronischen psychischen Erkrankung eines Elternteils optimal angepasst sind, erwiesen sich in der Studie von Beardslee und Podorefsky (1988) folgende Eigenschaften: die betroffenen Kinder waren sich der Belastung, der sie durch die elterliche Erkrankung ausgesetzt sind, bewusst und waren fähig, auch über negative Gefühle wie Verwirrung, Ärger, Frustration und Hilflosigkeit im Zusammenhang mit dem erkrankten Elternteil zu sprechen. Sie hatten eine realistische Einschätzung ihrer Handlungsmöglichkeiten und deren Konsequenzen. Als äusserst wichtig erwies sich auch die Tatsache, dass die Kinder – trotz hoher emotionaler Involviertheit mit dem erkrankten Elternteil – sich nicht als verantwortlich für die psychische Erkrankung wahrnahmen, sie konnten sich angemessen davon abgrenzen, indem sie ausserhalb der Familie Freundschaften eingingen und pflegten.

Ein weiteres wichtiges Merkmal „widerstandsfähiger“ Kinder sind effiziente Coping-Strategien (Garmezy, 1983; Anthony, 1987; Compas, 1987; Hetherington, 1989). Darunter wird folgendes verstanden (Lazarus & Folkman, 1984):

> We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person (S. 141).

Die Begriffe Resilience, Coping, protektive Faktoren und teilweise auch Vulnerabilität sind jedoch nur unscharf abgegrenzt und überschneiden sich in ihren Konzeptualisierungen, wie folgende Copingdefinition von Compas (1987) zeigt:

> Coping resources include those aspects of the self (e.g., problem-solving skills, interpersonal skills, positive self-esteem) and the social environment (e.g., the availability of a supportive social network) that facilitate or make possible successful adaptation to life stress (S. 394).

Die Förderung effizienter Copingstrategien und die Stärkung protektiver Faktoren bei Kindern sind naheliegende Ansätze für die Prävention und Therapie, auf die im folgenden Kapitel eingegangen werden soll.

4.2.6. Prävention und Therapie

Durch die hinreichend erwiesene Beeinträchtigung der Kinder psychisch erkrankter Personen und die in den obigen Abschnitten beschriebenen familiären Schwierigkeiten scheinen – neben der psychiatrischen Behandlung der betroffenen Person durch ambulante und stationäre Therapien, Medikamente etc. – präventive und therapeutische Interventionen, welche die ganze Familie und insbesondere die Kinder miteinbeziehen, unerlässlich. Anhand der genannten Problembereiche – Paarprobleme, Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltenauffälligkeiten bei Kindern – und den Elementen mit protektiver Wirkung – soziale Unterstützung, Coping, Problembewusstsein – lassen sich intuitiv therapeutische Ansatzpunkte ableiten. In Göpferts, Websters und Seemans Übersichtswerk (1996) sind verschiedenste Projekte ausführlich beschrieben, welche hauptsächlich auf die stationäre Behandlung psychisch kranker und sozial benachteiligter Mütter ausgerichtet sind und einen stark sozialarbeiterischen Aspekt beeinhalten[17].

---

[17] Auf die detaillierte Darstellung genannter Projekte wird verzichtet, da sie den Rahmen des Kapitels übersteigen würde.

Als Beispiel für eine mögliche ambulante Intervention, welche auf die ganze Familie abzielt und deren Effektivität auch empirisch überprüft wurde, soll der Ansatz der Forschungsgruppe um Beardslee[18] im folgenden kurz beschrieben werden.

Die eine angewendete Interventionsform, die gemäss den Autoren (Beardslee et al., 1993) einen stark kognitiven Hintergrund hat, richtet sich auf die Veränderung von psychosozialen Variablen, von denen angenommen wird, dass sie im Zusammenhang mit einer „Weitergabe" der psychischen Störung vom Elternteil auf das Kind stehen: schlechte familiäre Kommunikation und Missverständnisse in der Familie. Darüber hinaus werden Eltern ermutigt, effiziente Copingstrategien bei ihren Kindern zu fördern, ebenso soll die Erfahrung der Familie mit der Erkrankung durchgearbeitet werden, wobei der Fokus darauf liegt, dass jedes Familienmitglied die Erkrankung anders erlebt. Die Intervention umfasste sechs bis zehn Sitzungen, wobei an einigen Sitzungen nur die Eltern, an einigen nur die Kindern und an den restlichen alle Familienmitglieder teilnahmen. Parallel dazu nahm eine parallelisierte Kontrollgruppe (ohne Kinder) an einer Intervention im Rahmen einer Vortragsreihe teil, welche zum Ziel hatte, den Betroffenen kognitive Information über wichtige Aspekte der Erkrankung und ihrer Auswirkungen auf die Familie zu vermitteln. Es stellte sich heraus, dass die Teilnehmer der ersten Interventionsform zum Follow-up-Zeitpunkt signifikant mehr Eltern-Kind- und Familiengespräche im Zusammenhang mit der Erkrankung berichteten, ebenso zeigten sich signigikante Veränderungen in der Partnerschaft im Sinne grösserer emotionaler Nähe, verbesserten gegenseitiges Verständnisses und der Anerkennung der Erfahrung anderer Familienmitglieder, insbesondere der Kinder. Ebenso hatten die Familien der ersten Interventionsgruppe ihr Repertoire an Coping- und Bewältigungsstrategien erweitert und die positiven Veränderung hielten an.

Dieses Beispiel zeigt, dass therapeutische Interventionen, welche die ganze Familie einbeziehen, nötig und sinnvoll sind, weil sie – wie Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Levinsohn und Seeley (1995) zeigen konnten – bei Kindern, welche noch keine Auffälligkeiten zeigen, einen präventiven Effekt haben.

---

[18] Beardslee, Hoke, Wheelock, Rothberg, van de Velde & Swatling (1992); Beardslee, Salt, Porterfield, Rothberg, van de Velde, Swatling, Hoke, Moilanen & Wheelock (1993); Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright & Rothberg (1997).

4.2.7. Abschliessende Bemerkungen

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass erstens der Einfluss elterlicher psychischer Erkrankung auf die Entwicklung, das Verhalten und das Befinden des Kindes unabhängig von der Diagnose ist, wie in Abschnitt 3.2.2. erläutert wurde. Zweitens scheint es keine spezifischen Folgen von Risikofaktoren zu geben und die Effekte von Stress und Vulnerabilität generell und additiv zu sein (Walker et al., 1989; Downey & Coyne, 1990). Psychische Erkrankungen sind mit verschiedensten anderen Faktoren wie Eheschwierigkeiten, familiären Unstimmigkeiten, mangelnder sozialer Unterstützung, Arbeitslosigkeit u.a.m. hoch korreliert, während auf der Eltern-Kind-Ebene ein starker Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten der Kinder besteht. Diese drei Bereiche sind zwar miteinander eng vernetzt und beeinflussen sich gegenseitig (Cummings & Davies, 1994), die kausalen Beziehungen sind jedoch unklar und empirisch schwer zu eruieren (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Burns et al., 1994). So haben z.B. genannte Stressoren wie mangelnde soziale Unterstützung oder Eheschwierigkeiten einen von einer elterlichen psychischen Erkrankung unabhängigen Einfluss auf Kinder, sie können jedoch auch die gemeinsame Ursache der elterlichen und kindlichen Psychopathologie sein, den Einfluss der Erkrankung verstärken oder in ihrem Auftreten durch diese begünstigt werden (Dodge, 1990). Wenig untersucht wurde bisher, wie bestimmte Eigenschaften des Kindes (Temperament, Copingfähigkeiten) den Einfluss elterlicher psychischer Erkrankung moderieren (Rutter, 1990; Cummings & Davies, 1994). So weisen Billings und Moos (1985) darauf hin, dass Störungen eines Kindes und dysfunktionale familiäre Beziehungsmuster das Risiko für die Eltern erhöht, psychisch zu erkranken. Auch Hammen et al. (1990) betonen, dass die wechselseitigen Beziehungen zwischen elterlichen und kindlichen Symptomen äusserst komplex sind; so können z.B. dysfunktionale und problematische Verhaltensweisen eines Kindes, welche teilweise als Reaktion auf eine Störung der Mutter entstanden sind, in der Folge umgekehrt wieder zum Fortbestehen dieser Störung beitragen.

Auch verschiedene andere Faktoren wurden in der empirischen Forschung bisher vernachlässigt. So scheinen z.B. der Schweregrad sowie die Chronizität einer psychischen Störung die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Störungen auf das Kind zu moderieren (Beardslee et al., 1983; Rutter, 1990). Bei einmaligen, kurzen und weniger schweren Episoden psychischer Erkrankung unterscheiden sich Kinder klinischer und nichtklinischer Familien nicht (Andrews, Brown & Creasey, 1990). Diese beiden Parameter werden jedoch in den meisten Studien nicht berücksichtigt. Als methodisch problematisch ist gemäss verschiedener AutorInnen (Downey &

Coyne, 1990; Keitner & Miller, 1990; Rutter, 1990) auch die in den meisten Studien mangelnde Erhebung und Kontrolle komorbider Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen (Norton & Dolan, 1996), Alkoholismus und Drogenmissbrauch zu werten, welche einen von einer psychischen Störung unabhängigen Einfluss auf die Betroffenen und ihr Verhalten, auf die Familiendynamik und das Befinden ihrer Mitglieder entwickeln können. Noch zu wenig erforscht sind auch folgende Faktoren: der Einfluss des Modelllernens bei der Übertragung elterlicher psychischer Sympomatik auf das Kind (Rutter, 1990) und die sozioökonomische Situation betroffener Familien z.B. hinsichtlich der Wahl des Wohnortes oder des beruflichen Hintergrunds (Keitner & Miller, 1990; Rutter, 1990).

Schliesslich weisen Grych und Fincham (1990) darauf hin, dass in kaum einer Studie das Verständnis und die Sicht der Kinder über die psychische Erkrankung des Elternteils und ihre Situation erhoben wurde. Wie Downey & Coyne (1990) aber betonen, wäre die Befragung aller Familienmitglieder für das Verständnis des Zusammenhangs einer elterlichen psychischen Störung und familiärer Prozesse und Beziehungsmuster wichtig. Dieser Einbezug aller Familienmitglieder wurde in den verschiedensten Studien, welche bis heute mit dem Familiensystemtest FAST durchgeführt wurden, verwirklicht. Da dieses auf der strukturell-systemischen Familientheorie beruhende Diagnostik- und Forschungsinstrument auch das hauptsächliche Erhebungsmittel der vorliegenden Untersuchung ist, soll im folgenden Kapitel näher auf die Resultate der verschiedenen FAST-Studien eingegangen werden[19].

5. Forschung mit dem Familiensystemtest FAST

5.1. Nichtklinische Familien

Viele der in Abschnitt 2.7. referierten, auf einer systemischen Perspektive beruhenden Forschungsresultate zeigen sich auch in den FAST-Untersuchungen.

So traten z.B. die erwähnten Wahrnehmungsunterschiede zwischen einzelnen Familienmitgliedern auch in einer FAST-Studie mit nichtklinischen Familien von Feldman, Wentzel und Gehring (1989a) deutlich zutage. Hier zeigte sich, dass, obwohl Väter, Mütter und Kinder nichtklinischer Familien eine ähnliche Wahrnehmung ihrer Familienstrukturen haben (starke Elternkoalition, Hierarchieunterschied zwischen Eltern- und Kindsubsystem), die Wahrnehmung innerhalb der Familie ziemlich stark variieren kann. Beim Vergleich der FAST-

[19] Eine genaue Beschreibung des Tests findet sich in Kap. 6.3.1.

Darstellungen mit Beobachtungsdaten zweier Interaktionsaufgaben korrespondierten die Wahrnehmungen der Kinder am stärksten mit dem beobachteten Verhalten, die Wahrnehmungen der Mütter am wenigsten. Neben anderen Überlegungen trug dieses Resultat zur Entscheidung bei, auch Kinder in die Studie miteinzubeziehen.

In einer weiteren FAST-Studie mit nichtklinischen Familien (Gehring, Marti & Sidler, 1994) zeigte sich auch, dass die Familienmitglieder ihre typischen Beziehungsmuster zwar als balanciert wahrnehmen, dies aber eher auf Väter als auf Mütter zutrifft. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass – bei einer traditionellen Rollenaufteilung – die Mütter eher dem alltäglichen Stress ausgesetzt sind (Organisieren des Haushalts, Kinderbetreuung) und die häufiger abwesenden Väter zu einer Idealisierung der Familie neigen. Die Familienkonstrukte von Kindern erfahren im Laufe der Entwicklung eine Veränderung (Feldman & Gehring, 1988). Mit zunehmendem Alter in der Adoleszenz nehmen die Kinder weniger Kohäsion zwischen sich und den Eltern wahr, während sie die Kohäsion zwischen den Eltern als gleichbleibend beurteilen. Ebenso werden Hierarchieunterschiede zwischen Eltern- und Kindersubsystem als abnehmend beschrieben, v.a. in der Zeitspanne zwischen dem 15. Und 18. Altersjahr. Für beide Veränderungen liessen sich keine Geschlechtseffekte eruieren. Trotz abnehmender wahrgenommener Kohäsion bleiben die Eltern-Kind-Beziehungen in nichtklinischen Familien kohäsiv und es wird zu keinem Zeitpunkt eine egalitäre Machtstruktur in der Familie wahrgenommen.

5.2. Klinische Familien

Im Bereich klinischer Familien konnte mittels dem FAST (Brägger, 1992; Gehring & Marti, 1993b) gezeigt werden, dass Kinder mit psychiatrischen Erkrankungen im Gegensatz zu nichtklinischen Kindern häufiger unbalancierte Familienstrukturen wahrnehmen, welche sich v.a. in geringer Kohäsion in der Familie und zwischen den Eltern, häufigeren generationenübergreifenden Koalitionen sowie extremeren Hierarchiewerten (sehr hoch oder sehr gering) manifestierten. Bei den Konfliktdarstellungen zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen klinischen und nichtklinischen Kindern: generationenübergreifende Koalitionen und Hierarchieumkehrungen scheinen also in Konfliktsituationen auch bei nichtklinischen Familien normal. In dieser wie auch einer anderen Studie (Marti & Gehring, 1992) liess sich kein Zusammenhang zwischen psychiatrischen Diagnosekategorien und der Art der Familienrepräsentationen eruieren.

Auch die Eltern klinischer Kinder stellen ihre typischen Familienbeziehungen im Gegensatz zu Eltern gesunder Kinder eher als unbalanciert wahr (Candrian, 1995; Gehring, Candrian, Marti & Real del Sarte, 1996; Metzler, 1996). Die betroffenen Eltern nehmen wenig Hierarchieunterschiede zwischen den familiären Subsystemen und vermehrt Hierarchieumkehrungen und intergenerationelle Koalitionen wahr, d.h. sie schreiben sich geringen Einfluss zu. Beide Elterngruppen wünschen sich in der idealen Repräsentation hohe Kohäsion und klare Generationengrenzen, während in den Konfliktrepräsentationen beide Gruppen unbalancierte Familienstrukturen wahrnehmen. Bei den Eltern klinischer Kinder zeigten sich geringere Unterschiede zwischen den normalen und den konfliktiven Familienbeziehungen, was darauf hindeuten könnte, dass diese Familien tendenziell unter permanentem Stress stehen. Auch in diesen Studien zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen der psychiatrischen Diagnose ihrer Kinder und den Familiendarstellungen ihrer Eltern.

In Brunner Zimmermanns (1998) FAST-Studie über Familien mit einem alkoholabhängigen Vater wurden im Gegensatz zu den anderen Studien Familien fokussiert, in denen nicht ein Kind sondern ein Elternteil unter einer Erkrankung litt. Hier nahmen hauptsächlich die Mütter und die Kinder die typischen Familienbeziehungen als unbalanciert wahr, während die erkrankten Väter balancierte Strukturen darstellten. Dies könnte einer möglichen Idealisierung oder Verleugnung der tatsächlichen Verhältnisse entsprechen. Die Kinder dieser Familien nahmen vermehrt intergenerationelle Koalitionen und Hierarchieumkehrungen wahr, was bedeutet, dass sich Kinder in diesen Familien in einer Position wahrnehmen, in der sie Elternrollen und Stützfunktionen übernehmen müssen. Weil auch in der geplanten Arbeit Familien mit einem erkrankten Elternteil untersucht werden, soll bei der Interpretation der Resultate auf die Ergebnisse dieser Studie besonders geachtet werden.

6. Fragestellung und Hypothesen

6.1. Fragestellungen

- Wie stellen die drei Gruppen (Mütter, Väter, Kinder) im FAST ihre typischen Familienbeziehungen dar (Beschreibung der typischen Repräsentationen bezüglich des Beziehungsstrukturtyps und der Dimensionen Kohäsion und Hierarchie)?
- Welche (Veränderungs-) Wünsche zeigen sie im FAST bezüglich ihrer Familienbeziehungen (Beschreibung der idealen Repräsentationen sowie der Art der Veränderungswünsche)?

- Worin unterscheiden sich die drei Gruppen bezüglich ihrer typischen FAST-Darstellungen (Gruppenvergleich)?
- Worin unterscheiden sich die drei Gruppen bezüglich ihrer idealen FAST-Darstellungen (Gruppenvergleich)?
- Unterscheiden sich die nicht akut psychisch erkrankten Mütter und die Väter bezüglich ihrer psychischen Befindlichkeit (SCL-90-R-Vergleich)?
- Welche Ressourcen bzw. zusätzlichen Belastungen in ihrem Umfeld nehmen die erkrankten Mütter und ihre Partner wahr (Beschreibung anhand des Fragebogens) ?

6.2. Hypothesen

Aufgrund oben beschriebener empirischer Befunde kann angenommen werden, dass alle drei Gruppen (Väter, Mütter und Kinder) in den typischen Darstellungen vermehrt unbalancierte Strukturen – im Sinne von tendenziell extremeren Werten in den Dimensionen Kohäsion und Hierarchie sowie intergenerationellen Koalitionen und Hierarchieumkehrungen – zeigen. Da sich Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, durch erhöhte Konfliktivität sowohl auf der Paar- wie auf der Ebene der gesamten Familie auszeichnen (Kap. 3), kann es sein, dass die Mitglieder betroffener Familien ihre typischen Beziehungen so darstellen wie nichtklinische Familien ihre Beziehungen in Konfliktsituationen. Hierfür sprechen auch die Resultate der in Kap. 4.2. vorgestellten FAST-Studien.

Bezüglich der idealen FAST-Darstellungen ist zu erwarten, dass alle Beteiligten sich hoch- oder mittelkohäsive und mittelhierarchische Beziehungen sowie klare Generationengrenzen wünschen. Wahrnehmungsunterschiede könnten auftreten, wenn z.B. die Mütter aufgrund krankheitsbedingter spezifischer Wahrnehmungs- sowie emotionaler und kognitiver Prozesse sich in einer „gesonderten" Position (geringe Kohäsion zu den anderen Familienmitgliedern, wenig Einfluss und dadurch Hierarchieumkehrungen) wahrnehmen, ihre Partner und Kinder dies aber nicht so sehen. Umgekehrt könnten Väter und Kinder die Mütter in einer Sonderposition sehen (dito), diese selbst sich aber nicht. Allerdings sind diese Überlegungen spekulativ, da keine auf dem FAST beruhende oder sonstige empirische Grundlage besteht, die eine logische Ableitung dieser Hypothesen zuliesse. Aufgrund der Überlegungen von Haley (1980), Rutter (1990) und der Arbeit von Brunner Zimmermann (1998) kann es sein, dass v.a. Kinder sich selbst in Koalitionen und umgekehrten Hierarchieverhältnissen wahrnehmen, während die Eltern dies weniger wahrnehmen.

Da es sich um eine klinische Stichprobe handelt, wird angenommen, dass sich die von der psychischen Erkrankung Mütter in den Gesamtinidices des SCL-90-R von der Normalpopulation unterscheiden. Fraglich ist, ob auch ihre Partner eine höhere Gesamtbelastung im Sinne einer Normabweichung aufweisen.

Im Bereich der erfragten Ressourcen und Belastungen kann aufgrund der empirischen Befunde (Kap. 3) davon ausgegangen werden, dass möglicherweise in den betroffenen Familien eher Paarprobleme, Erziehungsschwierigkeiten und ev. somatische Erkrankungen auftreten; hinsichtlich der Rolle der Ressourcen könnte es sein, dass genügende soziale Unterstützung durch Freunde, Bekannte, Vereinsmitgliedschaft u.a. für die Familie oder die betroffene Person selbst entlastend wirkt.

Es ist ausserdem anzunehmen, dass die Stichprobe für die Grundgesamtheit „Familien mit einer psychisch erkrankten Mutter“ nicht repräsentativ ist. Mütter, welche von schwereren psychischen Störungen betroffen sind, sind häufig alleinerziehend oder getrennt lebend; durch wiederholte Hospitalisierung kann es auch zu einer Fremdplatzierung der Kinder kommen. Auch die Bereitschaft des Partners und der Kinder, an vorliegender Untersuchung teilzunehmen, weist darauf hin, dass die Familien, welche befragt werden konnten, vielleicht nicht die am stärksten psychosozial belasteten sind, sondern viel eher die aus der Grundgesamtheit „gesündesten“ sind.

7. Methodik

7.1. Vorgehen bei der Rekrutierung der Stichprobe

Da ursprünglich geplant war, Familien zu untersuchen, bei denen sich ein Elternteil aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung befindet, richtete ich im Mai 2000 eine schriftliche Anfrage an 19 psychiatrische Kliniken und Nachsorgeeinrichtungen im Kanton Zürich und den umliegenden Kantonen. 15 dieser Institutionen beantworteten die Anfrage negativ, hauptsächlich mit dem Hinweis auf Arbeitsüberlastung und andere laufende Studien. Von den verbleibenden Institutionen hatte mir bis im Juli 2000 nur die Klinik Breitenau (SH) eine Familie vermitteln können, die dann aber aufgrund der erneuten Erkrankung der Mutter nicht befragt werden konnte. Aus diesem Grund beschloss ich im August 2000, alternative Möglichkeiten zu suchen, um betroffene Familien aus dem ambulanten Bereich zu finden und wandte mich an zwei Selbsthilfeorganisationen (VASK und Equilibrium) sowie an eine mir persönlich bekannte Psychotherapeutin, welche in Zusammenarbeit mit einem Psychiater eine eigene Praxis betreibt. Auch auf diesem Weg erwies sich die Suche nach betroffenen Familien,

die zur Teilnahme an der Studie bereit sind, als sehr schwierig. Die Rekrutierung von Familien aus verschiedenen Behandlungsfeldern (Nachsorge, ambulante Behandlung, Selbsthilfe) birgt zwar einerseits das Risiko, eine weniger homogene Stichprobe zu erhalten, schien aufgrund der genannten Schwierigkeiten jedoch unumgänglich um auf eine klinisch relevante Anzahl Familien zu kommen. Durch die untenstehenden Kriterien wurde versucht, einer tendenziellen Inhomogenität der Stichprobe entgegen zu wirken.

7.2. Untersuchte Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt 15 Familien zusammen, wobei sechs über die Selbsthilfeorganisation Equilibrium, sieben aus einer privaten psychiatrisch-psychologischen Praxis und zwei aus Nachsorgeeinrichtungen (z.B. externe Psychiatrische Dienste) rekrutiert wurden. Um die Homogenität der Stichprobe zu erhöhen und weil trotz geringer empirischer Hinweise zu erwarten ist, dass Familienstrukturen sich unterscheiden, je nachdem ob der Vater oder die Mutter unter einer psychischen Erkrankung leidet, wurden nur Familien einbezogen, in denen die Mutter psychisch erkrankt ist.

Die Kinder der Familie sollten zwischen acht und vierzehn Jahren alt sein. Obwohl der FAST ab sechs Jahren anwendbar ist, wurde die untere Altersgrenze etwas erhöht, um Belastungen von jüngeren Kindern zu vermeiden. Das Alterssegment wurde relativ breit gewählt, da eine grössere Alterseinschränkung die Suche nach Familien weiter erschwert hätte. Da die altersabhängigen Effekte der Wahrnehmungsveränderung hauptsächlich in der Adoleszenz ab dem 15. Altersjahr auftreten (Feldman & Gehring, 1988), schien eine obere Altersgrenze von vierzehn Jahren angemessen. Bei Familien mit mehreren Kindern wurden alle Kinder zur Teilnahme ermuntert, die Teilnahme war den Kindern jedoch freigestellt. In jeder Familie wurde mindestens ein Kind befragt, angesichts der kleinen Stichprobengrösse konnte jedoch keine Parallelisierung bezüglich der Position in der Geschwisterreihe realisiert werden. Da sich hinsichtlich des Geschlechts in bisherigen FAST-Studien (z.B. Feldman & Gehring, 1988) und auch in anderen empirischen Untersuchungen (Billings & Moos, 1983; Grych & Fincham, 1990; Jacob & Johnson, 1997) keine Effekte ergaben, wurden auch hinsichtlich dieses Merkmals keine Vorgaben gemacht.

Die Partner der erkrankten Mütter müssen nicht zwingend die biologischen Väter der Kinder sein, jedoch schon mindestens ein Jahr mit diesen zusammenleben. Alle Familienmitglieder sollten im gleichen Haushalt leben.

Aufgrund der oben erwähnten Schwierigkeiten, genügend Familien zu finden, sowie aufgrund der Tatsachen, dass bei klinischen Kindern die Art der psychiatrischen Diagnose für die

Familiendarstellungen sekundär zu sein scheint und über Familien mit einem erkrankten Elternteil noch wenig empirische Erkenntnisse mit dem FAST vorliegen, werden bezüglich der psychiatrischen Diagnose der erkrankten Mutter keine Vorgaben gemacht. Da die Mitglieder der Selbsthilfeorganisation Equilibrium hauptsächlich von unipolaren und bipolaren Störungen betroffen sind und in der Nachsorge und der psychiatrisch-psychologischen Praxis v.a. PatientInnen mit depressiven Erkrankungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen behandelt werden, wird erwartet, dass sich die meisten Diagnosen im Bereich der affektiven Störungen befinden (zum Thema der Diagnose s. Kap. 3.2.3.). Ein wichtiges Kriterium für die Homogenisierung der Stichprobe stellt auch die Vorgabe dar, dass sich alle teilnehmenden Mütter in ambulanter, d.h. ärztlicher, psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden.

7.3. Erhebungsinstrumente

7.3.1. Familiensystemtest FAST

Der Familiensystemtest FAST wurde von Gehring (z.B. 1993; Gehring & Marti, 1993a) entwickelt und ist ein familiendiagnostisches Skulpturverfahren, welches bereits mit Kindern ab sechs Jahren durchgeführt werden kann. Der Test beruht auf der strukturell-systemischen Familientheorie und bildet dementsprechend die zentralen Dimensionen Kohäsion und Hierarchie ab. In der umfassenden empirischen Validierung des FAST erwiesen sich die beiden Dimensionen als nahezu unabhängig, auch verfügt das Verfahren über gute psychometrische Eigenschaften.

Das Testmaterial besteht aus einem einfarbigen, quadratischen Spielbrett (45 x 45 cm), welches in 81 Felder (9 x 9 Felder mit je 5 cm Durchmesser) eingeteilt ist, wobei jedem Feld eine Koordinate (1/1 bis 9/9) zugeteilt ist. Die 6 männlichen und 6 weiblichen Figuren für die Darstellung der Familienbeziehungen bestehen aus Holz (Höhe 8 cm, Durchmesser 1,5 cm) und verfügen über angedeutete Gesichter.

Für die Testdurchführung werden die ProbandInnen gebeten, ihre Familienangehörigen und sich selbst mittels der Holzfiguren und verschieden grosser Holzzylinder (Höhen 1,5 cm, 3 cm und 4,5 cm; Durchmesser 1,5 cm), auf die die Figuren gestellt werden können, jeweils in einer typischen, konfliktiven und idealen Situation (Typische Repräsentation, Ideale Repräsentation, Konfliktrepräsentation) darzustellen. Hierbei sollen folgende zwei Kriterien berücksichtigt werden: wie nahe sind sich die Familienmitglieder (Kohäsion) und wer hat in der Familie wieviel

Einfluss (Anwendung der Holzzylinder, Hierarchiedimension)[20]. In der familiendiagnostischen Praxis können auch farbige Figuren verwendet werden, diese werden in der geplanten Untersuchung aus Gründen der mangelnden quantitativen Auswertbarkeit weggelassen. Auch die Bedeutung der Blickrichtung soll nicht erfragt oder ausgewertet werden. Zu den einzelnen Darstellungen werden den ProbandInnen 5-7 Fragen zur Art, Dauer und Häufigkeit der Situation gestellt (vgl. Anhang A/I, FAST-Testformular). In der geplanten Arbeit wird die Familiendarstellung mittels des FAST auf die typische und die ideale Repräsentation beschränkt, da sich wie oben bereits erwähnt einerseits erwiesen hat, dass in psychosozial belasteten Familien die Unterschiede zwischen einer typischen und einer Konfliktsituation eher gering sind, die Fragestellung unter anderem auf Veränderungswünsche der Familienmitglieder fokussiert und auch die Datenmenge in einem überschaubaren Mass bleiben soll. Anhand der Kombination der zwei Dimensionen Kohäsion und Hierarchie in den Darstellungen können drei verschiedene Typen familiärer Beziehungsmuster, die sogenannten Beziehungsstrukturtypen, eruiert werden, welche sich an der systemisch-strukturellen Theorie und Forschung orientieren. An dieser Stelle sei noch einmal daran erinnert, dass sich funktionale Familienstrukturen durch eine hohe oder mittlere Kohäsion und eine mittlere Ausprägung der Hierachie auszeichnen. Entsprechend können mittels dem FAST drei Typen von Familienstrukturen bestimmt werden: eine balancierte Struktur bedeutet, dass die Darstellung mittel- oder hochkohäsiv und mittelhierarchisch ist, eine labil-balancierte Struktur bezeichnet eine entweder mittel-kohäsive und tief- oder hochhierarchische oder tiefkohäsive und mittelhierarchische Darstellung, bei einer unbalancierten Struktur zeigen beide Dimensionen extreme Werte, d.h. hohe oder tiefe Kohäsion bzw. Hierarchie. Die Klassifizierung der Beziehungsstrukturtypen kann sowohl auf der Ebene der Familie als auch auf den verschiedenen Subsystemebenen vorgenommen werden. Folgende Abbildung (Abb. 4, nächste Seite) zeigt die Kodierung auf der Familienebene.

Wie Abb. 5 zeigt, wurde bei der Kodierung der Beziehungsstrukturtypen auf der Subsystemebene gegenüber dem FAST-Manual (Gehring, 1993), wo die Typen auf der Familien- und Subsystemebene in gleicher Weise kodiert werden, eine entscheidende Veränderung vorgenommen.

---

[20] Die genauen Testinstruktionen, die Regeln zur Kodierung von Kohäsion und Hierarchie, Angaben zu den Testgütekriterien und eine Übersicht über die Validierungsstudien finden sich im Testmanual von Gehring (1993).

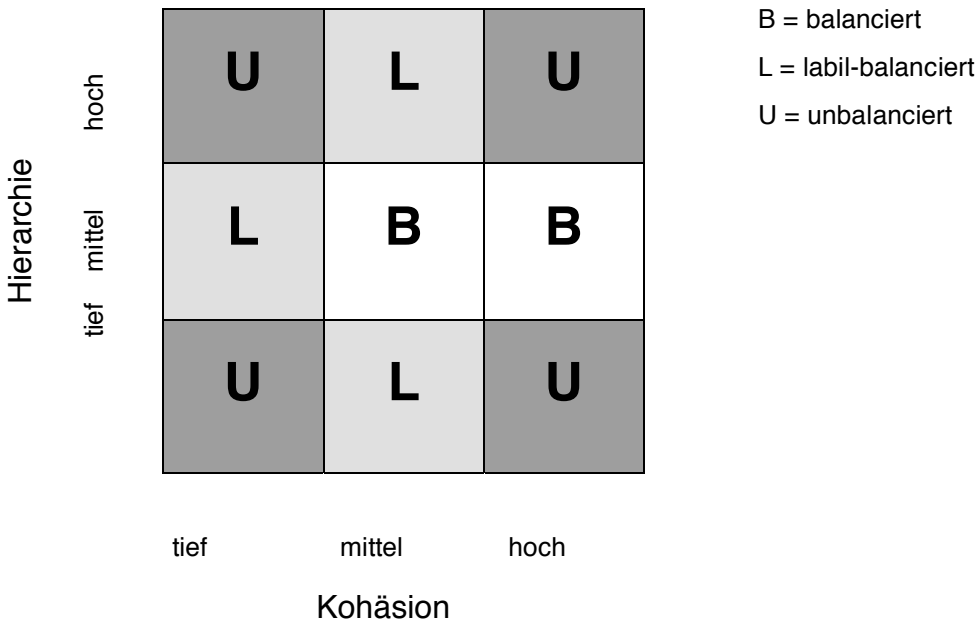


Abb. 4: Kodierung der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene

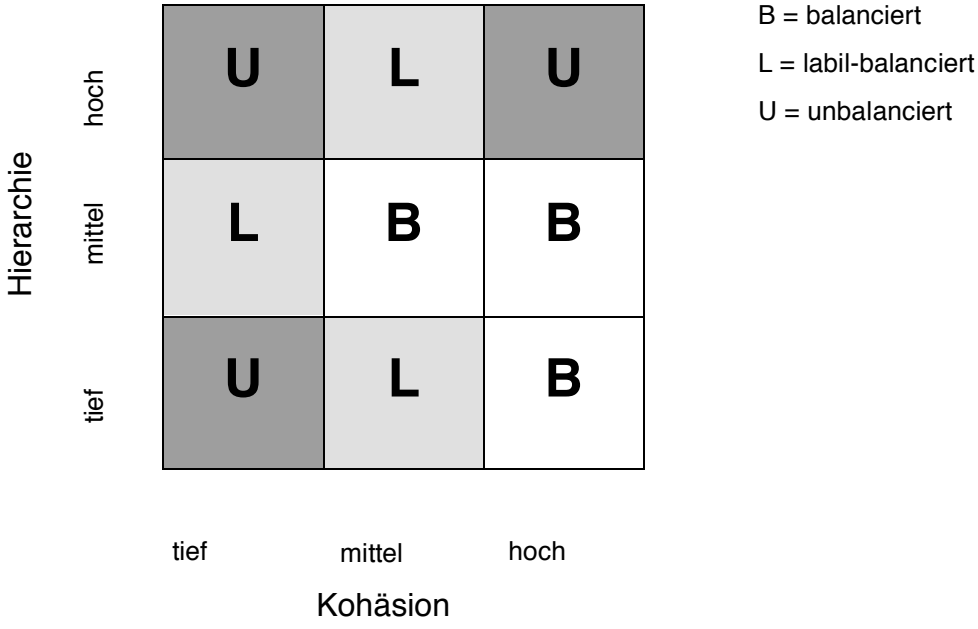


Abb. 5: Kodierung der Beziehungsstrukturtypen auf der Subsystemebene

Im Unterschied zur Gesamtfamilie erscheint die Klassifizierung einer Beziehungsstruktur im Eltern- oder Geschwistersubsystem, die sich durch hohe Kohäsion und tiefe Hierarchie auszeichnet, als „unbalanciert" kontraintuitiv und sowohl inhaltlich wie auch logisch nicht begründbar. Deshalb wurden in der vorliegenden Arbeit hochkohäsive und tiefhierarchische

Beziehungen auf der Subsystemebene (Eltern, Geschwister) als balanciert kodiert. Auf die Beziehungsmuster in den Mutter-Kind- und Vater-Kind-Dyaden wurde in der vorliegenden Arbeit nur im Sinne einer Analyse der Generationengrenzen eingegangen, da die Beziehungsmuster auf der Familienebene und die Paarbeziehung im Vordergrund stehen.

Da das Auftreten intergenerationeller Koalitionen und Hierarchieumkehrungen aus strukturell-systemischer Perspektive ein Hinweis auf dysfunktionale familiäre Beziehungsmuster sein kann – was auch empirisch bestätigt ist (vgl. Kap. 2.7.4. sowie Kap. 4) – wurden diese in der vorliegenden Arbeit ebenfalls erhoben. Intergenerationelle Koalitionen lassen sich aus der Kohäsionsdimension ableiten, wobei folgende Koalitionen auftreten können: eine Mutter-Kind-Koalition, wenn die Kinderfigur näher bei der Mutterfigur aufgestellt wird, als diese bei der Vaterfigur, analog dazu eine Vater-Kind-Koalition, sowie eine „doppelte“ Koalition, bei der ein Kind sowohl näher bei der Mutter als auch näher beim Vater steht als sich beide Elternfiguren stehen. Hierarchieumkehrungen werden dann kodiert, wenn eine Kind mittels der Holzzylinder höher gestellt wird als eine Elternfigur (Kind-Mutter- bzw. Kind-Vater-Hierarchieumkehrung) oder höher als beide Elternfiguren („doppelte“ Hierarchieumkehrung).

Neben den einzelnen Dimensionen Kohäsion und Hierarchie, den Beziehungsstrukturtypen und den Generationengrenzen wurden für die vorliegende Arbeit auch Veränderungswünsche erfasst. Diese werden für die Dimensionen Kohäsion und Hierarchie einzeln durch einen Vergleich der typischen mit der idealen Repräsentation jeder befragten Person mittels der einfachen Kategorien „Zunahme“, „Abnahme“ und „gleichbleibend“ beschrieben. Die Grösse der Veränderungswünsche bezieht sich auf das Ausmass der Veränderung des Beziehungsstrukturtyps von der typischen zur idealen Repräsentation und wird – wieder durch einen Vergleich der typischen mit der idealen Repräsentation – mittles des Quadrates zur Kodierung der Beziehungsstrukturtypen bestimmt. Keine Veränderungswünsche werden kodiert, wenn sich der Beziehungsstrukturtyp (z.B. der Paarbeziehung) bei einer Person in der typischen und in der idealen Repräsentation im gleichen Quadranten befindet. Liegt er in einem unmittelbar benachbarten Feld, werden kleine Veränderungswünsche kodiert. Mittlere Veränderungswünsche liegen vor, wenn die Beziehungsstrukturtypen in einem diagonal benachbarten Feld oder horizontal sowie vertikal mit einem Feld Zwischenraum angeordnet sind. Alle anderen Konstellationen von typischem und idealem Beziehungsstrukturtyp wurden als grosse Veränderungswünsche kodiert.

7.3.2. Die Symptom-Checkliste SCL-90-R

Bei den Müttern aus der Selbsthilfeorganisation stellt sich das Problem, dass keine objektiven Angaben über die Art der Diagnose und den Krankheitsverlauf erhältlich sind, weil aus verschiedenen Gründen darauf verzichtet werden soll und muss, die behandelnden Personen der erkrankten Frauen zu befragen[21]. Um die Stichprobe bezüglich der Psychopathologie adäquat zu beschreiben und eine objektivere und einheitlichere Beurteilung der aktuellen psychischen Befindlichkeit zu erhalten, soll mit allen erkrankten Müttern die SCL-90-R (vgl. Anhang A/II) durchgeführt werden. Ebenfalls sollen deren Partner die SCL-90-R ausfüllen, um herauszufinden, ob auch hier Befindlichkeitsvariablen aussserhalb des Normbereichs auszumachen sind.

Die SCL-90-R (Symptom-Checkliste) ist ein sehr gut validierter und im klinischen Bereich häufig verwendeter klinischer Selbstbeurteilungsfragebogen, der einen Überblick bietet über die aktuelle psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte (Franke, 1995). Das Verfahren verfügt über gute teststatistische Kennwerte und ist in der Durchführung und Auswertung relativ einfach.

Die SCL-90-R besteht aus folgenden aus der klinischen Praxis und Theorie abgeleiteten und empirisch validierten Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Der Kennwert GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (positive symptom distress index) die Intensität der Antworten bzw. Schwere der Belastung und der PST (positive symptom total) die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Bei der Auswertung der SCL-90-R werden die Skalen- und die Kennwerte anhand von Normierungstabellen (getrennt nach Geschlecht und Ausbildungsstand) in T-Werte transformiert, wobei der Normbereich zwischen 40 und 60 liegt. Werte über 60 werden als Hinweis auf eine überdurchschnittliche Symptombelastung interpretiert.

[21] Für die befragten betroffenen Familien war die Teilnahme an der Untersuchung mit einiger Überwindung verbunden; ein Instistieren auf die Befragung der behandelnden Personen meinerseits wäre von den Familien m.E. als unangenehm aufgefasst und im Sinne mangelnden Vertrauens interpretiert worden. Dies hätte sicher die Bereitschaft, über die Familienbeziehungen Auskunft zu geben, empfindlich gestört.

7.3.3. Fragebogen

7.3.3.1. Krankheitsverlauf

Um die von einer psychische Erkrankung betroffenen Mütter bezüglich ihres Krankheitsverlaufs genau beschreiben zu können, wurde ein kurzer Fragebogen (vgl. Anhang A/III) erstellt, mit dem von den Müttern Informationen über Ersterkrankung, Diagnosen, Krankheitsverlauf, Hospitalisierungen und Medikation gewonnen werden sollen.

7.3.3.2. Unterstützende und belastende Lebensbereiche

Mit diesem ebenfalls selbst erstellten Fragebogen (vgl. Anhang A/IV), welcher von beiden Elternteilen ausgefüllt werden soll, werden einerseits demografische Variablen wie Nationalität, Bildungsstand und Berufstätigkeit erhoben. Im zweiten Teil soll erfragt werden, welche Lebensbereiche für die betroffenen Eltern als zusätzliche Belastung oder als unterstützend wahrgenommen werden, da v.a. Ressourcen innerhalb und ausserhalb der Familie als wichtigen Einflussfaktor auf das psychische Wohlbefinden und die Widerstandsfähigkeit („resilience“) gegenüber Stressoren angesehen werden (z.B. Cierpka, 1996). Die Auswahl der Bereich erfolgte nach Bronfenbrenner (1981), Cierpka (1996) und von Schlippe und Schweitzer (1996). Dieser Teil des Fragebogens wird nicht quantitativ ausgewertet, sondern dient der explorativen Beschreibung dieses wichtigen Bereiches.

7.3.3.3. Informed Consent

Um den teilnehmenden Familien, insbesondere den Eltern, über die Verwendung ihrer Auskünfte Klarheit zu verschaffen, wird die Bindung an die Schweigepflicht der Verfasserin, die Einwilligung der Eltern zur Verwendung ihrer Daten für die geplante Arbeit und die Zustimmung für die Befragung der Kinder anhand eines von Brunner Zimmermann (1998) übernommenen Formulars gemeinsam besprochen und dieses von beiden Eltern und mir in doppelter Ausführung unterzeichnet (vgl. Anhang A/V).

7.4. Vorgehen bei der Datenerhebung

Im Falle der Selbsthilfeorganisation wurden betroffene Familien über eine Ausschreibung im Equilibrium-Newsletter aufgefordert, sich zu melden. Die Familien bzw. die Mütter nahmen telefonisch Kontakt mit mir auf, worauf ich ihnen den Inhalt der Befragung schilderte und allfällige Fragen klärte. Die Familien aus den Nachsorgeeinrichtungen und der psychiatrisch-psychologischen Praxis wurden von den behandelnden Personen angefragt, diese vermittelten mir

dann die Telefonnummern und ich meldete mich telefonisch bei den Familien. Zehn Familien befragte ich bei sich zuhause, die anderen fünf in der genannten Praxis in Pratteln BL.
In einem kurzen Einführungsgespräch mit der ganzen Familie stellte ich mich vor und erläuterte das Ziel und den Inhalt der Befragung. Besonderen Wert legte ich darauf, deutlich zu machen, dass es um ihre Wahrnehmung der Situation ging und sich die Familienmitglieder zu allen Fragen, den FAST-Darstellungen und den Fragebögen frei äussern sollten. Der Inhalt und die Implikationen der Schweigepflichtserklärung – v.a. die anonyme Durchführung der Befragung – wurden besprochen und die Familien darauf hingewiesen, dass sie das Recht hätten, ihnen unangenehme Fragen nicht zu beantworten. Die FAST-Befragung wurde mit den Familienmitgliedern einzeln durchgeführt, während die anderen Personen in einem anderen Raum warteten oder die Fragebogen ausfüllten. In einigen Fällen wurden die Fragebogen den Eltern mit nach Hause gegeben und sie schickten sie später zurück (innerhalb von 1-2 Wochen). Meist ergaben sich nach der Befragung – hauptsächlich bei den Hausbesuchen, bei denen ich z.T. zum Essen eingeladen wurde – noch persönlichere Gespräche, bei denen ich die Möglichkeit hatte nachzufragen, wie die Befragung gewesen sei. Bei einigen Familien musste ich mich telefonisch nach dem Verbleib der Fragebögen erkundigen und fragte bei dieser Gelegenheit nach, ob infolge der Befragung und der damit verbundenen allfälligen Belastung Schwierigkeiten (Konflikte, Krisen, Auffälligkeiten bei Kindern) in der Familie aufgetreten seien. Dies war jedoch bei keiner Familie der Fall.

8. Ergebnisse

8.1. Stichprobenbeschreibung

8.1.1. Demografische Variablen

Die untersuchte Stichprobe (N=50) besteht aus je 15 Müttern und Vätern und ihren Kindern. Insgesamt wurden 20 Kinder befragt, in zehn Familien ein Kind, in den restlichen fünf zwei Kinder. Dadurch entsteht zwar eine etwas stärkere Gewichtung der fünf Familien, in denen zwei Kinder befragt wurden, da die Optik der Kinder aber einen wichtigen Bestandteil vorliegener Untersuchung bildet und die Stichprobe sowieso eher klein ist, wurden die FAST-Darstellung der fünf „zweiten" Kinder trotzdem in die Auswertungen einbezogen. Vier der befragten Familien haben ein Kind, sechs Familien zwei Kinder, zwei Familien drei Kinder und drei Familien vier Kinder. Welche Kinder an der Untersuchung teilnahmen, hing einerseits vom Alter ab (die

teilnehmenden Kinder sollten zwischen 8 und 14 Jahren alt sein), andererseits beruhte die Teilnahme auch auf Freiwilligkeit.

Die befragten Mütter sind zwischen 33 und 47 Jahren alt (*M*=40.14; *SD*=3.78), die Väter zwischen 30 und 50 Jahren (*M*=43.00; *SD*=5.26). 14 der Paare sind zwischen 10 und 22 Jahren in erster Ehe verheiratet (*N*=14; *M*=15.21; *SD*=2.97), ein Paar lebt seit etwas über einem Jahr zusammen, wobei der Mann nicht der biologische Vater der Kinder ist, für diese aber eine Vaterrolle einnimmt (*N*=15; *M*=14.27; *SD*=4.65).

Die meisten Frauen (*N*=10) haben als Ausbildung eine Berufslehre abgeschlossen, eine Frau hat die Volksschule absolviert und vier Frauen eine höhere Fachschule. Von den Männern haben neun eine Berufslehre abgeschlossen, ein Mann hat eine Anlehre absolviert, drei verfügen über einen Abschluss einer höheren Fachschule und zwei über einen Hochschulabschluss.

Der grössere Teil der Frauen (*N*=9) sind als Hausfrauen und Erzieherinnen tätig, die anderen sechs neben der Hausarbeit noch in Teilzeitarbeitsverhältnissen angestellt. Von den Männern sind zwei teilzeitlich tätig, die anderen (*N*=13) arbeiten Vollzeit. Vier Männer sind selbständig tätig. Obwohl nicht direkt nach der Aufteilung der Haus- und Erziehungsarbeit gefragt wurde, wird aus diesen Angaben deutlich, dass in den befragten Familien eine traditionelle Rollenaufteilung gelebt wird, mit der Mutter als Hausfrau und Erzieherin zuhause und dem Vater als "Ernährer" der Familie.

Die Kinder (*N*=20) sind zwischen 8 und 14 Jahren alt (*M*=11.10; *SD*=1.83); befragt wurden 14 Mädchen und 9 Knaben. Vier Kinder haben keine Geschwister, sechs sind älteste in der Geschwisterreihe, sieben zweitälteste, drei Kinder sind drittälteste und ein Kind ist das vierte von vier Geschwistern.

8.1.2. Diagnosen, Krankheitsverlauf und gegenwärtige Behandlung

Wie schon in Kap. 6.3.2. erläutert, ergab sich bei den befragten Frauen eine Schwierigkeit bezüglich der Objektivität der Diagnosen. Die folgenden Diagnosen beruhen auf den Angaben der befragten Mütter auf die Frage „Von welcher psychischen Erkrankung sind sie betroffen (Diagnose)?" Sechs Frauen gaben an, sie seien „manisch-depressiv", fünf litten gemäss eigenen Angaben unter einer „Depression" oder „Erschöpfungsdepression", zwei gaben als Diagnose „Anpassungsstörung" an und zwei litten unter „Panikattacken und Angstzuständen". Anhand des ICD-10 (1993) lassen sich diese Störungen unter zwei Hauptkategorien subsumieren: einerseits handelt es sich um Affektive Störungen (F3), wobei hier die Gruppe der Bipolaren Affektiven Störungen (F31) und jene der Depressiven Episoden (F32) und Rezividierenden Depressiven

Störungen (F33; eigene Angabe einer befragten Mutter) vertreten sind, andererseits um Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) mit Angststörungen (F41) und Anpassungsstörungen (F43). Beide Frauen mit einer Anpassungsstörungen gaben auch noch „psychosomatische Beschwerden" als Dualdiagnose an, eine Frau mit einer depressiven Erkrankung litt auch noch unter Panikattacken, und drei Frauen mit einer bipolaren Störung gaben als Dualdiagnose „paranoide Psychosen", „Schizophrenie" und „Schizoaffektive Psychose" an. Obwohl bezüglich der Diagnosen keine Vorgaben gemacht wurden und objektive Angaben zu den Diagnosen fehlen, lassen sich die Erkrankungen der befragten Mütter also relativ gut mittels zwei Hautpdiagnosekategorien eingrenzen.

Bezüglich der Dauer seit der Ersterkrankung unterschieden sich die Frauen beträchtlich; sieben Mütter sind vor weniger als drei Jahren zum erstenmal erkrankt, die anderen zwischen sieben und 26 Jahren (M=9,93; SD=9,57). Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die länger erkrankten Mütter nicht über die gesamte Zeitspanne als „psychisch krank" zu definieren sind, sondern die Angaben nur die Dauer seit der ersten Erkrankung bezeichnen. Drei Frauen berichteten von keinerlei Rückfällen, drei hatten bis zum Zeitpunkt der Befragung einen Rückfall erlitten, fünf Frauen hatten zwei Rückfälle und je eine drei und vier, zwei Frauen sogar fünf Rückfälle gehabt. Sieben Frauen waren weder bei der Ersterkrankung noch später in einer psychiatrischen Klinik gewesen, die restlichen acht zwischen einem und fünf Mal. Alle Frauen befinden sich in ambulanter (ärztlicher, psychologisch-psychotherapeutischer oder psychiatrischer) Behandlung, wobei sechs Frauen sich auch noch mittels zusätzlicher Methoden (z.B. Kinesiologie, Homöopathie, Physiotherapie) behandeln lassen. Elf Frauen gaben an, im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung Medikamente zu nehmen.

8.1.3. SCL-90-R-Kennwerte

Da, wie im vorhergehenden Abschnitt erwähnt, objektive psychiatrische Diagnosen nicht erhoben wurden und angenommen werden kann, dass sich die von den Frauen angegeben psychischen Erkrankungen nicht zu jeder Zeit im gleichen Ausmass auf das Befinden auswirken, soll an dieser Stelle genauer auf die in der SCL-90-R erhobenen Informationen zur aktuellen psychischen Belastung eingegangen werden. Tab. 3 zeigt gesondert für Mütter[22] und Väter die

[22] Eine Frau gab hatte bei allen Items des SCL-90-R den Wert 0 angekreuzt. Als Kommentar schrieb sie, dass sie zwar von vielen der erfragten Symptome betroffen sei, aber nicht gemäss der gestellten Frage darunter „leide". Dieser Fragebogen wurde nicht in die Berechnungen einbezogen.

Kennwerte der Symptom-Checkliste: Minimum und Maximum, Skalenmittelwerte und -standardabweichungen.

Skalen SCL-90-R	Min. Mutter	Min. Vater	Max. Mutter	Max. Vater	M[a] Mutter	M[a] Vater	SD[b] Mutter	SD[b] Vater
Somatisierung	29	42	80	68	56.00	51.33	15.20	8.09
Zwanghaftigkeit	30	26	80	73	56.86	45.13	15.58	12.68
Unsicherheit im Sozialkontakt	35	33	71	70	54.93	47.20	12.11	11.14
Depressivität	32	35	80	80	55.43	50.60	14.86	11.27
Ängstlichkeit	36	38	80	70	58.29	50.07	9.91	8.62
Aggressivität/ Feindseligkeit	36	38	80	73	56.14	52.67	14.86	9.36
Phobische Angst	41	43	80	65	58.43	47.13	12.70	6.25
Paranoides Denken	38	39	75	72	55.64	50.40	11.34	10.63
Psychotizismus	39	41	75	80	53.71	49.27	12.96	10.96
grundsätzliche psychische Belastung	37	35	80	80	58.43	49.33	15.43	11.36
Intensität der Symptome	39	38	80	71	57.36	52.87	13.91	9.95
Anzahl angegebener Symptome	37	33	80	73	56.57	48.73	14.04	10.48

Mütter: n=14 a: Mittelwert

Väter: n=15 b: Standardabweichung

Tab. 3: SCL-90-R-Werte von Müttern und Vätern (T-Werte)

Deutlich wird, dass sowohl bei den Müttern wie bei den Vätern das Ausmass der wahrgenommenen psychischen Belastung stark variiert. Die Mittelwerte aller Skalen und der drei globalen Kennwerte bewegen sich für beide Gruppen im Normalbereich (T-Werte zwischen 40 und 60), allerdings ist festzuhalten, dass die Mütter gegenüber den Vätern auf allen Skalen leicht erhöhte Mittelwerte aufweisen. In jeder Skala weisen mindestens ein Drittel bis die Hälfte der Mütter Werte über 60 auf (vgl. Anhang B/I). Auch die Standardabweichungen sind bei den Müttern durchwegs grösser als bei den Vätern, signifikante Unterschiede ergeben sich hier für die

Skalen Somatisierung (F=4.794, p=.037)[23], Phobische Angst (F=9.452, p=.005) und die Intensität der Symptome PSDI (F=4.619, p=.041). Signifikante Mittelwertsunterschiede[24] zwischen Müttern und Vätern zeigen sich in folgenden Skalen: Zwanghaftigkeit (t=2.246, p=.017), Unsicherheit im Sozialkontakt (t=1.791, p=.043), Ängstlichkeit (t=2.387, p=.012), Phobische Angst (t=3.138, p=.003), Grundsätzliche psychische Belastung GSI (t=1.817, p=.040) und Anzahl angegebener Symptome PST (t=1.712, p=.049).

Ausgehend von den Mittelwerten kann also angenommen werden, dass es sich sowohl bei den Müttern wie auch bei den Vätern nicht um akut psychisch kranke Individuen handelt. Die psychische Erkrankung der Mütter zeigt sich in tendenziell erhöhten Skalenmittelwerten und in einem erhöhten Ausmass allgemeiner psychischer Belastung (GSI und PST), wobei im Einzelnen grosse Unterschiede bestehen (vgl. Anhang B/II und B/III).

8.2. FAST-Darstellungen

8.2.1. Typische Repräsentationen

8.2.1.1. Familienebene

8.2.1.1.1. Beschreibung

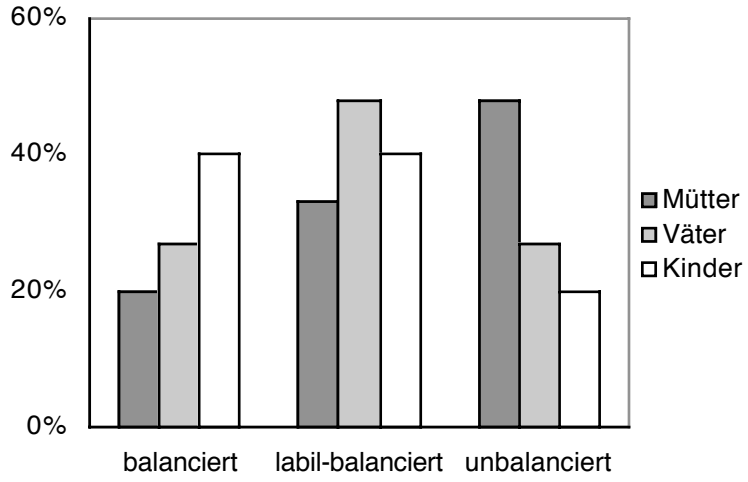


Abb. 6: Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, typische Repräsentation

[23] Die Homogenität der Varianzen wurde mit dem Levene's Test überprüft, da dieser nicht von einer Normalverteilung der Merkmalsausprägungen ausgeht, was in vorliegendem Fall nicht angenommen werden kann.
[24] Einseitige Hypothesenprüfung (vgl. Anhang B/I für eine genaue Übersicht).

	Beziehungsstrukturtypen, Familienebene, typische Repr.					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	3	20,0	5	33,3	7	46,7
Väter (n=15)	4	26,7	7	46,7	4	26,7
Kinder (n=20)	8	40,0	8	40,0	4	20,0
Total (n=50)	15	30,0	20	40,0	15	30,0

Tab. 4: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, typische Repräsentation

Abb. 6 und Tab. 4 zeigen, wie die Familienmitglieder den Beziehungsstrukturtyp der Gesamtfamilie in der typischen Repräsentation darstellen[25]. Es wird deutlich, dass ein substantieller Teil der befragten Familienmitglieder auf der Familienebene unbalancierte oder labil-balancierte Strukturen wahrnimmt. Am deutlichsten zeigt sich dies bei den Müttern, von ihnen nehmen fast die Hälfte (46,7%) unbalancierte Strukturen wahr, während bei den Vätern und Kindern 26,7% bzw. 20,0% die Beziehungen unbalanciert darstellen. Immerhin noch 33,3% der Mütter zeigen labil-balancierte Strukturen, bei den Vätern sind es fast die Hälfte (46,7%) und bei den Kindern deutlich über einem Drittel (40,0%). Balancierte Strukturen werden von 20,0% der Mütter, 26,7% der Väter und 40,0% Kinder wahrgenommen. Werden labil-balancierte und unbalancierte Strukturen zu einer Kategorie zusammengefasst, so zeigen 80,0% der Mütter, 73,3% der Väter und 60,0% der Kinder unbalancierte Strukturen.

Im folgenden soll näher auf die Dimensionen Kohäsion und Hierarchie eingegangen werden, aufgrund derer der Beziehungsstrukturtyp bestimmt wird.

Aus Abb. 7 und Tab. 5 wird erkennbar, dass fast die Hälfte der Mütter (46,7%) und deutlich über ein Drittel der Väter und Kinder (40,0% bzw. 40,0%) auf der Familienebene eine tiefe Kohäsion wahrnehmen. Etwas mehr als die Hälfte der Väter (53,3%) nehmen eine mittlere Kohäsion in der Familie wahr (Mütter 26,7%, Kinder 35,0%). Nur gerade ein Fünftel der Gesamtstichprobe

[25] Für diese und alle folgenden Häufigkeitstabellen konnten aufgrund der kleinen Stichprobengrösse keine χ^2-Prozeduren gerechnet werden, da eine wichtige Voraussetzung für diese nicht erfüllt ist (mindestens 80% aller Felder sollten Häufigkeiten $e_{ij} > 5$ aufweisen, die restlichen 20% der Felder $e_{ij} > 1$; (Cochran, 1954, zit. nach Bortz & Lienert, 1998). In allen Häufigkeitstabellen sind die Prozentzahlen jeweils auf eine Nachkommastelle gerundet.

(*N*=50; 20,0%, Mütter 26,7%, Väter 6,7%, Kinder 25,0%) erlebt auf der Familienebene hoch-kohäsive Beziehungen.

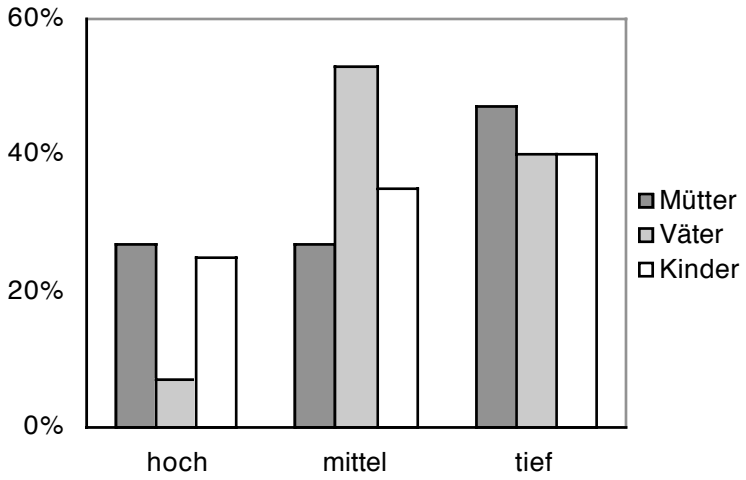


Abb. 7: Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation

	Kohäsion, Familienebene, typische Repr.					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	4	26,7	4	26,7	7	46,7
Väter (n=15)	1	6,7	8	53,3	6	40,0
Kinder (n=20)	5	25,0	7	35,0	8	40,0
Total (n=50)	10	20,0	19	38,0	21	42,0

Tab. 5: Häufigkeiten der Kohäsionsdimension auf der Familienebene, typische Repräsentation

Auch bei der Hierarchiedimension (Abb. 8, Tab. 6) zeigen sich auf der Familienebene gewisse Besonderheiten. Auffällig ist v.a., dass Mütter und Väter gehäuft eine tiefe Hierarchie wahrnehmen[26] (60,0% bzw. 53,3%), während fast 70,0% der Kinder eine mittlere – und somit „funktionale" – Hierarchie zeigen.

[26] Die Hierarchie auf der Familienebene wird bestimmt aufgrund des Hierarchieunterschieds zwischen dem einflussreichsten (d.h. als Figur am höchsten gestellten) Kind und dem weniger einflussreichen Elternteil.

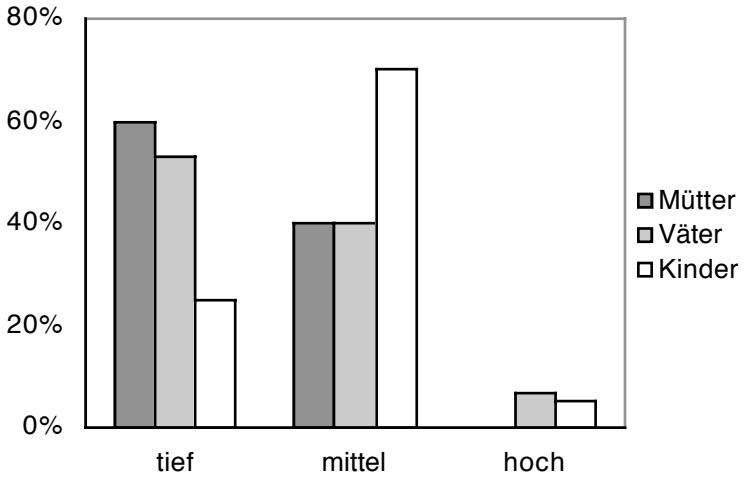


Abb. 8: Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation

	Hierarchie, Familienebene, typische Repr.					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	9	60,0	6	40,0	0	0
Väter (n=15)	8	53,3	6	40,0	1	6,7
Kinder (n=20)	5	25,0	14	70,0	1	5,0
Total (n=50)	22	44,0	26	52,0	2	4,0

Tab. 6: Häufigkeiten der Hierarchiedimension auf der Familienebene, typische Repräsentation

40,0% sowohl der Mütter wie auch der Väter zeigen eine mittlere Hierarchie; eine hohe Hierarchie auf der Familienebene wird nur gerade von einem Vater und einem Kind berichtet. Auf den Ursprung v.a. der tiefen Hierarchie bei beiden Elternteilen soll in den Kapiteln über die Subsystemebenen noch genauer eingegangen werden.

8.2.1.1.2. Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen

Für die beiden Dimensionen Kohäsion und Hierarchie liess sich aufgrund der ordinalskalierten Daten eine Rangvarianzanalyse (Kruskal-Wallis-Oneway-ANOVA[27]) berechnen, welche jedoch

[27] Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse und dem Skalierungsniveau der Variablen (nominal- und ordinalskaliert) wurden ausschliesschlich nichtparametrische statistischeVerfahren angewendet.

keine signifikanten Ergebnisse brachte (vgl. Anhang C/I). Die für die Gruppenvergleiche berechneten Mann-Whitney-U-Tests ergaben nur in einem Fall einen auf der 5%-Ebene signifikanten Unterschied, und zwar zwischen Müttern und Kindern bezüglich der Hierarchie auf der Familienebene (U=94.5, p=.033). Dies bedeutet, dass zwischen diesen beiden Gruppen die unterschiedliche Wahrnehmung der familiären Hierarchie nicht auf dem Zufall beruht, sondern sie tatsächlich eine unterschiedliche Wahrnehmung haben[28].

8.2.1.1.3. Generationengrenzen

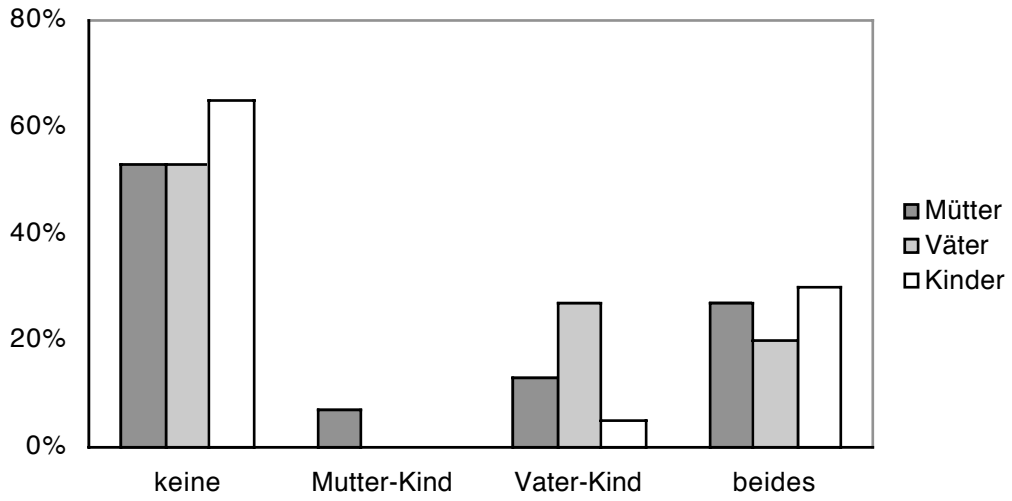


Abb. 9: Intergenerationelle Koalitionen, typische Repräsentation

Abb. 9 und Tab. 7 zeigen die von den Familienmitgliedern im FAST dargestellten intergenerationellen Koalitionen. Etwas mehr als die Hälfte sowohl der Mütter als auch der Väter (je 53,3%) nehmen in ihrer Familie keine intergenerationellen Koalitionen wahr, bei den Kindern werden in 65,0% der Fälle keine Koalitionen berichtet. Eine Mutter (6,7%) zeigt eine Mutter-Kind-Koalition, während solche weder von Vätern noch von Kindern wahrgenommen werden. Hingegen nehmen vier Väter (26,7%), zwei Mütter (13,3%) und ein Kind (5,0%) eine Vater-Kind-Koalition wahr. Noch häufiger werden „doppelte“ Koalitionen berichtet, und zwar von vier Müttern (26,7%), drei Vätern (20,0%) und sechs Kindern (30,0%). Zur Erinnerung: eine „doppelte“ Koalition entsteht dann, wenn sowohl zwischen einer Kinderfigur und der Mutterfigur wie auch zwischen der Kinderfigur und der Vaterfigur eine grössere Nähe dargestellt wird als

[28] Nachdem ursprünglich geplant war, genauer auf die intrafamiliäre Übereinstimmung einzugehen, stellten sich die hierfür berechneten Häufigkeiten als schwer interpretierbar heraus. Alle entsprechenden Tabellen finden sich in Anhang I.

zwischen den beiden Elternfiguren. Am häufigsten ist der Fall, dass Kinder „zwischen“ den Eltern stehen.

	Intergenerationelle Koalitionen, typische Repr.							
	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	8	53,3	1	6,7	2	13,3	4	26,7
Väter (n=15)	8	53,3	0	0	4	26,7	3	20,0
Kinder (n=20)	13	65,0	0	0	1	5,0	6	30,0
Total (n=50)	29	58,0	1	2,0	7	14,0	13	26,0

Tab. 7: Häufigkeiten der intergenerationellen Koalitionen, typische Repräsentation

Werden die drei Koalitionstypen zusammengefasst, so weisen sieben der typischen FAST-Repräsentationen der Mütter (46,7%), sieben der Väter (46,7%) und sieben der Kinder (35,0%) eine Koalition auf. Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigen 58,0% der befragten Familienmitglieder keine Koalition, 42,0% zeigen einen der drei Koalitionstypen.

Abb. 10 und Tab. 8 (nächste Seite) zeigen die von den Familienmitgliedern dargestellten Hierarchieumkehrungen. Im Gegensatz zu den intergenerationellen Koalitionen treten hier die Verwischungen der Generationengrenzen weniger deutlich zutage. Elf Mütter (73,3%), zwölf Väter (80,0%) und sogar fast alle Kinder (95,0%) zeigen keine Hierarchieumkehrungen. Drei Mütter (20,0%) schätzen sich als weniger einflussreich ein als ihre Kinder, eine Mutter (6,7%) beurteilt den Vater als weniger einflussreich als die Kinder. Bei den Vätern zeigt jeweils einer (je 6,7%) eine Mutter-Kind-, eine Vater-Kind- und eine doppelte Hierarchieumkehrung. Nur ein Kind (5,0%) zeigt eine Mutter-Kind-Hierarchieumkehrung.

Werden wiederum die drei Hierarchieumkehrungstypen zusammengefasst, so weisen vier der Darstellungen der Mütter (26,7%), drei der Väter (30,0%) und eine der Kinder (5,0%) einen solchen auf. Bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigen 84,0% der befragten Familienmitglieder keine Hierarchieumkehrungen, während 16,0% einen der drei Typen von Hierarchieumkehrungen aufweisen.

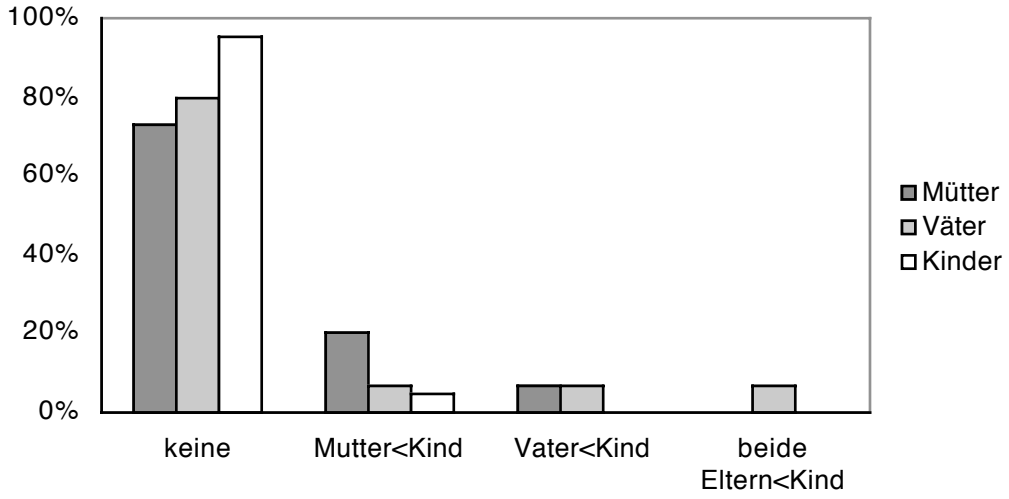


Abb. 10: Intergenerationelle Koalitionen, typische Repräsentation

	Hierarchieumkehrungen, typische Repr.							
	keine		Mutter<Kind		Vater<Kind		beide Eltern<Kind	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	11	73,3	3	20,0	1	6,7	0	0
Väter (n=15)	12	80,0	1	6,7	1	6,7	1	6,7
Kinder (n=20)	19	95,0	1	5,0	0	0	0	0
Total (n=50)	42	84,0	5	10,0	2	4,0	1	2,0

Tab. 8: Häufigkeiten der Hierarchieumkehrungen, typische Repräsentation

8.2.1.1.4. Zusammenfassung und Anmerkungen

In den typischen FAST-Repräsentationen zeigen alle Familienmitglieder – am deutlichsten die Mütter – auf der Familienebene vermehrt labil-balancierte und unbalancierte Beziehungsstrukturen. Die familiäre Kohäsion wird von etwas weniger als der Hälfte der befragten Personen als tief eingeschätzt, wobei das Muster wiederum bei den Müttern am deutlichsten hervortritt. Nur ein kleiner Teil aller befragten Personen berichtet hoch-kohäsive Beziehungen. Auch die Hierarchie wird auf der Familienebene als tief beurteilt, wobei dies hauptsächlich von den Eltern so eingeschätzt wird, während die Kinder eher eine mittlere Hierarchie wahrnehmen. Eine hohe Hierarchie wird nur von zwei Personen berichtet.

Obwohl bei der Betrachtung der Häufigkeiten unterschiedliche Wahrnehmungen zwischen Müttern, Vätern und Kinder auffallen, liessen sich mittels (nichtparametrischen) entscheidungsstatistischen Verfahren bis auf eine Ausnahme – Mütter und Kinder bezüglich familiärer Hierarchie – keine signifikanten Wahrnehmungsunterschiede zwischen den drei Gruppen eruieren. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass Wahrnehmungsunterschiede nicht bestehen, da die Ergebnisse von Signifikanztest immer auch von der Grösse der Stichprobe abhängen (Bortz, 1999)[29]. Anhand der vorliegenden klinischen Stichprobe lassen sich allenfalls in der Population bestehende Wahrnehmungsunterschiede aber nicht nachweisen.
Die Generationengrenzen scheinen v.a. bezüglich der Kohäsion unklar. Die Hälfte der Mütter und Väter sieht in ihrer Familie intergenerationelle Koalitionen, während die Kinder solche eher weniger wahrnehmen. Wenn Koalitionen in den typischen Repräsentationen dargestellt werden, so handelt es sich hauptsächlich um Vater-Kind- und noch häufiger um „doppelte“ Koalitionen. Markant weniger häufig als intergenerationelle Koalitionen zeigen sich in den typischen FAST-Darstellungen Hierarchieumkehrungen; diese werden fast ausschliesslich von Müttern und Vätern berichtet. Trotz diesem selteneren Auftreten von Hierarchieumkehrungen kann aber aufgrund der berichteten tiefen familiären Hierarchie davon ausgegangen werden, dass die Generationengrenzen auch bezüglich dieser Dimension unklar sind.

8.2.1.2. Paarebene

8.2.1.2.1. Beschreibung

Abb. 11 und Tab. 9 zeigen, wie die Familienmitglieder die Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene einschätzen. Wie schon auf der Familienebene treten labil-balancierte und unbalancierte Strukturen gehäuft auf, allerdings ist die Einschätzung etwas positiver als hinsichtlich der Gesamtfamilie. Von den Müttern nehmen 26,7% ihre Partnerbeziehung als unbalanciert wahr, während dies ein Drittel (33,3%) der Väter tut. Die Sicht der Kinder auf die Beziehung ihrer Eltern ist etwas positiver, von ihnen stellt nur ein Viertel (25,0%) unbalancierte Strukturen. Immerhin noch 33,3% der Mütter zeigen labil-balancierte Strukturen, bei den Vätern sind es 26,7% und bei den Kindern nur eines (5,0%).

[29] „Ein nichtsignifikantes Ergebnis ist kein Beleg dafür, dass die Nullhypothese richtig ist“ (Bortz, 1999, S. 118).

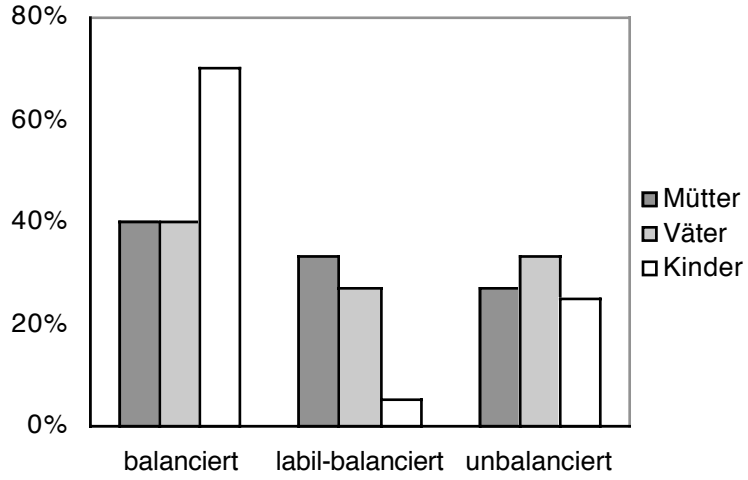


Abb. 11: Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene, typische Repräsentation

	Beziehungsstrukturtypen, Paarebene, typische Repr.					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	6	40,0	5	33,3	4	26,7
Väter (n=15)	6	40,0	4	26,7	5	33,3
Kinder (n=20)	14	70,0	1	5,0	5	25,0
Total (n=50)	26	52,0	10	20,0	14	28,0

Tab. 9: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene, typische Repräsentation

Balancierte Strukturen werden von 40,0% der Mütter und Väter und sogar 70,0% Kinder wahrgenommen. Werden wiederum labil-balancierte und unbalancierte Strukturen zu einer Kategorie zusammengefasst, so zeigen 60,0% der Mütter, 60,0% der Väter und 30,0% der Kinder unbalancierte Strukturen. Im Gegensatz zu den Beziehungsstrukturen auf der Familienebene zeigen hier die Väter – mit vermehrt unbalancierten Strukturen – eine negativere Sicht.

Bei der Einschätzung der Kohäsion in der Partnerbeziehung (Abb. 12, Tab. 10) fällt auf, dass diese von Müttern und Vätern ähnlich eingeschätzt wird; je gleich viele Personen in beiden Gruppen sehen die Kohäsion als hoch (je 40,0% der Mütter und je 46,7% der Väter) als entweder hoch oder tief an.

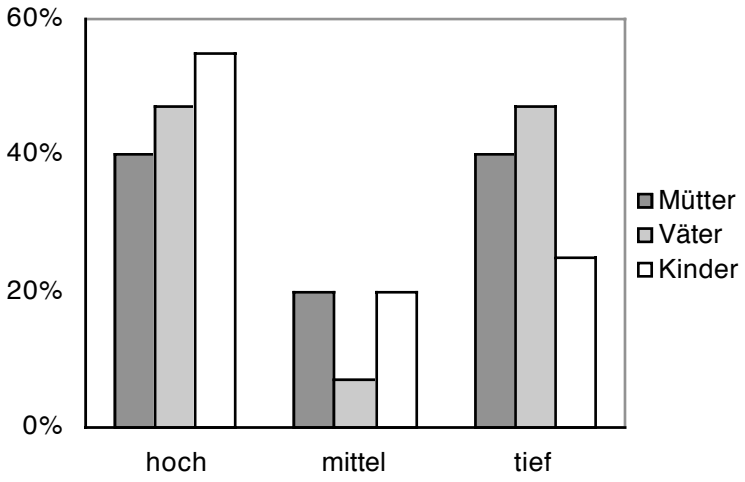


Abb. 12: Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation

	Kohäsion, Paarebene, typische Repr.					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	6	40,0	3	20,0	6	40,0
Väter (n=15)	7	46,7	1	6,7	7	46,7
Kinder (n=20)	11	55,0	4	20,0	5	25,0
Total (n=50)	24	48,0	8	16,0	18	36,0

Tab. 10: Häufigkeiten der Kohäsionsdimension auf der Paarebene, typische Repräsentation

20,0% der Mütter sehen in der Beziehung zu ihrem Partner eine mittlere Kohäsion, von den Vätern nur einer (6,7%). Die Kinder nehmen zu mehr als einer Hälfte (55,0%) eine hochkohäsive Elternbeziehung wahr, zu 20,0% eine mittel- und zu einem Viertel (25,0%) eine tief-kohäsive Beziehung.

Aus Abb. 13 und Tab. 11 wird ersichtlich, dass nur gerade ein Fünftel der Mütter (20,0%) ihre Partnerbeziehung als gleichberechtigt darstellt, während dies von den Vätern über die Hälfte (53,3%) tun. 46,7% der Mütter und ein Drittel (33,3%) der Väter sehen die Paarbeziehung als mittel-hierarchisch an. Ein Drittel der Mütter (33,3%) schätzt ihre Paarbeziehung als hoch-

hierarchisch ein, bei den Vätern sind es zwei (13,3%). Von den Kindern nehmen 40,0% eine tiefe, 55,0% eine mittlere und 5,0% eine hohe Hierarchie zwischen den Eltern wahr.

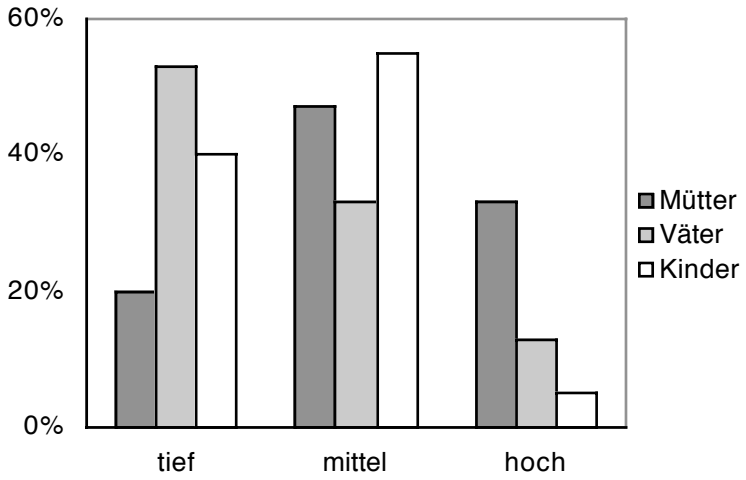


Abb. 13: Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation

	Hierarchie, Paarebene, typische Repr.					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	3	20,0	7	46,7	5	33,3
Väter (n=15)	8	53,3	5	33,3	2	13,3
Kinder (n=20)	8	40,0	11	55,0	1	5,0
Total (n=50)	19	38,0	23	46,0	8	16,0

Tab. 11: Häufigkeiten der Hierarchiedimension auf der Paarebene, typische Repräsentation

Die wahrgenommenen Hierarchieunterschiede zwischen den Eltern lassen sich wie folgt differenzieren: von den zwölf Müttern, welche einen Hierarchieunterschied zwischen sich und ihrem Partner wahrnehmen, schreiben sieben (46,7% aller Mütter) diesem mehr Einfluss auf das Familiengeschehen zu als sich selbst. Fünf Mütter (33,3%) sehen sich selbst als einflussreicher. Interessanterweise verhält es sich bei den Vätern gerade umgekehrt: während acht Väter (53,3%) keinen Hierarchieunterschied sehen, schreiben sich nur drei (20,0%) mehr Einfluss zu als ihren Frauen, vier Väter (26,7%) beurteilen den Einfluss ihrer Partnerin auf die Familie als grösser als ihren eigenen. Von den zwölf Kindern, welche ihre Eltern nicht als gleich „mächtig“

wahrnehmen, schreiben neun (45,0%) dem Vater mehr Einfluss zu, drei (15,0%) glauben, dass die Mutter mehr zu sagen hat.

8.2.1.2.2. Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen

Für die Kohäsions- und die Hierarchiedimension wurden analog zur Familienebene Rangvarianzanalysen und für die Einzelvergleiche Mann-Whitney-U-Tests gerechnet, um allfällige Gruppenunterschiede in der Wahrnehmung dieser Variablen hinsichtlich der Paarbeziehung zu eruieren (vgl. Anhang D/I). Wiederum ergab nur ein Einzelvergleich ein signifikantes Resultat, und zwar jener zwischen Müttern und Kindern bezüglich der Hierarchie auf der Paarebene (U=96,0, p=.048). Der Vergleich von Müttern und Vätern erreichte mit U=69,5 und p=.078 zumindest Trendstärke[30].

8.2.1.2.3. Zusammenfassung

Wie schon auf der Familienebene zeigen sich auch hinsichtlich der Paarbeziehung einige Auffälligkeiten. Mütter und Väter nehmen vermehrt unbalancierte und labil-balancierte Beziehungsstrukturen wahr, allerdings zeigen diese beiden Gruppen einen deutlichen höheren Anteil balancierter Strukturen als auf der Familienebene. Ein grosser Teil der befragten Kinder schätzt die Beziehung ihrer Eltern als balanciert ein. Ähnliche Muster zeigen sich bei der Kohäsionsdimension: ein substantieller Teil der Mütter und Väter schätzt die Kohäsion in der Paarbeziehung als tief ein, jedoch zeigt sich im Vergleich zur Familienebene auch ein grösserer Anteil an hoher Kohäsion. Von den Kindern beurteilen über zwei Drittel die Elternbeziehung als hoch-kohäsiv. Fast die Hälfte der Mütter sieht in der Paarbeziehung einen Hierarchieunterschied, ein Drittel sogar einen grossen, während die Väter viel eher gleichberechtigte – tief-hierarchische – Muster wahrnehmen. Die Kinder schätzen die Elternbeziehung entweder als mittel-hierarchisch oder gleichberechtigt ein. Während die Kinder und die Mütter mehrheitlich den Vätern den grössten Einfluss auf das Familiengeschehen zuschreiben, nehmen diese selbst die Paarbeziehung eher als gleichberechtigt wahr, oder sie schätzen den Einfluss der Mütter als grösser als ihren eigenen ein.

Auch hier lassen sich trotz der teilweise deutlichen Häufigkeitsunterschiede keine signifikanten Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Die Ausnahme bildet wiederum der Vergleich zwischen Müttern und Kindern hinsichtlich der elterlichen Hierarchie. Für die

[30] Trendstärke: p<.010.

Interpretation dieser Tatsache gelten allerdings dieselben Vorbehalte, welche schon in Kap. 8.2.1.1.5. erläutert wurden.

8.2.1.3. Geschwisterebene

8.2.1.3.1. Beschreibung

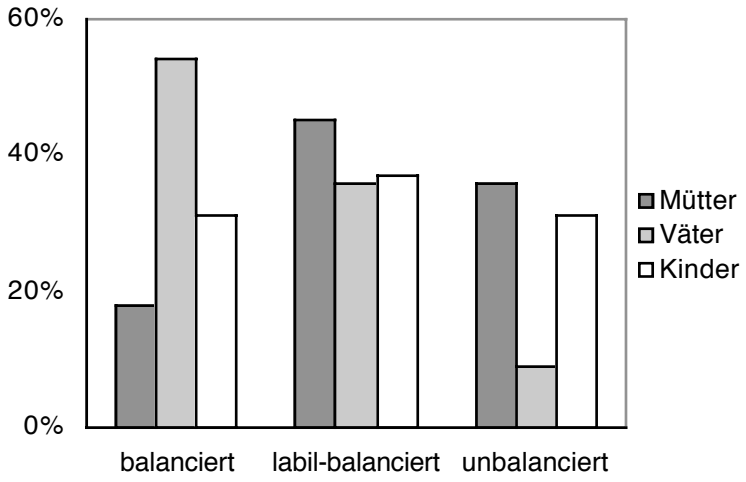


Abb. 14: Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation[31]

	Beziehungsstrukturtypen, Geschwisterebene, typische Repr.					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	2	18,2	5	45,5	4	36,4
Väter (n=11)	6	54,5	4	36,4	1	9,1
Kinder (n=16)	5	31,3	6	37,5	5	31,3
Total (n=38)	13	34,2	15	39,5	10	26,3

Tab. 12: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwister ebene, typische Repräsentation

Aus Abb. 14 und Tab. 12 wird ersichtlich, dass auch die Beziehungsstrukturen zwischen den Geschwistern von allen Familienmitgliedern als mehrheitlich labil-balanciert oder unbalanciert

[31] Es wurden nur Familien mit mehr als einem Kind in die Analyse mit einbezogen. Die Geschwisterebene wurde auch für Familien ausgewertet, die mehr als ein Kind haben, bei denen aber nur eines an der Untersuchung teilnahm.

dargestellt werden. Nur gerade zwei Mütter (18,2%) sehen die Beziehungen zwischen ihrern Kindern als balanciert an, fünf (45,5%) nehmen labil-balancierte und vier (36,4%) unbalancierte Strukturen wahr. Eine etwas positivere Sicht der Geschwisterbeziehung als die Mütter und die Kinder zeigen die Väter, von ihnen nehmen etwas über die Hälfte (54,5%) balancierte Strukturen wahr, vier schätzen diese als labil-balanciert ein und einer (9,1%) als unbalanciert. Nur ein knappes Drittel der Kinder nehmen die Geschwisterbeziehungen als balanciert wahr, während sechs (37,5%) labil-balancierte und weitere fünf (26,3%) unbalancierte Strukturen sehen. Werden die Kategorien labil-balanciert und unbalanciert zusammengefasst, so schätzen 81,8% der Mütter, 45,5% der Väter und 68,8% der Kinder die Beziehungsstrukturen im Geschwistersubsystem als unbalanciert ein.

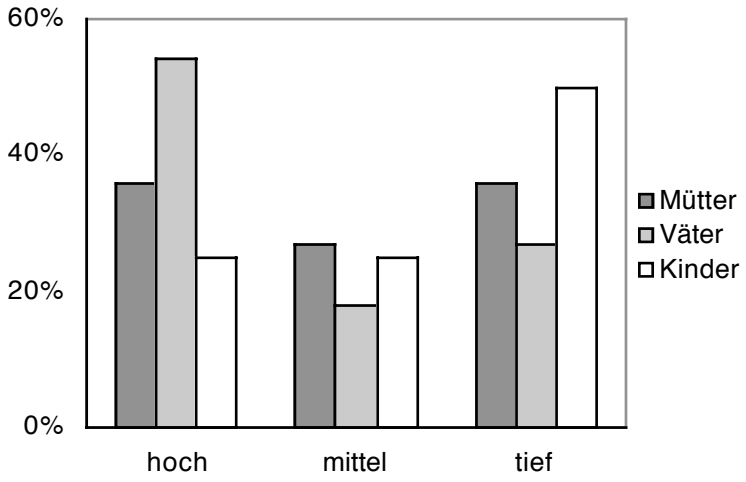


Abb. 15: Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

	Kohäsion, Geschwisterebene, typische Repr.					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	4	36,4	3	27,3	4	36,4
Väter (n=11)	6	54,5	2	18,2	3	27,3
Kinder (n=16)	4	25,0	4	25,0	8	50,0
Total (n=38)	14	36,8	9	23,7	15	39,5

Tab. 13: Häufigkeiten der Kohäsionsdimension auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

Hinsichtlich der Kohäsion auf der Geschwisterebene (Abb. 15; Tab. 13) zeigen vier Mütter (36,4%) diese als hoch ein, drei (27,3%) nehmen ein mittlere und vier (36,4%) eine tiefe Kohäsion wahr. Anders sieht es bei den Vätern aus, über die Hälfte von ihnen schätzt die geschwisterliche Kohäsion als hoch ein, zwei (18,2%) sehen eine mittlere und drei (27,3%) eine tiefe Kohäsion. Fast die Hälfte der Kinder (50,0%) sehen ihre Geschwisterbeziehungen als tief-kohäsiv, je ein weiteres Viertel (je 25,0%) nimmt eine mittlere oder hohe Kohäsion wahr.

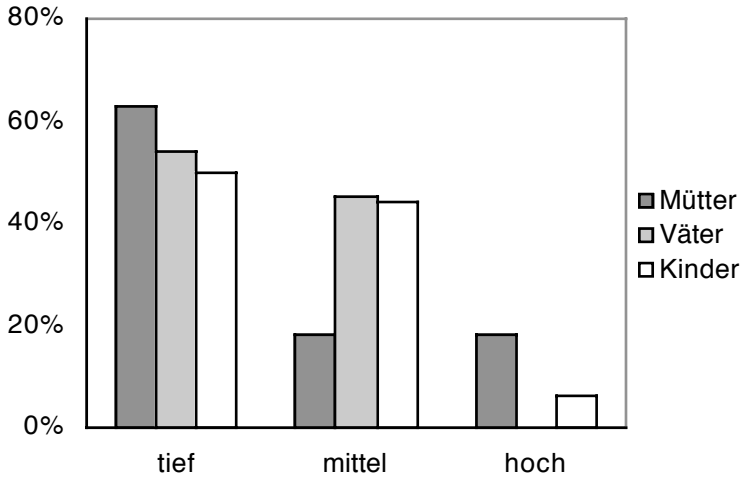


Abb. 16: Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

	Hierarchie, Geschwisterebene, typische Repr.					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	7	63,6	2	18,2	2	18,2
Väter (n=11)	6	54,5	5	45,5	0	0
Kinder (n=16)	8	50,0	7	43,8	1	6,3
Total (n=38)	21	55,3	14	36,8	3	7,9

Tab. 14: Häufigkeiten der Hierarchiedimension auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

Aus Abb. 16 und Tab. 14 wird ersichtlich, dass alle Familienmitglieder auf der Geschwisterebene mehrheitlich eine tiefe oder mittlere Hierarchie wahrnehmen. Sieben Mütter (63,6%) schätzen die geschwisterliche Hierarchie als tief, je zwei (je 18,2%) diese als mittel oder hoch ein. Sechs Väter (54,5%) sehen eine tiefe, fünf Väter (45,5%) eine mittlere Hierarchie. Von den Kinder beurteilt

die Hälfte (50,0%) die Hierarchie in den Geschwisterbeziehungen als tief, sieben (43,8) als mittel und ein Kind (6,3%) als hoch.

8.2.1.3.2. Wahrnehmungsunterschiede

Es konnten wiederum keine Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden (vgl. Anhang E/I).

8.2.1.3.3. Zusammenfassung

Auf der Geschwisterebene zeigen sich in den typischen Repräsentationen – wie schon auf der Familien- und der Paarebene – bestimmte Auffälligkeiten in den Beziehungsmustern. Ähnlich wie auf der Familienebene, aber im Gegensatz zur Paarebene nimmt nur ein sehr kleiner Teil der Mütter balancierte Beziehungsstrukturen wahr; eine ähnlich negative Sicht der Geschwisterbeziehungen zeigen die Kinder, sie sehen diese sogar in weniger Fällen als auf der Familiene- und Paarebene als balanciert. Die Väter hingegen schätzen die Beziehungsstrukturen zwischen ihren Kindern eher als balanciert ein. Ähnliche Muster zeigen sich hinsichtlich der Kohäsionsdimension: wieder weisen die Väter die positivste Sicht auf, sie sehen in der Hälfte der Fälle hoch-kohäsive Beziehungen zwischen den Geschwistern, während die Mütter (zu etwas mehr als einem Drittel) und noch mehr die Kinder (zur Hälfte) eher tief-kohäsive Geschwisterbeziehungen wahrnehmen. Wie auf der Familienebene sehen knapp zwei Drittel der Mütter eine tiefe Hierarchie zwischen den Geschwistern, Väter und Kinder schätzen diese in der Hälfte der Fälle als tief ein. Der Rest nimmt mittlere Hierarchieausprägungen wahr; zwei Mütter und ein Kind sehen die Geschwisterbeziehungen als hoch-hierarchisch. Zwischen den drei Gruppen liessen sich wiederum keine Wahrnehmungsunterschiede feststellen.

8.2.1.4. Zusammenhänge mit der Erkrankungsdauer

Obwohl in den wenigsten empirischen Studien die Dauer der psychischen Erkrankung des betroffenen Elternteils als Variable einbezogen wurde, kann angenommen werden, dass mit einer längeren Erkrankungsdauer auch die negativen Einflüsse auf verschiedene Parameter familiären Funktionierens deutlicher hervortreten.

Aufgrund der in der Stichprobe sehr unterschiedlichen Anzahl Jahren seit der Ersterkrankung konnten die befragten Familien in zwei Gruppen unterteilt werden: in sieben Familien liegt die Ersterkrankung der Mutter weniger als drei Jahre zurück, in den anderen acht mehr als drei Jahre (sieben bis sechsundzwanzig Jahre). Im folgenden werden die typischen FAST-Darstellungen

noch unter diesem Aspekt dargestellt werden, wobei auf die einzelnen Häufigkeitstabellen nur zusammenfassend eingegangen werden soll[32].

8.2.1.4.1. Familienebene

	Beziehungsstrukturtypen, Familienebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	11	45,8	8	33,3	5	20,8
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	4	15,4	12	46,2	10	38,5

Tab. 15: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Gesamtstichprobe

	Beziehungsstrukturtypen, Familienebene, typische Repr., Mütter					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	2	28,6	3	42,9	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	1	12,5	2	25,0	5	62,5

Tab. 16: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Mütter

Aus Tab. 15 wird ersichtlich, dass die Familienmitglieder der ersten Gruppe (Ersterkrankung seit weniger als drei Jahren) ihre familiären Beziehungsstrukturen tendenziell etwas ausgewogener einschätzen als jene der zweiten Gruppe. Fast die Hälfte (45,8%) der befragten Personen der ersten Gruppen beurteilt die Beziehungen auf der Familienebene als balanciert, während in der

[32] Die absoluten Häufigkeiten in den nach den drei Gruppen Mütter, Väter und Kinder getrennten Tabellen sind zwar sehr klein und wenig aussagekräftig, da sich anhand von diesen jedoch trotzdem einige interessante Tendenzen aufzeigen lassen, wurden sie in die Analyse mit einbezogen.

zweiten Gruppe dies nur gerade vier Personen tun (15,4%). Ein Drittel (33,3%) der ersten Gruppe sieht die Beziehungen als labil-balanciert an, bei der zweiten Gruppen sind es 46,2%; ein weiteres Fünftel (20,8%) der ersten Gruppe erlebt die Beziehungen als unbalanciert, in der zweiten Gruppe sind es 38,5%.

	Beziehungsstrukturtypen, Familienebene, typische Repr., Väter					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	2	28,6	3	42,9	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	2	25,0	4	50,0	2	25,0

Tab. 17: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Vater

	Beziehungsstrukturtypen, Familienebene, typische Repr., Kinder					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	7	70,0	2	20,0	1	10,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre(n=10)	1	10,0	6	60,0	3	30,0

Tab. 18: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Kinder

In den typischen Darstellungen der Mütter (Tab. 16) – die im Vergleich zu den Vätern und Kindern sowieso schon eine tendenziell negativere Sicht haben – zeigt sich die unterschiedliche Einschätzung in den beiden Gruppen besonders deutlich. Im Gegensatz dazu unterscheiden sich bei den Vätern (Tab. 17) beide Gruppen nur geringfügig. Die Kinder (Tab. 18) der ersten Gruppe zeigen noch mehrheitlich ein „intaktes“ Familienbild mit mehrheitlich balancierten Strukturen, während in der zweiten Gruppen v.a. labil-balancierte und unbalancierte Strukturen auftreten.

	Kohäsion, Familienebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	4	16,7	11	45,8	9	37,5
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	6	23,1	8	30,8	12	46,2

Tab. 19: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Gesamtstichprobe

	Kohäsion, Familienebene, typische Repr., Mütter					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	1	14,3	2	28,6	4	57,1
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	3	37,5	2	25,0	3	37,5

Tab. 20: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Familienebene, typische Repr., Väter					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	1	14,3	4	57,1	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	0	0	4	50,0	4	50,0

Tab. 21: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Familienebene, typische Repr., Kinder					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	2	20,0	5	50,0	3	30,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	3	30,0	2	20,0	5	50,0

Tab. 22: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation (Kinder), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Kinder

Hinsichtlich der typischen familiären Kohäsion zeigen sich nur sehr kleine Unterschiede zwischen den Gruppen (Tab. 19). 16,7% der Personen in der ersten Gruppe schätzen die Kohäsion als hoch ein, in der zweiten Gruppe sind es 23,1%. Elf bzw. acht Personen (45,8% bzw. 30,8%) beurteilen die Kohäsion als mittel und neun Personen der ersten sowie zwölf Personen der zweiten Gruppe (37,5% und 46,2%) nehmen tief-kohäsive Familienbeziehungen wahr. Bei den Müttern (Tab. 20) unterscheiden sich die beiden Gruppen etwas stärker, eine tiefe familiäre Kohäsion wird hier v.a. von den Müttern der ersten Gruppe gezeigt. Während die Mütter der zweiten Gruppe mehrheitlich eine hohe oder mittlere Kohäsion darstellen, schätzen die Väter (Tab. 21) der zweiten Gruppe diese zur Hälfte als mittel und zur Hälfte als tief ein. Die Kinder (Tab. 22) zeigen eine ähnliche Verteilung wie die Gesamtstichprobe, tiefe familiäre Kohäsion wird hauptsächlich in der zweiten Gruppe berichtet.

Bei der Betrachtung der Hierarchieebene (Tab. 23) wird deutlich, dass der höhere Anteil labil-balancierter und unbalancierter Beziehungsstrukturen der zweiten Gruppe sehr wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass die Darstellungen der Mitglieder dieser Gruppe deutlich häufiger als jene der ersten Gruppe (57,7% vs. 29,2%) eine tiefe familiäre Hierarchie aufweisen. Mittel-hierarchische Strukturen zeigen 62,5% der ersten und 42,3% der zweiten Gruppe. Zwei Personen der ersten Gruppe schätzen die familiäre Hierarchie als hoch ein. Dieses Muster ist bei den Müttern (Tab. 24) ziemlich deutlich, während die Väter (Tab. 25) beider Gruppen eine ähnliche Verteilung aufweisen. Bei den Kindern (Tab. 26) wiederum zeigt sich das Muster sehr deutlich.

	Hierarchie, Familienebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	7	29,2	15	62,5	2	8,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	15	57,7	11	42,3	0	0

Tab. 23: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Gesamtstichprobe

	Hierarchie, Familienebene, typische Repr., Mütter					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	3	42,9	4	57,1	0	0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	6	75,0	2	25,0	0	0

Tab. 24: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Familienebene, typische Repr., Väter					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	4	57,1	2	28,6	1	14,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	4	50,0	4	50,0	0	0

Tab. 25: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Familienebene, typische Repr., Kinder					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	0	0	9	90,0	1	10,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	5	50,0	5	50,0	0	0

Tab. 26: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation (Kinder), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Bei den Häufigkeiten intergenerationeller Koalitionen (Tab. 27) zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. 54,2% bzw. 61,5% der befragten Personen nehmen keine Koalition in ihrer Familie wahr, 45,8% bzw. 38,5% sehen in ihrer Familie eine solche. Hier lohnt es sich jedoch, genauer auf die Verteilungen bei den einzelnen Gruppen einzugehen und die auffälligen Befunde hervorzuheben.

	Intergenerationelle Koalitionen, Familienebene, typische Repr., Gesamtstichprobe			
	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	13	54,2	11	45,8
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	16	61,5	10	38,5

Tab. 27: Häufigkeiten intergenerationeller Koalitionen, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter, Gesamtstichprobe

In den Tab. 28-30 werden die unterschiedlichen Einschätzungen der Familienmitglieder aus den beiden Gruppen deutlich. Bei den Müttern (Tab. 28) zeigen mehr Personen aus der zweiten Gruppen keine Koalition als aus der ersten (62,5% vs. 42,9%), während dies bei den Vätern (Tab. 29) umgekehrt ist: 71,4% der Väter aus der ersten Gruppe nehmen keine Koalition wahr, aus der zweite Gruppe sind es nur 37,5%. Interessanterweise zeigen die Hälfte der Väter dieser Gruppe

(50,0%) eine Vater-Kind-Koalition, was sonst in keiner Untergruppe so deutlich ist. Bei den Kindern (Tab. 30) zeigen mehr Personen aus der zweiten Gruppe (80,0%) keine Koalition, aus der ersten Gruppe sind es nur die Hälfte (50,0%). Wie schon in Kap. 7.2.1.1.4. wird auch hier – besonders in der ersten Gruppe – wieder deutlich, dass v.a. die Kinder selbst sich in doppelten Koalitionen darstellen.

	Intergenerationelle Koalitionen, typische Repr., Mütter							
	keine Koalition		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%		
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	3	42,9	0	0	1	14,3	3	42,9
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5

Tab. 28: Häufigkeiten intergenerationeller Koalitionen, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Intergenerationelle Koalitionen, typische Repr., Väter							
	keine Koalition		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%		
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	5	71,4	0	0	0	0	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	3	37,5	0	0	4	50,0	1	12,5

Tab. 29: Häufigkeiten intergenerationeller Koalitionen, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Intergenerationelle Koalitionen, typische Repr., Kinder							
	keine Koalition		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%		
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	5	50,0	0	0	1	10,0	4	40,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	8	80,0	0	0	0	0	2	20,0

Tab. 30: Häufigkeiten intergenerationeller Koalitionen, typische Repräsentation (Kinder), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Bei den Hierarchieumkehrungen (Tab. 31-34) sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen; bei der Betrachtung der einzelnen Gruppen wird deutlich , werden solche fast auschliesslich von den Eltern wahrgenommen.

	Hierarchieumkehrungen, Familienebene, typische Repr., Gesamtstichprobe			
	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	20	83,3	4	16,7
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	22	84,6	4	15,4

Tab. 31: Häufigkeiten von Hierarchieumkehrungen, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchieumkehrungen, Familienebene, typische Repr., Mütter			
	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	5	71,4	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	6	75,0	2	25,0

Tab. 32: Häufigkeiten von Hierarchieumkehrungen, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchieumkehrungen, Familienebene, typische Repr., Väter			
	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	5	71,4	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	7	87,5	1	12,5

Tab. 33: Häufigkeiten von Hierarchieumkehrungen, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchieumkehrungen, Familienebene, typische Repr., Gesamtstichprobe			
	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	10	100,0	0	0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	9	90,0	1	10,0

Tab. 34: Häufigkeiten von Hierarchieumkehrungen, typische Repräsentation (Kinder), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

8.2.1.4.2. Paarebene

	Beziehungsstrukturtypen, Paarebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	13	54,2	3	12,5	8	33,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	13	50,0	7	26,9	6	23,1

Tab. 35: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Beziehungsstrukturtypen, Paarebene, typische Repr., Mütter					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	3	42,9	3	42,9	1	14,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	3	37,5	2	25,0	3	37,5

Tab. 36: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene (Mütter), typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Für die Paarebene zeigt Tab. 35, dass in beiden Gruppen etwa die Hälfte der Personen (erste Gruppe 54,2%, zweite Gruppe 50,0%) die Beziehungen auf der Paarebene als balanciert einschätzt. In der ersten Gruppe schätzen drei Personen die Paarbeziehung als labil-balanciert ein, das restliche Drittel (33,3%) als unbalanciert. In der zweiten Gruppe beurteilt ein grösserer Teil der Personen (26,9%) die Paarbeziehung als labil-balanciert, dafür im Vergleich zur ersten Gruppe ein kleinerer Teil (23,1%) als unbalanciert. Bei den Befunden für die Untergruppen fällt auf, dass von den Müttern (Tab. 36) in beiden Gruppen ein etwa gleich grosser Prozentsatz die Paarbeziehung als balanciert einschätzt, während dies bei den Vätern (Tab. 37) v.a. in der ersten Gruppe der Fall ist. Kinder (Tab. 38) aus Familien, in denen die Ersterkrankung länger als drei

Jahre zurückliegt, zeigen eine deutlich positivere Sicht der Elternbeziehung haben: während in der ersten Gruppe nur die Hälfte der Kinder die Beziehungsstruktur auf der Paarebene als balanciert einschätzt, tun dies in der zweiten Gruppe immerhin 80,0% der Kind

	Beziehungsstrukturtypen, Paarebene, typische Repr., Väter					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	4	57,1	0	0	3	42,9
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	2	25,0	4	50,0	2	25,05

Tab. 37: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene (Väter), typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Beziehungsstrukturtypen, Paarebene, typische Repr., Kinder					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	5	50,0	1	10,0	4	40,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	8	80,0	1	10,0	1	10,0

Tab. 38: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene (Kinder), typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Wie bei den Beziehungsstrukturtypen zeigen sich auch auf der Kohäsionsebene (Tab. 39, nächste Seite) keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen. Etwa die Hälfte der Personen in beiden Gruppen (50,0% bzw. 46,2%) schätzt die Kohäsion in der Partnerschaft als tief ein; in der ersten Gruppe sehen weitere 12,5% eine mittlere Kohäsion, in der zweiten Gruppe ist es knapp ein Fünftel (19,2%). 37,5% der ersten und 34,6% der zweiten Gruppe nehmen die Paarbeziehung als hoch-kohäsiv wahr. Auch hier zeigt in der zweiten Gruppe sich ein interessanter Unterschied in der Wahrnehmung von Müttern und Vätern (Tab. 40 und 41): während die Mütter dieser Gruppe zur Hälfte eine hohe Kohäsion in ihrer Partnerschaft sehen, tut dies nur ein Viertel der Väter. Von den Müttern nimmt etwa ein Drittel eine tiefe Kohäsion wahr, bei den Vätern sind es

fast zwei Drittel. Die Kinder der zweiten Gruppe haben wie schon bei den Beziehungsstrukturtypen eine positivere Sicht der Elternbeziehung als jene der ersten Gruppe (Tab. 42).

	Kohäsion, Paarebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	12	50,0	3	12,5	9	37,5
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	12	46,2	5	19,2	9	34,6

Tab. 39: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutt

	Kohäsion, Paarebene, typische Repr., Mütter					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	2	28,6	2	28,6	3	42,9
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	4	50,0	1	12,5	3	37,5

Tab. 40: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Paarebene, typische Repr., Väter					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	4	57,1	0	0	3	42,9
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	2	25,0	1	12,5	5	62,5

Tab. 41: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Paarebene, typische Repr., Kinder					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	5	50,0	1	10,0	4	40,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	6	60,0	3	30,0	1	10,0

Tab. 42: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation (Kinder), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Paarebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=24)	12	50,0	10	41,7	2	8,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=26)	7	26,9	13	50,0	6	23,1

Tab. 43: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Paarebene, typische Repr., Mütter					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	0	0	5	71,4	2	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	3	37,5	2	25,0	3	37,5

Tab. 44: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Paarebene, typische Repr., Väter					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=7)	4	57,1	2	28,6	1	14,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=8)	3	37,5	3	37,5	2	25,0

Tab. 45: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Paarebene, typische Repr., Kinder					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=10)	7	70,0	3	30,0	0	0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=10)	1	10,0	8	80,0	1	10,0

Tab. 46: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation (Kinder), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Die Hälfte (50,0%) der Personen der ersten Gruppe nimmt die Hierarchie auf der Paarebenen als tief wahr (Tab. 43), in der zweiten Gruppe sind es nur 26,9%. Weiter 41,7% der ersten Gruppe beurteilen die Hierarchie in der Paarbeziehung als mittel, in der zweiten Gruppe sind es die Hälfte (50,0%) der befragten Personen. Noch 8,3% bzw. 23,1% der ersten und zweiten Gruppe schätzen die Partnerschaft als hoch-hierarchisch ein. In den einzelnen Gruppen zeigt sich ein etwas anderes Bild: von den Müttern (Tab. 44) der ersten Gruppe zeigt keine Person eine tief-hierarchische Paarbeziehung, in deutlich über zwei Drittel der Fälle jedoch eine mittel-hierarchische, während die Befunde der Väter (Tab. 45) jener der Gesamtstichprobe etwa entsprechen. Bei den Kindern (Tab. 46) wiederum zeigen in der ersten Gruppe ganze 70,0% eine tiefe Hierarchie, in der zweiten Gruppe jedoch nur ein einziges Kind eine tiefe, dafür 80,0% eine mittlere Hierarchie.

8.2.1.4.3. Geschwisterebene

	Beziehungsstrukturtypen, Geschwisterebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=21)	6	28,6	9	42,9	6	28,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=17)	7	41,2	6	35,3	4	23,5

Tab. 47: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Aus Tab. 47 wird ersichtlich, dass die Personen aus der zweiten Gruppe die Beziehungsstrukturen auf der Geschwisterebene etwas positiver einschätzen als jene der ersten Gruppe: in dieser sehen weniger als ein Drittel (28,6%) die Beziehungen als balanciert, in der zweiten Gruppe sind es 41,2%. 42,9% der ersten Gruppe beurteilen die geschwisterlichen Beziehungen als labil-balanciert, von den Personen der zweiten Gruppe tun dies 35,3%. Noch 28,6% bzw. 23,5% der ersten bzw. Gruppe schätzt die Beziehungsmuster als unbalanciert ein. Zu den Untergruppen ist anzumerken, dass v.a. die Mütter der zweiten Gruppe und die Väter beider Gruppen eine deutlich positivere Sicht der Geschwisterbeziehung haben als diese selbst (Tab. 48-

50). Alle Mütter der ersten Gruppen schätzen die Beziehung zwischen ihren Kindern als labil-balanciert oder unbalanciert ein.

	Beziehungsstrukturtypen, Geschwisterebene, typische Repr., Mütter					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=6)	0	0	3	50,0	3	50,0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=5)	3	60,0	2	40,0	0	0

Tab. 48: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene (Mütter), typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Beziehungsstrukturtypen, Geschwisterebene, typische Repr., Väter					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=6)	3	50,0	3	50,0	0	0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=5)	3	60,0	1	20,0	1	20,0

Tab. 49: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene (Väter), typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Beziehungsstrukturtypen, Geschwisterebene, typische Repr., Kinder					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=9)	3	33,3	3	33,3	3	33,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=7)	2	28,6	3	42,9	2	28,6

Tab. 50: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene (Kinder), typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Geschwisterebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=21)	6	28,6	5	23,5	10	47,6
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=17)	8	47,1	4	23,5	5	29,4

Tab. 51: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Geschwisterebene, typische Repr., Mütter					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=6)	1	16,7	1	16,7	4	66,7
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=5)	0	0	2	40,0	3	60,0

Tab. 52: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Geschwisterebene, typische Repr., Väter					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=6)	3	50,0	1	16,7	2	33,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=5)	3	60,0	1	20,0	1	20,0

Tab. 53: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Kohäsion, Geschwisterebene, typische Repr., Kinder					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=9)	2	22,2	3	33,3	4	44,4
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=7)	2	28,6	1	14,3	4	57,1

Tab. 54: Häufigkeiten der Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Eine hoch-kohäsive Geschwisterbeziehung wird von 28,6% der Personen der ersten Gruppe, hingegen von fast der Hälfte (47,1%) der Personen der zweiten Gruppe wahrgenommen (Tab. 51). Eine mittlere Kohäsion zeigen je 23,5%, und als tief beurteilen 47,6% bzw. 29,4% der ersten bzw. zweiten Gruppe die Geschwisterbeziehung. Von den Müttern (Tab. 52) nehmen in der ersten Gruppe zwei Drittel eine tiefe Kohäsion wahr, in der zweiten Gruppe tut dies hingegen gar keine. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe haben die Väter (Tab. 53) eine positivere Sicht – 70,0% der ersten und 80,0% der zweiten Gruppe nehmen eine hoch- oder mittelkohäsive Geschwisterbeziehung wahr – , die Kinder hingegegen eher eine negativere (Tab. 54).

	Hierarchie, Geschwisterebene, typische Repr., Gesamtstichprobe					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=21)	10	47,6	9	42,9	2	9,5
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=17	11	64,7	5	29,4	1	5,9

Tab. 55: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation, in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Geschwisterebene, typische Repr., Mütter					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=6)	2	33,3	2	33,3	2	33,3
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=5)	5	100,0	0	0	0	0

Tab. 56: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation (Mütter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Geschwisterebene, typische Repr., Väter					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren (n=6)	2	33,3	4	66,7	0	0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=5)	4	80,0	1	20,0	0	0

Tab. 57: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

	Hierarchie, Geschwisterebene, typische Repr., Kinder					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Ersterkrankung unter drei Jahren(n=9)	6	66,7	3	33,3	0	0
Ersterkrankung mehr als drei Jahre (n=7)	2	28,6	4	57,1	1	14,3

Tab. 58: Häufigkeiten der Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation (Väter), in Abhängigkeit von der Dauer seit der Ersterkrankung der Mutter

Die Hierarchie auf der Geschwisterebene (Tab. 55-58) wird in der ersten Gruppe von fast der Hälfte (47,6%) und in der zweiten Gruppe von knapp zwei Dritteln (64,7%) der Personen als tief eingeschätzt. Eine mittlerer Kohäsion nehmen in der ersten Gruppe 42,9%, in der zweiten Gruppe 29,4% der Personen wahr. Als hoch-hierarchisch beurteilen in der ersten Gruppe nur zwei Personen (9,5%) – Mütter – , in der zweiten Gruppe nur eine Person, ein Kind.

8.2.1.4.4. Zusammenfassung

Auf der Familienebene zeigen Mitglieder aus Familien, in denen die Mutter vor unter drei Jahren zum ersten Mal erkrankt ist, einen deutlich höheren Anteil balancierter Beziehungsstrukturtypen als die Personen aus der zweiten Gruppe (Ersterkrankung vor über drei Jahren). Werden die Kohäsions- und die Hierarchiedimension einzeln betrachtet, so zeigt sich, dass es bei der Wahrnehmung der familiären Kohäsion keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen gibt, während die Mitglieder der zweiten Gruppe die Hierarchie auf der Familienebene deutlich häufiger als tief einschätzen. Am stärksten tritt dies bei den Kindern hervor. Zu den Generationengrenzen ergab sich folgendes: bei den Müttern und Kindern nehmen v.a. jene der ersten Gruppe intergenerationelle Koalitionen wahr, die Kinder sehen sich selbst am häufigsten in „doppelten“ Koalitionen. Im Gegensatz dazu sehen bei den Vätern eher jene der zweiten Gruppe Koalitionen, hier treten hauptsächlich Vater-Kind-Koalitionen auf. Hinsichtlich der Hierarchieumkehrungen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Auf der Paarebene zeigen beide Gruppen einen etwa gleich hohen Anteil balancierter Strukturen. Während die Mitglieder der ersten Gruppe jedoch zusätzlich eher unbalancierte Strukturen darstellen, treten in der zweiten Gruppen gehäuft labil-balancierte Strukturen auf. Die Kinder der zweiten Gruppe haben im Vergleich zur Gesamtstichprobe und zu ihren Eltern eine positiver Sicht der Paarbeziehung. Wie auf der Familienebene zeigen sich auf der Kohäsionsdimension nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, in der zweiten Gruppe schätzen jedoch die Mütter ihre Partnerschaft anders ein als die Väter: während die Hälfte der Mütter eine hoch-kohäsive Partnerschaft darstellt, tut dies nur ein Viertel der Väter, diese nehmen eher eine tiefe partnerschaftliche Kohäsion wahr. Bei der Hierarchie treten wiederum markante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zutage: die Hälfte der Personen der ersten Gruppe beurteilt die Paarbeziehung als tief-hierarchisch, während dies von der zweiten Gruppe weniger als ein Drittel tut. In der zweiten Gruppe wird die Paarbeziehung eher als mittel- oder gar hoch-hierarchisch

eingestuft. V.a. die Kinder der ersten Gruppe nehmen die Beziehung zwischen den Eltern als tief-hierarchisch wahr, von den Müttern tut dies keine.

Die Geschwisterbeziehung wird von den Mitgliedern der zweiten Gruppe gehäuft als balanciert dargestellt, während in der ersten Gruppe relativ oft labil-balancierte Strukturen auftreten. Im Gegensatz zur Paarbeziehung sind diese Unterschiede aber eher auf die Kohäsions- als auf die Hierarchiedimension zurückzuführen. Fast die Hälfte der Personen aus der ersten Gruppe beurteilen die Geschwisterbeziehung als tief-kohäsiv, während in der zweiten Gruppe diese zur Hälfte als hoch-kohäsiv eingestuft wird. Hinsichtlich der Hierarchie ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede, in der ersten Gruppe wird diese als tief oder mittel eingeschätzt, in der zweiten Gruppe hauptsächlich als tief.

8.2.2. Ideale Repräsentationen

8.2.2.1. Familienebene

8.2.2.1.1. Beschreibung

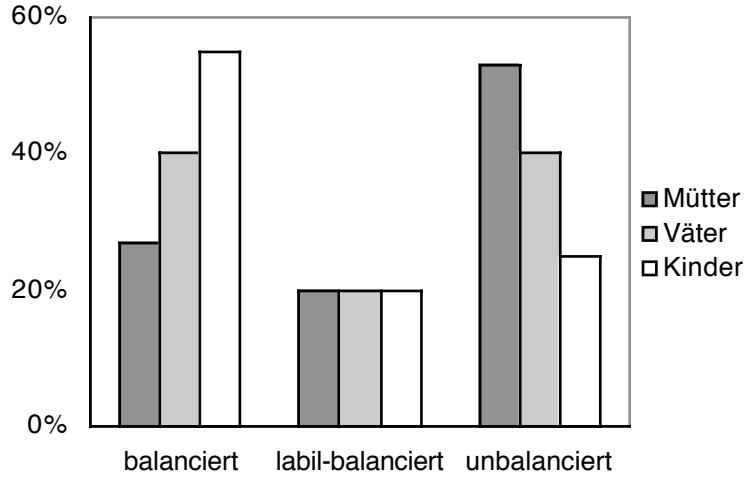


Abb. 17: Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, ideale Repräsentation

In den Wunschdarstellungen der Familiensituation (ideale Repräsentationen) fällt auf, dass ein grosser Anteil der Mütter (53,3%), aber auch viele Väter (40,0%) und Kinder (25,0%) sich auf der Familienebene unbalancierte Beziehungsstrukturen wünscht (Abb. 17, Tab. 59, nächst Seite). In den drei Gruppen der Familienmitglieder wünscht sich ein weiteres Fünftel (je 20,0% von Müttern, Vätern und Kindern) labil-balancierte Strukturen. Nur gerade 26,7% der Mütter hat die Wunschvorstellung einer „funktionalen“ Familie, d.h. einer, bei der die Beziehungsstrukturen

balanciert sind; bei den Vätern und Kindern beträgt dieser Anteil 40,0% bzw. 55,0%. Dieser Befund erscheint auf den ersten Blick sehr auffällig, wird aber klarer, wenn die einzelnen Dimensionen betrachtet werden.

	Beziehungsstrukturtypen, Familienebene, ideale Repr.					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	4	26,7	3	20,0	8	53,3
Väter (n=15)	6	40,0	3	20,0	6	40,0
Kinder (n=20)	11	55,0	4	20,0	5	25,0
Total (n=50)	21	42,0	10	20,0	19	38,0

Tab.59: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene, ideale Repräsentation

Der Wunsch der Familienmitglieder nach Beziehungsmustern, die durch grössere emotionale Nähe gekennzeichnet sind, wird aus Abb. 18 und Tab. 40 deutlich. 66,7% der Mütter, 53,3% der Väter und 65,0% der Kinder wünschen sich hoch-kohäsive familiäre Beziehungsmuster. Noch 26,7% der Mütter, ein Drittel der Väter (33,3%) und ein Fünftel der Kinder wünschen sich auf der Familie eine mittlerer Kohäsion, während nur eine Mutter (6,7%), zwei Väter (13,3%) und drei Kinder (15,0%) sich auf der Familienebene eine tiefe Kohäsion als ideal vorstellen.

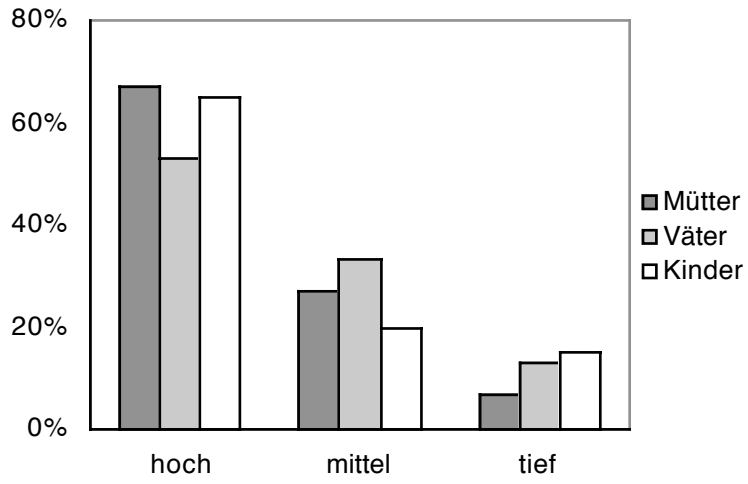


Abb. 18: Kohäsion auf der Familienebene, ideale Repräsentation

	Kohäsion, Familienebene, ideale Repr.					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	10	66,7	4	26,7	1	6,7
Väter (n=15)	8	53,3	5	33,3	2	13,3
Kinder (n=20)	13	65,0	4	20,0	3	15,0
Total (n=50)	31	62,0	13	26,0	6	12,0

Tab. 60: Häufigkeiten der Kohäsionsdimension auf der Familienebene, ideale Repräsentation

Abb. 19 und Tab. 61 (unten) zeigen die Wunschvorstellungen der Familienmitglieder hinsichtlich der familiären Hierarchie. V.a. die Eltern wünschen sich zum grösseren Teil eine tiefe Hierarchie (Mütter 73,3%, Väter 60,0%), der Rest (Mütter 26,7%, Väter 40,0%) sieht mittel-hierarchische Strukturen auf der Familienebene als Idealfall. Der hohe Anteil an tiefer Hierarchie bei den Eltern erklärt auch das häufigere Auftreten von unbalancierten Beziehungsstrukturtypen (vgl. Kap. 6.3.1.). Im Gegensatz zu den Eltern wünscht sich nur knapp mehr als ein Drittel (35,0%) der Kinder eine tiefe familiäre Hierarchie, die Mehrheit der Kinder (65,0%) wünschen sich mittel-hierarchische Strukturen.

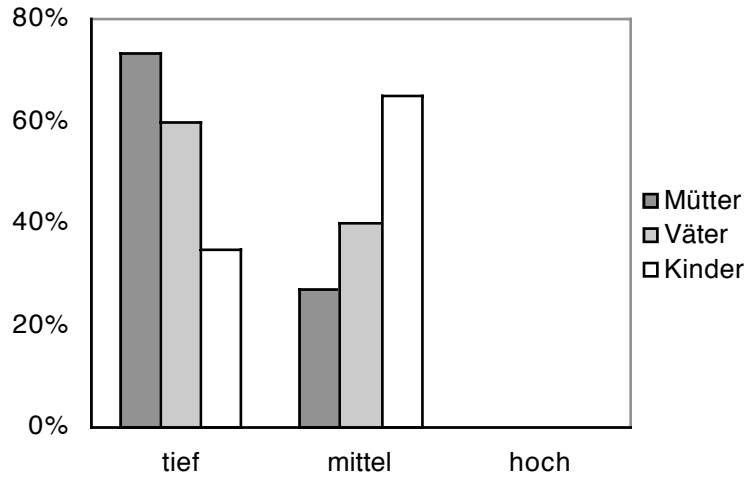


Abb. 19: Hierarchie auf der Familienebene, ideale Repräsentation

	Hierarchie, Familienebene, ideale Repr.					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	11	73,3	4	26,7	0	0
Väter (n=15)	9	60,0	6	40,0	0	0
Kinder (n=20)	7	35,0	13	65,0	0	0
Total (n=50)	27	54,0	23	46,0	0	0

Tab. 61: Häufigkeiten der Hierarchiedimension auf der Familienebene, ideale Repräsentation

8.2.2.1.2. Wahrnehmungsunterschiede

Beim Vergleich der Gruppen hinsichtlich der Kohäsions- und der Hierarchiedimension auf der Familienebene in den idealen Repräsentationen mittels Rangvarianzanalyse und Mann-Whitney-U-Tests (vgl. Anhang F/I) ergab sich nur ein signifikanter Gruppenunterschied, und zwar wiederum zwischen Müttern und Kindern bezüglich der idealen familiären Hierarchie (U=92,5, p=.027).

8.2.2.1.3. Veränderungswünsche

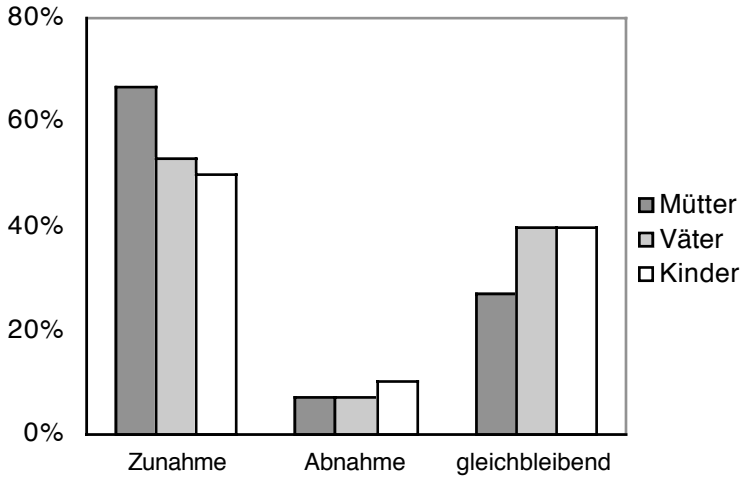


Abb. 20: Kohäsionsveränderung auf der Familienebene

	Kohäsionsveränderung auf der Familienebene					
	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	10	66,7	1	6,7	4	26,7
Väter (n=15)	8	53,3	1	6,7	6	40,0
Kinder (n=20)	10	50,0	2	10,0	8	40,0
Total (n=50)	28	56,0	4	8,0	18	36,0

Tab. 62: Veränderungswünsche bezüglich der Kohäsion auf der Familienebene, Vergleich der typischen mit den idealen Darstellungen

Aus Abb. 20 und Tab. 62 wird deutlich, dass die Familienmitglieder in Bezug auf die Veränderung der familiären Kohäsion ähnliche Wünsche haben. 66,7% der Mütter, 53,3% der Väter und die Hälfte der Kinder (50,0%) wünscht sich eine Zunahme der Kohäsion in der Familie, vier Mütter (26,7%), sechs Väter (40,0%) und acht Kinder (40,0%) sind mit der momentanen Situation zufrieden und wünschen sich keine Veränderung. Jeweils eine Mutter und ein Vater (je 6,7%) und zwei Kinder (10,0%) wünschen sich, dass die Kohäsion auf der Familienebene abnimmt.

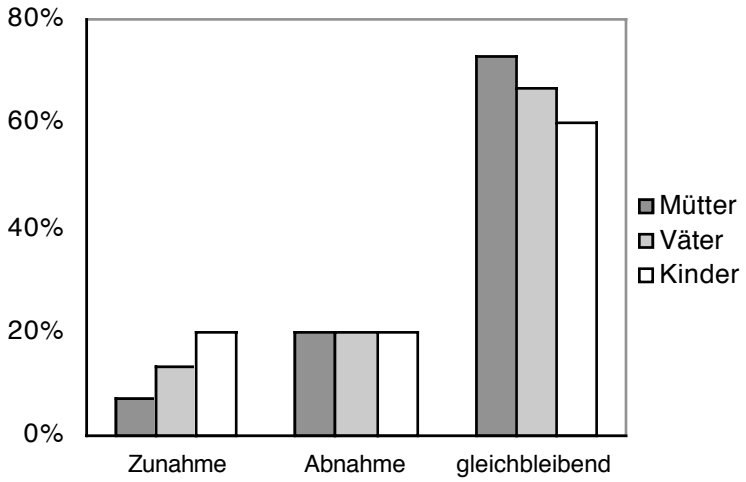


Abb. 21: Hierarchieveränderung auf der Familienebene

	Hierarchieveränderung auf der Familienebene					
	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	1	6,7	3	20,0	11	73,3
Väter (n=15)	2	13,3	3	20,0	10	66,7
Kinder (n=20)	4	20,0	4	20,0	12	60,0
Total (n=50)	7	14,0	10	20,0	33	60,0

Tab. 63: Veränderungswünsche bezüglich der Hierarchie auf der Familienebene, Vergleich der typischen mit den idealen Darstellungen

Im Vergleich mit der Kohäsionsdimension unproblematischer, d.h. von weniger Veränderungswünschen betroffen, scheint die Dimension der familiären Hierarchie zu sein (Abb. 21, Tab. 63). 73,3% der Mütter, 66,7% der Väter und 60,0% der Kinder sind mit der momentanen Situtation zufrieden und wünschen sich keine Veänderung. Eine Abnahme wünscht sich je ein Fünftel der Mütter, Väter und Kinder (je 20,0%). Nur eine Mutter (6,7%) möchte, dass die familiäre Hierarchie zunimmt, bei den Vätern sind es zwei (13,3%) und bei den Kindern immerhin vier (20,0%).

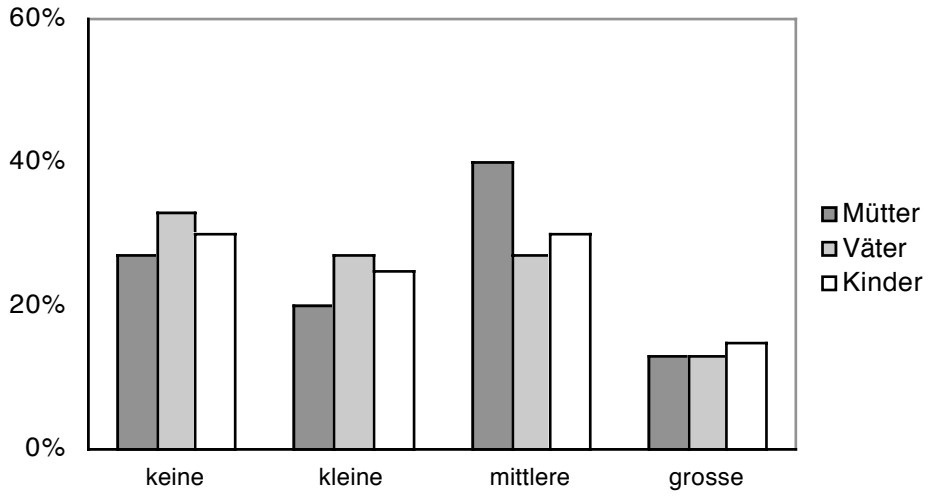


Abb. 22: Grösse der Veränderungswünsche bez. der Gesamtfamilie

	Grösse der Veränderungswünsche, Familienebene							
	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	4	26,7	3	20,0	6	40,0	2	13,3
Väter (n=15)	5	33,3	4	26,7	4	26,7	2	13,3
Kinder (n=20)	6	30,0	5	25,0	6	30,0	3	15,0
Total (n=50)	15	30,0	12	24,0	16	32,0	7	14,0

Tab. 64: Häufigkeiten der Grösse der Veränderungswünsche bez. der Gesamtfamilie (Beziehungsstrukturtyp)

Aus Abb. 22 (letzte Seite) und Tab. 64 wird ersichtlich, dass insgesamt ein knappes Drittel der Gesamtstichprobe (30,0%) keine Veränderung der momentanen familiären Situtation wünscht, wobei der Anteil der Väter (33,3%) etwas höher ist als jener der Mütter (26,7%) und Kinder (30,0%). Ein Fünftel der Mütter (20,0%) und etwas mehr Väter (26,7%) und Kinder (25,0%) haben kleine Veränderungswünsche; mittlere Veränderungswünsche haben 40,0% der Mütter, 26,7% der Väter und 30,0% der Kinder. Grosse Wünsche nach Veränderung der familiären Beziehungsmuster zeigen nur je zwei Mütter und Väter (je 13,3%) und drei Kinder (15,0%).

8.2.2.1.4. Generationengrenzen

Die Mehrheit der befragten Personen wünscht sich für die ideale Familiensituation keine intergenerationellen Koalitionen (Abb. 23, Tab. 65, nächste Seite). Bei den Müttern sind es 86,7%, bei den Vätern 73,3% und bei den Kindern 65,0%. Je eine Mutter (je 6,7%) wünscht sich eine Vater-Kind- oder eine doppelte Koalition; je ein Vater (je 6,7%) wünscht sich eine Mutter-Kind- oder eine Vater-Kind-Koalition und zwei Väter (13,3%) wünschen sich eine doppelte Koalition. Mehr als ein Drittel der Kinder (35,0%) stellt sich eine Familienstruktur mit einer doppelten Koalition – d.h. ein oder mehrere Kinder stehen „zwischen“ den Eltern – als ideal vor.

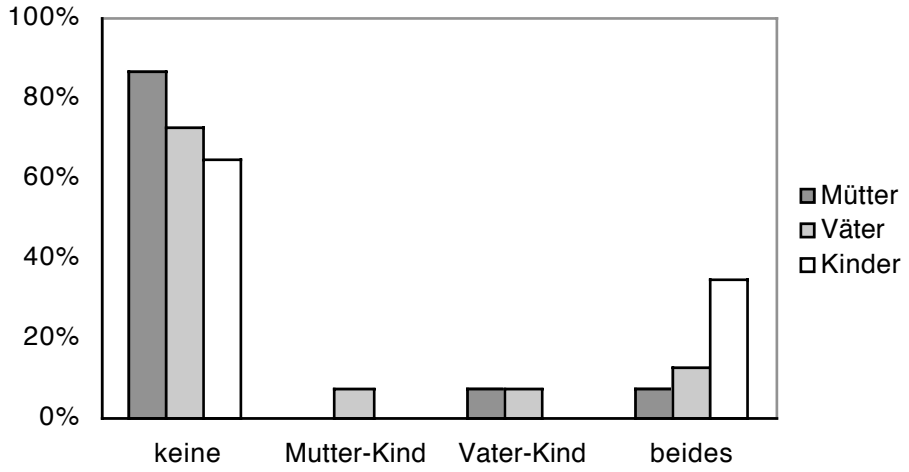


Abb. 23: Intergenerationelle Koalitionen, ideale Repräsentation

	Intergenerationelle Koalitionen, ideale Repr.							
	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	13	86,7	0	0	1	6,7	1	6,7
Väter (n=15)	11	73,3	1	6,7	1	6,7	2	13,3
Kinder (n=20)	13	65,0	0	0	0	0	7	35,0
Total (n=50)	37	74,0	1	2,0	2	4,0	10	20,0

Tab. 65: Häufigkeiten der intergenerationellen Koalitionen, ideale Repräsentation

Im Vergleich mit dem Wunsch der Familienmitglieder nach intergenerationellen Koalitionen sind die Idealvorstellungen hinsichtlich familiärer Hierarchieumkehrungen (Abb. 24, Tab. 66, nächste Seite) eindeutig: der grösste Teil der Mütter (93,3%), alle Väter (100,0%) und alle bis auf zwei Kinder (90,0%) wünschen sich klare hierarchische Strukturen in der Familie. Eine Mutter wünscht sich eine Mutter-Kind-Hierarchieumkehrung, und je ein Kind (je 5,0%) wünscht sich eine Vater-Kind- bzw. eine doppelte Hierarchieumkehrung.

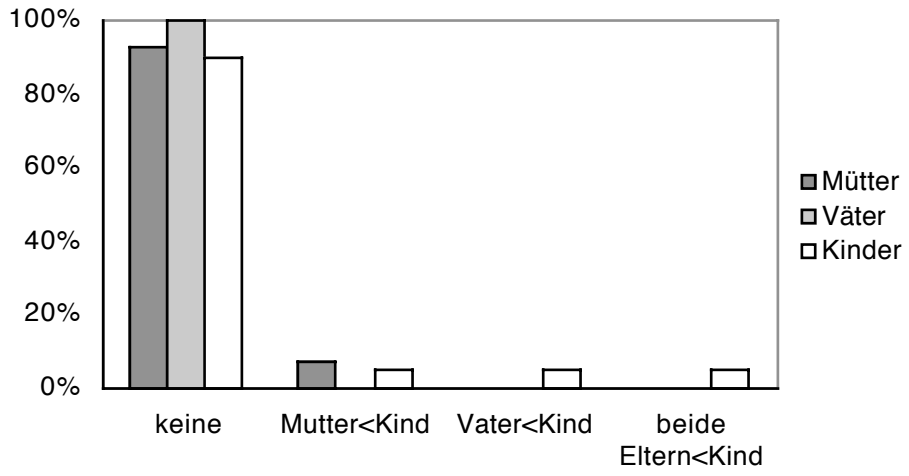


Abb. 24: Hierarchieumkehrungen, ideale Repräsentation

	Hierarchieumkehrungen, ideale Repr.							
	keine		Mutter<Kind		Vater>Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	14	93,3	1	6,7	0	0	0	0
Väter (n=15)	15	100,0	0	0	0	0	0	0
Kinder (n=20)	18	90,0	0	0	1	5,0	1	5,0
Total (n=50)	47	94,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0

Tab. 66: Häufigkeiten der Hierarchieumkehrungen, ideale Repräsentation

8.2.2.1.5. Zusammenfassung

In den idealen FAST-Darstellungen ist zwar der Anteil balancierter Beziehungsstrukturtypen auf der Familienebene höher als in den typischen Darstellungen, jedoch zeigen noch immer ein substantieller Teil der Familienmitglieder labil-balancierte und unbalancierte Strukturen. Wiederum ist das Muster bei den Müttern am deutlichsten. Dieser Befund erscheint auf den ersten Blick problematisch, bei der Betrachtung der Kohäsionsdimension wird jedoch deutlich, dass der hohe Anteil unbalancierter Beziehungsstrukturtypen nicht auf eine generell dysfunktionale Wahrnehmung und Darstellung von Familienstrukturen zurückzuführen ist. Die meisten Familienmitglieder wünschen sich nämlich für ihre Familie hoch- oder mittel-kohäsive

Beziehungen, besonders deutllich wird dies bei den Müttern und Kindern. Hingegen kann das Auftreten unbalancierter Beziehungsmuster mit dem hohen Anteil an tiefer Hierarchie bei Müttern und Vätern gut erklärt werden. V.a. die Mütter, aber auch über zwei Drittel der Väter wünschen sich eine tiefe familiäre Hierarchie. Im Gegensatz dazu stehen die Kinder, welche sich eher mittel-hierarchische Beziehungsstrukturen wünschen.

Wieder liess sich trotz Häufigkeitsunterschieden zwischen Mütttern, Vätern und Kindern nur ein signifikanter Wahrnehmungsunterschied zwischen zwei Gruppen finden und zwar zwischen Müttern und Kindern hinsichtlich der idealen familiären Hierarchie.

Beim Wunsch nach der Veränderung der Kohäsion auf der Familienebene zeigt sich, dass über zwei Drittel der Mütter und die Hälfte der Väter und Kinder sich eine Zunahme der Kohäsion wünschen. Die anderen möchten, dass sich die familiäre Kohäsion nicht ändert und nur ganz wenige Personen wünschen sich eine Abnahme der Kohäsion. Der grössere Teil der befragten Personen wünscht sich keine Änderung der familiären Hierarchie. Ein Fünftel der Personen in allen Gruppen wünscht sich eine Abnahme, und immerhin ein weiteres Fünftel der Kinder sieht eine Zunahme der familiären Hierarchie als ideal an.

Deutlich ist auch der Wunsch der meisten Familienmitglieder nach klaren Generationengrenzen. Nur ein kleiner Teil der befragten erwachsenen Personen wünscht sich für die Familie intergenerationelle Koalitionen; die idealen Darstellungen der Kinder weisen allerdings zu einem guten Drittel doppelte Koalitionen auf. Noch eindeutiger sind die Befunde bei den Hierarchieumkehrungen, hier zeigen nur gerade drei Personen den Wunsch nach einer Hierarchieumkehrung.

8.2.2.2. Paarebene

8.2.2.2.1. Beschreibung

Abb. 25 und Tab. 67 zeigen, dass fast drei Viertel der Mütter und Väter (je 73,3%) sich für ihre Partnerschaft balancierte Strukturen wünschen. Immerhin noch knapp ein Viertel beider Gruppen (je 26,7%) wünscht sich jedoch labil-balancierte oder unbalancierte Strukturen. 60,0% der Kinder möchten eine balancierte Beziehung zwischen ihren Eltern (10,0% weniger als in den typischen Repräsentationen), je ein Fünftel (je 20,0%) wünscht sich labil-balancierte oder unbalancierte Strukturen.

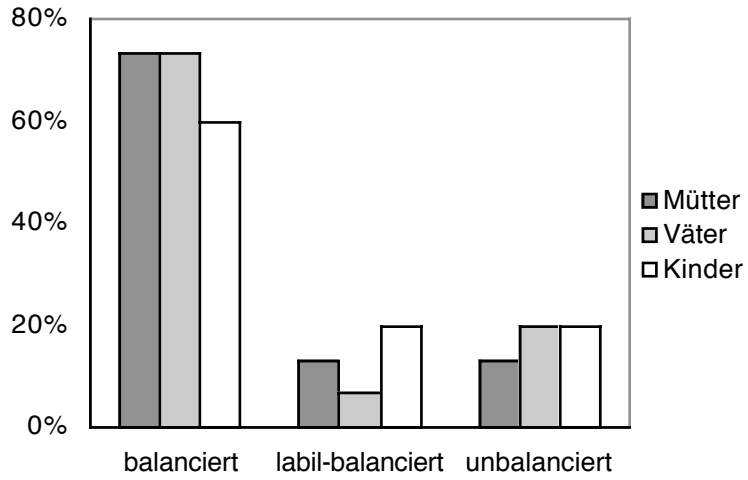


Abb. 25: Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene, ideale Repräsentation

	Beziehungsstrukturtypen, **Paarebene, ideale Repr.**					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	11	73,3	2	13,3	2	13,3
Väter (n=15)	11	73,3	1	6,7	3	20,0
Kinder (n=20)	12	60,0	4	20,0	4	20,0
Total (n=50)	34	68,0	7	14,0	9	18,0

Tab. 67: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Paarebene, ideale Repräsentation

80,0% der Mütter wünschen sich eine hoch-kohäsive Partnerschaft, zwei (13,3%) beurteilen eine mittlere und eine Mutter (6,7%) eine tiefe Kohäsion für die Beziehung zum Partner als ideal (Abb. 26, Tab. 68, nächste Seite). Bei den Vätern sind es 73,3%, welche in sich eine hohe Paar-Kohäsion wünschen, ein Vater (6,8%) sieht eine mittlere Kohäsion als ideal an und immerhin drei Väter möchten eine tiefe Kohäsion zwischen sich und ihrer Partnerin. Von den Kindern wünscht sich nur etwas mehr als die Hälfte (55,0%) eine hohe Kohäsion auf der Paarebene, ein Viertel (25,0%) schätzt eine mittlere und ein weiteres Fünftel (20,0%) eine tiefe Kohäsion zwischen den Eltern als ideal ein.

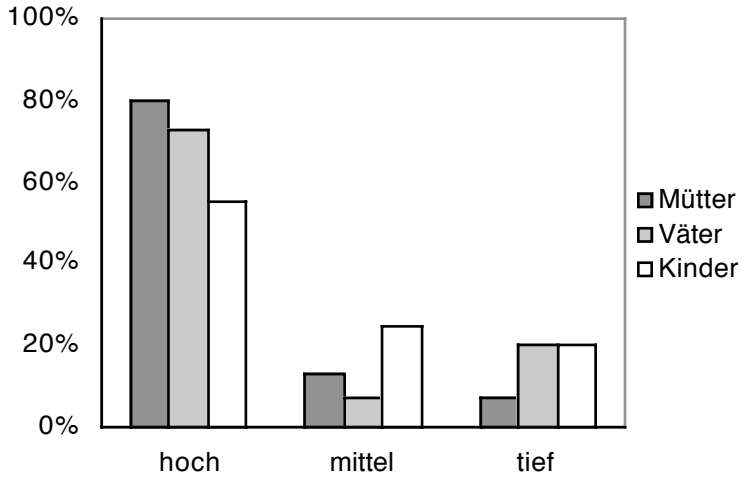


Abb. 26: Kohäsion auf der Paarebene, ideale Repräsentation

	Kohäsion, **Paarebene, ideale Repr.**					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	12	80,0	2	13,3	1	6,7
Väter (n=15)	11	73,3	1	6,7	3	20,0
Kinder (n=20)	11	55,0	5	25,0	4	20,0
Total (n=50)	34	68,0	8	16,0	8	16,0

Tab. 68: Häufigkeiten der Kohäsionsdimension auf der Paarebene, ideale Repräsentation

Abb. 27 und Tab. 69 (nächste Seite) zeigen, dass der Grossteil der befragten Personen sich eine tief-hierarchische Paarbeziehung wünschen. Von den Müttern tun dies 80,0%, während zwei Mütter (13,3%) sich eine mittlere und eine Mutter sich eine hohe Hierarchie in der Partnerschaft wünscht. Auch von den Vätern möchte die Mehrheit (86,7%) eine tiefe Hierarchie in der Beziehung, zwei Väter (13,3%) schätzen eine mittlere Hierarchie als ideal ein. Eine tiefe Hierarchie auf der Paarebene wünschen sich 85,0% der Kinder, 10,0% bzw. 5,0% sehen als Idealfall eine mittlere oder hohe Hierarchie.

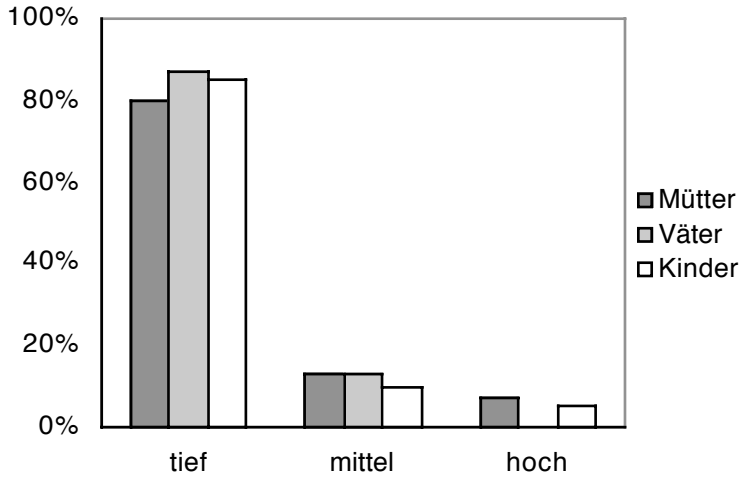


Abb. 27: Hierarchie auf der Paarebene, ideale Repräsentation

	Hierarchie, **Paarebene, ideale Repr.**					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	12	80,0	2	13,3	1	6,7
Väter (n=15)	13	86,7	2	13,3	0	0
Kinder (n=20)	17	85,0	2	10,0	1	5,0
Total (n=50)	42	84,0	6	12,0	2	4,0

Tab. 69: Häufigkeiten der Hierarchiedimension auf der Paarebene, ideale Repräsentation

8.2.2.2.2. Wahrnehmungsunterschiede

Zwischen den Gruppen der Mütter, Väter und Kinder liessen sich für die Paarebene weder auf der Kohäsions- noch auf der Hierarchieebene signifikante Wahrnehmungsunterschiede finden (vgl. Anhang G/I).

8.2.2.2.3. Veränderungswünsche

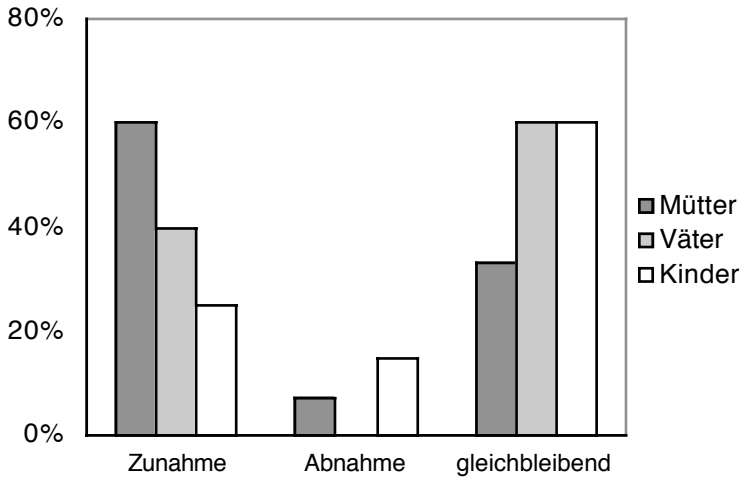


Abb. 28: Kohäsionsveränderung auf der Paarebene

	Kohäsionsveränderung auf der Paarebene					
	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	9	60,0	1	6,7	5	33,3
Väter (n=15)	6	40,0	0	0	9	60,0
Kinder (n=20)	5	25,0	3	15,0	12	60,0
Total (n=50)	20	40,0	4	8,0	26	52,0

Tab. 70: Veränderungswünsche bezüglich der Kohäsion auf der Paarebene, Vergleich der typischen mit den idealen Darstellungen

Aus Abb. 28 und Tab. 70 wird deutlich, dass v.a. die Mütter (60,0%) sich eine Zunahme der Kohäsion auf der Paarebene wünschen. Nur eine Mutter (6,7%) möchte, dass die Kohäsion abnimmt, und ein Drittel (33,3%) wünscht sich keine Veränderung. Im Gegensatz dazu ist der grössere Teil der Väter (60,0%) mit der Paar-Kohäsion zufrieden, der Rest wünscht sich eine Zunahme (40,0%). Auch die Kinder scheinen mit der emotionalen Nähe zwischen den Eltern zufrieden zu sein, 60,0% haben hier keine Veränderungswünsche. Immerhin noch drei Kinder

(15,0%) wünschen sich eine Abnahme der Kohäsion auf der Paarebene, ein Viertel (25,0%) möchte eine Zunahme.

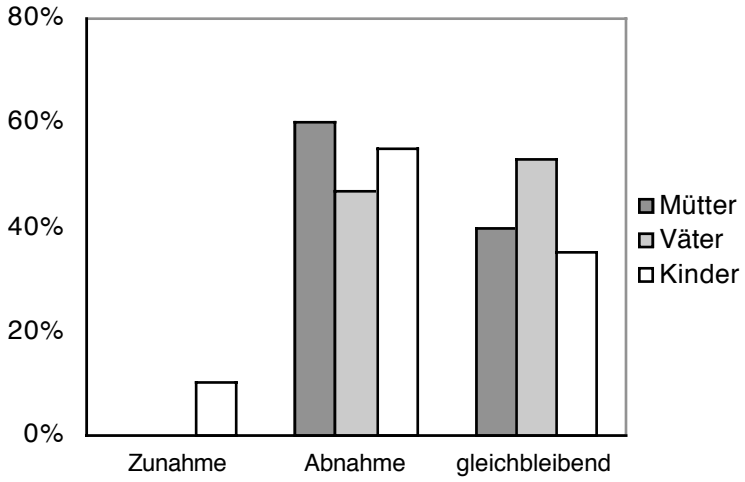


Abb. 29: Hierarchieveränderung auf der Paarebene

	Hierarchieveränderung auf der Paarebene					
	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	0	0	9	60,0	6	40,0
Väter (n=15)	0	0	7	46,7	8	53,3
Kinder (n=20)	2	10,0	11	55,0	7	35,0
Total (n=50)	2	4,0	27	54,0	21	42,0

Tab. 71: Veränderungswünsche bezüglich der Hierarchie auf der Paarebene, Vergleich der typischen mit den idealen Darstellungen

Auch hinsichtlich der Veränderung der Hierarchie auf der Paarebene haben die Mütter die ausgeprägteren Wünsche (Abb. 29, Tab. 71), 60,0% wünschen sich eine Abnahme der Hierarchie in der Paarbeziehung, während die restlichen Mütter (40,0%) mit der Situation zufrieden sind. Von den Vätern wünschen sich 46,7% eine Hierarchieabnahme, 53,3% möchten keine Veränderung. Zwei Kinder (10,0%) möchten, dass die Hierarchie zwischen den Eltern zunimmt, elf Kinder (55,0%) wünschen sich eine Abnahme der Hierarchie und die restlichen sieben (35,0%) wünschen keine Veränderung.

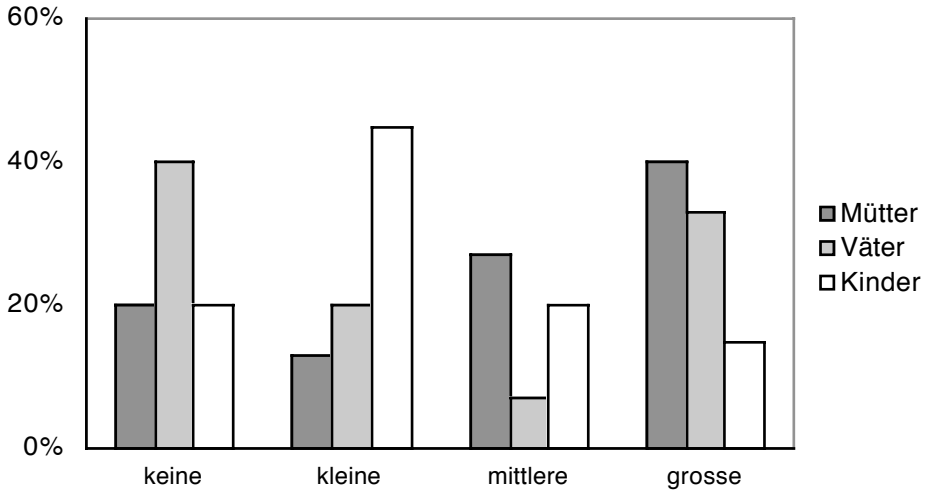


Abb. 30: Grösse der Veränderungswünsche bez. des Paares

	Grösse der Veränderungswünsche, Paarebene							
	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=15)	3	20,0	2	13,3	4	26,7	6	40,0
Väter (n=15)	6	40,0	3	20,0	1	6,7	5	33,3
Kinder (n=20)	4	20,0	9	45,0	4	20,0	3	15,0
Total (n=50)	13	26,0	14	28,0	9	18,0	14	28,0

Tab. 72: Grösse der Veränderungswünsche bez. der Paarebene

Im Vergleich mit der Familienebene sind die Veränderungswünsche hinsichtlich der Paarebene ausgeprägter (Abb. 30, Tab. 72). Nur ein Fünftel (je 20,0%) der Mütter und Kinder sind mit der momentanen Situation zufrieden, bei den Vätern sind es mit 40,0% schon deutlich mehr. Zwei Mütter (13,3%), drei Väter und fast die Hälfte der Kinder (45,0%) wünschen sich für die Paarbeziehung nur kleine Veränderungen. Mittelgrosse Veränderungwünsche zeigen 26,7% der Mütter, ein Vater (6,7%) und ein Fünftel der Kinder (20,0%). Immerhin 40,0% der Mütter wünschen sich für ihre Partnerschaft grosse Veränderungen, von den Vätern tut dies ein Drittel (33,3%) und von den Kindern noch 15,0%.

8.2.2.2.5. Zusammenfassung

Wie schon auf der Familienebene zeigt sich auch auf der Paareebene in den idealen FAST-Darstellungen bei allen Familienmitgliedern zwar ein höherer Anteil balancierter Beziehungsstrukturtypen, aber es zeigen auch noch relativ viele der befragten Personen labil-balancierte und unbalancierte Strukturen. Interessanterweise sind es in diesem Fall die Kinder, welche sich auf den ersten Blick „dysfunktionale" Muster für die Paarbeziehung wünschen. Auf der Kohäsionsdimension zeigen einmal mehr die Mütter am deutlichsten den Wunsch nach hoch-kohäsiven Beziehungen, bei den Väter ist dieses Muster etwas weniger deutlich und von den Kindern wünschen sich ein Viertel bzw. ein Fünftel nur mittel- oder gar tief-kohäsive Beziehungen zwischen ihren Eltern. Der grösste Teil aller befragten Familienmitglieder zeigt in den idealen Darstellungen tief-hierarchische Strukturen auf der Paarebene, während nur wenige mittel- und insgesamt nur zwei Personen eine hoch-hierarchische Struktur zeigen.
Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Gruppen liessen sich weder für die Kohäsions- noch für die Hierarchiedimension eruieren. Beim Wunsch nach Veränderung zeigen auch hier wieder die Mütter am deutlichsten ihr Bedürfnis nach eine Zunahme der Kohäsion, nur ein Drittel wünscht sich keine Veränderung. Der grössere Teil der Väter ist mit der momentanen Situation zufrieden ist, die anderen möchten, dass die Kohäsion zunimmt. Von den Kindern wünscht sich ein Viertel eine Kohäsionszunahme, die restlichen sind bis auf drei, die sich eine Abnahme wünschen, zufrieden mit der Situation. Auf der Hierarchiedimenion wünscht sich die Mehrheit der Mütter eine Abnahme, bei den Vätern sind es etwas weniger als die Hälfte. Von den Erwachsenen möchte keine eine Zunahme der Hierarchie, bei den Kindern tun dies zwei, während über die Hälfte sich eine Abnahme der Hierarchie wünscht.

8.2.2.3. Geschwisterebene

8.2.2.3.1. Beschreibung

Auf der Geschwisterebene zeigt die Mehrheit der befragten Personen (Mütter und Väter je 63,6%, Kinder 75,0%) balancierte Beziehungsstrukturtypen (Abb. 31, Tab. 73, nächste Seite). Immerhin noch je zwei Mütter (je 18,2%) und drei bzw. ein Vater (27,3% bzw. 9,1%) stellen die Beziehungsstrukturen auf der Geschwisterebene als labil-balanciert oder unbalanciert dar. Auch von den Kindern tun dies je zwei (je 12,5%).

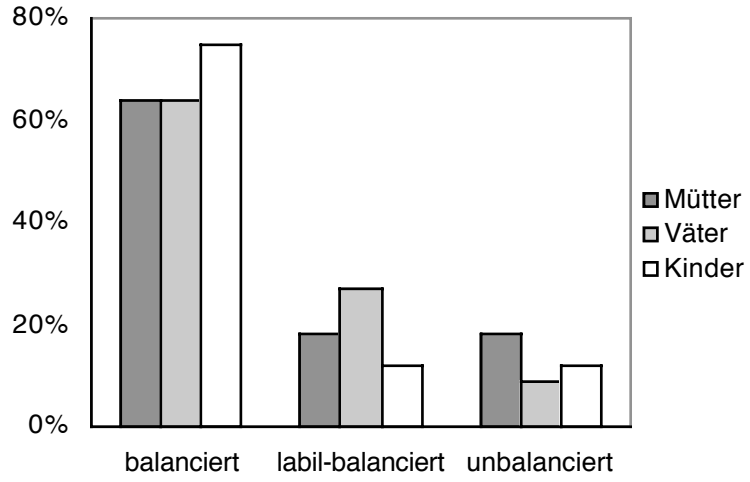


Abb. 31: Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

	Beziehungsstrukturtypen, Geschwisterebene, ideale Repr.					
	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	7	63,6	2	18,2	2	18,2
Väter (n=11)	7	63,6	3	27,3	1	9,1
Kinder (n=16)	12	75,0	2	12,5	2	12,5
Total (n=38)	26	68,4	7	18,4	5	13,2

Tab. 73: Häufigkeiten der Beziehungsstrukturtypen auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

Knapp zwei Drittel der Mütter und Väter (je 63,6%) sowie der Kinder (62,5%) beurteilen eine hohe Kohäsion als ideal zwischen den Geschwistern (Abb. 32, Tab. 74). Je zwei Mütter und Väter (je 18,2%) stellen eine mittlere bzw. tiefe Kohäsion dar, während von den Kindern ein knappes Drittel (31,3%) eine mittlere und nur ein Kind (6,3%) eine tiefe Kohäsion für ideal hält.

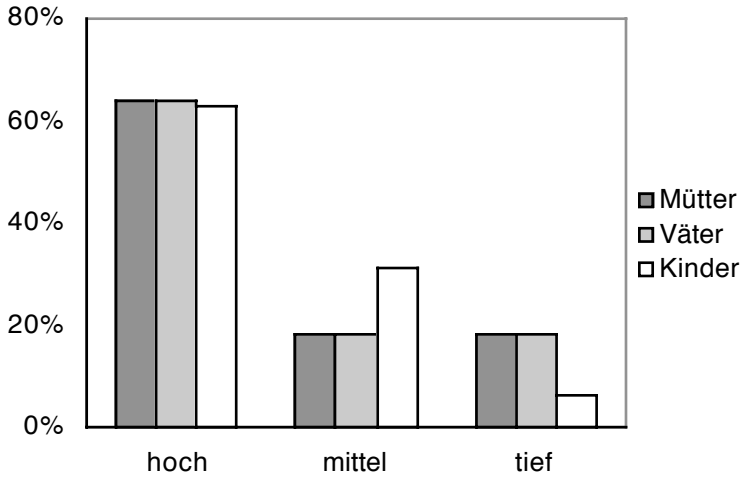


Abb. 32. Kohäsion auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

	Kohäsion, **Geschwisterebene, ideale Repr.**					
	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	7	63,6	2	18,2	2	18,2
Väter (n=11)	7	63,3	2	18,2	2	18,2
Kinder (n=16)	10	62,5	5	31,3	1	6,3
Total (n=38)	24	63,2	9	23,7	5	13,2

Tab. 74: Häufigkeiten der Kohäsionsdimension auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

Ausnahmslos alle Mütter (100,0%) und fast alle Väter (91,0%) halten eine tiefe Hiearchie zwischen den Geschwistern für ideal; ein Vater (9,1%) zeigt eine mittlere Geschwisterhierarchie (Abb. 33, Tab. 75, nächste Seite). 62,5% der Kinder stellen ebenfalls eine tiefe Hierarchie als ideal dar, eine weiteres knappes Drittel (31,3%) eine mittlere und ein Kind (6,3%) eine hohe Geschwisterhierarchie.

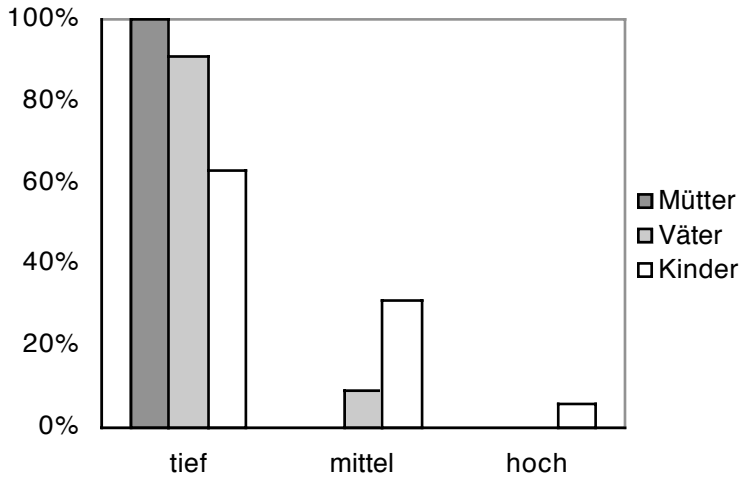


Abb. 33: Hierarchie auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

	Hierarchie, **Geschwisterebene, ideale Repr.**					
	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	11	100,0	0	0	0	0
Väter (n=11	10	90,9	1	9,1	0	0
Kinder (n=16)	10	62,5	5	31,3	1	6,3
Total (n=38	31	81,6	6	15,8	1	2,6

Tab.75: Häufigkeiten der Hierarchiedimension auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

8.2.2.3.2. Wahrnehmungsunterschiede

Die zur Feststellung von Wahrnehmungsunterschieden durchgeführte Rangvarianzanalysen (Kruskal-Wallis-Oneway-ANOVA, vgl. Anhang H/I) zeigte hinsichtlich der Hierarchie auf der Geschwisterebene ein auf dem 5%-Niveau signifikantes Resultat (χ^2=6,875, *df*=2, *p*=.032). Der Vergleich der Einzelgruppen mittels Mann-Whitney-U-Tests zeigte, dass sich wiederum Mütter und Kinder in ihrer Ansicht signifikant unterscheiden (*U*=55,0, *p*=.024). Der Vergleich Väter-Kinder ergab einen Wahrnehmungsunterschied im Trendstärkenbereich (*U*=62,5, *p*=.099).

8.2.2.3.3. Veränderungswünsche

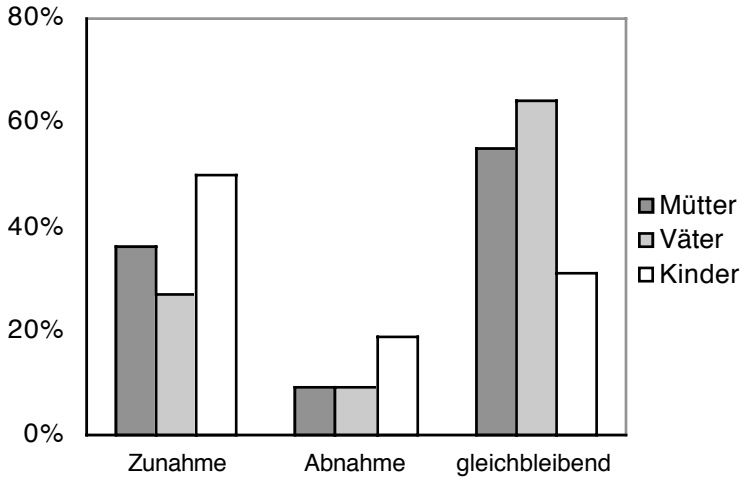


Abb. 34: Kohäsionsveränderung auf der Geschwisterebene

	Kohäsionsveränderung auf der Geschwisterebene					
	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	4	36,4	1	9,1	6	54,5
Väter (n=11)	3	27,3	1	9,1	7	63,6
Kinder (n=16)	8	50,0	3	18,8	5	31,3
Total (n=38)	15	39,5	5	13,2	18	47,4

Tab. 76: Veränderungswünsche bezüglich der Kohäsion auf der Geschwisterebene, Vergleich der typischen mit den idealen Darstellungen

Wie Abb. 34 und Tab. 76 zeigen, wünschen sich 36,4% der Mütter und 27,3% der Väter eine Zunahme der Kohäsion auf der Geschwisterebene; bei den Kindern beträgt dieser Anteil 50,0%. Eine Abnahme wünschen sich je eine Mutter und ein Vater (je 9,1%) sowie drei Kindern (18,8%). Etwas über die Hälfte der Mütter (54,5%), 63,6% der Väter und nur 31,3% der Kinder ist mit der momentanen Situation zufrieden.

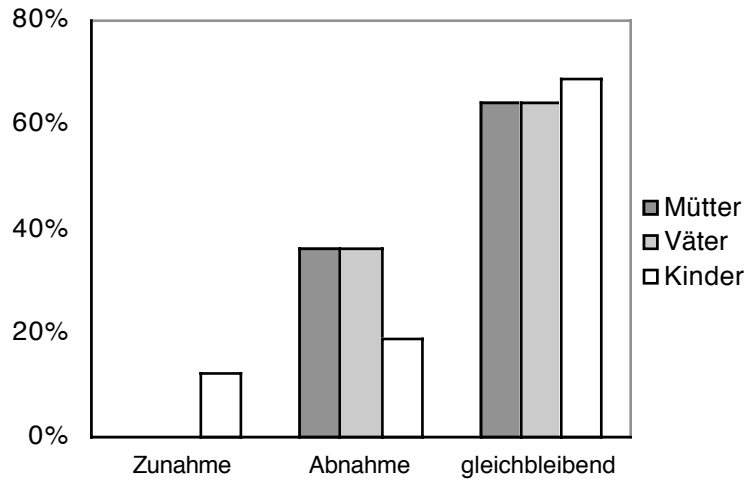


Abb. 35: Hierarchieveränderung auf der Geschwisterebene

	Hierarchieveränderung auf der Geschwisterebene					
	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	0	0	4	36,4	7	63,6
Väter (n=11)	0	0	4	36,4	7	63,6
Kinder (n=16)	2	12,5	3	18,8	11	68,8
Total (n=38)	2	5,3	11	28,9	25	65,8

Tab. 77: Veränderungswünsche bezüglich der Hierarchie auf der Geschwisterebene, Vergleich der typischen mit den idealen Darstellungen

Weder Mütter noch Väter wünschen sich eine Zunahme der Hierarchie auf der Geschwisterebene (Abb. 35, Tab. 77), von den Kindern tun dies zwei (12,5%). Je vier Mütter und Väter (je 36,4%) und drei Kinder (18,8%) wünschen sich eine Abnahme der geschwisterlichen Hierarchie; je sieben Mütter und Väter (je 63,6%) sowie mehr als zwei Drittel der Kinder (68,8%) halten die momentane Situation für befriedigend.

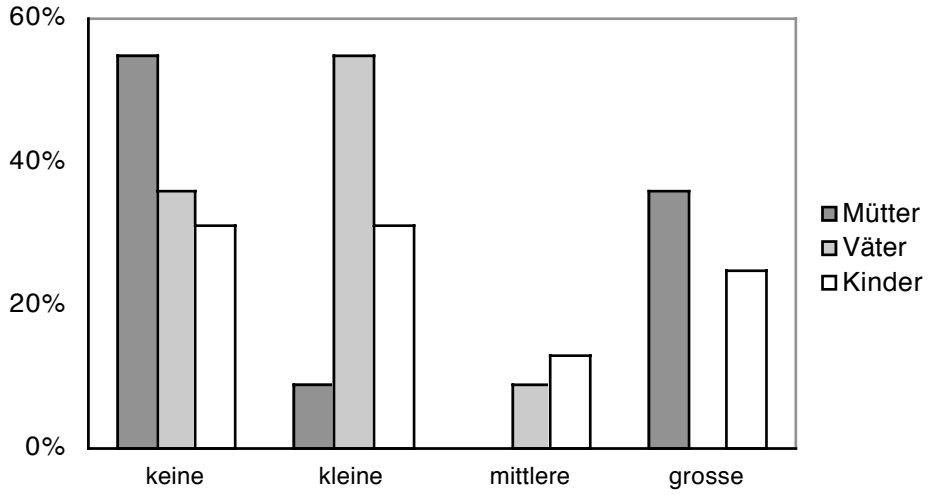


Abb. 36: Grösse der Veränderungswünsche bez. der Geschwister

	Grösse der Veränderungswünsche, Geschwisterebene							
	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mütter (n=11)	6	54,5	1	9,1	0	0	4	36,4
Väter (n=11)	4	36,4	6	54,5	1	9,1	0	0
Kinder (n=16)	5	31,3	5	31,3	2	12,5	4	25,0
Total (n=38)	15	39,5	12	31,6	3	7,9	8	21,1

Tab. 78: Grösse der Veränderungswünsche bez. der Geschwisterebene

Aus Abb. 36 und Tab. 70 wird ersichtlich, dass von den Müttern über die Hälfte (54,5%) keine Veränderungswünsche hinsichtlich der Beziehungsmuster ihrer Kinder haben. Eine Mutter (9,1%) wünscht sich kleine Veränderungen und immerhin etwas mehr als eine Drittel (36,4%) möchte grosse Veränderungen. Kein Wunsch nach Veränderung der Geschwisterbeziehungen zeigen 36,4% der Väter, während sich etwas mehr als die Hälfte (54,5%) kleine und ein Vater (9,1%) mittlere Veränderungen wünscht. Weniger als ein Drittel der Kinder (31,3%) sind mit den Beziehungen zu ihren Geschwistern zufrieden, ein weiteres Drittel wünscht sich kleine Veränderungen. Mittlere Veränderungen wünschen sich zwei Kinder (12,5%) und noch ein Viertel (25,0%) möchte grosse Veränderungen.

8.2.2.3.4. Zusammenfassung

Wie schon für das Familiensystem und das Paarsubsystem zeigen in den idealen FAST-Darstellungen alle Familienmitglieder einen grösseren Anteil balancierter Strukturen für die Geschwisterbeziehungen als in den typischen Darstellungen, während immer noch einige labil-balancierte bzw. unbalancierte Strukturen zeigt. Balancierte Geschwisterbeziehungen stellen jeweils rund zwei Drittel der Mütter und Väter und drei Viertel der Kinder als ideal dar. In allen drei Gruppen wünschen sich knapp zwei Drittel der befragten Personen hoch-kohäsive Beziehungsmuster für das Geschwistersubsystem. Während alle Mütter und alle bis auf einen Vater eine tiefe Hierarchie zwischen den Kindern als ideal darstellen, tun dies nur zwei Drittel der Kinder, der Rest wünscht sich eine mittlere Hierarchie und ein Kind sogar ein hohe Hierarchie.

Entsprechend sind Wahrnehmungsunterschiede hinsichtlich dieser Dimension festzustellen, was sich nicht nur in einem signifikanten Resultat der Rangvarianzanalyse niederschlägt, sondern auch in einem signifikanten Unterschied zwischen Müttern und Kindern und einem Unterschied in Trendstärke zwischen Vätern und Kindern.

Die ausgeprägtesten Veränderungswünsche für das Geschwistersubsystem haben die Kinder. Die Hälfte von ihnen wünscht sich eine Zunahme der Kohäsion, ein Drittel ist mit der Situation zufrieden und drei Kinder wünschen sich eine Abnahme der Kohäsion. Von den Müttern und Vätern haben etwas mehr als die Hälfte bzw. etwa zwei Drittel keine Wünsche hinsichtlich der geschwisterlichen Kohäsion, in beiden Gruppen wünscht sich je eine Person eine Kohäsionsabnahme und der Rest eine Zunahme. Eine Zunahme der geschwisterlichen Hierarchie wünschen sich zwei Kinder, ein Fünftel möchte eine Abnahme. Ebenfalls eine Abnahme der Hierarchie im Geschwistersubsystem wünschen sich je etwas mehr als ein Drittel der Mütter und Väter.

8.3. Nachbefragung zum FAST

Im Zusammenhang mit den FAST-Darstellungen wurde mit allen befragten Familienmitgliedern auch noch die dazugehörende Nachbefragung duchgeführt. Wie sich herausstellte, fiel es vielen Personen, insbesondere den Kindern, schwer die Fragen zu beantworten, was auch eine systematische inhaltliche Auswertung der Fragen verunmöglichte. Andererseits bildeten die Nachbefragungen auch die Basis zu persönlicheren Gesprächen, im Laufe derer sich viele interessante Hinweise auf die Interpretation der FAST-Darstellungen sowie auch allgemeine Informationen über die Familie und ihren Umgang mit der psychischen Erkrankung der Mutter

ergaben. Im folgenden sollen die Befunde der Nachbefragung zusammengefasst und zwecks besserem Verständnis mit einzelnen Aussagen exemplarisch ergänzt werden.

8.3.1. Typische Repräsentationen

Die erste Frage zur typischen Repräsentation – ob die Darstellung eine konkrete Situation zeige – wurde von praktisch allen befragten Personen verneint und erklärt, dass es sich mehr um eine allgemeine Einschätzung der momentan typischen Familiensituation handle. Die zweite Frage – zur Stabilität der dargestellten Situation – war v.a. für die Kinder schwer zu beantworten; diejenigen, welche antworteten, meinten es sei „schon immer" oder „lange" so. Auch die meisten Väter beurteilten die Stabilität der dargestellten Situation als hoch, einige gabe präzisere Angaben wie „seit einem halben Jahr", „seit drei Monaten" oder „seit zwei Jahren". Ähnliche Aussagen machten auch ein paar Mütter; von ihnen wurde die Stabiliät ebenfalls als hoch eingeschätzt, zwei gaben an, die Situation sei sei der Geburt der Kinder so oder seit der Schwangerschaft. Bei der dritten Frage – welches die Unterschiede zu den früheren Familienbeziehungen wären – bezogen sich einige Kinder direkt auf die dargestellten Dimensionen der Kohäsion und Hierarchie, etwa dass die „Nähe anders" sei, dass sich die Eltern früher näher gewesen wären, zwischen den Eltern mehr Gleichheit gewesen sei oder die Mutter „früher mehr zu sagen" gehabt hätte. Ein Kind sagte, heute „gebe es mehr Streit". Die Antworten der Väter und Müttern weisen in die gleiche Richtung, es habe „früher mehr Nähe" – v.a. zwischen den Eltern – gegeben und die Hierarchie sei ausgeglichener gewesen, wobei sich die Väter teilweise direkt auf die Zeit vor der psychischen Erkrankung bezogen. Des weiteren wurden von Kindern, Müttern und Vätern auch noch Änderungen der Familiensituation im Zusammenhang mit der Entwicklung und dem Älterwerden der Kinder – Entfernung von den Eltern in der Pubertät, Änderung der Geschwisterbeziehung u.ä. – genannt. Die Frage nach der Ursache der Veränderung wurde von den meisten Kindern nicht beantwortet, zwei nannten als Grund die Erkrankung der Mutter. Von den Müttern nannte nur eine die Erkrankung als Ursache für die Veränderung, die anderen bezogen sich eher auf die Geburt und spätere Entwicklung der Kinder, eine Frau nannte eine ausserehelichе Beziehung ihres Mannes als Grund. Im Gegensatz zu den Müttern erwähnten einige Väter die psychische Erkrankung als Ursache der familiären Veränderungen, andere nannten ebenfalls die Entwicklung der Kinder als Grund.

Die Fragen 5-7 (Blickrichtung, Farbwahl) wurden bei der Nachbefragung weggelassen.

8.3.2. Ideale Repräsentationen

Die Fragen zur idealen Repräsentation waren für die meisten Personen einfacher zu beantworten. Die erste Frage, ob die dargestellte Situation eine konkrete sei und ob diese sich schon einmal ereignet habe, nannten fast alle Personen – v .a. aber die Kinder – Ereignisse oder Unternehmungen, an welchen die ganze Familie beteiligt ist: Spielen, Wandern, Musikmachen, zusammen essen, Filme schauen, Ferien, Feste. Die Mehrheit der Kinder meinte zur zweiten Frage, diese Situation komme häufig oder manchmal („ab und zu“) vor, dieselbe Ansicht hat auch die Mehrheit der Mütter und Väter. Allerdings gaben nicht wenige Personen an, diese Situation gäbe es in ihrer Familien „selten“ oder „nie“. Auf die dritte Frage, wann diese Situation zum letzten Mal vorgekommen sei, soll hier nicht eingegangen werden, da die Antworten inhaltlich nicht viel hergeben. Die Antworten auf die vierte Frage, was geschehen müsste, damit die typischen Beziehungen dem Idealbild entsprechen, fielen sehr individuell aus: nur gerade zwei Kinder, eine Mutter und drei Väter meinten, ohne die psychische Erkrankung der Mutter wäre die Familiensituation näher beim Idealbild. Einige Kinder gaben an, dass die gewünschten Veränderungen auch von den Kindern abhängen könnten, z.B. wenn sie mehr „folgen“ würden, wenn es weniger Streit gäbe zwischen den Geschwistern oder die Geschwister älter würden oder wenn die Kinder „mehr Einfluss“ hätten. Die Mütter gaben sehr verschiedene Änderungsmöglichkeiten an, sie glaubten, dass die Familiensituation sich verbessern würde, wenn z.B. alle „mehr Zeit füreinander hätten“, wenn eine finanzielle Entlastung da wäre, wenn mehr miteinander geredet und zugehört würde und „alle eine Stimme hätten“, wenn die Partnerschaft besser wäre oder der „Mann mehr an sich arbeiten würde“. Auch ein paar Väter fanden, es wäre einfacher, wenn die Familie mehr Zeit miteinander verbringen würde, eine weitere Idee war, dass es wichtig wäre „die Frau würde ihren eigenen Weg“ gehen oder „sich ihre Rechte nehmen“. Diejenigen Personen, welche die Frage nach der Wichtigkeit der Veränderungen beantworten konnten, sagten fast ausschliesslich, es wäre „wichtig für die ganze Familie“.

Zu den idealen Repräsentationen fielen häufig die Stichworte „Harmonie“, „Ausgeglichenheit“ und v.a. „Gleichberechtigung“. In diesem Sinne wurden häufig keine Hierarchieunterschiede zwischen den Familienmitgliedern aufgestellt, eine Tatsache, die den Anteil unbalancierter Strukturen auf der Familienebene sicher z.T. erklärt.

8.3.3. Individuelle Gespräche

Obwohl sich aus den persönlichen Gesprächen mit den Familienmitgliedern anschliessend an die – einzeln durchgeführten – FAST-Aufstellungen v.a. aufschlussreiche Informationen über die individuelle Situation der einzelnen Familien ergaben, welche sich beträchtlich unterscheiden und aus denen keine für die ganze Stichprobe gültigen Aussagen abgeleitet werden können, sollen hier einige Bereiche anhand von Aussagen noch genauer beleuchtet werden.

Bedenken, dass die psychische Erkrankung der Mutter negative Folgen für die Kinder haben könnte, wurden kaum direkt angesprochen. Eine Mutter fragte, ob ihre Kinder etwas Negatives über sie gesagt hätten und eine Mutter berichtete, sie hätte früher Angst gehabt, ihre Tochter seelisch zu „zerstören". Ein Mädchen berichtete, sie habe manchmal Angst (sie hatte ihre Mutter schon zweimal nach einem Suizidversuchen gefunden) und frage sich, was das für eine Krankheit sei. Allerdings könne sie auch mit der Grossmutter darüber reden. Ein anderes Kind sagte, es sei „schwierig zu verstehen, was mit der Mutter los sei", wenn sie krank sei, wäre sie „wie weit weg". Zwei Kinder meinten, wenn es der Mutter schlecht gehe, gebe es viel weniger Streit zwischen den Geschwistern. Eine Frau erzählte, dass in den Phasen der Depression die Anforderungen an sie als Hausfrau und Mutter von vier Kindern zwischen vier und zehn Jahren ihr auch Halt und Ablenkung böten, während für andere Frauen gerade diese Aufgaben zur Überforderung und einem schlechten Selbstwertgefühl beitrugen. Ein Vater, welcher in der typischen FAST-Darstellung eine deutliche doppelte Hierachieumkehrung gezeigt hatte, meinte, der Sohn habe am meisten Einfluss in der Familie, weil er der Grund sei, dass sich die Eltern entschlossen hatten „etwas für die Partnerschaft zu tun". Eine weitere Aussage einer Mutter war, dass es für die Kinder sehr wichtig sei, dass in Notfällen oder Krisen alles geregelt ist, dass eine Kontinuität existiere trotz der Erkrankung und Klinikaufenthalten, dass das Kind die Gewissheit habe, dass „es weitergeht".

Einige Väter wiesen auf ihre potentielle Überforderung und Überlastung als „Familienmanager" in akuten Erkrankungsphasen hin und dass sie sich v.a. in Phasen vor einer Klinikeinweisung sehr auf sich allein gestellt fühlten; ebenfalls sprachen sie von ihrer Distanzierung von der Partnerin in solchen Zeiten, einerseits eben aus Überforderung, andererseits aber auch willentlich „um einen klaren Kopf zu behalten" oder „einander nicht auf die Zehen zu treten". Eine Frau beschrieb die Paarbeziehung und die damit verbundene Ambivalenz während einer Episode psychischer Erkrankung folgendermassen (aus einem Brief an die Verfasserin):

> ...ebenfalls verschliesse ich mich sehr auch visàvis meines Mannes, was oft nicht einfach für unsere Beziehung ist, denn eigentlich brauche ich seine Liebe und Zärtlichkeiten sehr, kann es aber schlecht zulassen bis gar nicht!

Die Väter wiesen auch auf die organisatorischen Probleme hin, welche sich aus einer Klinikeinweisung ergeben, einer meinte, der „Umgang mit der Psychiatrie müsse erst gelernt werden“, ein anderer sagte, es sei sehr wichtig, dass „Feuerwehrübungspläne“ für Notfälle vorher gemacht werden, z.B. Absprachen mit Nachbarn, Grosseltern und Bekannten wegen der Kinderbetreuung und die Information der Arbeitskollegen und Vorgesetzten darüber, dass solche Notfälle eintreffen können und dann der nötige Spielraum vorhanden ist. Ein Vater betonte, wie wichtig das Wissen über die Krankheit und die adäquate Information durch die behandelnden Psychiater sei, ein anderer wünschte sich einen „Vermittler“ zwischen Klinik und Familie, der dazu beiträgt, dass die Familie genügend informiert wird und das Vorgehen in Krisensituationen gemeinsam geplant werden kann. Ein Vater erwähnte, dass, obwohl er sich z.T. sehr hilflos fühle, der Situation auch Positives abgewinnen könne, z.B. habe er gelernt, Hilfe anzunehmen und den Wert von Freundschaften schätzen gelernt.

8.4. Ressourcen und Belastungen

Anhand des Fragebogens zu unterstützenden und belastenden Lebensbereichen (vgl. Anhang A/IV) soll im folgenden kurz darauf eingegangen werden, wodurch sich die befragten Mütter und Väter in ihrer Situation unterstützt fühlen und welche Bereiche sie als zusätzliche Belastung empfinden.

8.4.1. Ressourcen

Von den befragten Müttern fühlen sich zwölf (80,0%) in ihrer Situation genügend unterstützt, bei den Vätern sind es sogar vierzehn (93,3%). Auf die Frage, durch welche Bereiche sie sich hauptsächlich unterstützt fühlen, nannten elf Frauen die Kategorie „FreundInnen“, an zweiter Stelle stand „PartnerIn“[33], und an dritter Stelle „Familie“. Bei den Männern stand „Partnerin“ mit zehn Nennungen an erster Stelle, an zweiter Stelle folgt „Beruf“ mit neun Nennungen und an dritter Stelle „Hobbies“ mit sieben Nennungen. Diese beiden letzten Kategorien scheinen bei den Frauen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen, sie wurden nur von je drei Frauen genannt. Dies ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass die Mehrheit der befragten Frauen nicht

[33] Eine genaue Auflistung der Häufigkeiten der gewählten Kategorien findet sich in Anhang K.

berufstätig ist. Eine nicht berufstätige Frau gab an, dass sie glaube, dass eine Arbeitsstelle die beste Unterstützung für sie wäre. Ebenfalls von neun Frauen wurde „Verein/Organisation“ als wichtiger unterstützender Bereich angegeben, bei den Männern taten dies nur zwei. Sieben dieser Frauen bezogen sich auf die Selbsthilfegruppen der Selbsthilfeorganisation Equilibrium, eine auf ihre Präsidentinnenschaft im örtlichen Frauenverein und eine auf einen Gospelchor. Neben den vorgegebenen Kategorien wurden von Frauen und Männern auch die behandelnden Personen wie PsychiaterInnen, PsychologInnen und ÄrtzInnen als wichtige Unterstützung angegeben; auch der Glaube und die Zugehörigkeit zur Kirche wurden genannt.

V.a. die Frauen nutzten die Möglichkeit, die gewählten Bereiche schriftlich noch genauer zu erläutern. Hier wurde sehr deutlich, dass in der Partnerschaft eine wichtige Ressource zur Bewältigung der psychischen Erkrankung durch die Familie liegt: acht Frauen beschrieben, wie wichtig die Akzeptanz, Toleranz, Unterstützung und das Verständnis durch den Partner für sie seien. Ausserfamiliäre soziale Unterstützung wurde von den Frauen nicht nur in Form von Vereinsmitgliedschaft erwähnt, sondern v.a. auch durch FreundInnen oder Bekannte, welche zuhören, sich auseinandersetzen, „Probleme wälzen“ und „unterstützen, ohne sich aufzudrängen“. Bei den Männern scheinen v.a. die Berufstätigkeit und Freizeitkaktivitäten als ausserfamiliäre Unterstützung zu funktionieren. Häufig genannt – wie auch in den Gesprächen im Rahmen der Befragung – wurde ein in Notfällen und Krisensituationen funktionierendes Umfeld: NachbarInnen und Grosseltern, die die Kinderbetreuung übernehmen, Spitex und Haushaltshilfe, bei den Männern ein gewisser Spielraum am Arbeitsplatz und Ärztinnen und Psychiater, welche in Notfällen auch privat erreichbar sind.

8.4.2. Zusätzliche Belastungen

Von den Frauen wurde als häufigste zusätzliche Belastung körperliche Erkrankungen in der Familie genannt. Krankheiten wurden von den Frauen auch dann als Belastung empfunden, wenn nicht sie selber betroffen waren. Am zweithäufigsten wurden von den Frauen sowohl partnerschaftliche Probleme wie auch Schulprobleme eines Kindes genannt. Partnerschaftsprobleme wurden bei den Männern am häufigsten als belastender Bereich genannt. Dies ist insofern interessant, als die Partnerbeziehung sowohl von den Müttern wie von den Vätern auch als eine der wichtigsten Ressourcen genannt wird. Von den Frauen wurden neben Schulproblemen eines Kindes auch Erziehungsprobleme als häufige Belastung genannt, von den Männern wurde diese Kategorie am zweithäufigsten erwähnt. Dieser Befund ist – obwohl bei den Kindern ausser dem FAST keine weiteren Variablen erhoben wurden – ein Hinweis darauf, dass

zumindest im Verhaltensbereich (Schule, Erziehung) bei den Kindern Ansätze dysfunktionaler Entwicklungen vorhanden sind.

9. Diskussion

9.1. Einleitung

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Mitglieder von fünfzehn Familien, in denen die Mutter von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, mittels des Familiensystemtest FAST zu ihren typischen und idealen Familienkonstrukten befragt. Die Ergebnisse sollen im folgenden unter Berücksichtigung der empirischen Familienforschung sowie schon bestehender FAST-Studien betrachtet und diskutiert werden.

Bei der Darstellung der Ergebnisse wurden die Ausdrücke „wahrnehmen“ und „darstellen“ im Zusammenhang mit den Familienaufstellungen praktisch synonym verwendet. Hierbei stellt sich natürlich die Frage, ob mit den so genannten Skulpturverfahren („figure placement techniques“) überhaupt ein adäquates Bild der Familienbeziehungen erhoben werden kann (Youniss, 1989). Reflektiert die Selbstbeurteilung von Familienbeziehungen nur die individuelle Wahrnehmung oder sind die Darstellungen tatsächlich Indikatoren von Systemmerkmalen und -eigenschaften (Benson et al. 1995)? Vor dem Hintergrund des systemischen Realitätsverständnisses (vgl. Kap. 1.2.) kann davon ausgegangen werden, dass sich die subjektive Realität einerseits aus komplexen individuellen Wahrnehmungsvorgängen, Abstraktionen und Interpretationen (Feldman, Wentzel & Gehring, 1989b), andererseits aus sozialen, konsensuellen und normativen Prozessen konstituiert. Marti und Gehring (1992) gehen davon aus, dass die mittels des FAST dargestellten Familienkonstrukte sowohl durch die subjektive Realität wie auch durch die tatsächliche Familienstruktur beeinflusst werden. Es existieren also verschiedene „Familienrealitäten“ und gerade die Unterschiede in den Wahrnehmungen beinhalten viele Informationen über das Funktionieren des Familiensystems und seiner Mitglieder: „The lack of agreement between family members (...) reveals that the underlying reality of family is highly complex and cannot be captured by information of any individual respondent“ (Feldman et al., 1989a). Trotz des Versuchs, die Komplexität der Familienbeziehungen durch die Befragung verschiedener Mitglieder zu erfassen, reduziert auch der FAST – wie alle psychologischen Messinstrumente – die vielschichtige Realität auf eine abstrakte Dimension, welche nur beschränkte Informationen über die Familie und ihre Mitglieder zur Verfügung stellt. Aufgrund der in verschiedensten Studien (Feldman & Gehring, 1988; Gehring, Funk & Schneider, 1989; Gehring & Marti, 1990;

Gehring, Feldman, Wenztel & Munson, 1990; Gehring et al., 1994; Berdondini & Smith, 1996) nachgewiesenen Konstruktvalidität des FAST lässt sich folgendes feststellen: die Übereinstimmung der Forschungsergebnisse mit den Konzepten der systemisch-strukturellen Theorie und der Entwicklungspsychologie sowie – und dies ist fast noch wichtiger – mit dem in Interaktionsaufgaben beobachteten Verhalten der Familien weist darauf hin, dass die im FAST dargestellten Familienrepräsentationen hinsichtlich der Familienstruktur tatsächlich eine gewisse Aussagekraft besitzen. Die immer wieder gefundenen Wahrnehmungsunterschiede zwischen den einzelnen Familienmitgliedern sowie zwischen individuellen und gemeinsamen FAST-Repräsentationen zeigen, dass bei der Aufstellung der Familienbeziehungen von den einzelnen Personen nicht nach normativen Vorgaben und Vorstellungen gehandelt wird, sondern die eigene Wahrnehmung auch dargestellt wird – dies nicht zuletzt auch deshalb, weil sich Skulpturverfahren gut eignen, das Problem der sozialen Erwünschtheit zu umgehen.

9.2. Familienebene

In den typischen FAST-Repräsentationen zeigen alle Mitglieder der befragten Familien einen hohen Anteil an labil-balancierten und unbalancierten Beziehungsstrukturtypen, wobei die Kohäsion von Vätern und Kindern zu 40%, von den Müttern gar zu 47% als tief eingeschätzt wird. Auch die Hierarchie wird von den Müttern und Vätern mehrheitlich als tief beurteilt, im Gegensatz dazu sehen die Kinder die familiäre Hierarchie eher als mittel an. Auf dieser Dimension zeigt sich – trotz der kleinen Stichprobe – ein signifikanter Wahrnehmungsunterschied zwischen Müttern und Kindern. Knapp die Hälfte der Mütter und Väter sowie ein Drittel der Kinder zeigen intergenerationelle Koalitionen, wobei v.a. Vater-Kind- und „doppelte“ Koalitionen auftreten. Hierarchieumkehrungen werden im Gegensatz dazu relativ selten wahrgenommen. Sind die Mütter noch nicht so lange erkrankt, zeigen sich eher noch balancierte Strukturen, besonders bei den Kindern, während die Mütter mit rezidivierenden oder chronischen Erkrankungen besonders häufig unbalancierte Strukturen zeigen. Auch die Hierarchie wird in solchen Familien viel eher als tief eingeschätzt.

Diese Resultate zeigen eine klare Übereinstimmung mit den in Kap. 3. referierten empirischen Forschungsarbeiten über Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, welche einerseits durch eine tiefe Kohäsion (Billings & Moos, 1983; Downey & Coyne, 1990; Fendrich et al., 1990; Keitner & Miller, 1990) und andrerseits durch eine geringe hierarchische Differenzierung (Downey & Coyne, 1990; Cummings & Davies, 1994) gekennzeichnet sind. Hinweise, weshalb die familiäre Kohäsion und Hierarchie als tief eingeschätzt wird, findet sich in den

Übersichtsartikeln von Downey und Coyne (1990), Goodman und Brumley (1990), Rutter (1990) sowie Cummings und Davies (1994), in welchen die Rede davon ist, dass sich das Erziehungsverhalten psychisch erkrankter Eltern häufig durch mangelnde emotionale Verfügbarkeit auszeichnet[34]; ebenso schätzen sich diese Eltern als weniger kompetent und adäquat im Erziehungsverhalten ein, eine Ansicht, die vielleicht von den Kindern so nicht wahrgenommen wird. Eine genauere Analyse dieser Thesen setzte allerdings die gesonderte Betrachtung der Eltern-Kind-Dyaden voraus.

Aus dem Vergleich mit bisherigen FAST-Studien ergeben sich einige interessante Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Die untersuchten Familien stehen klar im Gegensatz zu nichtklinischen Familien, in welchen die Kohäsion meistens als hoch oder mittel eingeschätzt wird, ein deutlicher, wenn auch nicht extremer Hierarchieunterschied zwischen dem Eltern- und dem Kindersubsystem besteht und die Generationengrenzen klar sind (Feldman & Gehring, 1988; Feldman et al. 1989; Gehring et al., 1994). Beim Vergleich von Eltern gesunder und Eltern klinischer Kinder (Candrian, 1995; Metzler, 1996) zeigten erstere in den typischen FAST-Repräsentationen zu knapp 17% unbalancierte Strukturen, während Eltern psychiatrisch auffälliger Kinder dies zu 65% taten und ihren Einfluss auf die Kinder als klein im Sinne einer geringen hierarchischen Differenzierung einschätzten. In der hier untersuchten Stichprobe zeigen sogar 80% der Mütter und 73% der Väter unbalancierte Beziehungsstrukturen[35] auf der Familienebene. Die befragten Kinder zeigen einen ähnlich hohen Anteil unbalancierter Strukturen wie Kinder mit einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung (Gehring & Marti, 1993), wobei sie zwar die Kohäsion gleich einschätzen wie klinische Kinder – nämlich mehrheitlich tief – und wie diese im Vergleich zu gesunden Kindern einen erhöhten Anteil intergenerationeller Koalitionen aufweisen, bei der Hierarchiedimension mit einer mehrheitlich als mittel eingeschätzten familiären Hierarchie jedoch eher mit den gesunden Kindern übereinstimmen.

In Bezug auf die Generationengrenzen zeigen die befragten Familien v.a. intergenerationelle Koalitionen, d.h. eine Verwischung der Grenzen auf der Kohäsionsdimension; mit einem Drittel berichteter Koalitionen in der typischen Repräsentation ist der Anteil gleich gross wie jener von gesunden Familien in der Konfliktrepräsentation (Gehring et al., 1990). Der Prozentsatz von Hierarchieumkehrungen bewegt sich jedoch auf dem Niveau von gesunden Familien. Vater-

[34] Zur tiefen Kohäsion in der Paarbeziehung vgl. Kap. 8.3.
[35] Zusammenfassung der Kategorien labil-balanciert und balanciert.

Kind-Koalitionen und „doppelte“ Koalitionen werden v.a. von Müttern und Kindern aus Familien mit einer kürzeren Erkrankungsdauer der Mutter gezeigt, während die Hälfte (!) der Väter aus Familien mit einer längeren Erkrankungsdauer der Mutter Vater-Kind-Koalitionen zeigt. Dieser Befund steht im Gegensatz zur Annahme, dass Kinder von einem psychisch erkrankten Elternteil als „Trost“ und zur Kompensation benutzt werden (z.B. Rutter, 1990), die Kinder stehen zwar „zwischen den Eltern“ – vielleicht auch aufgrund der weiter unten beschriebenen Besonderheiten in der Paarbeziehung – , die tendenziell positivere Sicht der Kinder könnte aber ein Hinweis darauf sein, dass die Ursache für die berichteten Koalitionen nicht unbedingt eine Triangulierung in einem Ehekonflikt wie z.B. von Minuchin (1977) oder Haley (1980) ist. Schwierig zu interpretieren sind auch die von den Vätern berichteten Vater-Kind-Koalitionen, diese könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Väter zwar nicht eine besondere Nähe zu ihren Kindern verspüren, jedoch die Kohäsion auf der Paarebene gehäuft als tief und sich selbst in der Rolle des „Familienmanagers“, der insbesondere auch für die Kinder zuständig ist, wahrnehmen. Obwohl die familiäre Hierarchie als tief wahrgenommen wird, treten Hierachieumkehrungen – im Gegensatz zur Studie von Brunner Zimmermann (1998) – relativ selten auf, es kann also nicht von einer eindeutigen Parentifizierung der Kinder (Minuchin, 1977; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1983) gesprochen werden.

In den idealen FAST-Repräsentationen zeigen die Mütter immer noch einen sehr hohen Anteil unbalancierter Strukturen, die Väter zeigen mehr balancierte Strukturen als in den typischen Darstellungen. Eine deutliche Erhöhung balancierter Strukturen ist nur bei den Kindern zu beobachten. Bei der näheren Betrachtung der beiden Dimensionen Kohäsion und Hierarchie zeigt sich, dass die unbalancierten Strukturen v.a. auf die tiefe familiäre Hierarchie in den Idealdarstellungen zurückzuführen ist. Bei Müttern, Vätern und Kindern wird deutlich, dass eine hohe familiäre Kohäsion als ideal erachtet wird. Während Mütter und Väter eine tiefe Hierarchie anstreben, zeigen über zwei Drittel der Kinder in der Idealrepräsentation mittlere Hierarchiewerte. Wiederum ist der Wahrnehmungsunterschied zwischen Müttern und Kindern hinsichtlich der Hierarchie signifikant. Der Anteil intergenerationeller Koalitionen ist deutlich tiefer, allerdings zeigt noch immer ein Drittel der Kinder „doppelte“ Koalitionen. Hierarchieumkehrungen werden kaum beobachtet. Veränderungswünsche betreffen hautpsächlich die Kohäsionsdimension, hier wird meist eine Zunahme gewünscht. Nur gerade ein Fünftel der befragten Personen wünscht sich eine Abnahme der Hierarchie, während die Mehrheit mit der

gegenwärtigen Situation zufrieden ist. Gar keine Veränderungswünsche haben aber nur ein Viertel der Mütter und ein Drittel der Väter und Kinder.

Die Idealdarstellungen der befragten Familien unterscheiden sich somit nicht wesentlich von anderen Studien (z.B. Feldman et al., 1989; Brunner Zimmermann, 1998). Der hohe Anteil unbalancierter Strukturen kommt aufgrund der tiefen Hierchie zustande, was aber nicht zur Annahme verleiten soll, die befragten Personen hätten „dysfunktionale" Idealvorstellungen. Wie aus den Nachbefragungen deutlich wird, kommt darin der Wunsch nach Gleichberechtigung und Harmonie zum Ausdruck. Die Vorstellung, dass eine tiefe familiäre Hierarchie ideal wäre, kann auch von einem entwicklungsperspektivischen Standpunkt (Combrinck-Graham, 1985) aus betrachtet werden – was von einigen Eltern auch angesprochen wurde – : aufgrund des Alters der Kinder (Vorpubertät) und in einer „idealen Zukunftsvorstellung" wünschen sich die Eltern für die Kinder mit der Zeit mehr Selbständigkeit, Autonomie und Mitspracherecht in familiären Entscheiden.

Wie die von Feldman und Gehring (1988) untersuchten nichtklinischen Jugendlichen zeigen auch die hier befragten Kinder in den Idealdarstellungen ein hoch-kohäsives, mittelhierarchisches Familiensystem. Der grössere Einfluss der Eltern ist also nicht nur eine Tatsache, wie in den typischen Repräsentationen ausgedrückt wird, sondern wird auch als angemessen und erwünscht erlebt. Während die hier befragten Mütter und Väter wie die Eltern klinischer und gesunder Kinder (Candrian, 1995; Metzler, 1996) in den Idealrepräsentationen hochkohäsive Beziehungsmuster und klare Generationengrenzen aufweisen, zeigen klinische Kinder auch in den idealen Darstellungen tiefe Kohäsion, was gemäss Marti und Gehring (1992) damit erklärt werden könnte, dass diese Kindern Nähe als Verstrickung empfinden und sich gute und nahe Beziehungen gar nicht vorstellen können, eventuell auch Wünsche nach grösserer Nähe nicht zugeben können, da sonst der unüberwindbare Unterschied zwischen tatsächlicher und gewünschter Familiensituation zum Vorschein kommen könnte. Während die hier befragten Kinder in den typischen Repräsentationen – hauptsächlich bezüglich der Kohäsionsdimension und der intergenerationellen Koalitionen – Gemeinsamkeiten mit klinischen Kindern zeigen, ist dies bei den Idealvorstellungen nicht der Fall. Schwierig zu interpretieren ist jedoch die Tatsache, dass auch hier noch ein Drittel der Kinder „doppelte" Koalitionen aufweist. Spekulativ sind zwei Möglichkeiten vorstellbar: aufgrund der – wie weiter unten deutlich wird – belasteten Partnerschaft können sich die Kinder eine harmonische, ideale Situation nur vorstellen, wenn sie sich „zwischen die Eltern stellen"; andererseits könnte darin auch der Wunsch zum Ausdruck

kommen, dass nicht die Erkrankung der Mutter, sondern sie selber mit ihren Bedürfnissen im Familienmittelpunkt stehen und die volle Aufmerksamkeit der Eltern geniessen. Welche von diesen beiden Möglichkeiten tatsächlich zutrifft, kann jedoch aufgrund der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden und wäre Gegenstand einer weiterführenden Untersuchung.

Während in Brunner Zimmermanns Studie (1998) mit Familien alkoholabhängiger Väter trotz des klinischen Status der Familien kein erhöhter Anteil unbalancierter Strukturen in den typischen Repräsentationen gefunden werden konnte, zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung ein etwas anderes Bild: ausgehend von der strukturell-systemischen Annahme, dass sich gut funktionierende Familien durch balancierte Strukturen, hohe Kohäsion und klare Generationengrenzen auszeichnen, zeigen die hier befragten Familie deutliche Merkmale suboptimalen Funktionierens. Während jedoch in Brunner Zimmermanns Arbeit (1998) die betroffenen Väter die positivste Sicht und die Kinder die negativste Sicht hatten, beurteilen die hier befragten Mütter, aber auch die Väter die Familie eher negativ, während die Kinder eine eher positive Sicht zeigen. Die Krankheit betreffende Verleugnungstendenzen, welche die Autorin hinter der positiven Sicht der Väter und dem Fehlen expliziter Veränderungswünsche vermutet, können für die Familien mit einer psychisch erkrankten Mutter so nicht angenommen werden. Einzig aus den Nachbefragungen ergeben sich Hinweise auf krankheitsbezogene, eventuell unbewusste Verdrängungs- oder Verleugnungprozesse: so wurde die Rolle und den Einfluss der psychischen Erkrankung der Mutter auf die gegenwärtige, auch als problematisch empfundene Familiensituation kaum angesprochen, ebensowenig kam dies auch bei der Frage nach dem „Wie“ der Veränderungen zur Sprache. Wiederum können nur Vermutungen angestellt werden, weshalb dies so ist; vorstellbar ist, dass sich die Familie an die Erkrankung gewöhnt hat und deren Einfluss auf das Familiengeschehen nicht als sehr drastisch einschätzt, auf der anderen Seite ist auch ein unausgesprochenes „Übereinkommen“ denkbar, keine Schuldzuweisungen zu machen, um das fragile Familiengleichgewicht nicht zu gefährden. Wie schon verschiedentlich erwähnt wurde, sind die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung häufig auch indirekt, z.B. treten vermehrt Erziehungsschwierigkeiten und Paarprobleme auf (z.B. Downey & Coyne, 1990), weshalb es auch sein könnte, dass die Familienmitglieder die wahrgenommenen Schwierigkeit nicht kausal mit der Erkrankung in Verbindung bringen. Auf jeden Fall soll hier festgehalten werden, dass allfällig vorhandene Verdrängungs-, Delegations- und Tabuisierungsprozesse nur in intensiver familientherapeutischer Arbeit erkannt (und verändert) werden können und nicht bei einer einmaligen Befragung durch eine fremde Person.

9.3. Paarbeziehung

Im Vergleich mit der Familienebene ist der Anteil balancierter Strukturen in den typischen FAST-Repräsentationen auf der Paarebene grösser, wobei aber immer noch weit über die Hälfte der Mütter und Väter labil-balancierte und unbalancierte Strukturen zeigen. Interessanterweise schätzen über drei Viertel der Kinder die Paarbeziehung als balanciert ein. Auf der Kohäsionsdimension tritt bei den Eltern eine Art „Entweder-Oder"-Muster auf: die emotionale Nähe zwischen den Partnern wird von diesen zu 40% als tief eingeschätzt, von der grossen Mehrheit der anderen als hoch. Die Kinder sehen die Elternbeziehung mehrheitlich als hoch-kohäsiv an. Komplex sind die Befunde zur Hierarchiedimension: nur ein kleiner Teil der Mütter sieht die Paarbeziehung als gleichberechtigt an, ein Drittel schätzt den Hierarchieunterschied zwischen sich und dem Partner sogar als gross ein, wobei kein eindeutiger Zusammenhang besteht. Ein Teil der Mütter schreibt sich selber mehr Einfluss zu, ein anderer Teil sieht den Partner als einflussreicher an. Die Väter sehen die Partnerschaft eher als gleichberechtigt oder mittel-hierarchisch, auch hier ist keine eindeutige Richtung erkennbar. Die Kinder schätzen die Beziehung zwischen den Eltern als mittel-hierarchisch ein, wobei der Wahrnehmungsunterschied zwischen Müttern und Kindern wiederum signifikant ist.

Im Vergleich mit der empirischen Forschung ergeben sich aus diesen Befunden deutliche Hinweise auf eine belastete Paarbeziehung. In nichtklinischen Familien ist das Paar das kohäsivste Subsystem und bildet eine starke Allianz (Bonachich & Grusky, 1985; Feldman & Gehring, 1988), ebenso zeichnen sich gut funktionierende Familien durch eine egalitäre Paarbeziehung aus (Beavers, 1985; Olson, 1986), was sich auch in den FAST-Darstellungen zeigt (Feldman et al., 1989a). Im Gegensatz zu den hier befragten Personen tendieren in nichtklinischen Familien sowohl Mütter wie Väter dazu, sich selbst mehr Einfluss zuzuschreiben (Larson, 1974; Ball, Cowan & Cowan, 1995), auch ist die Ehezufriedenheit von Frauen, welche ihre Partnerschaft als egalitär wahrnehmen, grösser. Die hier befragten Kinder zeigen im Vergleich mit psychiatrisch auffälligen und gesunden Kindern (Gehring & Marti, 1993) wie schon auf der Familienebene auf der Kohäsionsdimensionen ähnliche Einschätzungen wie die klinischen Kinder, auf der Hierarchiedimension ist die Verteilung eher wie bei nichtklinischen Kindern. Die Autoren dieser Studie stellen die These auf, dass die Tatsache, dass Kinder die Paarbeziehung als mittelhierarchisch – mit einem geringeren Einfluss der Mütter – darstellen, auch durch Geschlechtsrollenstereotypen beeinflusst sein könnte, dass also die Wahrnehmung nicht nur abhängig ist von der Beobachtung der Alltagsinteraktionen sondern auch von der

Vorstellung eines „impliziten Recht des Vaters Macht auszuüben“. Ähnliche Argumente lassen sich zur Erklärung des durch die Mütter und Väter selbst wahrgenommenen Hierarchieunterschiedes zwischen den Partnern herbeiziehen: durch die traditionelle Rollenverteilung in den Familien könnte ein Teil der Befragten den grösseren Einfluss der Mutter (unabhängig von ihrer Erkrankung) darin sehen, dass diese zuhause „den Laden schmeisst“ und für den Familienalltag die grössere Verantwortung trägt, für einen anderen Teil der Befragten könnte eher die durch die Erkrankung bedingte Abhängigkeit, Passivität oder Hilflosigkeit der Mutter im Vordergrund stehen. Einmal mehr wird hier die Uneindeutigkeit und Multidimensionalität des Hierarchiekonstruktes deutlich, eine Problematik, auf die in Kap. 8.6. noch genauer eingegangen wird.

Das Muster, dass Mütter die Paarbeziehung entweder als balanciert oder als unbalanciert sehen, zeigt sich sowohl bei kürzerer wie auch bei längerer Erkrankungsdauer. Bei den Vätern hingegen sehen jene mit einer erst vor kürzerem erkrankten Partnerin die Paarbeziehung noch mehrheitlich als balanciert an, während in der Gruppe mit längerer Erkrankungsdauer unbalancierte Strukturen sehr häufig auftreten. Bei den Kindern verhält es sich umgekehrt: die Kinder der ersten Gruppe zeigen zur Hälfte labil-balancierte und unbalancierte Strukturen in der Paarbeziehung, jene aus der zweiten Gruppe zur grossen Mehrheit balancierte. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in der ersten Gruppe die Veränderungen, die durch die Erkrankung in der Partnerschaft entstehen (z.B. mehr offene Konflikte) für die Kinder in einer Art „Vorher-nachher“-Vergleich spürbar sind, während sich bei längerer Erkrankungsdauer – wenn die Partner zusammenbleiben wie in der befragten Stichprobe – ein Gleichgewicht einpendelt , so dass die Kinder die bestehende Beziehung zwischen ihren Eltern als „normal“ erleben. Auf der Kohäsions- und der Hierarchieebene wird dies auch bei den Müttern deutlich, hier erleben die Frauen aus der Gruppe mit kürzerer Erkrankungsdauer eher assymetrische Strukturen, während ihre Partner noch eher balancierte Strukturen und eine gleichberechtigte Partnerschaft wahrnehmen. Die grössere subjektive Beeinträchtigung der Mütter könnte mit durch die psychische Erkrankung veränderten Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen zusammenhängen, oder aber die positivere Beurteilung durch die Väter mit einem geringeren Problembewusstsein oder dem fehlenden Willen sich mit den Problemen auseinanderzusetzen. Die Väter der zweiten Gruppe hingegen nehmen mehrheitlich eine tiefe Kohäsion in der Paarbeziehung wahr, verbunden mit gehäuft auftetenden Vater-Kind-Koalitionen. Dieser schwer zu interpretierende Befund steht im Gegensatz zum Empfinden der Mütter, welche in der zweiten Gruppe relativ häufig eine hohe

Kohäsion wahrnehmen, dies vielleicht deshalb, weil es diesen Familien gelungen ist, trotz immer wieder auftretenden Erkrankungsschüben eine gewisse Kontinuität aufrechtzuerhalten. Obwohl also sowohl auf der Familienebene wie auch auf der Paarebene Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlich langer Erkrankungsdauer eruierbar sind, bedürfen alle Befunde in diesem Zusammenhang einer genaueren Überprüfung, da die hier befragte Stichprobe viel zu klein ist, um mehr als spekulative Aussagen abzuleiten.

In den idealen Repräsentationen zeigen alle befragten Familienmitglieder eine balancierte, hoch-kohäsive und egalitäre Paarbeziehung. Die Mütter zeigen am deutlichsten den Wunsch nach Zunahme der emotionale Nähe in der Partnerschaft, während die Mehrheit der Kinder und interessanterweise auch der Väter keine Veränderung wünscht. Auch auf der Hierarchieebene haben viele Mütter den Wunsch nach einer Abnahme der Hierarchie, aber auch die Väter und mehr noch die Kinder wünschen sich gleichberechtigtere Partnerschaften, ein Befund, welcher der These, dass der Hierarchieunterschied zwischen Männern und Frauen normativ ist, zuwiderläuft. Im Vergleich zur Familienebene zeigen sich die Väter eher zufrieden mit dem Status quo, wenn sie sich Veränderungen wünschen, sind es – wie bei den Müttern – grosse oder mittlere.

Insgesamt beurteilen die Väter die Paarbeziehung als tief-kohäsiv, haben aber gleichzeitig kaum Veränderungswünsche. In der SCL-90 zeigen die Väter – mit einigen Ausnahmen – eine auffallend niedrige, unterdurchschnittliche subjektive Symmptombelastung, schätzen sich selber also als „sehr gesund“ ein. Dies könnte ein Hinweis auf eine klar definierte „Rollenteilung“ durch die Väter sein, wer „krank“ ist und wer „gesund“[36]. Zur der – wiederum spekulativen – Vermutung, dass eventuell die Väter dazu tendieren, ihre eigene Problematik und Beteilung an den familiären Schwierigkeiten zu verleugnen, passen auch die Aussagen von einigen Frauen: so berichteten zwei von ihnen, ihre Partner hätten sich zuerst geweigert, an Paargesprächen teilzunehmen, dass aber nachdem das Verständnis der Männer für die interpersonalen Aspekte der Erkrankung dagewesen sei, eine markante Verbesserung der Paarbeziehung und der Kommunikation dawesen sei, eine andere betonte, zur Verbesserung ihrer Schwierigkeiten „müsste der Mann mehr an sich arbeiten“.

Alle diese Befunde weisen darauf hin, dass in vielen der befragten Familien die Paarbeziehung belastet ist. Die Auswirkungen einer schlecht funktionierenden Partnerschaft beschreiben Gilbert et al. (1984):

---

[36] Vgl. dazu Willi (1998).

> To the extent that the marital alliance is weak, the family no longer has its most experienced, knowledgeable, and resourceful subsystem fully contributing to regulatory matters (e.g., child rearing, household tasks, financial responsibilities) and adaptive needs (e.g., problem solving, conflict resolution etc.). The reduced regulatory and adaptive ability of the system places additional stress on the family and contributes to the maintenance and exacerbation of existing difficulties. (S. 83)

Die von den Müttern und Vätern beschriebenen Schwierigkeiten in der Partnerschaft sind also insofern zentral, als dass erwiesenermassen Probleme und Konflikte im ehelichen Subsystem Auswirkungen auf andere Subsysteme sowie das Funktionieren des Gesamtsystems haben (Gilbert et al., 1984; Gehring et al., 1990). Gleichzeitig wurde in den Fragebögen und den Nachbefragungen die Paarbeziehung als eine der wichtigsten Ressourcen und Quelle der Unterstützung genannt. Aus diesen Gründen erscheint die Stärkung der Paarbeziehung und die Verbesserung als ein naheliegender und wichtiger therapeutischer Ansatzpunkt.

In diesem Zusammenhang zu bedenken ist auch – wie schon verschiedentlich erwähnt –, dass eine psychische Erkrankung nicht nur die Ursache für Probleme in der Partnerschaft ist, sondern umgekehrt diese auch psychische Erkrankungen mitverursachen können, sie verstärken, ihren Verlauf beeinflussen oder das Risiko für einen Rückfall erhöhen (Krantz & Moos, 1987; Gotlib & Whiffen, 1989; Downey & Coyne, 1990; Burns et al., 1994; Moos et al., 1998). Positiv formuliert heisst dies, dass eine gute Partnerschaft den Verlauf einer Erkrankung günstig beeinflussen kann und durch die Erfahrung, als Paar oder Familie die Erkrankung „managen“ zu können, ein starkes Gefühl der Kompetenz und Zusammengehörigkeit entstehen kann.

8.4. Kinder

Nachdem auf die Familienkonstrukte der befragten Kinder schon in den vorhergehenden Kapiteln eingegangen wurde, sollen im folgenden noch einige Bemerkungen zur Geschwisterbeziehung gemacht werden.

Wie schon im Familiensystem und im ehelichen Subsystem zeigen die Mütter und die Kinder auch im Geschwistersystem nur ein sehr kleiner Anteil an balancierten Strukturen; die Väter hingegen sehen die Geschwisterbeziehung eher als balanciert an. Die geschwisterliche Kohäsion wird v.a. von den Kindern selbst als tief eingeschätzt, von den Eltern zu zwei Dritteln als hoch oder mittel. Die Hierachie wird durchwegs als tief oder mittel beurteilt. In den idealen Repräsentationen wird die Geschwisterbeziehung als balanciert und hoch-kohäsiv dargestellt, die

Eltern wünschen sich durchgehend eine tiefe Hierarchie, während von den Kindern sich immerhin ein Drittel mittelhierarchische Beziehungen wünscht. Wiederum besteht zwischen Müttern und Kindern ein signifikanter Wahrnehmungsunterschied hinsichtlich der Hierarchie. Die Hälfte der Kinder wünscht sich eine Zunahme der geschwisterlichen Kohäsion, auf der Hierachiedimension werden von allen drei Gruppen kaum Veränderungswünsche genannt. V.a. Mütter und Kinder wünschen sich Veränderungen in der Geschwisterbeziehungen.

Diese Befunde sind aus folgenden Gründen sehr schwer zu interpretieren: bei der Aufstellung des FAST entstand häufig der Eindruck, die Kinder stellten sich selbst sowie ihre Geschwister in erster Linie in Bezug zu den Elternfiguren auf, und erst in zweiter Linie in Bezug aufeinander, die Beziehung zu den Eltern könnte also stärker gewichtet worden sein. Auch konnte aufgrund der kleinen Stichprobe keine Parallelisierung hinsichtlich des Geschlechts und der Position in der Geschwisterreihe gemacht werden, was die Aussagekraft weiter schmälert. In der empirischen Familienforschung und den verschiedenen FAST-Studien wurde die Geschwisterbeziehung ebenfalls eher vernachlässigt. Im Vergleich mit den klinischen und gesunden Kindern in Gehring und Martis (1993) Studie zeigen die hier befragten Kinder wiederum auf der Kohäsionsdimension eine ähnliche Verteilung wie die klinischen Kinder und auf der Hierarchiedimension wie die nichtklinischen. Während die Eltern, v.a. die Väter, auf die Problematik weniger sensibilisiert zu sein scheinen, lassen der hohe Anteil unbalancierter Strukturen in den typischen Repräsentationen sowie der deutliche Wunsch der Kinder nach grösserer emotionaler Nähe zwischen den Geschwistern darauf schliessen, dass zumindest aus der Sicht der Kinder eine vertrauensvolle und gute Geschwisterbeziehung als Ressource nicht zur Verfügung steht. Wie schon beim Subsystem Paar würde sich hier im Rahmen einer Familientherapie eventuell eine Stärkung des emotionalen Zusammenhalts lohnen.

Offen bleibt in der vorliegenden Untersuchung die Frage nach dem Funktionsniveau der Kinder, allfälligen psychischen Auffälligkeiten sowie vorhandenen Copingfertigkeiten und Ressourcen. Da die direkten und indirekten Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf Kinder hinreichend bekannt und empirisch erwiesen sind (vgl. Kap. 3.2.1.), kann davon ausgegangen werden, dass zumindest ein Teil der befragten Kinder durch die psychische Erkrankung der Mutter und die damit verbundenen familiären Schwierigkeiten – die beschriebenen Schwierigkeiten in der Partnerschaft, der geringe Hierarchieunterschied zwischen dem Eltern- und dem Kindersubsystem – in ihrer Entwicklung und ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt ist. Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten ergeben sich aus den Antworten der

Fragebogen, wo relativ häufig Schul- und Erziehungsprobleme als zusätzliche Belastung genannt wurden; neben diesen offensichtlichen Auffälligkeiten bleibt natürlich auch die Frage nach internalisierendem, subdiagnostisch depressivem Problemverhalten offen, zumal dies vom Umfeld weniger wahrgenommen wird (Whitehead, 1979). Auf der anderen Seite können die – im Vergleich mit den Eltern – relativ „funktionalen" Familienkonstrukte der Kinder als Ressource gewertet werden. Im Gegensatz zu den Kindern in den von Brunner Zimmermann (1998) befragten Familien mit einem alkoholabhängigen Vater, scheinen hier nicht die Kinder „am meisten unter der Familiensituation zu leiden" wie es Brunner Zimmermann (1998) formuliert.

9.5. Die Sicht der Mütter

Bei allen FAST-Repräsentationen fällt auf, dass die Mütter durchwegs am häufigsten unbalancierte Strukturen, tiefe Kohäsion sowie ungleiche hierarchische Beziehungsmuster wahrnehmen. Dies wirft natürlich die Frage auf, ob diese negative Sicht durch eine aufgrund der psychischen Erkrankung negative Grundstimmung und die Veränderung von kognitiven Prozessen wie Wahrnehmung und Bewertung mitbedingt ist. In den FAST-Studien von Feldman et al. (1989) und Gehring et al. (1994) wird jedoch deutlich, dass auch die Mütter in nichtklinischen Familien deutlich häufiger unbalancierte familiäre Beziehungsstrukturen wahrnehmen als die Väter und die Kinder. Deren Einschätzung entspricht aber – v.a. auf der Kohäsionsdimension – eher der Beurteilung des Familienverhaltens durch externe Rater.

Im Zusammenhang mit subjektiven Beschwerden und depressiven Symptomen fand Walters (1993), dass Frauen nicht etwa – wie häufig angenommen wird – eher Beschwerden zugeben und diese „übertreiben", sondern dass diese eher heruntergespielt und als normal dargestellt werden. Andere Studien befassten sich mit der „Verzerrung"[37] von Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen depressiver Mütter in Bezug auf das Verhalten ihrer Kinder. Diese wird zwar vermutet, kann aber, wie aber aus dem Überblicksartikel von Richters (1992) hervorgeht, empirisch nicht oder nur unzureichend nachgewiesen werden. Naheliegender scheint die These von Gehring et al. (1994): sie nehmen an, dass die Tatsache, dass Frauen die Familienbeziehungen tendenziell als belastender erleben als andere Familienmitglieder auf die traditionelle Rollenaufteilung zurückzuführen ist. Mütter haben als Hausfrauen und Erzieherinnen vielfältige Aufgaben zu erfüllen und sind so viel eher dem familiären Alltagsstress

[37] „Distortion".

ausgesetzt als die Väter, die zudem aus der Distanz vielleicht ein „verklärteres“ Familienbild haben.

Auch eine andere Besonderheit in den FAST-Darstellungen der Mütter scheint, zwar nicht durch die traditionelle Rollenaufteilung in der Familie, aber durch Geschlechtsrollenstereotype plausibler erklärbar als durch die psychische Erkrankung selber. Die befragten Mütter erwiesen sich nämlich als regelrecht „kohäsionssüchtig“[38], während hierarchische Unterschiede in der Partnerschaft zwar nicht gewünscht wurden, aber auch nicht zwischen Eltern und Kindern. Wenn davon ausgegangen wird, dass die befragten Frauen auf eine noch bis vor einigen Jahren typisch „weibliche“ Sozialisierung mit entsprechenden Rollenvorbildern zurückblicken, so könnte ihr Rollenverständnis folgendermassen aussehen: „die Mutter“ hält die Familie zusammen und ist verantwortlich dafür, dass alles reibungslos und konfliktfrei läuft. Eine alternative Erklärung zum Wunsch der Frauen nach tiefer Hierarchie lässt sich aus den Selbstsbeschreibungen der Frauen als die, „die den Laden schmeisst“ ableiten: der Wunsch liesse sich auch als Wunsch nach weniger Verantwortung für das Familiengeschehen verstehen. Ein allgemeines traditionelles weibliches Rollenverständnis kann die Vorstellung beinhalten, dass Frauen keine Macht ausüben und Konflikte vermeiden sollen. Dieses Selbstverständnis könnte die Ursache der starken Wünsche der befragten Mütter nach hoher Kohäsion und tiefer Hierarchie sein.

Mit diesen Überlegungen soll nicht gesagt sein, die befragten Frauen seien „rückständige Hausmütterchen“, aber es erscheint wichtig, darauf hinzuweisen, dass bei der Beurteilung von und therapeutischen Arbeit mit solchen Familien die Aufmerksamkeit nicht ausschliesslich auf die psychische Erkrankung als Ursache familiärer Probleme gerichtet sein sollte, sondern dass stets auch Fragen zum Geschlechterverhältnis, zum Rollenverständnis und der Rollenaufteilung kritisch reflektiert und einbezogen werden.

10. Schlussfolgerungen und Ausblick

In der vorliegenden Untersuchung wurden die typischen und idealen Familienkonstrukte von fünfzehn Familien, in denen die Mutter von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, erhoben. Die Studie ist in diesem Sinne explorativ, als dass im Gebiet der systemisch-strukturell orientierten Familienforschung im allgemeinen und der FAST-Forschung im speziellen das Augenmerk bisher eher auf Familien mit einem psychisch erkrankten Kind lag.

---

[38] Daraus kann jedoch nicht der Wunsch nach emotionaler „Verstrickung“ abgeleitet werden!

Obwohl sich alle befragten Mütter zum Zeitpunkt der Erhebung in ambulanter Behandlung befanden, keine von ihnen eine akute Episode psychischer Erkrankung durchmachte und sich auch in den klinischen Selbstbeurteilungsfragebogen kaum Symptombelastungen im pathologischen Bereich zeigten, beurteilten nur gerade ein Drittel der befragten Familienmitglieder ihre Beziehungen als balanciert. Die erhobenen typischen Familienkonstrukte sind geprägt von geringer emotionaler Nähe und unklaren hierarchischen Strukturen, ein Muster, welches sich auf verschiedenen Ebenen des Familiensystems wiederfindet. Gleichzeitig äusserten die meisten befragten Personen klare Veränderungswünsche. Die Ähnlichkeit der Familienkonstrukte mit denen von Familien mit einem psychisch erkrankten Kind lassen den Schluss zu, dass die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds die Beziehungen im Sinne eines generellen Stressors beeinträchtigt. Darüber hinaus erwies sich in den hier befragten Familien die Paarbeziehung einerseits als belastet, andererseits wurde sie auch als eine der wichtigsten Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung genannt.

Wie schon in anderen Studien (Youniss, 1989; Feldman et al., 1989a; Gehring et al., 1990; Ball et al., 1995) erwies sich auch hier die Hierarchiedimension als problematisch. Die Multidimensionalität und Vieldeutigkeit des Konstrukts erschwert die Interpretation der vorliegenden Befunde, insbesondere des trotz der kleinen Stichprobe immer wieder auftauchenden Wahrnehmungsunterschiedes zwischen Müttern und Kindern bezüglich dieser Dimension und der unterschiedlichen Einschätzung der Hierarchie in der Partnerschaft. Die offensichtlich sehr unterschiedlichen subjektiven Auffassungen des Begriffs bedürfen eindeutig einer weiteren empirischen und semantischen Klärung.

Auch wenn die gute Konstruktvalidität des FAST und die Aussagen der befragten Familienmitglieder in den Fragebogen und Gesprächen auf eine erhöhte psychosoziale Belastung schliessen lassen, dürfen die gezeigten Familienstrukturen nicht einfach als „dysfunktional“ bezeichnet werden, sondern können im Sinne des systemischen Ansatzes auch als konstruktive Lösungen im Umgang mit der Erkrankung verstanden werden.

> Relational structures which are suboptimal according to the criteria of structural family theory (e.g., unbalanced structures) are not necessarily related to individual or family disorders (Gehring, Candrian, Marti & Real del Sarte, 1996, S. 64).

Als Beispiel dafür seien jene Familien erwähnt, welche trotz sehr langer und teilweise schwerer Erkrankung der Mutter noch immer intakt sind und funktionieren, wenn vielleicht auch suboptimal. Der Vergleich von Familien mit kürzerer und solchen mit längerer Erkrankungsdauer

der Mutter in der vorliegenden Untersuchung zeigt auch, dass v.a. erstere ihre Beziehungen als unbalanciert erleben, während sich in den anderen Familien die Mitglieder mit der Erkrankung „arrangiert“ haben. Die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen müssten jedoch auf jeden Fall an einer grösseren und diagnostisch einheitlicheren Gruppe überprüft werden. Ergäben sich tatsächlich spezifische Muster in Abhängigkeit von der Dauer der Erkrankung bzw. ihrer Chronizität, so wäre dies ein wichtiger Ansatzpunkt für die familientherapeutische Betreuung betroffener Familien.

Trotz oben genannter Anhaltspunkte für eine erhöhte Belasutung der befragten Familien und klaren Hinweisen aus der empirische Forschung auf mögliche Beeinträchtigungen, können aufgrund der erhobenen Daten keine objektiven Aussagen über das tatsächliche Funktionsniveau der Familien gemacht werden. Durch das Weglassen der Konfliktrepräsentation entfiel auch ein wichtiger, im FAST integrierter Indikator für das Funktionieren, die Flexibilität der Beziehungsstrukturen. Obwohl FAST-Repräsentationen und die Fremdbeurteilung von Familien gemäss Feldman und Gehring (1988) als zwar unterschiedliche, aber sich überschneidende Informationsquellen gewertet werden können, müssten die vermuteten Belastungen bei den befragten Familien durch weitere Verfahren validiert werden, um ein vollständiges Bild zu erhalten. Vorstellbar wäre z.B. die Erhebung des Funktionsniveaus der Kinder durch andere Verfahren, die Verhaltensbeobachtung und Beurteilung der Familie bei Interaktions- und Problemlöseaufgaben sowie die genauere Beschreibung der Partnerschaftsprobleme mittels entsprechender Fragebogen.

Bei der Bewertung der vorliegenden Daten ist unbedingt auch der folgende Punkt zu beachten: Die beschriebenen Schwierigkeiten bei der Suche nach Familien, bei denen alle Mitglieder bereit waren, an der Erhebung teilzunehmen sind ein Hinweis darauf, dass die hier befragten Familien einem erheblichen Selbstselektions-Bias unterliegen. Aufgrund der ambulanten Behandlung in Form von Einzel- und Paargesprächen und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist anzunehmen, dass in den Familien ein überdurchschnittliches Mass an Selbstreflexion und ein erhöhtes Problembewusstsein vorhanden sind. Die Tatsache, dass für die Teilnahme an der Erhebung die ganze Familie zusammensitzen, diskutieren und zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen musste, lässt auch auf adäquate Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten schliessen. Trotzdem zeigen sich aber auch in diesen relativ gut funktionierenden Familien vielfältige Hinweise auf Belastungen und Probleme. Diese Überlegungen werfen natürlich die Frage nach den „anderen“, den hier nicht repräsentierten Familien auf. Es lässt sich vermuten, dass in diesen

die hier aufgetretenen Muster von unbalancierten Strukturen, tiefer Kohäsion und unklarer Hierarchie sowie Problemen in der Partnerschaft deutlicher und vielleicht auch extremer sind. Fraglich ist auch, ob in solchen wahrscheinlich weniger gut funktionierenden Familien die Kinder nicht eine deutlich negativere Sicht der Familie haben. Hier scheinen weiterführende Untersuchungen an grösseren einheitlicheren Samples zwingend, wobei folgende Faktoren berücksichtigt werden könnten: Erkrankungsdauer, Familienstrukturen während einer akuten Erkrankungsphase, Familienkonstrukte in Familien mit einem psychisch erkrankten Vater sowie andere Diagnosekategorien (z.B. Schizophrenie).

Während bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen von Kindern die Familie schon seit längerem als störungsmitbedingender und/oder -aufrechterhaltender Faktor oder aber als Ressource in die therapeutischen Überlegungen und konkrete Arbeit miteinbezogen wird, ist dies in der Erwachsenenpsychiatrie noch nicht im selben Ausmass die Regel.

Aus der vorliegenden Studie lassen sich schwerpunktmässig folgende Möglichkeiten zur Unterstützung betroffener Familien ableiten: Allen Familienmitgliedern, v.a. auch den Kindern, sollten adäquate Informationen über die psychische Erkrankung und ihre Symptome zur Verfügung gestellt werden. Da die Partnerschaft häufig als belastet erlebt wird, aber auch als eine wichtige Ressource gewertet werden kann, sollte das Paar als solches gestärkt werden. In Bezug auf das Funktionieren der ganzen Familie müssen die Eltern in der Ausübung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützt werden, wobei manchmal auch schon einfache Interventionen hilfreich sein können, wie Lieberman (1996) beschreibt:

> ...simple interventions can result in fundamental change of family relationships. Also, it is sometimes wise to focus on the marital relationship and leave parenting as an issue out as it is not always necessary to address a person in their role as a parent for change to occur (S. 178).

Familientherapeutische Interventionen könnten einerseits auf die Stärkung der Elterndyade und die Klärung hierarchischer Strukturen abzielen, ebenso sollte die Kommunikation der Familie über die Erkrankung und die damit verbundenen Emotionen der einzelnen Familienmitglieder ermöglicht und gefördert werden: bei den Müttern könnten dies u.a. Gefühle von Schuld, Isolation und mangelnder Kontrolle sein, bei den Vätern Überforderung in ihrer Rolle als „Familienmanager“ und Mühe, Hilfe anzunehmen. Eine falsche Schonungshaltung Kindern gegenüber – im Sinne, dass diese nicht in „etwas hineingezogen werden sollen“ – ist unangebracht, wie die anderen Mitglieder der Familie müssen auch sie mit der psychischen

Erkrankung als einer Realität leben. Es ist wichtig, dass sie über ihre Ängste und Sorgen sprechen können und auch ausserhalb der Familie genügend soziale Unterstützung erhalten.

Der verstärkte Blick auf das familiäre und soziale Umfeld könnte die behandelnden Personen wie Ärztinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychologen für die wichtige Rolle, welche die Familie und mehr noch die Partnerschaft für den Verlauf der Erkrankung spielen, sensibilisieren, ebenso könnten wichtige Ressourcen wie soziale Unterstützung und eine gut funktionierende Paarbeziehung gestärkt und deren Nutzung durch die Familie gezielt gefördert werden.

Literatur

Andrews, B., Brown, G.W. & Creasey, L. (1990). Intergenerational Links Between Psychiatric Disorder in Mothers and Daughters: The Role of Parenting Experiences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 1115-1129.

Anthony, E.J. (1987). Risk, Vulnerability, and Resilience: An Overview. In E.J. Anthony & B.J. Cohler (Eds.), *The Invulnerable Child* (pp. 3-48). New York: Guilford Press.

Ashby, W.R. (1956). *An Introduction to Cybernetics*. New York: John Wiley.

Ball, J., Cowan, P. & Pape Cowan, C. (1995). Who's Got the Power? Gender Differences in Partners' Perceptions of Influence During Marital Problem-Solving Discussions. *Family Process*, 34, 303-321.

Barnes, H.L. (1989). Cross-Generational Coalitions, Discrepant Perceptions and Family Functioning. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 4, 175-198.

Bateson, G., Jackson, D., Laing, R., Lidz, T. & Wynne, L. (1969). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt: Suhrkamp.

Beardslee, W.R. & Podorefsky, D. (1988). Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.

Beardslee, W.R., Hoke, L., Wheelock, I., Rothberg, P.C., van de Velde, P. & Swatling, S. (1992). Initial Findings on Preventive Intervention for Families With Parental Affective Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1335-1340.

Beardslee, W.R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P.C., van de Velder, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D.L. & Wheelock, I. (1993). Comparison of Preventive Interventions for Families With Parental Affective Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 254-263.

Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T.R.G., Wright, E.J. & Rothberg, P.C. (1997). *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.

Beavers, R.W. & Voeller, M.N. (1983). Family Models: Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model With the Beavers Systems Model. *Family Process*, 22, 85-98.

Beavers, R. W. (1985). *Successful Marriage*. New York: Norton.

Benson, M.J., Curtner-Smith, M.E., Collins, W.A. & Keith, T.Z. (1995). The Structure of Family Perceptions among Adolescents and Their Parents: Individual Satisfaction Factors and Family System Factors. *Family Process*, 34, 323-336.

Berdondini, L. & Smith, P.K. (1996). Cohesion and Power in the Families of Children Involved in Bully/Victim Problems th School: An Italian Replication. *Journal of Family Therapy*, 18, 19-31.

Bertalanffy, L.v. (1956). General Systems Theory. In L.v. Bertalanffy & A. Rapaport (Eds.), *General Systems Yearbook*. Ann Arbor: k.A.

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1983). Comparison of Children of Depressed and Nondepressed Parents: A Social Environmental Perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 483-486.

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1985). Children of Parents With Unipolar Depression: A Controlled 1-Year Follow-Up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 149-166.

Bonachich, P., Grusky, O. & Peyrot, M. (1985). Family Coalitions: A New Approach and Method. *Social Psychology Quarterly*, 1, 42-50.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg, Berlin: Springer.

Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Heidelberg, Berlin: Springer.s

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1981). *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett.

Bowen, M. (1960). The Family as the Unit of Study and Treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 40-60.

Bowen, M. (1972). Toward the Differentiation of a Self in One's Own Family. In J. Framo (Ed.), *Family Interaction* (k.A.). New York: Springer.

Boyle, M.H. & Pickles, A. (1997). Maternal Depressive Symptoms and Ratings of Emotional Disorder Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 981-992.

Brägger, F.M. (1992). *Die Familienwahrnehmung von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen*. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie (Lizentiatsarbeit).

Brody, G.H., Pillegrini, A.D. & Sigel, I.E. (1986). Marital Quality and Mother-Child and Father-Child Interactions With School-Aged Children. *Developmental Psychology*, 3, 291-296.

Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.

Brunner Zimmermann, R. (1998). *Die Wahrnehmung der Beziehungsstrukturen durch Mitglieder von Familien mit einem Vater mit Alkoholproblemen*. Universität Basel: Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie (Lizentiatsarbeit).

Burns, D.D., Sayers, S.L. & Moras, K. (1994). Intimate Relationships and Depression: Is There a Causal Connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1033-1043.

Candrian, M. (1995). *Familienkonstrukte von Eltern kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten*. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie (Lizentiatsarbeit).

Christensen, A. & Margolin, G. (1988). Conflict and Alliance in distressed and nondistressed families. In R.A. Hinde & J. Stevensen-Hinde (Eds.), *Relationships Within families: Mutual influences* (pp. 263-282). New York: Oxford University Press.

Cierpka, M. (1996). Familiendiagnostik. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 1-22). Berlin: Springer.

Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995). Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of Group Cognitive Intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.

Cochran, W.G. (1954). Some Methods for Strengthening the Common χ^2 –Tests. *Biometrics*, 10, 417-451.

Cohler, B.J., Stott, F.M. & Musick, J.S. (1996). Distressed Parents and Their Young Children: Interventions for Families at Risk. In M. Göpfert, J. Webster & Seeman, M.V. (Eds.), *Parental Psychiatric Disoders* (pp. 107-134). Cambridge: University Press.

Combrinck-Graham, L. (1985). A Developmental Model for Family Systems. *Family Process*, 24, 139-150.

Combrinck-Graham, L. (1990). Developments in Family Systems Theory and Research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 501-512.

Compas, B.E. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.

Cowan, G., Drinkard, J. & MacGavin, L. (1984). The Effects of Target, Age, and Gender on Use of Power Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1391-1398.

Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortmann, C.B. & Greden, J. (1987). Living With a Depressed Person: Burden and Psychological Distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.

Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal Depression and Child Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.

Davies, P.T. & Windle, M. (1997). Gender-Specific Pathways Between Maternal Depressive Symptoms, Family Discord, and Adolescent Adjustment. *Development Psychology*, 33, 657-668.

Dodge, K.A. (1990). Developmental Psychopathology in Children of Depressed Mothers. *Developmental Psychology*, 1, 3-6.

Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 1, 50-76.

Dunn, J. & Plomin, R. (1991). Why Are Siblings so Different? The Significance of Differences in Sibling Experiences Within the Family. *Family Process*, 30, 271-283.

Emery, R.E. & O'Leary, K.D. (1982). Children's Perceptions of Marital Discord and Behavior Problems of Boys and Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 11-24.

Emery, R.E., Weintraub, S. & Neale, J.M. (1982). Effects of Marital Discord on the School Behavior of Children of Schizophrenic, Affectively Disordered, and Normal Parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 215-228.

Epstein, N.B., Bishop, D.S. & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.

Epstein, N.B., Bishop, D.S., Ryan, C., Miller, I. & Keitner, G. (1993). The McMaster Model of Healthy Family Functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (pp. 138-160) (2. Aufl.). New York: Guilford.

Erickson, G.D. (1988). Against the Grain: Decentering Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 225-236.

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton & Co.

Feldman, S.S. & Gehring, T.M. (1988). Changing Perceptions of Family Cohesion and Power across Adolescence. *Child Developmen*t, 59, 1034-1045.

Feldman, S.S., Wentzel, K.R. & Gehring, T.M. (1989a). A Comparison of the Views of Mothers, Fathers and Preadolescents about Family Cohesion and Power. *Journal of Family Psychology*, 3, 39-60.

Feldman, S.S., Wentzel, K.R. & Gehring, T.M. (1989b). A Comparison of the Views of Authors and Reviewers about Family Cohesion and Power. *Journal of Family Psychology*, 3, 64-68.

Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, M.M. (1990). Family Risk Factors, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40-50.

Fine, M., Voydanoff, P. & Donnelly, B.W. (1994). Parental Perceptions of Child Well-Being: Relations to Family Structure, Parental Depression, and Marital Satisfaction. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 165-186.

Fleischer Eckblad, G. (1993). Commentary: The „Circumplex“ and Curvilinear Functions. *Family Process*, 32, 473-476.

Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test.

Friedmann, M.S., McDermut, W.H., Solomon, D.A., Ryan, C.E., Keitner, G.I. & Miller, I.W. (1997). Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families. *Family Process*, 36, 357-367.

Garmezy, N. (1983). Stressors of Childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, Coping and Development in Children* (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill.

Gehring, T.M. (1993). *FAST. Familiensystemtest. Manual* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.

Gehring, T.M., Funk, U. & Schneider, M. (1989). Der Familiensystemtest (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, 152-164.

Gehring, T.M. & Marti, D. (1990). Der Familiensystemtest: Typen familiärer Beziehungsstrukturen. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, 11, 13-19.

Gehring, T.M., Wentzel, K.R., Feldman, S.S. & Munson, J.A. (1990). Conflict in Families of Adolescents: The Impact on Cohesion and Power Structures. *Journal of Family Psychology*, 3, 290-309.

Gehring, T.M. & Marti, D. (1993a). Commentary: The Architecture of Family Structures: Toward a Spatial Concept for Measuring Cohesion and Hierarchy. *Family Process*, 32, 135-139.

Gehring, T.M. & Marti, D. (1993b). The Family System Test: Differences in Perception of Family Structures Between Nonclinical and Clinical Children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 363-377.

Gehring, T.M., Marti, D. & Sidler, A. (1994). Family System Test (FAST): Are Parents‘ and Children’s Family Constructs either Different or Similar, or Both? *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 125-138.

Gehring, T.M., Candrian, M., Marti, D. & Real del Sarte, O. (1996). Family System Test (FAST): The Relevance of Parental Family Constructs for Clinical Intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 55-65.

Gilbert, R., Christensen, A. & Margolin, G. (1984). Patterns of Alliances in Nondistressed and Multiproblem Families. *Family Process*, 23, 75-87.

Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M.V. (1996). *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and Their Families*. Cambridge: University Press.

Goodman, S.H. & Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and Depressed Mothers: Relational Deficits in Parenting. *Developmental Psychology*, 26, 31-39.

Gove, W.R. (1972). The Relationship Between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness. *Social Forces*, 51, 34-44.

Grych, J.H. & Fincham, F.D. (1990). Marital Conflict and Children’s Adjustment: A Cognitive-Contextual Framework. *Psychological Bulletin*, 2, 267-290.

Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München: Pfeiffer.

Haley, J. (1980). *Ablösungsprobleme Jugendlicher*. München:Pfeiffer.

Hall, A. (1996). Parental Psychiatric Disorder and the Developing Child. In M. Göpfert, J. Webster & Seeman, M.V. (Eds.), *Parental Psychiatric Disoders* (pp. 17-41). Cambridge: University Press.

Hammen, C., Burge, D. & Stansbury, K. (1990). Relationship of Mother and Child Variables to Child Outcomes in a High Risk Sample: A Causal Modeling Analysis. *Developmental Psychology*, 26, 24-30.

Hampson, R.B., Beavers, R.W. & Hulgus, Y.F. (1988). Commentary: Comparing the Beavers and Circumplex Models of Family Functioning. *Family Process*, 27, 85-92.

Hare-Mustin, R.T. (1987). The Problem of Gender in Family Therapy Theory. *Family Process*, 26, 15-27.

Hetherington, E.M. (1989). Coping With Family Transitions: Winners, Losers, and Survivors. *Child Development*, 60, 1-14.

Hill, J. (1996). Parental Psychiatric Disorder and the Attachment Relationship. In M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Eds.), *Parental Psychiatric Disoders* (pp. 7-16). Cambridge: University Press.

Howes, P. & Markman, H.J. (1989). Marital Quality and Child Functioning: A Longitudinal Investigation. *Child Development*, 60, 1044-1051.

Jacob, T. & Johnson, S.L. (1997). Parent-Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers: Impact on Child Functioning. *Journal of Family Psychology*, 11, 391-409.

Jacob, T. (1975). Family Interaction in Disturbed and Normal Families: A Methodological and Substantive Review. *Psychological Bulletin*, 82, 33-65.

Jenkins, H. (1990). Annotation: Family Therapy. Developments in Thinking and Practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 1015-1026.

Joraschky, P. (1996). Die System- und Strukturdiagnose. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 317-335). Berlin: Springer.

Kantor, D. & Lehr, W. (1975). *Inside the Family*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kelsey-Smith, M. & Beavers, R.W. (1981). Family Assessment: Centripetal and Centrifugal Family Systems. *The American Journal of Family Therapy*, 9, 3-12.

Kliman, J. & Trimble, D.W. (1983). Network Therapy. In B.B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of Family and Marital Therapy* (pp. 277-314). New York: Plenum Press.

Kranichfeld, M.L. (1987). Rethinking Family Power. *Journal of Family Issues*, 1, 42-56.

Krantz, S.E. & Moos, R.H. (1987). Functioning and Life Context Among Spouses of Remitted and Nonremitted Depressed Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 353-360.

L'Abate, L. & Colondrier, G. (1987). The Emperor has no Clothes! Long live the Emperor! A Critique of Family Systems Thinking and a Reductionistic Proposal. *The American Journal of Family Therapy*, 15, 19-33.

Larson, L.E. (1974). System and Subsystem Perception of Family Roles. Journal of Marriage and the Family, *Journal of Marriage and the Family*, 36, 123-138.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lee, C. (1988a). Meta-Commentary: On Synthesis and Fractionation in Family Theory and Research. *Family Process*, 27, 92-96.

Lee, C. (1988b). Theories of Family Adaptability: Toward a Synthesis of Olson's Circumplex and the Beavers Systems Models. *Family Process*, 27, 73-85.

Lieberman, S. (1996). The Parent as the Unidentified Patient. In M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Eds.), *Parental Psychiatric Disoders* (pp. 173-181). Cambridge: University Press.

Marmor, J. (1983). Systems Thinking in Psychiatry: Some Theoretical and Clinical Implications. *American Journal of Psychiatry*, 140, 833-838.

Marti, D. & Gehring, T.M. (1992). Is There a Relationship Between Children's Mental Disorders and Their Ideal Family Constructs? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 490-494.

Maturana, H. & Varela, F. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Piper.

Melito, R. (1985). Adaptation in Family Systems: A Developmental Perspective. *Family Process*, 24, 89-100.

Merikangas, K.R. (1984). Divorce and Assortative Mating Among Depressed Patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 74-76.

Metzler, C. (1996). Familienkonstrukte von Eltern gesunder und psychiatrisch auffälliger Kinder. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie (Lizentiatsarbeit).

Miller, J.G. (1978). *Living Systems*. New York: McGraw-Hill.

Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1983). *Praxis der strukturellen Familientherapie* (3. Aufl.). Freiburg i.B.: Lambertus.

Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg i.B.: Lambertus.

Moos, R.H., Cronkite, R.C. & Moos, B.S. (1998). Family and Extrafamilial Resources and the 10-Year Course of Treated Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 450-460.

Nolen-Hoeksma, S. (1987). Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

Nolen-Hoeksma, S., Wolfson, A., Mumme, D. & Guskin, K. (1995). Helplessness in Children of Depressed and Nondepressed Mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.

Norton, K. & Dolan, B. (1996). Personality Disorder and Parenting. In M. Göpfert, J. Webster & Seeman, M.V. (Eds.), *Parental Psychiatric Disoders* (pp. 219-232). Cambridge: University Press.

Oates, M. (1996). Postnatal Mental Illness: Its Importance and Management. In M. Göpfert, J. Webster & Seeman, M.V. (Eds.), *Parental Psychiatric Disoders* (pp. 63-81). Cambridge: University Press.

Olson, D.H. (1986). Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *sssss*, 25, 337-351.

Olson, D.H. & Rabunsky, C. (1972). Validity of Four Measures of Family Power. *Journal of Marriage and the Family*, 24, 224-234.

Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C.S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Family Process*, 18, 3-28.

Perosa, L.M. & Perosa, S.L. (1990). The Use of a Bipolar Item Format of FACES III: A Reconsideration. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 187-199.

Piaget, J. (1957). *Gesammelte Werke* (Studienausgabe). Stuttgart: Klett-Cotta.

Prigogine, I. & Stengers, I. (1981). *Dialog mit der Natur*. München: Piper.

Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Martinez, P., Fox, M.B. & Belmont, B. (1992). Young Children of Affectively Ill Parents: A Longitudinal Study of Psychosocial Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 68-77.

Russell, C.S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: III. Empirical Evaluation With Families. *Family Process*, 18, 29-45.

Rutter, M. (1989). Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment. Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 317-348). Cambridge: University Press.

Rutter, M. (1990). Commentary: Some Focus and Process Considerations Regarding the Effects of Parental Depression on Children. *Developmental Psychology*, 26, 60-67.

Rutter, M. & Quinton, D. (1977). Psychiatric Disorder – Ecological Factors and Concepts of Causation. In H. McGurk (Ed.), *Ecological Factors in Human Development* (pp. 173-187). Amsterdam: North-Holland.

Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental Psychiatric Disorder. Effects on Children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

Satir, V. (1979). *Familienbehandlung*. Freiburg: Lambertus.

Saussure, F. de (1959). *Course in General Linguistics*. New York: Philosophical Library. (Original erschienen 1915).

Schlippe, A.v. (1984). *Familientherapie im Überblick* (11. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Schlippe, A.v. & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmaling, K.B. & Jacobson, N.S. (1990). Marital Interaction and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 229-236.

Schulz v. Thun, F. (1981). *Miteinander reden – Störungen und Klärungen*. Reinbek: Rowohlt.

Seifer, R., Sameroff, A.J., Baldwin, C.P. & Baldwin, A. (1992). Child and Family Factors that Ameliorate Risk between 4 and 13 Years of Age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 893-903.

Stierlin, H. (1975). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Stuttgart: Klett.

Stierlin, H. (1980). *Eltern und Kinder. Das Drama von Versöhnung und Trennung im Jugendalter*. Frankfurt: Suhrkamp.

Thoits, P.A. (1986). Multiple Identities: Examining Gender and Marital Status Differences in Distress. *American Sociological Review*, 51, 259-272.

Thomas, V. (1996). Prozessmodelle und Ratingskalen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 413-430). Berlin: Springer.

Turk, N.W. & Bell, J.L. (1972). Measuring Power in Families. *Journal of Marriage and the Family*, 24, 215-222.

Vuchinich, S., Emery, R.E. & Cassidy, J. (1988). Family Members as Third Parties in Dyadic Conflicts: Strategies, Alliances, and Outcomes. *Child Development*, 59. 1293-1302.

Vuchinich, S., Vuchinich, R. & Wood, B. (1993). The Interparental Relationship and Family Problem Solving With Preadolescent Males. *Child Development*, 64, 1389-1400.

Walker, E., Downey, G. & Bergman, A. (1989). The Effects of Parental Psychopathology and Maltreatment on Child Behaviour: A Test of the Diathesis-Stress Model. *Child Development*, 60, 15-24.

Walters, V. (1993). Stress, Anxiety and Depression: Women's Accounts of Their Health Problems. *Social Science and Medicine*, 393-402.

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

Werner, H. (1957). The Concept of Development from a Comparative and Organismic Point of View. In D.G. Harris (Ed.), *The Concept of Development* (k.A.). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Whitaker, C.A. (1976). The Hindrance of Theory in Clinical Work. In P.J. Guerin (Ed.), *Family Therapy: Theory and Practice* (k.A.). New York: Gardner Press.

Whitehead, L. (1979). Sex Differences in Children's Response to Family Stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 247-254.

Willi, J. (1994). Familientherapie. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie* (S. 174-178). Weinheim: Beltz.

Willi, J. (1998). *Die Zweierbeziehung*. Hamburg: Rowohlt.

Willke, H. (1991). *Systemtheorie* (3. Aufl.). Stuttgart: Fischer.

Wood, B. & Talmon, M. (1983). Family Boundaries in Transition: A Search for Alternatives. *Family Process*, 22, 347-357.

Wood, B. (1985). Proximity and Hierarchy: Orthogonal Dimensions of Family Interconnectedness. *Family Process*, 24, 487-507.

Wynne, L. (1958). Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-222.

Wynne, L. (1984). The Epigenesis of Relational Systems: A Model for Understanding Family Development. *Family Process*, 23, 297-318.

Youniss, J. (1989). Further Thoughts on Social Construction in Families, *Journal of Family Psychology*, 3, 61-63.

Anhangsverzeichnis

Anhang A/I:	FAST-Auswertungsbogen
Anhang A/II:	SCL-90-R
Anhang A/III:	Fragebogen zum Erkrankungsverlauf
Anhang A/IV:	Fragebogen zur allgemeinen Lebensituation und zu unterstützenden und belastenden Lebensereignissen
Anhang A/V:	Schweigepflichtserklärung
Anhang B/I:	Vergleich von SCL-Kennwerten von Müttern und Vätern
Anhang B/II:	Häufigkeitstabellen SCL-90-R (Mütter)
Anhang B/III:	Häufigkeitstabellen SCL-90-R (Väter)
Anhang C:	Rangvarianzanalyse und U-Tests, Kohäsion und Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentationen
Anhang D:	Rangvarianzanalyse und U-Tests, Kohäsion und Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentationen
Anhang E:	Rangvarianzanalyse und U-Tests, Kohäsion und Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentationen
Anhang F:	Rangvarianzanalyse und U-Tests, Kohäsion und Hierarchie auf der Familienebene, ideale Repräsentationen
Anhang G:	Rangvarianzanalyse und U-Tests, Kohäsion und Hierarchie auf der Paarebene, ideale Repräsentationen
Anhang H:	Rangvarianzanalyse und U-Tests, Kohäsion und Hierarchie auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentationen
Anhang I/I:	Intrafamiliäre Übereinstimmungen auf der Familienebene, typische Repräsentationen
Anhang I/II:	Intrafamiliäre Übereinstimmungen auf der Paarebene, typische Repräsentationen
Anhang I/III:	Intrafamiliäre Übereinstimmungen auf der Geschwisterebene, typische Repräsentationen
Anhang I/IV:	Intrafamiliäre Übereinstimmungen auf der Familienebene, ideale Repräsentationen
Anhang I/V:	Intrafamiliäre Übereinstimmungen auf der Paarebene, ideale Repräsentationen

Anhang I/VI: Intrafamiliäre Übereinstimmungen auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentationen

Anhang K: Häufigkeiten der Antwortkategorien im Fragebogen zu Ressourcen und Belastungen

Anhang A/I

FAST: Auswertungsbogen

Anhang A/II

Symptom-Checkliste SCL-90-R

Code:..... **Anhang A/III**

Angaben über den Verlauf der Erkrankung

1. a) Wann sind Sie zum erstenmal erkrankt? Jahr:.....

   b) War dies mit einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik verbunden?

   ❏ nein ❏ ja; Dauer: .....

---

2. a) Hatten Sie in der Zeit zwischen Ihrer ersten Erkrankung und heute Rückfälle?

   ❏ nein ❏ ja

   b) Falls Sie einen oder mehrere Rückfälle hatten, wann waren diese?

   Jahr(e):.....

   c) Waren Sie bei einem oder mehreren von diesen Rückfällen in einer psychiatrischen Klinik?

   ❏ nein ❏ ja; wieviele Male:.....

---

3. a) Von welcher psychischer Erkrankung sind Sie betroffen (Diagnose)?

   .....

   b) Falls Sie im Laufe der Zeit andere Diagnosen hatten, welche?

   .....

---

4. Welche Art der Behandlung haben Sie heute?

   ❏ Hausarzt / Arzt (z.B. Medikamentenverschreibung)

   ❏ Psychiater/in in privater Praxis

   ❏ ambulante Behandlung in einer psychiatrischen Klinik (Nachbetreuung)

   ❏ Psychologe/in oder Psychotherapeut/in

   ❏ Alternative Heilmethoden: welche? .....

   ❏ andere:.....

---

5. a) Nehmen Sie heute im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung Medikamente?

   ❏ nein

   ❏ ja; welche? .....

   b) Haben Sie früher einmal Medikamente eingenommen?

   ❏ nein

   ❏ ja; welche? .....

Vielen Dank für Ihre Auskunft; Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Anhang A/IV 1

Code: .....

Fragebogen zur allgemeinen Lebenssituation und zu unterstützenden und belastenden Lebensbereichen

Im ersten Teil dieses Fragebogens geht es um Ihre allgemeine Lebenssituation wie z.B. Berufstätigkeit. Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an.
Im zweiten Teil geht es um Bereiche in Ihrem Leben, die Sie in Ihrer Situation als Unterstützung oder als zusätzliche Belastung erleben. Auch hier können Sie die auf Sie zutreffenden Antworten ankreuzen. Dazu können Sie unter „Bemerkungen" weitere Ihnen wichtige Gedanken zu diesem Thema aufschreiben.
Ihre Angaben sind selbstverständlich anonym.

1. Allgemeine Angaben

1. Geschlecht	❑ weiblich	❑ männlich
2. Geburtsdatum:	.....	
3. Nationalität:	.....	
4. Zivilstand:	❑ verheiratet, seit: ..... in 1. ❑ / 2. ❑ / 3. ❑ Ehe ❑ ledig, mit PartnerIn zusammenlebend ❑ anderes:	
5. Zuletzt abgeschlossene Ausbildung:	❑ Volksschule: Ober-, Real-, oder Sekundarschule ❑ Diplommittelschule oder Gymnasium ❑ Anlehre als:	

❑ Berufslehre / Berufsschule als: .....

❑ Höhere Fachschule (HTL, HWV etc.)

Welche? .....

❑ Hochschule, Fach: .....

❑ Andere: .....

6. Erwerbstätigkeit:	❑ angestellt	❑ selbständig
	❑ Vollzeit	
	Tätigkeit:	
	❑ Teilzeit, Prozent:	
	Tätigkeit:	
	❑ Zur Zeit stellenlos; seit	
	❑ Hausfrau / Hausmann	
	❑ anderes:	
7. Kinder (Geschlecht und Alter):	.....	
	.....	
	.....	
	.....	
	.....	

2. Unterstützende und belastende Lebensbereiche

8. Fühlen Sie sich in Ihrer Situation genügend unterstützt? ❑ Ja ❑ Nein

9. Durch welche der unten aufgeführten Bereiche fühlen Sie sich in Ihrer Situation unterstützt und entlastet? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

❑ Partner/in ❑ Familie

❑ Verwandte ❑ FreundInnen, KollegInnen

❑ Beruf/Arbeitsplatz ❑ ArbeitskollegInnen

❑ Hobbies ❑ Verein / Organisation

❑ Andere: .....

Hier können Sie genauer beschreiben, weshalb und auf welche Weise die genannten Bereiche Sie unterstützen: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Anhang A/IV 3

---

10. Durch welche der unten genannten Vorkommnisse waren Sie und Ihre Familie in den letzten drei Jahren betroffen und wie belastend empfanden Sie sie? Mehrere Antworten sind möglich.

	sehr	eher	eher weniger	kaum/ nicht belastend
a) Arbeitsplatzwechsel.....				
❑ von mir	❑	❑	❑	❑
❑ von meiner/m Partner/in	❑	❑	❑	❑
b) Wohnungswechsel	❑	❑	❑	❑
c) Probleme in der Partnerschaft.....	❑	❑	❑	❑
d) Probleme eines Kindes in der Schule.....	❑	❑	❑	❑
e) Probleme mit der Erziehung.....	❑	❑	❑	❑
f) Todesfall in der Familie / Verwandtschaft	❑	❑	❑	❑
g) Finanzielle Probleme.....	❑	❑	❑	❑
h) Körperliche Erkrankungen....	❑	❑	❑	❑

welche?.....

wer war davon betroffen? .....

Bemerkungen:.....

.....

.....

.....

---

11. Waren Sie früher einmal in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?

❑ Nein

❑ Ja Wann? .....

Wie lange? .....

Grund: .....

Bemerkungen:.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Anhang A/V

Verpflichtung zur ärztlichen Schweigepflicht

Ich versichere Ihnen hiermit, dass alle Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und Ihre persönlichen Informationen ausschliesslich im Rahmen meiner Lizentiatsarbeit am Institut für Klinische Psychologie der Universität Zürich verwendet werden. Dies geschieht anonym und ohne Namensnennung, da ich für diese Arbeit an die ärztliche Schweigepflicht gebunden bin.

Ort und Datum: Unterschrift:

....

Einwilligung zur anonymen Verwendung der persönlichen Daten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Angaben anonymisiert (ohne Namensnennung) im Rahmen der Lizentiatsarbeit von Frau Brigitte Müller am Institut für Klinische Psychologie der Universität Zürich, verwendet und veröffentlicht werden dürfen.

Ort und Datum: Unterschrift:

....

.....

Einwilligung zur Befragung von (minderjährigen) Kindern

Ich bin / wir sind einverstanden, dass auch unser/e Kind/er mit dem Familiensystemtest FAST befragt werden und ihre Angaben im Rahmen der Lizentiatsarbeit von Frau Brigitte Müller am Institut für Klinische Psychologie der Universität Zürich verwendet werden dürfen.

Ort und Datum: Unterschrift der Eltern:

....

.....

Anhang B/I

		F[a]	Sig.[a]	t[b]	df[b]	Sig. (1-tailed)[b]	Mean Difference	Std. Error Difference
Somatisierung	1[c]	4.794	.037	1.042	27	.153	4.67	4.48
	2[d]			1.021	19.522	.160	4.67	4.57
Zwanghaftigkeit	1	2.059	.163	2.246	27	.017	11.72	5.22
	2			2.231	25.280	.018	11.72	5.26
Unsicherheit im Sozialkontakt	1	.462	.502	1.791	27	.043	7.73	4.32
	2			1.786	26.371	.043	7.73	4.33
Depressivität	1	2.635	.116	.990	27	.166	4.83	4.88
	2			.981	24.223	.168	4.83	4.92
Ängstlichkeit	1	.006	.939	2.387	27	.012	8.22	3.44
	2			2.375	25.868	.013	8.22	3.46
Aggressivität/ Feindseligkeit	1	4.070	.054	.769	27	.224	3.48	4.52
	2			.758	21.897	.229	3.48	4.59
Phobische Angst	1	9.452	.005	3.207	27	.002	11.80	3.68
	2			3.138	18.664	.003	11.80	3.76
Paranoides Denken	1	.047	.829	1.285	27	.105	5.24	4.08
	2			1.282	26.510	.105	5.24	4.09
Psychotizismus	1	1.440	.241	1.000	27	.163	4.45	4.45
	2			.994	25.574	.164	4.45	4.47
Global Severity Index	1	3.792	.062	1.817	27	.040	9.10	5.01
	2			1.797	23.826	.043	9.10	5.06
Positive Symptom Distress Index	1	4.619	.041	1.005	27	.162	4.49	4.47
	2			.994	23.420	.165	4.49	4.52
Positive Symptom Total	1	2.092	.160	1.712	27	.049	7.84	4.58
	2			1.694	24.016	.052	7.84	4.63

SCL-90-R: Vergleich von Müttern und Vätern bez. Mittelwerten und Standardabweichung

a: Levene's Test for Equality of variances

c: Equal variances assumed

b: Independent Samples T-Test d: Equal variances not assumed

Anhang B/II 1

SCL-90-R: Häufigkeitstabellen Mütter (T-Werte)

Somatisierung	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
29	2	13,3[a]	13,3
37	1	6,7	20,0
42	1	6,7	26,7
46	1	6,7	33,3
52	3	20,0	53,3
54	1	6,7	60,0
62	3	20,0	80,0
77	2	13,3	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

[a]: alle Prozentangaben auf eine Nachkommastelle gekürzt

Zwanghaftigkeit	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
30	2	13,3	13,3
38	2	13,3	26,7
43	1	6,7	33,3
46	1	6,7	40,0
53	1	6,7	46,7
62	1	6,7	53,3
64	1	6,7	60,0
65	1	6,7	66,7
67	2	13,3	80,0
70	1	6,7	86,7
73	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/II 2

Unsicherheit im Sozialkontakt	**Häufigkeit**	**Prozent**	**Kum. Prozent**
35	2	13,3	13,3
42	2	13,3	26,7
45	1	6,7	33,3
49	2	13,3	46,7
52	1	6,7	53,3
54	1	6,7	60,0
58	1	6,7	66,7
63	1	6,7	73,3
67	1	6,7	80,0
71	3	20,0	100,0
Total	15	100,0	

Depressivität	**Häufigkeit**	**Prozent**	**Kum. Prozent**
32	2	13,3	13,3
38	2	13,3	26,7
42	1	6,7	33,3
45	1	6,7	40,0
52	1	6,7	46,7
54	1	6,7	53,3
56	1	6,7	60,0
64	1	6,7	66,7
66	1	6,7	73,3
67	1	6,7	80,0
70	1	6,7	86,7
72	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/II 3

Ängstlichkeit	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
35	1	6,7	6,7
36	1	6,7	13,3
48	1	6,7	20,0
51	1	6,7	26,7
54	1	6,7	33,3
57	1	6,7	40,0
58	1	6,7	46,7
59	1	6,7	53,3
60	3	20,0	73,3
63	2	13,3	86,7
67	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Aggressivität/ Feindseligkeit	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
36	3	20,0	20,0
46	4	26,7	46,7
52	1	6,7	53,3
59	2	13,3	66,7
62	1	6,7	73,3
67	1	6,7	80,0
71	1	6,7	86,7
80	2	13,3	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/II 4

Phobische Angst	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
41	2	13,3	13,3
43	3	20,0	33,3
52	1	6,7	40,0
58	2	13,3	53,3
64	1	6,7	60,0
65	1	6,7	66,7
68	2	13,3	80,0
70	1	6,7	86,7
72	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Paranoides Denken	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
38	3	20,0	20,0
46	2	13,3	33,3
51	2	13,3	46,7
54	1	6,7	53,3
56	1	6,7	60,0
61	1	6,7	66,7
64	1	6,7	73,3
66	2	13,3	86,7
67	1	6,7	93,3
75	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Psychotizismus	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
39	5	33,3	33,3
48	3	20,0	53,3

52	1	6,7	60,0
59	1	6,7	66,7
63	2	13,3	80,0
66	1	6,7	86,7
74	1	6,7	93,3
75	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/II 5

Global Severity Index	Häufigkeit	Prolzent	Kum. Prozent
23	1	6,7	6,7
37	1	6,7	13,3
38	1	6,7	20,0
42	1	6,7	26,7
43	1	6,7	33,3
50	1	6,7	40,0
51	1	6,7	46,7
55	1	6,7	53,3
58	1	6,7	60,0
69	1	6,7	66,7
71	2	13,3	80,0
73	1	6,7	86,7
80	2	13,3	100,0
Total	15	100,0	

Positive Symptom Distress Index	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
21	1	6,7	6,7
39	3	20,0	26,7
45	1	6,7	33,3
48	2	13,3	46,7
60	1	6,7	53,3
64	1	6,7	60,0
65	1	6,7	66,7
68	3	20,0	86,7

72	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/II 6

Positive Symptom Total	**Häufigkeit**	**Prozent**	**Kum. Prozent**
21	1	6,7	6,7
37	1	6,7	13,3
39	1	6,7	20,0
43	1	6,7	26,7
44	1	6,7	33,3
52	4	26,7	60,0
60	1	6,7	66,7
63	1	6,7	73,3
68	1	6,7	80,0
71	1	6,7	86,7
79	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/III 1

SCL-90-R: Häufigkeitstabellen Väter (T-Werte)

Somatisierung	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
42	2	13,3	13,3
43	1	6,7	20,0
46	3	20,0	40,0
48	1	6,7	46,7
50	1	6,7	53,3
52	2	13,3	66,7
53	1	6,7	73,3
57	1	6,7	80,0
60	1	6,7	86,7
65	1	6,7	93,3
68	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Zwanghaftigkeit	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
26	2	13,3	13,3
31	1	6,7	20,0
40	2	13,3	33,3
43	1	6,7	40,0
44	4	26,7	66,7
50	1	6,7	73,3
56	2	13,3	86,7

60	1	6,7	93,3
73	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/III 2

Unsicherheit im Sozialkkontakt	**Häufigkeit**	**Prozent**	**Kum. Prozent**
33	2	13,3	13,3
35	1	6,7	20,0
36	1	6,7	26,7
38	1	6,7	33,3
45	1	6,7	40,0
46	1	6,7	46,7
47	1	6,7	53,3
48	1	6,7	60,0
52	3	20,0	80,0
57	1	6,7	86,7
64	1	6,7	93,3
70	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Depressivität	**Häufigkeit**	**Prozent**	**Kum. Prozent**
33	2	13,3	13,3
35	1	6,7	20,0
36	1	6,7	26,7
38	1	6,7	33,3

45	1	6,7	40,0
46	1	6,7	46,7
47	1	6,7	53,3
48	1	6,7	60,0
52	3	20,0	80,0
57	1	6,7	86,7
64	1	6,7	93,3
70	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang B/III 3

Ängstlichkeit	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
38	2	13,3	13,3
40	1	6,7	20,0
46	3	20,0	40,0
49	1	6,7	46,7
50	2	13,3	60,0
53	2	13,3	73,3
54	1	6,7	80,0
57	1	6,7	86,7
61	1	6,7	93,3
70	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Aggressivität/ Feinseligkeit	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
38	1	6,7	6,7
39	1	6,7	13,3
41	1	6,7	20,0
48	2	13,3	33,3

49	1	6,7	40,0
51	1	6,7	46,7
55	3	20,0	66,7
58	2	13,3	80,0
60	1	6,7	86,7
62	1	6,7	93,3
73	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Phobische Angst	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
43	6	40,0	40,0
45	5	33,3	73,3
53	3	20,0	93,3
65	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Paranoides Denken	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
39	4	26,7	26,7
40	1	6,7	33,3
41	1	6,7	40,0
49	1	6,7	46,7
51	1	6,7	53,3
53	1	6,7	60,0
57	3	20,0	80,0
59	1	6,7	86,7
64	1	6,7	93,3
72	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Psychotizismus	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
41	5	33,3	33,3
42	1	6,7	40,0
43	2	13,3	53,3
49	2	13,3	66,7

54	1	6,7	73,3
55	1	6,7	80,0
59	1	6,7	86,7
60	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Global Severity Index	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
35	1	6,7	6,7
37	3	20,0	26,7
43	1	6,7	33,3
48	2	13,3	46,7
49	1	6,7	53,3
52	1	6,7	60,0
53	1	6,7	66,7
55	3	20,0	86,7
56	1	6,7	93,3
80	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Positive Symptom Distress Index	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
38	1	6,7	6,7
40	1	6,7	13,3
43	2	13,3	26,7
48	1	6,7	33,3
50	2	13,3	46,7
54	2	13,3	60,0
56	1	6,7	66,7
57	1	6,7	73,3
58	1	6,7	80,0
60	1	6,7	86,7
71	2	13,3	100,0
Total	15	100,0	

Positive Symptom Total	Häufigkeit	Prozent	Kum. Prozent
33	1	6,7	6,7
36	1	6,7	13,3
37	1	6,7	20,0
39	1	6,7	26,7
42	1	6,7	33,3
46	1	6,7	40,0
48	1	6,7	46,7
49	1	6,7	53,3
50	1	6,7	60,0
53	1	6,7	66,7
54	1	6,7	73,3
56	1	6,7	80,0
57	1	6,7	86,7
58	1	6,7	93,3
73	1	6,7	100,0
Total	15	100,0	

Anhang C 1

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Kohäsion, Familienebene typische Repr.	Mütter	15	25,53	df	2
	Väter	15	23,97	χ^2	.330
	Kinder	20	26,67	p	.848

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Familienebene typische Repr.	Mütter	15	15,93	239,00	Mann Whitney U	106,000
	Väter	15	15,07	226,00	Z	-.292
					p	.770

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Familienebene typische Repr.	Mütter	15	17,60	264,00	Mann Whitney U	144,000
	Kinder	20	18,30	366,00	Z	-.214
					p	.831

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Familienebene typische Repr.	Väter	15	16,90	253,50	Mann Whitney U	133,500
	Kinder	20	18,83	376,50	Z	-.596
					p	.551

Anhang C 2

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Hierarchie, Familienebene typische Repr.	Mütter	15	21,10	df	2
	Väter	15	23,63	χ^2	4.767
	Kinder	20	30,20	p	.092

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie	Mütter	15	14,80	222,00	Mann Whitney U	102,000

Familienebene typische Repr.	Väter	15	16,20	243,00	Z	-.501
					p	.616

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Familienebene typische Repr.	Mütter	15	14,30	214,50	Mann Whitney U	94,500
	Kinder	20	20,77	415,50	Z	-.2136
					p	.033*

*: signifikant auf 5%-Ebene

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Familienebene typische Repr.	Väter	15	15,43	231,50	Mann Whitney U	111,500
	Kinder	20	19,92	398,50	Z	-1.470
					p	.142

Anhang D 1

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Kohäsion, Paarebene typische Repr.	Mütter	15	23,70	df	2
	Väter	15	23,90	χ^2	1,217
	Kinder	20	28.05	p	.544

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Paarebene typische Repr.	Mütter	15	15,50	232,50	Mann Whitney U	112,500
	Väter	15	15,50	232,50	Z	.000
					p	1.000

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Paarebene typische Repr.	Mütter	15	16,20	243,00	Mann Whitney U	123,000
	Kinder	20	19,35	387,00	Z	-.978
					p	.328

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Paarebene typische Repr.	Väter	15	16,40	246,00	Mann Whitney U	126,000
	Kinder	20	19,20	384,00	Z	-.883
					p	.377

Anhang D 2

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Hierarchie, Paarebene	Mütter	15	31,97	df	2
	Väter	15	21,87	χ^2	5,105

typische Repr.	Kinder	20	23,38	p	.078	

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie Paarebene typische Repr.	Mütter	15	18,37	275,50	Mann Whitney U	69,500
	Väter	15	12,63	189,50	Z	-1.907
					p	.057

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Paarebene typische Repr.	Mütter	15	21,60	324,00	Mann Whitney U	96,000
	Kinder	20	15,30	306,00	Z	-1.977
					p	.048*

*: signifikant auf 5%-Ebene

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Paarebene typische Repr.	Väter	15	17,23	258,50	Mann Whitney U	138,500
	Kinder	20	18,58	371,50	Z	-.426
					p	.670

Anhang E 1

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

	n	Mean Rank	Test Statistics[a]

Kohäsion, Geschwisterebene typische Repr.	Mütter	11	19,82	df	2
	Väter	11	23,00	χ^2	2,275
	Kinder	16	16,88	p	.321

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Geschwisterebene typische Repr.	Mütter	11	10,55	116,00	Mann Whitney U	50,000
	Väter	11	12,45	137,00	Z	-.742
					p	.458

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Geschwisterebene typische Repr.	Mütter	11	15,27	168,00	Mann Whitney U	74,000
	Kinder	16	13,13	210,00	Z	-.741
					p	.459

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Geschwisterebene typische Repr.	Väter	11	16,55	182,00	Mann Whitney U	60,000
	Kinder	16	12,25	196,00	Z	-1.480
					p	.139

Anhang E 2

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Hierarchie, Geschwisterebene typische Repr.	Mütter	11	18,91	df	2
	Väter	11	18,95	χ^2	0,175
	Kinder	16	20,28	p	.916

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie Geschwisterebene typische Repr.	Mütter	11	11,45	126,00	Mann Whitney U	60,000
	Väter	11	11,55	127,00	Z	-.038
					p	.970

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Geschwisterebene typische Repr.	Mütter	11	13,45	148,00	Mann Whitney U	82,000
	Kinder	16	14,38	230,00	Z	-.333
					p	.739

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Geschwisterebene typische Repr.	Väter	11	13,41	147,50	Mann Whitney U	81,500
	Kinder	16	14,41	230,50	Z	-.365
					p	.715

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Kohäsion auf der Familienebene, ideale Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Kohäsion, Familienebene ideale Repr..	Mütter	15	27,03	df	2
	Väter	15	23,47	χ^2	0,634
	Kinder	20	25,88	p	.728

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Familienebene ideale Repr..	Mütter	15	16,60	249,00	Mann Whitney U	96,000
	Väter	15	14,40	216,00	Z	-.787
					p	.431

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Familienebene ideale Repr..	Mütter	15	18,43	276,50	Mann Whitney U	143,500
	Kinder	20	17,67	353,50	Z	-.258
					p	.796

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Familienebene ideale Repr..	Väter	15	17,07	256,00	Mann Whitney U	136,000
	Kinder	20	18,70	374,00	Z	-.534
					p	.594

Anhang F 2

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Hierarchie auf der Familienebene, ideale Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Hierarchie, Familienebene ideale Repr..	Mütter	15	20,67	df	2
	Väter	15	24,00	χ^2	5,273,
	Kinder	20	30,25	p	.072

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie Familienebene ideale Repr..	Mütter	15	14,50	217,50	Mann Whitney U	97,500
	Väter	15	16,50	247,50	Z	-.762
					p	.446

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Familienebene ideale Repr..	Mütter	15	14,17	212,50	Mann Whitney U	92,500
	Kinder	20	20,88	417,50	Z	-2.213
					p	.027*

*: signifikant auf 5%-Ebene

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Familienebene ideale Repr..	Väter	15	15,50	232,50	Mann Whitney U	112,500
	Kinder	20	19,88	397,50	Z	-1.448
					p	.148

Anhang G 1

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Kohäsion auf der Paarebene, ideale Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Kohäsion, Paarebene ideale Repr..	Mütter	15	28,77	df	2
	Väter	15	26,30	χ^2	2,470
	Kinder	20	22,45	p	.291

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Paarebene ideale Repr..	Mütter	15	16,17	242,50	Mann Whitney U	102,500
	Väter	15	14,83	222,50	Z	-.561
					p	.575

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Paarebene ideale Repr..	Mütter	15	20,60	309,00	Mann Whitney U	111,00
	Kinder	20	16,05	321,00	Z	-1.547
					p	.122

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Paarebene ideale Repr..	Väter	15	19,47	292,00	Mann Whitney U	128,000
	Kinder	20	16,90	338,00	Z	-.853
					p	.394

Anhang G 2

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Hierarchie auf der Paarebene, ideale Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Hierarchie, Paarebene ideale Repr..	Mütter	15	26,57	df	2
	Väter	15	24,70	χ^2	.319
	Kinder	20	25,30	p	.853

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie Paarebene ideale Repr..	Mütter	15	16,07	241,00	Mann Whitney U	104,000
	Väter	15	14,93	224,00	Z	-.544
					p	.586

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Paarebene ideale Repr..	Mütter	15	18,50	277,50	Mann Whitney U	142,500
	Kinder	20	17,63	352,50	Z	-.381
					p	.703

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Paarebene ideale Repr..	Väter	15	17,77	266,50	Mann Whitney U	146,500
	Kinder	20	18,17	363,50	Z	-.192
					p	.848

Anhang H 1

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Kohäsion auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Kohäsion, Geschwisterebene ideale Repr..	Mütter	11	19,23	df	2
	Väter	11	19,23	χ^2	0,043
	Kinder	16	19,88	p	.979

a: Kruskal-Wallis-Test

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Geschwisterebene ideale Repr..	Mütter	11	11,50	126,50	Mann Whitney U	60,500
	Väter	11	11,50	126,50	Z	.000
					p	1.000

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Geschwisterebene ideale Repr..	Mütter	11	13,73	151,00	Mann Whitney U	85,000
	Kinder	16	14,19	227,00	Z	-.173
					p	.863

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Kohäsion, Geschwisterebene ideale Repr..	Väter	11	13,73	151,00	Mann Whitney U	85,000
	Kinder	16	14,19	227,00	Z	-.173
					p	863

Anhang H 2

FAST: Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern bez. der Hierarchie auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

		n	Mean Rank	Test Statistics[a]	
Hierarchie, Geschwisterebene ideale Repr..	Mütter	11	16,00	df	2
	Väter	11	17,68	χ^2	6,875
	Kinder	16	23,16	p	.032*

a: Kruskal-Wallis-Test *: signifikant auf 5%-Ebene

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie Geschwisterebene ideale Repr..	Mütter	11	11,00	121,00	Mann Whitney U	55,000
	Väter	11	12,00	132,00	Z	-1.000
					p	.317

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Geschwisterebene ideale Repr..	Mütter	11	11,00	121,00	Mann Whitney U	55,000
	Kinder	16	16,06	157,00	Z	-2.250
					p	.024*

*: signifikant auf 5%-Ebene

		n	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics	
Hierarchie, Geschwisterebene ideale Repr..	Väter	11	11,68	128,50	Mann Whitney U	62,500
	Kinder	16	15,59	249,50	Z	-1.648
					p	.099

Anhang I/I 1

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. des Beziehungsstrukturtyps auf der Familienebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**3**	**20,0**	0	0	1	6,7
labil-balanciert	0	0	**2**	**13.3**	5	33,3
unbalanciert	0	0	3	20,0	**1**	**6,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**3 (2)**	**15,0**	2	10,0	3	15,0
labil-balanciert	1	5,0	**3**	**15,0**	4 (3)	20,0
unbalanciert	0	0	2	10,0	**2**	**10,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%

balanciert	**4 (3)**	**20,0**	2	10,0	2	10,0
labil-balanciert	1	5,0	**3 (2)**	**15,0**	4	20,0
unbalanciert	0	0	4	20,0	**0**	**0**

Anhang I/I 2

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsion auf der Familienebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**0**	**0**	1	6,7	0	0
mittel	4	26,6	**2**	**13,3**	2	13,3
tief	0	0	1	6,7	**5**	**33,3**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**2**	**10,0**	0	0	3	15,0
mittel	3 (2)	15,0	**2**	**10,0**	2	10,0
tief	1	5,0	2	10,0	**5 (4)**	**25,0**

	Väter (n=15)		
Kinder (n=20)	hoch	mittel	tief

	n	%	n	%	n	%
hoch	**0**	**0**	3	15,0	2	10,0
mittel	1	5,0	**4 (3)**	**20,0**	2	10,0
tief	0	0	3	15,0	**5 (4)**	**25,0**

Anhang I/I 3

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchie auf der Familienebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**0**	**0**	1	6,7	0	0
mittel	0	0	**4**	**26,7**	2	13,3
tief	0	0	1	6,7	**7**	**46,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**0**	**0**	0	0	1	5,0
mittel	0	0	**8**	**40,0**	6	30,0
tief	0	0	1	5,0	**4**	**20,0**

	Väter (n=15)

Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**0**	**0**	0	0	1	5,0
mittel	2	10,0	**7**	**35,0**	5	25,0
tief	0	0	1	5,0	**4**	**20,0**

Anhang I/I 4

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Generationengrenzen, typische Repräsentation

a) Intergenerationelle Koalitionen

	Mütter (n=15)							
Väter (n=15)	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**5**	**33,3**	0	0	1	6,7	2	13,3
Mutter-Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater-Kind	2	13,3	1	6,7	1	6,7	0	0
beides	1	6,7	0	0	0	0	**2**	**13,3**

	Mütter (n=15)			
Väter (n=15)	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
keine Koalition	**5**	**33,3**	3	20,0
Koalition	3	20,0	**4**	**26,7**

	Mütter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**7 (6)**	**35,0**	1	5,0	2	10,0	3 (2)	15,0
Mutter-Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater-Kind	0	0	0	0	**0**	**0**	1	5,0
beides	3	15,5	0	0	1	5,0	**2**	**10,0**

	Mütter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
keine Koalition	**7 (6)**	**35,0**	5 (4)	25,0
Koalition	3	15,0	**4**	**20,0**

	Väter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**7 (6)**	**35,0**	0	0	3	15,0	3 (2)	15,0
Mutter-Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater-Kind	1	5,0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	2	10,0	0	0	2	10,0	**2**	**10,0**

	Väter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
keine Koalition	**7 (6)**	**35,0**	6 (5)	30,0
Koalition	3	15,0	**4**	**20,0**

b) Hierarchieumkehrungen

	Mütter (n=15)							
Väter (n=15)	keine		Mutter<Kind		Vater<Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%

keine	**10**	**66,7**	2	13,3	0	0	0	0
Mutter<Kind	0	0	**1**	**6,7**	0	0	0	0
Vater<Kind	1	6,7	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	0	0	0	0	1	6,7	**0**	**0**

Anhang I/I 6

	Mütter (n=15)			
Väter (n=15)	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
keine Hierarchieumkehrung	**10**	**66,7**	2	13,3
Hierarchieumkehrung	1	6,7	**2**	**13,3**

	Mütter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter<Kind		Vater<Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**13 (10)**	**65,0**	5 (3)	25,0	1	5,0	0	0
Mutter<Kind	1	5,0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater<Kind	0	0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
keine Hierarchieumkehrung	**13 (10)**	**65,0**	6 (4)	30,0
Hierarchieumkehrung	1	5,0	**0**	**0**

	Väter (n=15)			
Kinder	keine	Mutter<Kind	Vater<Kind	beides

(n=20)	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**15 (11)**	**75,0**	2 (1)	10,0	1	5,0	1	5,0
Mutter<Kind	1	5,0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater<Kind	0	0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**

Anhang I/I 7

	Väter (n=15)			
Kinder (n=15)	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
keine Hierarchieumkehrung	**15 (11)**	**75,0**	4 (3)	20,0
Hierarchieumkehrung	1	5,0	**0**	**0**

FAST: Zusammenfassung intrafamiliäre Übereinstimmung, Familienebene, typische Repräsentation

	Beziehungsstruktur		**Kohäsion**		**Hierarchie**	
	n	%	n	%	n	%
Mütter-Väter (15 Vergleiche)	6	40,0	7	46,7	11	73,3
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	8 (7)	40,0	9 (8)	45,0	12 (8)	60,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	7 (5)	35,0	9 (7)	45,0	11 (8)	55,0

	Intergenerationelle Koalitionen		**Hierarchieumkehrungen**	
	n	%	n	%

Mütter-Väter (15 Vergleiche)	9	60,0	12	80,0
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	11	55,0	13	65,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	11	55,0	15	75,0

Anhang I/II 1

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. des Beziehungsstrukturtyps auf der Paarebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**4**	**26,7**	2	13,3	0	0
labil-balanciert	1	6,7	**2**	**13,3**	1	6,7
unbalanciert	1	6,7	1	6,7	**3**	**20**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**5**	**25,0**	5	25,0	3	15,0
labil-balanciert	1	5,0	**0**	**0,0**	1	5,0
unbalanciert	2	10,0	2	10,0	**1**	**5,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**6**	**30,0**	4	20,0	3	15,0
labil-balanciert	1	5,0	**1**	**5,0**	0	0,0
unbalanciert	1	5,0	1	5,0	**3**	**15,0**

Anhang I/II 2

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsion auf der Paarebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**3**	**20,0**	2	13,3	1	6,7
mittel	0	0	**1**	**6,7**	0	0
tief	3	20,0	0	0	**5**	**33,3**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**3**	**15,0**	4	20,0	4	20,0
mittel	2	10,0	**1**	**5,0**	1	5,0

tief	2	10,0	0	0,0	**3**	**15,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**6**	**30,0**	2	10,0	3	15,0
mittel	1	5,0	**0**	**0**	3	15,0
tief	1	5,0	0	0	**4**	**20,0**

Anhang I/II 3

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchie auf der Paarebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**2**	**13,3**	4	26,7	1	6,7
mittel	0	0	**3**	**20,0**	2	13,3
hoch	1	6,7	0	0	**2**	**13,3**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**1**	**5,0**	6	30,0	1	5,0

mittel	2	10,0	**4**	**20,0**	5	25,0
hoch	0	0	0	0	**1**	**5,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**6**	**30,0**	1	5,0	1	5,0
mittel	3	15,0	**6**	**30,0**	2	10,0
hoch	0	0	0	0	**1**	**5,0**

Anhang I/II 4

FAST: Zusammenfassung intrafamiliäre Übereinstimmung, Paarebene, typische Repräsentation

	Beziehungsstruktur		**Kohäsion**		**Hierarchie**	
	n	%	n	%	n	%
Mütter-Väter (15 Vergleiche)	9	60,0	9	60,0	7	46,7
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	6	30,0	7	35,0	6	30,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	10	50,0	10	50,0	13	65,0

Anhang I/III 1

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. des Beziehungsstrukturtyps auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=11)					
Väter (n=11)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**1**	**9,1**	4	36,4	1	9,1
labil-balanciert	1	9,1	**1**	**9,1**	2	18,2
unbalanciert	1	9,1	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=11)		
Kinder (n=16)	balanciert	labil-balanciert	unbalanciert

	n	%	n	%	n	%
balanciert	**2**	**12,5**	2	12,5	1	6,3
labil-balanciert	1	6,3	**3**	**18,8**	2	12,5
unbalanciert	1	6,3	2	12,5	**2**	**12,5**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**4**	**25,0**	1	6,3	0	0
labil-balanciert	4	25,0	**2**	**12,5**	0	0
unbalanciert	1	6,3	3	18,8	**1**	**6,3**

Anhang I/III 2

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsion auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=11)					
Väter (n=11)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**2**	**18,2**	3	27,3	1	9,1
mittel	1	9,1	**0**	**0**	1	9,1
tief	1	9,1	0	0	**2**	**18,2**

	Mütter (n=11)

Kinder (n=16)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**3**	**18,8**	0	0	1	6,3
mittel	1	6,3	**2**	**12,5**	1	6,3
tief	2	12,5	2	12,5	**4 (3)**	**18,8**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**3**	**18,8**	1	6,3	0	0
mittel	3	18,8	**0**	**0**	1	6,3
tief	3	18,8	2 (1)	12,5	**3**	**18,8**

Anhang I/III 3

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchie auf der Geschwisterebene, typische Repräsentation

	Mütter (n=11)					
Väter (n=11)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**5**	**45,5**	1	9,1	0	0
mittel	2	18,2	**1**	**9,1**	2	18,2
hoch	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=11)					
Kinder (n=16)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**4 (3)**	**25,0**	2	12,5	2	12,5
mittel	5 (4)	31,3	**1**	**6,3**	1	6,3
hoch	1	6,3	0	0	**0**	**0**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**3**	**18,8**	5 (4)	31,3	0	0
mittel	4	25,0	**3 (2)**	**18,8**	0	0
hoch	1	6,3	0	0	**0**	**0**

Anhang I/III 4

FAST: Zusammenfassung intrafamiliäre Übereinstimmung, Paarebene, typische Repräsentation

	Beziehungsstruktur		**Kohäsion**		**Hierarchie**	
	n	%	n	%	n	%
Mütter-Väter (11 Vergleiche)	2	18,2	4	36,4	6	54,6
Mütter-Kinder (16 Vergleiche)	7	43,8	9	50,1	5 (4)	31,3
Väter-Kinder (16 Vergleiche)	7	43,8	6	37,6	6 (5)	37,6

Anhang I/IV 1

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. des Beziehungsstrukturtyps auf der Familienebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**1**	**6,7**	1	6,7	4	26,7
labil-balanciert	0	0	**1**	**6,7**	2	13,3
unbalanciert	3	20,0	1	6,7	**2**	**13,3**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**5**	**25,0**	2	10,0	4	20,0
labil-balanciert	0	0	**1**	**5,0**	3	15,0
unbalanciert	1	5,0	0	0	**4**	**20,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**4**	**20,0**	2	10,0	5	25,0
labil-balanciert	2	10,0	**0**	**0**	2	10,0
unbalanciert	2	10,0	2	10,0	**1**	**5,0**

Anhang I/IV 2

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsion auf der Familienebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**7**	**46,7**	1	6,7	0	0
mittel	3	20,0	**1**	**6,7**	1	6,7

tief	0	0	2	13,3	**0**	**0**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**8**	**40,0**	3	15,0	2	10,0
mittel	2	10,0	**2**	**10,0**	0	0
tief	3	15,0	0	0	**0**	**0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**7**	**35,0**	5	25,0	1	5,0
mittel	1	5,0	**1**	**5,0**	2	10,0
tief	3	15,0	0	0	**0**	**0**

Anhang I/IV 3

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchie auf der Familienebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**6**	**40,0**	3	20,0	0	0

mittel	5	33,3	**1**	**6,7**	0	0
hoch	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**6**	**30,0**	1	5,0	0	0
mittel	8	40,0	**5**	**25,0**	0	0
hoch	0	0	0	0	**0**	**0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**5**	**25,0**	2	10,0	0	0
mittel	7	35,0	**6**	**30,0**	0	0
hoch	0	0	0	0	**0**	**0**

Anhang I/IV 4

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsionsveränderung auf der Familienebene

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%

Zunahme	**6**	**40,0**	0	0	2	13,3
Abnahme	1	6,7	**0**	**0**	0	0
gleichbleibend	3	20,0	1	6,7	**2**	**13,3**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**7 (6)**	**35,0**	2 (1)	5,0	1	5,0
Abnahme	0	0	**0**	**0**	2	10,0
gleichbleibend	6	30,0	0	0	**2**	**10,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**6 (5)**	**30,0**	0	0	4 (3)	20,0
Abnahme	2	10,0	**0**	**0**	0	0
gleichbleibend	3	15,0	1	5,0	**4**	**20,0**

Anhang I/IV 5

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchieveränderung auf der Familienebene

	Mütter (n=15)		
Väter (n=15)	Zunahme	Abnahme	gleichbleibend

	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	0	0	2	13,3
Abnahme	0	0	**1**	**6,7**	2	13,3
gleichbleibend	1	6,7	2	13,3	**7**	**46,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	2	10,0	2 (1)	10,0
Abnahme	1	5,0	**1**	**5,0**	2	10,0
gleichbleibend	0	0	1	5,0	**11 (9)**	**55,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**2 (1)**	**10,0**	1	5,0	1	5,0
Abnahme	0	0	**1**	**5,0**	3	15,0
gleichbleibend	1	5,0	3 (2)	15,0	**8 (7)**	**40,0**

Anhang I/IV 6

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. Grösse der Veränderungswünsche auf der Familienebene

	Mütter (n=15)							
Väter (n=15)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**2**	**13,3**	2	13,3	1	6,7	0	0
kleine	0	0	**1**	**6,7**	2	13,3	1	6,7
mittlere	2	13,3	0	0	**1**	**6,7**	1	6,7
grosse	0	0	0	0	2	13,3	**0**	**0**

	Mütter (n=15)			
Väter (n=15)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**2**	**13,3**	3	20,0
Veränderung	2	13,3	**8**	**53,3**

	Mütter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**2**	**10,0**	3	15,0	1	5,0	0	0
kleine	0	0	**1**	**5,0**	2	10,0	2	10,0
mittlere	2	10,0	0	0	**3**	**15,0**	1	5,0
grosse	1	5,0	0	0	2	10,0	**0**	**0**

	Mütter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**2**	**10,0**	4	20,0
Veränderung	3 (2)	15,0	**11 (9)**	**55,0**

	Väter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**4**	**20,0**	1	5,0	1	5,0	0	0
kleine	1	5,0	**2**	**10,0**	1	5,0	1	5,0
mittlere	0	0	2	10,0	**2**	**10,0**	2	10,0
grosse	1	5,0	0	0	2	10,0	**0**	**0**

	Väter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**4**	**20,0**	2	10,0
Veränderung	2	10,0	**12 (9)**	**60,0**

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Generationengrenzen, ideale Repräsentation

a) Intergenerationelle Koalitionen

	Mütter (n=15)							
Väter (n=15)	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**10**	**66,7**	0	0	0	0	1	6,7
Mutter-Kind	0	0	**0**	**0**	1	6,7	0	0
Vater-Kind	1	6,7	0	0	0	0	0	0

beides	2	13,3	0	0	0	0	**0**	**0**

Anhang I/IV 8

	Mütter (n=15)			
Väter (n=15)	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
keine Koalition	**10**	**66,7**	1	6,7
Koalition	3	20,0	**1**	**6,7**

	Mütter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**11 (9)**	**55,0**	0	0	1	5,0	1	5,0
Mutter-Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater-Kind	0	0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	6	30,0	0	0	0	0	**1**	**5,0**

	Mütter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
keine Koalition	**11 (9)**	**55,0**	2	10,0
Koalition	6	30,0	**1**	**5,0**

	Väter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter-Kind		Vater-Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**12 (10)**	**60,0**	1	5,0	0	0	0	0
Mutter-Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0

Vater-Kind	0	0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	4	20,0	0	0	1	5,0	**2**	**10,0**

Anhang I/IV 9

	Väter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Koalition		Koalition	
	n	%	n	%
keine Koalition	**12 (10)**	**60,0**	1	5,0
Koalition	4	20,0	**3**	**15,0**

b) Hierarchieumkehrungen

	Mütter (n=15)							
Väter (n=15)	keine		Mutter<Kind		Vater<Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**14**	**93,3**	1	6,7	0	0	0	0
Mutter<Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater<Kind	0	0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=15)			
Väter (n=15)	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
keine Hierarchieumkehrung	**14**	**93,3**	1	6,7
Hierarchieumkehrung	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter<Kind		Vater<Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%

keine	**16 (12)**	**80,0**	2 (1)	10,0	0	0	0	0
Mutter<Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater<Kind	1	5,0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	1	5,0	0	0	0	0	**0**	**0**

Anhang I/IV 10

	Mütter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
keine Hierarchieumkehrung	**16 (12)**	**80,0**	2	10,0
Hierarchieumkehrung	2	10,0	**0**	**0**

	Väter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		Mutter<Kind		Vater<Kind		beides	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**18 (13)**	**90,0**	0	0	0	0	0	0
Mutter<Kind	0	0	**0**	**0**	0	0	0	0
Vater<Kind	1	5,0	0	0	**0**	**0**	0	0
beides	1	5,0	0	0	0	0	**0**	**0**

	Väter (n=15)			
Kinder (n=15)	keine Hierarchieumkehrung		Hierarchieumkehrung	
	n	%	n	%
keine Hierarchieumkehrung	**18 (13)**	**90,0**	0	0
Hierarchieumkehrung	2	10,0	**0**	**0**

Anhang I/IV 11

FAST: Zusammenfassung intrafamiliäre Übereinstimmung, Familienebene, ideale Repräsentation

	Beziehungsstruktur		**Kohäsion**		**Hierarchie**	
	n	%	n	%	n	%
Mütter-Väter (15 Vergleiche)	4	26,7	8	53,3	7	46,7
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	10	50,0	10	50,0	11	55,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	5	25,0	8	40,0	11	55,0

	Kohäsions-veränderung		**Hierarchie-veränderung**		**Wunsch nach Veränderung**	
	n	%	n	%	n	
Mütter-Väter (15 Vergleiche)	8	53,3	8	53,3	10	66,7
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	9	45,0	12	60,0	13	65,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	10	50,0	11	55,0	16	80,0

	Intergenerationelle Koalitionen		**Hierarchieumkehrungen**	
	n	%	n	%

Mütter-Väter (15 Vergleiche)	11	73,3	14	93,3
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	12	60,0	16	80,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	15	75,0	18	90,0

Anhang I/V 1

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. des Beziehungsstrukturtyps auf der Paarebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**10**	**66,7**	1	6,7	0	0
labil-balanciert	1	6,7	**0**	**0**	0	0
unbalanciert	1	6,7	1	6,7	**1**	**6,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**12**	**60,0**	1	5,0	0	0
labil-balanciert	1	5,0	**1**	**5,0**	1	5,0
unbalanciert	3	15,0	1	5,0	**0**	**0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**12**	**60,0**	0	0	1	5,0
labil-balanciert	1	5,0	**0**	**0**	2	10,0
unbalanciert	3	15,0	1	5,0	**0**	**0**

Anhang I/V 2

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsion auf der Paarebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**10**	**66,7**	1	6,7	0	0
mittel	1	6,7	**0**	**0**	0	0
tief	1	6,7	1	6,7	**1**	**6,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**9**	**45,0**	1	5,0	0	0
mittel	2	10,0	**1**	**5,0**	1	5,0
tief	5	25,0	1	5,0	**0**	**0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**10**	**50,0**	0	0	0	0
mittel	2	10,0	**0**	**0**	2	10,0
tief	4	20,0	1	5,0	**1**	**5,0**

Anhang I/V 3

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchie auf der Paarebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**11**	**73,3**	1	6,7	1	6,7
mittel	2	13,3	**0**	**0**	0	0
hoch	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**13**	**65,0**	2	10,0	2	10,0
mittel	2	10,0	**0**	**0**	0	0

hoch	1	5,0	0	0	**0**	**0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**15**	**75,0**	2	10,0	0	0
mittel	1	5,0	**1**	**5,0**	0	0
hoch	1	5,0	0	0	**0**	**0**

Anhang I/V 4

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsionsveränderung auf der Paarebene

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**5**	**33,3**	0	0	1	6,7
Abnahme	0	0	**0**	**0**	0	0
gleichbleibend	4	26,7	1	6,7	**4**	**26,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**4**	**20,0**	0	0	1	5,0

Abnahme	3	15,0	**0**	**0**	0	0
gleichbleibend	6 (5)	30,0	1	5,0	**5**	**25,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**2**	**10,0**	0	0	3	15,0
Abnahme	2	10,0	**0**	**0**	1	5,0
gleichbleibend	5 (4)	25,0	0	0	**7**	**35,0**

Anhang I/V 5

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchieveränderung auf der Paarebene

	Mütter (n=15)					
Väter (n=15)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	0	0	0	0
Abnahme	0	0	**5**	**33,3**	2	13,3
gleichbleibend	0	0	4	26,7	**4**	**26,7**

	Mütter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%

Zunahme	**0**	**0**	2	10,0	0	0
Abnahme	0	0	**7 (6)**	**35,0**	4 (3)	20,0
gleichbleibend	0	0	3 (2)	10,0	**4 (3)**	**20,0**

	Väter (n=15)					
Kinder (n=20)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	0	0	2	10,0
Abnahme	0	0	**8 (6)**	**40,0**	3	15,0
gleichbleibend	0	0	1	5,0	**6 (4)**	**30,0**

Anhang I/V 6

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. Grösse der Veränderungswünsche auf der Paarebene

	Mütter (n=15)							
Väter	keine		kleine		mittlere		grosse	
(n=15)	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**3**	**20,0**	0	0	3	20,0	0	0
kleine	0	0	**1**	**6,7**	0	0	2	13,3
mittlere	0	0	0	0	**0**	**0**	1	6,7
grosse	0	0	1	6,7	1	6,7	**3**	**20,0**

	Mütter (n=15)	
Väter (n=15)	keine Veränderung	Veränderung

	n	%	n	%
keine Veränderung	**3**	**20,0**	3	20,0
Veränderung	0	0	**9**	**60,0**

	Mütter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**2**	**10,0**	0	0	2	10,0	0	0
kleine	2	10,0	**1**	**5,0**	3	15,0	3	15,0
mittlere	0	0	2	10,0	**0**	**0**	2	10,0
grosse	0	0	0	0	0	0	**3 (2)**	**15,0**

	Mütter (n=15)			
Kinder (n=20)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**2**	**10,0**	2	10,0
Veränderung	2	10,0	**14 (11)**	**70,0**

Anhang I/V 7

	Väter (n=15)							
Kinder (n=20)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**4**	**20,0**	0	0	0	0	0	0
kleine	4	20,0	**1**	**5,0**	0	0	4	20,0
mittlere	0	0	2	10,0	**0**	**0**	2	10,0
grosse	0	0	0	0	2 (1)	10,0	**1**	**5,0**

	Väter (n=15)

Kinder (n=20)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**4**	**20,0**	0	0
Veränderung	4	20,0	**12 (9)**	**60,0**

Anhang I/V 8

FAST: Zusammenfassung intrafamiliäre Übereinstimmung, Paarebene, ideale Repräsentation

	Beziehungsstruktur		**Kohäsion**		**Hierarchie**	
	n	%	n	%	n	%
Mütter-Väter (15 Vergleiche)	11	73,3	11	73,3	11	73,3
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	13	65,0	10	50,0	13	65,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	12	60,0	11	55	16	80,0

	Kohäsions-veränderung		Hierarchie-veränderung		Wunsch nach Veränderung	
	n	%	n	%	n	
Mütter-Väter (15 Vergleiche)	9	60,0	9	60,0	12	80,0
Mütter-Kinder (20 Vergleiche)	9	45,0	11	55,0	16	80,0
Väter-Kinder (20 Vergleiche)	9	45,0	14	70,0	16	80,0

Anhang I/VI 1

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. des Beziehungsstrukturtyps auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=11)					
Väter (n=11)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**4**	**36,4**	2	18,2	1	9,1

labil-balanciert	2	18,2	**0**	**0**	1	9,1
unbalanciert	1	9,1	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=11)					
Kinder (n=16)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**7 (6)**	**43,8**	2	12,5	3 (2)	18,8
labil-balanciert	1	6,3	**0**	**0**	1	6,3
unbalanciert	1	6,3	1	6,3	**0**	**0**

	Väter (n=11					
Kinder (n=16)	balanciert		labil-balanciert		unbalanciert	
	n	%	n	%	n	%
balanciert	**9 (7)**	**56,3**	2	12,5	1	6,3
labil-balanciert	1	6,3	**1**	**6,3**	0	0
unbalanciert	1	6,3	1	6,3	**0**	**0**

Anhang I/VI 2

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsion auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=11)					
Väter (n=11)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%

hoch	**4**	**36,4**	2	18,2	1	9,1
mittel	2	18,2	**0**	**0**	0	0
tief	1	9,1	0	0	**1**	**9,1**

	Mütter (n=11)					
Kinder (n=16)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**6 (5)**	**37,5**	1	6,3	3 (2)	18,8
mittel	3	18,8	**1**	**6,3**	0	0
tief	0	0	1	6,3	**0**	**0**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	hoch		mittel		tief	
	n	%	n	%	n	%
hoch	**7 (5)**	**43,8**	1	6,3	2	12,5
mittel	3	18,8	**1**	**6,3**	1	6,3
tief	1	6,3	0	0	**0**	**0**

Anhang I/VI 3

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchie auf der Geschwisterebene, ideale Repräsentation

	Mütter (n=11)		
Väter (n=11)	tief	mittel	hoch

	n	%	n	%	n	%
tief	**10**	**90,9**	0	0	0	0
mittel	1	9,1	**0**	**0**	0	0
hoch	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=11)					
Kinder (n=16)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**10 (7)**	**62,5**	0	0	0	0
mittel	5	31,3	**0**	**0**	0	0
hoch	1	6,3	0	0	**0**	**0**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	tief		mittel		hoch	
	n	%	n	%	n	%
tief	**8 (6)**	**50,0**	2 (1)	0	0	0
mittel	5	31,3	**0**	**0**	0	0
hoch	1	6,3	0	0	**0**	**0**

Anhang I/VI 4

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Kohäsionsveränderung auf der Geschwisterebene

	Mütter (n=15)

Väter (n=11)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**2**	**18,2**	0	0	1	9,1
Abnahme	1	9,1	**0**	**0**	0	0
gleichbleibend	1	9,1	1	9,1	**5**	**45,5**

	Mütter (n=11)					
Kinder (n=16)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**2 (1)**	**12,5**	1	6,3	5	31,3
Abnahme	1	6,3	**0**	**0**	2	12,5
gleichbleibend	2	12,5	1	6,3	**2**	**12,5**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**2 (1)**	**12,5**	0	0	6	37,5
Abnahme	2	12,5	**0**	**0**	1	6,3
gleichbleibend	0	0	1	6,3	**4**	**25,0**

Anhang I/VI 5

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. der Hierarchieveränderung auf der Geschwisterebene

	Mütter (n=11)					
Väter (n=11)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	0	0	0	0
Abnahme	0	0	**3**	**27,3**	1	9,1
gleichbleibend	0	0	1	9,1	**6**	**54,6**

	Mütter (n=11)					
Kinder (n=16)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	1	6,3	1	6,3
Abnahme	0	0	**1**	**6,3**	2	12,5
gleichbleibend	0	0	4 (3)	25,0	**7**	**43,8**

	Väter (n=11)					
Kinder (n=16)	Zunahme		Abnahme		gleichbleibend	
	n	%	n	%	n	%
Zunahme	**0**	**0**	1	6,3	1	6,3
Abnahme	0	0	**1**	**6,3**	2	12,5
gleichbleibend	0	0	3 (2)	18,8	**7 (6)**	**43,8**

FAST: Intrafamiliäre Übereinstimmung bez. Grösse der Veränderungswünsche auf der Geschwisterebene

	Mütter (n=11)							
Väter (n=11)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**4**	**36,4**	0	0	0	0	0	0
kleine	2	18,2	**1**	**9,1**	0	0	3	27,3
mittlere	0	0	0	0	**0**	**0**	1	9,1
grosse	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**

	Mütter (n=11)			
Väter (n=11)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**4**	**36,4**	0	0
Veränderung	2	18,2	**5**	**45,5**

	Mütter (n=11)							
Kinder (n=16)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**2**	**12,5**	1	6,3	0	0	2	12,5
kleine	3	18,8	**0**	**0**	0	0	2	12,5
mittlere	2	12,5	0	0	**0**	**0**	0	0
grosse	2	12,5	0	0	0	0	**2**	**12,5**

Anhang I/VI 7

	Mütter (n=11)			
Kinder (n=16)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**2**	**12,5**	3	18,8
Veränderung	7	43,8	**4**	**25,0**

	Väter (n=11)							
Kinder (n=16)	keine		kleine		mittlere		grosse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	**1**	**6,3**	4	25,0	0	0	0	0
kleine	2	12,5	**3**	**18,8**	0	0	0	0
mittlere	2	12,5	0	0	**0**	**0**	0	0
grosse	1	6,3	2	12,5	1	6,3	**0**	**0**

	Väter (n=11)			
Kinder (n=16)	keine Veränderung		Veränderung	
	n	%	n	%
keine Veränderung	**1**	**6,3**	4	25,0
Veränderung	5	31,3	**6**	**37,5**

Anhang I/VI 8

FAST: Zusammenfassung intrafamiliäre Übereinstimmung, Paarebene, ideale Repräsentation

	Beziehungsstruktur		**Kohäsion**		**Hierarchie**	
	n	%	n	%	n	%
Mütter-Väter (11 Vergleiche)	4	36,4	5	45,5	10	90,9
Mütter-Kinder (16 Vergleiche)	7	43,8	7	43,8	10	62,5
Väter-Kinder (16 Vergleiche)	10	62,5	8	50,0	8	50,0

	Kohäsions-veränderung		**Hierarchie-veränderung**		**Wunsch nach Veränderung**	
	n	%	n	%	n	
Mütter-Väter (11 Vergleiche)	7	63,7	9	81,9	9	81,9
Mütter-Kinder (16 Vergleiche)	4	25,0	8	50,0	6	37,5
Väter-Kinder (16 Vergleiche)	6	37,5	8	50,0	7	43,8

Anhang K

Ressourcen und Belastungen:

Art der Unterstützung	**Frauen[a] (n=15)**	**Männer[a] (n=15)**
genügend Unterstützung	12	14
PartnerIn	10	10
Verwandte	4	3
Beruf	3	9
Hobbies	3	7
Familie	9	6
FreundInnen	11	9
ArbeitskollegInnen	1	3
Verein/Organisation	9	2

[a]: Mehrfachnennungen möglich (vgl. Anhang A/IV)

Art der Belastung	**Frauen[a] (n=15)**	**Männer[a] (n=15)**
Arbeitsplatzwechsel	3	3
Wohnungswechsel	1	2
Partnerschaftsprobleme	7	6
Schulprobleme eines Kindes	7	4
Erziehungsprobleme	6	1
Todesfall	3	2
Finanzielle Probleme	3	3
Körperliche Erkrankungen	9	3

[a]: Mehrfachnennungen möglich (vgl. Anhang A/IV, Einstufungen „sehr belastend“ und „eher belastend“)