

Fentner, Sonja und Seiffge-Krenke, Inge

Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 5, S. 354-370

urn:nbn:de:bsz-psydok-39861

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life). . 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) . . 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention). . . .	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy)	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMAN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen	68, 139, 474, 515, 746

Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen

Sonja Fentner und Inge Seiffge-Krenke

Summary

Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents

In this contribution, family communication processes were analyzed in a sample of families caring for chronically ill adolescents compared to families with healthy adolescents. Fifty-five families had to solve the FIT two times, in 1991 and in 1993. Results elucidated an atmosphere of consensus, in families with chronically ill adolescents as well as a tendency to discuss less options than in families with healthy adolescents. Fathers in particular disagreed rarely and gave only indirect suggestions. In contrast, families with a healthy adolescent showed more vivid discussion and more individuality. Over the time, in all families, fathers emphasized increased separateness with their adolescents, irrespective of the gender of the child.

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag analysiert die Kommunikationsstrukturen in Familien mit gesunden und chronisch kranken Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des Vaters. Eine Stichprobe von 55 Familien hatte eine gemeinsame Aufgabe zu lösen; dieser FIT wurde zweimal im Abstand von zwei Jahren vorgegeben. Die Ergebnisse zeigen, daß Familien mit chronisch kranken Jugendlichen deutlich weniger Vorschläge miteinander diskutieren und eher eine Atmosphäre der Übereinstimmung geschaffen wurde. In Familien mit einem gesunden Jugendlichen traten dagegen deutlicher Kommunikationsmuster zutage, die Abgrenzung und Verschiedenheit ausdrückten. In Familien mit chronisch kranken Jugendlichen fallen Väter durch ihre vorsichtigen und indirekten Gesprächsbeiträge auf. Längsschnittlich betrachtet findet sich in allen Familien eine zunehmende Tendenz der Väter, stärker Kameradschaftlichkeit und Akzeptanz der Jugendlichen hervorzuheben. Dieser Hinweis darauf, daß den Ju-

gendlichen mehr Autonomie in der Lösung familiärer Probleme zugestanden wird, ist unabhängig vom Geschlecht des Jugendlichen.

1 Einleitung

Bis Anfang der siebziger Jahre gab es in der psychologischen Literatur zwar eine Vielzahl von Arbeiten zur Mutter-Kind-Beziehung, jedoch kaum Beiträge, die sich mit der Rolle des Vaters in der Entwicklung des Kindes und deren Beziehung zueinander befaßten. Seit den siebziger Jahren mehren sich die Versuche, sich dem Vater theoretisch zu nähern: psychoanalytische (MÄCHTLINGER 1981), sozialpsychologische (MITSCHERLICH 1970; ABRAHAMS et al. 1978), lerntheoretische (BANDURA 1971), ökologische (BRONFENBRENNER 1979; SCHMIDT-DENTER 1984) und systemtheoretische Ansätze (LEWIS et al. 1981) stellen die verschiedenen Zugangsformen dar. Für die vorliegende Untersuchung zur Rolle des Vaters im familiären Kontext wählten wir den systemtheoretischen Ansatz, der als Interaktion die Kommunikationsmuster innerhalb der Familie und zwischen den einzelnen Dyaden der Familie betrachtet. Ziel ist es, Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Kommunikation, die Beziehung zwischen Vätern und ihren jugendlichen Kindern – verglichen mit der Mutter-Jugendlichen-Dyade – zu klären. Dabei interessiert, welchen Einfluß eine chronische Erkrankung des Kindes auf die familiäre Kommunikation haben kann.

Betrachten wir zunächst die Vater-Jugendlichen-Dyade in Familien mit gesunden Jugendlichen: Allgemein gilt für das Jugendalter, daß das zunehmende Streben von Jugendlichen nach Autonomie und die wachsende Orientierung an Freunden und Gleichaltrigen eine Neuorganisation der Beziehungen innerhalb der Familie erfordern (vgl. KREPPNER 1989). Dabei ist charakteristisch, daß bei abnehmender emotionaler Nähe eine grundsätzliche Verbundenheit erhalten bleibt, die in der Regel mit der Mutter enger ist als mit dem Vater (ALLERBECK u. HOAG 1985; Jugendwerk der deutschen Shell 1985). Die Mutter ist bevorzugte Interaktionspartnerin und kennt die Jugendlichen besser (YOUNISS u. SMOLLAR 1985). Auch das Aushandeln von Freiheiten in Form von Konflikten macht sich deutlicher an der Person der Mutter fest (VUCHINICH 1987). Lediglich in Bildungs- und Berufsfragen ist der Vater der hauptsächliche Ansprech- und Beratungspartner (KANDEL u. LESSER 1972). VAN DER LINDEN (1990) untersuchte, welche Gründe Jugendliche für ein positives Verhältnis zu den Eltern angeben. Es fiel auf, daß alle genannten Gründe (wie gemeinsame Hobbies und Interessen, Hilfe und Unterstützung erhalten, emotionell affektive Verbundenheit) sowohl für das Verhältnis zum Vater als auch für das zur Mutter galten. Allerdings waren gemeinsame Beschäftigungen, Interessen und Hobbies relativ häufiger Grund für ein gutes Verhältnis zum Vater. Ein gutes Verhältnis zur Mutter dagegen wurde relativ oft mit Hilfe und Unterstützung und Teilen von Gefühlen begründet.

Tatsächlich zeigten auch die Ergebnisse von Studien, die das Kommunikationsverhalten zwischen Jugendlichen und ihren Müttern mit dem zwischen Jugendlichen und ihren Vätern verglichen, daß sich das Kommunikations- und Interaktionsverhalten in beiden Dyaden sowohl qualitativ als auch quantitativ anders gestaltet (NOLLER

u. BAgI 1985). In der Untersuchung von BHUSHAN (1993) berichteten Mütter im Vergleich zu Vätern von mehr Offenheit in ihrer Kommunikation mit ihren jugendlichen Kindern, ein Befund, der durch die Jugendlichen bestätigt wurde. Aus der Sicht beider Elternteile gestaltete sich die Kommunikation mit ihren Söhnen schwieriger als mit ihren Töchtern. In der Studie von Noller und CALLAN (1990) wurden geschlechtsspezifische Kommunikationsmuster analysiert. Weibliche Jugendliche gaben an, oft mit ihren Müttern zu kommunizieren – häufiger als männliche Jugendliche. Die Initiative, eine Kommunikation zu beginnen, kam meistens von seiten der Mütter. Väter zogen sich hingegen eher zurück. Die Jugendlichen empfanden subjektiv auch eher Verständnis und Akzeptanz für ihre Meinungen in den Diskussionen mit der Mutter. Weibliche Jugendliche fühlten sich ihren Müttern näher als ihren Vätern; männliche Jugendliche gaben keinen Unterschied in der emotionalen Nähe zu Müttern und Vätern an. Männliche Jugendliche waren auch mit den Diskussionen, die sie mit ihren Müttern und Vätern führten, gleich zufrieden; weibliche Jugendliche gaben hingegen an, mit den Müttern besser diskutieren zu können als mit ihren Vätern. Auch Studien über den Umgang mit Konflikten bestätigen den unterschiedlichen Umgang von Jugendlichen mit ihren Vätern im Vergleich zu ihren Müttern. VUCHNICH (1987) untersuchte in seiner Studie spontan auftretende familiäre Konflikte: Er registrierte bei 52 Familien die Gespräche während des Abendessens, um eine möglichst realitäts- und alltagsnahe Situation zum Untersuchungsgegenstand zu haben. Sowohl Eltern (47,6%) als auch Kinder (52,4%) sind nahezu gleich häufig die Initiatoren eines Konflikts. Kinder beginnen jedoch häufiger einen Konflikt mit ihren Müttern als mit ihren Vätern, und Eltern beginnen eher einen Streit mit ihren gegengeschlechtlichen Kindern als mit den gleichgeschlechtlichen. Bezüglich der Eltern-Tochter-Dyade fand NOACK (1995) in seiner Untersuchung zur Entwicklung naher Beziehungen im Jugendalter, daß der elterliche Umgang mit Töchtern konfliktreicher war. Das galt etwas stärker für die Reaktionen der Mütter, zeigte sich letztlich aber auch in jenen der Väter, die angesichts eines sachlichen oder emotionalen Aufbegehrens der Mädchen stärker gegenhielten, als sie es bei gleichem Verhalten der Söhne taten. Es war deutlich, daß Jungen im familiären Austausch stärker als Mädchen zu Individualität und Separatheit ermuntert wurden.

Wie aber sieht die Beziehung und Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen aus, wenn der Jugendliche chronisch erkrankt ist? Einige Autoren beschreiben Verhaltenseigentümlichkeiten bei Familien mit einem (psychosomatisch) kranken Kind, wie sie in Familien mit gesunden Kindern nicht vorkommen: So wird immer wieder auf die sehr enge (symbiotische) Beziehung zwischen den Patienten und einer elterlichen „Schlüsselperson“ (meist der Mutter) hingewiesen, der gegenüber sich die Erkrankten in einer meist ambivalenten Abhängigkeit befinden (vgl. zusammenfassend SEIFFGE-KRENKE u. BRATH 1990). Die Mütter werden als sehr überbehütend, überprotektiv, mit einem sehr kontrollierenden, fordernden Erziehungsverhalten geschildert. Der Vater dagegen wird meist als relativ bedeutungslos, oft auch von der Mutter dominiert dargestellt. Konflikte zwischen den Eltern sind spürbar, scheinen aber entweder durch das erkrankte Kind verdeckt oder auf dieses abgelenkt zu werden (BRINTZINGER-VON KÖCKRITZ u. THURNER 1984).

Von den Vätern werden in der Literatur zwei Bilder gezeichnet, das des randständigen, isolierten, in seiner Position geschwächten oder des gänzlich fehlenden Vaters (HERRMANN 1986). Die intrafamiliäre Struktur scheint vorwiegend durch eine mütterliche Dominanz gekennzeichnet, in der der Vater als „andersartiger Dritter“ nicht oder nur selten auftaucht bzw. schwach ist (STIERLIN 1988). Daneben scheint es den passiv-weichen, eher mütterlichen Vater zu geben, der ebenfalls eine enge Beziehung zum kranken Kind unterhält (WIRSCHING u. STIERLIN 1982). Man muß allerdings bedenken, daß ein großes quantitatives Ungleichgewicht besteht zwischen Studien, die sich mit der Beziehung zwischen Mutter und erkranktem Kind bzw. Vater und erkranktem Kind beschäftigen. In einer Metaanalyse von Studien an chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern (vgl. SEIFFGE-KRENKE u. BRATH 1990) war ein herausstechendes Charakteristikum der meisten der 246 analysierten Studien, daß sie sich fast ausschließlich auf die Reaktion der Mutter im Umgang mit einer chronischen Erkrankung des Kindes beschränken. An dieser Tatsache hat sich, einer neueren Übersicht von HANL (1995) zufolge, wenig geändert: Zumeist werden die chronisch kranken Jugendlichen selbst befragt (82%), häufig auch die Mutter (78%); sehr viel seltener werden beide Eltern in die Untersuchung einbezogen (33%), der Vater als alleiniger Respondent wurde in keiner der analysierten Studien erwähnt. STEINHAUSEN und BÖRNER (1978) fanden, daß nur 31 Prozent der Mütter sich in der Versorgung des an Diabetes erkrankten Kindes von ihrem Partner unterstützt fühlten. Insgesamt 60 Prozent der Väter zeigten kein oder nur oberflächliches Interesse. GIERMANN-REPPMANN und THÖLKING (1991) untersuchten in ihrer Studie konkrete Belastungsbereiche, Bewältigungsformen und mögliche Einflußgrößen der Betreuungspersonen, die Hinweise für gezielte Beratung und Unterstützung erbringen sollten in 80 Familien mit an Diabetes erkrankten Kindern im Alter von 4-12 Jahren. Die Schlüsselrolle der Mutter in der Krankheits- und Pflegesituation wurde durch die Ergebnisauswertung unterstrichen: Ausschließlich Mütter diabetischer Kinder beantworteten die Fragebogen. Väter schienen offensichtlich nicht in gleicher Weise involviert zu sein.

Die wenigen Studien, die die Perspektive des Vaters einbeziehen, haben tatsächlich sehr unterschiedliche Rollen von Müttern und Vätern im Prozeß der Krankheitsbewältigung zutage gefördert. Mütter tragen in der Regel die Hauptverantwortung für die körperliche Versorgung des Kindes, und das intensive Kümmern verstärkt die Bindungen zwischen Mutter und erkranktem Kind bzw. Jugendlichen. Von Vätern wird erwartet, daß sie einerseits unterstützend sind, andererseits aber ihre Emotionen kontrollieren, und daß sie außerdem ihre Pflichten als „bread winner“ (GYOLAY 1978) weiterverfolgen. Väter berichten häufig über Konflikte zwischen den Anforderungen ihres Berufs und ihrem Wunsch, mehr Zeit mit ihrem erkrankten Kind zu verbringen (SCHIFF 1972). Weitere Studien belegen eine noch prononciertere Differenzierung in der Rolle von Vätern und Müttern Erkrankter: In vielen Fällen zögen sich die Väter aus der Familie zurück (BINGER et al. 1969) oder seien sogar aus der familiären Interaktion ausgeschlossen (SCHIEFELBEIN 1979). In ihrer Metaanalyse der Krankheitsverarbeitung fanden SEIFFGE-KRENKE und BRATH (1990) Universalien, die – nicht bei allen Kindern und Jugendlichen, aber bei einem Teil der Kranken alters- und krankheitsunabhängig – auftraten. Zu diesen Universalien zählen Veränderungen im familiären Klima und der

Rollenstruktur. In den meisten Studien fand sich eine Rückkehr zur konventionellen Rollentrennung, auch bei vorher partnerschaftlicher Ehe, mit starker Bindung der Mutter (die sich für alles verantwortlich und allein gelassen fühlt) an den Patienten und einer Fluchttendenz des Mannes in außerfamiliäre, häufig berufliche Aktivitäten.

SCHOEBINGER et al. (1992) untersuchten die Vater-Kind-Interaktion bei Kindern mit Asthma; insgesamt nahmen 27 asthmakranke Kinder und 23 gesunde Kontrollkinder mit ihren Vätern an der Studie teil. Zur Erhebung der „Five Minute Speech Sample“ (FMSS) wurden die Väter gebeten, dem Versuchsleiter ihr Kind zu beschreiben. Zusätzlich diskutierten Vater und Kind miteinander ein gemeinsames Problem. Die Äußerungen von Vater und Kind wurden auf Tonband aufgezeichnet. Während der gemeinsamen Diskussion übten die Väter der asthmakranken Kinder signifikant häufiger Kritik ihrem Kind gegenüber. Ebenso kam es häufiger zu langen Sequenzen negativen Verbalverhaltens in den Vater-Kind-Dyaden der Asthmagruppe als in den Kontrolldyaden. Unterschiede in den elterlichen Rollen und Funktionen wurden besonders deutlich in Untersuchungen an Eltern, deren Kinder tödlich erkrankt sind. Die Studie von Cook (1984) ist ein sehr anschauliches Beispiel. Cook interviewte 240 Eltern, deren Kinder wegen Bluterkrankungen und Krebs behandelt wurden, und fand, daß beide Eltern über unterschiedliche Probleme berichten: Mütter waren vor allen Dingen mit der alltäglichen Versorgung des schwerkranken Kindes beschäftigt. Väter dagegen sahen sich sehr stark der Verantwortung gegenüber, die ökonomische Grundlage der Familie weiterhin zu sichern, häufig unter sehr belastenden Umständen und bei ansteigenden Ausgaben, bedingt durch die schwere Erkrankung. Durch die Aufspaltung der Verantwortlichkeiten waren Väter teilweise vom alltäglichen Geschehen in der Familie ausgeschlossen, zogen sich von ihren Ehefrauen aufgrund deren Überinvolvement mit dem Kind zurück oder fühlten sich sogar aktiv von der Mutter oder anderen Familienmitgliedern ausgeschlossen. Viele Väter in der Studie von Cook beschrieben die Erkrankung des Kindes als eine Zeit, in der sie zwei widersprüchliche Obligationen hatten, jene, die sich auf ihre Arbeit und jene, die sich auf ihre Familie bezogen. Viele Väter gaben an, sich in „verschiedene Richtungen zur gleichen Zeit gezogen“ zu fühlen.

Diese Studie zeigt eindrucksvoll, daß beide Eltern durch die Erkrankung des Kindes ihre Rolle neu definieren müssen. Für uns stellte sich die Frage, ob sich die oben beschriebenen Veränderungen in Familien mit chronisch kranken Jugendlichen auch im Kommunikationsverhalten der Familie widerspiegeln und ob und inwiefern sich diese Unterschiede über die Zeit hinweg verändern.

Wir wählten für unsere eigenen Forschungszwecke einen Ansatz, in dessen Zentrum die Theorie der Individuation von GROTEVANT und COOPER (1986) steht. Dem von uns eingesetzten Verfahren der „Family Interaction Task“ (FIT) von CONDON et al. (1984) liegt das theoretische Modell der Autoren zugrunde, bei dem sie davon ausgehen, daß die Eltern-Jugendlichen-Beziehung in der Adoleszenz durch variierende Qualitäten in den beiden Hauptdimensionen „connectedness“ (Verbundenheit) und „individuality“ (Abgrenzung) charakterisiert ist. Dies stellt eine Integration früherer Ansätze dar, die entweder einseitig die Notwendigkeit einer emotionalen Loslösung des Jugendlichen von den Eltern, oder antithetisch die Bedeutung des Fortbestehens enger Bindungen an die Eltern für die psychosoziale Entwicklung des Jugendlichen akzentuieren (vgl.

BAUMRIND 1991; YOUNISS 1983). Individuation wird in diesem Modell als ein interpersonaler Prozeß der Eltern-Jugendlichen-Beziehung verstanden, der zu einer Transformation der eher unilateralen und komplementären Eltern-Kind-Beziehung in eine Eltern-Jugendlichen-Beziehung führt, die durch Kameradschaftlichkeit und Gegenseitigkeit gekennzeichnet ist (vgl. auch PIKOWSKY u. HOFER 1992).

Wodurch nun zeichnet sich Individuation in Beziehungen aus? In dem Modell von GROTEVANT und COOPER (1986) wird Individuation durch vier voneinander unterscheidbare Faktoren operationalisiert: Verbundenheit wird reflektiert durch „mutuality“ und „permeability“, Abgrenzung durch „self-assertion“ und „separateness“. Diese Faktoren spiegeln sich im Interaktions- und insbesondere im Kommunikationsverhalten wider; eine durch Verbundenheit und Abgrenzung gekennzeichnete Beziehung ist demnach durch folgendes Kommunikationsverhalten charakterisiert: Die Partner sind sich ihrer jeweiligen Standorte bewußt und bereit, für ihre Gefühle und Gedanken die Verantwortung zu übernehmen, was sie klar und direkt zum Ausdruck bringen („self-assertion“). Sie können Unterschiede in den Einstellungen zu anderen erkennen und diese Verschiedenheit auch ausdrücken („separateness“). Gleichzeitig zeigen sie sich offen gegenüber den Ideen und Einstellungen der anderen und können sich auf eine Erörterung der Standpunkte einlassen („permeability“); sie zollen den Ideen und Wünschen der anderen Respekt und sind bereit, sie in ihrer Individualität zu bestätigen und zu fördern („mutuality“).

Diese Modellannahmen wurden in verschiedenen Studien überprüft. Auch wenn die Ergebnisse von COOPER et al. (1983) die getroffenen Annahmen unterstützten, gab es jedoch Unterschiede in Hinblick auf familiäre Subsysteme und das Geschlecht des Jugendlichen. So war das Kommunikationsverhalten der Mutter gegenüber dem Jugendlichen durch ein niedrigeres Ausmaß an „permeability“ und ein hohes Ausmaß an „self-assertion“ geprägt, wobei dieser Zusammenhang bei den weiblichen Jugendlichen deutlicher ausfiel als bei den männlichen. Insgesamt wurde Kommunikationsverhalten auf seiten des Jugendlichen gegenüber den Eltern sowohl durch „separateness“ (gegenüber der Mutter) als auch „permeability“ (gegenüber dem Vater) gekennzeichnet.

2 Fragestellung

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, welcher Stellenwert dem Vater in der familiären Kommunikation zukommt. Sie vergleicht dazu zwei Gruppen, gesunde und chronisch kranke Jugendliche und ihre Väter. Es geht um die Frage, ob der sogenannte „distanzierte Vater“ eine im Jugendalter anzutreffende Erscheinung ist oder ob vielmehr der „sorgenvolle, betreuende Vater“ die Regel darstellt. Diese Fragestellung umfaßt desweiteren die Veränderungen in der Vater-Jugendlicher-Dyade über die Zeit und den Vergleich zwischen mütterlichem und väterlichem Kommunikationsverhalten unter Berücksichtigung des Krankheitsstatus des Jugendlichen. Zahlreiche Befunde sprechen dafür, daß die Erkrankung eines Jugendlichen an Diabetes ein kritisches Lebensereignis darstellt, das zu außergewöhnlichen Belastungen für alle Familienmitglieder führt und die Veränderung familiärer Rollenmuster und familiärer Strukturen nach

sich zieht. Da die Mütter am stärksten in die Versorgung ihrer diabetischen Kinder involviert sind, kann vermutet werden, daß sich die von MINUCHIN et al. (1989) beschriebenen Familienstrukturen insbesondere in der Mutter-Jugendlichen-Dyade widerspiegeln, d.h., daß sich Familien mit Diabetikern durch ein höheres Maß an „mutuality“ und „permeability“ und ein niedrigeres Maß an „separateness“ und „self-assertion“ auszeichnen. Desweiteren ist in der Mutter-Tochter-Dyade eine größere Offenheit für die Vorschläge und Ideen des anderen zu erwarten, die sich im Vergleich zu der Mutter-Sohn-Dyade in höheren Werten für „permeability“ und „mutuality“ widerspiegeln müßte.

3 Methode

Stichprobe: Die Analyse familiärer Kommunikation in Familien mit gesunden und chronisch kranken Jugendlichen wurde im Rahmen der viereinhalbjährigen Längsschnittstudie zur „Krankheitsbewältigung im Jugendalter am Beispiel des juvenilen Diabetes“ in der ersten und dritten Welle (1991 und 1993) durchgeführt und bezog sich auf eine Teilstichprobe der teilnehmenden Familien, bei denen neben dem Jugendlichen beide Eltern am FIT teilnahmen. Familien, in denen zusätzlich Geschwisterkinder teilgenommen hatten, wurden für die vorliegende Analyse ausgeschlossen. Diesen Auswahlkriterien folgend, konnten in der ersten Welle insgesamt 57 Familien (28 gesunde und 29 diabetische Jugendliche) in die Analyse miteinbezogen werden. Das Alter der Jugendlichen lag zum ersten Meßzeitpunkt (1. Welle) zwischen 12 und 16 Jahren bei einem Mittelwert von 13,98 (SD=1.27). In der dritten Welle konnten 33 Familien (20 gesunde und 13 diabetische Jugendliche) in die Analyse miteinbezogen werden: Aufgrund veränderter Teilnehmerzusammensetzungen bei der Durchführung der „Family Interaction Task“, sowie durch das Ausscheiden einiger Familien aus der Studie konnte die ursprüngliche Stichprobengröße nicht erreicht werden. Das Alter der Jugendlichen lag zum zweiten Meßzeitpunkt (3. Welle) zwischen 14 und 18 Jahren bei einem Mittelwert von 16,06 (SD=1.29). Die folgende Tabelle zeigt die Gruppen- und Geschlechterverteilung für die Stichprobe der ersten und dritten Welle.

Tab. 1: Stichprobenzusammensetzung für die im ersten und dritten Erhebungsjahr durchgeführten FITs

	1. Welle (1991)		3. Welle (1993)	
	männliche Jug.	weibliche Jug.	männliche Jug.	weibliche Jug.
Familien mit gesunden Jugendlichen	N=15	N=13	N=11	N=9
Familien mit diabetischen Jugendlichen	N=16	N=13	N=6	N=7

Die vorliegende Stichprobe stellte eine repräsentative Teilstichprobe der Bonner Längsschnittstudie hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit sowie Krankheitsdauer und HbA1 bei den diabetischen Jugendlichen dar (SEIFFGE-KRENKE et al. 1996).

Verfahren: Zur Erfassung der familiären Kommunikationsmuster wurde der FIT eingesetzt, in dem der Familie eine gemeinsame Aufgabe, ein Problem gestellt wird, das sie lösen soll. Die Familie wird gebeten, gemeinsam einen dreiwöchigen Urlaub zu planen, wobei ihr unbegrenzt Geld zur Verfügung steht. Sie löst dieses Problem allein, d.h. ohne Anwesenheit eines Interviewers. Dieser erklärt lediglich die Aufgabenstellung und verläßt dann den Raum. Der Familie stehen für den Lösungsprozeß zwanzig Minuten zur Verfügung. Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet. Diese Form der Aufgabenstellung ist nach GROTEVANT und COOPER (1985) für die Untersuchung des Interaktionsverhaltens in Familien mit Jugendlichen besonders geeignet, da das vorgegebene Thema die Teilnahme des Jugendlichen am Entscheidungsprozeß erleichtert, weil er seine Kompetenz und Erfahrung einbringen kann.

Auswertung: Die Interaktion wurde mittels eines Tonbands aufgezeichnet. Eine mikroanalytische Auswertung mittels eines differenzierten und umfangreichen Kategoriensystems ist nur möglich, wenn auf eine exakte und wörtliche Wiedergabe der Interaktionssequenz zurückgegriffen werden kann. Daher wurden in einem ersten Schritt die auf Tonband aufgezeichneten Gespräche transkribiert. Dann wurden die Interaktionssequenzen anhand des Manuals von CONDON et al. (1984) signiert. Tabelle 2 veranschaulicht die Zuordnung von vier übergeordneten Dimensionen zu zehn einzelnen Kategorien.

Tab. 2: Zuordnung zwischen übergeordneten Dimensionen und Kategorien nach CONDON et al. (1984)

Dimensionen

INDIVIDUALITY

self-assertion

„Suggests Action Or Location, Directly“ („Move“)

„Suggestions“ leiten die Wahl eines Ortes oder einer Aktivität für die Ferien ein: sie stellen eine mögliche Lösung der Aufgabe dar. Man unterscheidet zwei Arten von Vorschlägen entsprechend dem Ausmaß, in dem der Sprecher sein Engagement und seine Verantwortung für den Vorschlag ausdrückt: „Suggests Action Or Location, Directly/Indirectly“.

separateness

„Disagrees, Directly“ („Response“)

Ablehnungen, die auf einen Vorschlag folgen, fallen unter diese Kategorie. Ebenso wie bei „Suggests Action Or Location“ können ablehnende Äußerungen hinsichtlich der Direktheit, mit der sie vorgebracht werden, unterschieden werden.

„Disagrees, Indirectly“ („Response“)

Ein Vorschlag kann auch indirekt auf vielfältige Weise abgelehnt werden. Der Sprecher kann z.B. auf bestimmte Fakten hinweisen, die gegen den Vorschlag sprechen, oder er kann rhetorische Fragen stellen, deren Beantwortung den Vorschlag disqualifiziert.

„Requests Action“ („Move“)

Die unter dieser Kategorie zugeordneten Äußerungen haben die Funktion, den Gesprächsverlauf zu leiten bzw. den Weg der Entscheidungsfindung festzulegen, oder umfaßt auch die ganz konkrete Urlaubplanung der Familie (Bsp.: Verteilung der Aufgaben, die noch vor dem Urlaub zu erledigen sind).

CONNECTEDNESS

permeability

„Requests information/validation“ („Move“)

In diese Kategorie fallen Äußerungen, mit denen der Sprecher um eine Information, eine Bestätigung, eine Meinungsäußerung oder auch um eine Entscheidung bittet.

„Agrees, Accepts, Incorporates Other's Ideas“ („Response“)

Jede Äußerung, die implizit oder explizit eine Annahme/Zustimmung gegenüber einem Vorschlag ausdrückt, wird dieser Kategorie zugeordnet.

„Acknowledgement“ („Response“)

Äußerungen, die dieser Kategorie zugeordnet werden, haben die Funktion, die Teilnahme eines Sprechers in der Interaktion zu bestätigen. Sie stellen eine positive Reaktion auf einen Sprecher oder dessen Idee dar, aber greifen nicht eigentlich diese Idee auf oder stimmen ihr zu. Sie können mehrere Funktionen haben, eingeschlossen der, dem Gesprächspartner zu versichern, daß sie ein Recht haben zu sprechen, daß ihre Ideen aufgenommen werden, daß ihre Ideen erwogen werden oder daß ihre Ideen verstanden werden.

mutuality

„Initiates Compromise“ („Response“)

Derartige Äußerungen erfüllen den Zweck, verschiedene Ideen zu integrieren und zwei oder mehr zunächst gegensätzlich erscheinende Vorschläge zusammenzufassen, um keinen Gesprächsteilnehmer zu enttäuschen.

„States Other's Feelings“ („Other Function“)

Durch diese Kategorie werden Äußerungen erfaßt, mit denen ein Sprecher die Gefühle, Wünsche, Meinungen und Gedanken eines anwesenden oder abwesenden Familienmitglieds ausdrückt. In derartigen Überlegungen wird Fürsorge und Rücksichtnahme gegenüber anderen Familienmitgliedern deutlich.

„Answers Request for Information/Validation“ („Response“)

Der Inhalt der Äußerung ergibt sich in Abhängigkeit der vorausgehenden „Request Information/Validation“. Sie stellt eine adäquate Beantwortung der entsprechenden Frage dar.

Diese Einzelkategorien können sowohl dyadisch als auch auf alle Familienmitglieder bezogen ausgewertet werden.

Nach einer Trainingsphase, die drei Rater über vier Wochen durchgeführt hatten, ergaben sich bei 15 getrennt voneinander ausgewerteten FITs Übereinstimmungen von 70 bis 80% über alle Kategorien, wobei die FIT-Protokolle „blind“ aus dem Gesamtsatz der Protokolle gezogen wurden.

Die Family Interaction Task wurde in der ersten und dritten Erhebungswelle eingesetzt, so daß die Daten sowohl im Querschnitt- (1. Welle) als auch im Längsschnittde-

sign (1. und 3. Welle) ausgewertet werden konnten. Es wurden für jedes Familienmitglied mehrfaktorielle Varianzanalysen mit Meßwiederholung über alle Kategorien (14) und Dimensionen (4) mit den Faktoren Gruppe (Familie mit diabetischen vs. gesunden Jugendlichen), und Geschlecht durchgeführt.

4 Ergebnisse

Der Einfluß einer chronischen Erkrankung auf familiäre Kommunikationsstrukturen unter besonderer Berücksichtigung der Rolle des Vaters: Zunächst ist die signifikant kürzere Gesprächsdauer in Familien mit einem diabetischen Jugendlichen auffällig, die beim 1. Meßzeitpunkt und 3. Meßzeitpunkt gefunden wurde. Familien mit einem gesunden Jugendlichen kommunizieren fast doppelt so lang über die ihnen gestellte Aufgabe.

Unter Berücksichtigung der Vielzahl der untersuchten Kategorien und Dimensionen der „Family Interaction Task“ ergab die Auswertung der familiären Kommunikationsmuster sowohl zum 1. Meßzeitpunkt als auch im Längsschnitt (1. Welle – 3. Welle) nur wenige Unterschiede zwischen Familien mit chronisch kranken vs. gesunden Jugendlichen. Untersucht man die Haltung der Eltern bei der Lösung des FIT in Abhängigkeit vom Gesundheitsstatus des Jugendlichen, so zeigte sich zu Beginn unserer Erhebung, daß Väter chronisch kranker Jugendlicher weniger deutlich und direkt ihre Ablehnung gegenüber den Vorschlägen der anderen Familienmitglieder äußern als Väter gesunder Jugendlicher („Disagrees, Directly“, $[F(1,56)=5.59, p=0.022]$), während Mütter in Familien mit einem diabetischen Jugendlichen vermehrt bemüht sind, das Gespräch „in Gang zu bringen“ und eine Lösung der gestellten Aufgabe herbeizuführen als Mütter in Familien mit gesunden Jugendlichen („Suggests Action Or Location, Indirectly“: $[F(1,56)=5.15, p=0.027]$; „Requests Information/Validation“: $[F(1,56)=4.85, p=0.032]$). In Familien mit gesunden Jugendlichen vertreten Väter vor allem gegenüber Müttern dezidiert ihre Meinung und beziehen deutlicher Stellung gegen Vorschläge der Mütter (Disagrees, Directly: $[F(1, 56)=4.65, p=0.036]$). Insgesamt betrachtet ergaben sich in Familien mit gesunden Jugendlichen für die Dimension „Separateness“ sowohl bei den Vätern als auch bei den Müttern signifikant höhere Werte als in Familien mit einem kranken Jugendlichen (Väter: $[F(1,56)=4.43, p=0.040]$; Mütter: $[F(1,56)=5.09, p=0.028]$). Das heißt, daß sich sowohl Mütter als auch Väter in Familien mit gesunden Jugendlichen deutlicher von den Äußerungen und Vorschlägen der anderen Familienmitglieder distanzieren. Diese Unterschiede konnten allerdings im längsschnittlichen Verlauf (1.–3. Welle) nicht repliziert werden.

Die Entwicklung der familiären Kommunikation über die Zeit: Die Längsschnittergebnisse zeigen deutliche Veränderungen in der Vater-Jugendlichen-Beziehung auf. Bei allen Vätern fanden sich über einen Zeitraum von zwei Jahren abnehmende Werte in „Permeability“ in bezug auf die Kommunikation mit ihren Jugendlichen $[F(1,31)=4.51, p=0.042]$. Die Väter von diabeteserkrankten – wie auch die Väter gesunder Jugendlicher – äußerten weniger Zustimmung gegenüber den Vorschlägen der Jugendlichen und brachten ihnen auch weniger Bestätigung entgegen („Agrees, Accepts, Incorporates“: $[F(1,31)=4.51, p=0.042]$).

rates Other's Idea": $[F(1,31)=4.30, p=0.046]$; „Acknowledgment": $[F(1,31)=4.02, p=0.054]$). Desweiteren ergab sich für die Dimension „Separateness" ein Rückgang der Gesprächsbeiträge, die Abgrenzung und Trennendes in der Kommunikation mit dem Jugendlichen vermitteln $[F(1,31)=5.43, p=0.026]$.

Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich auch in den Kommunikationsmustern der *Mutter-Jugendlichen-Dyade*. Es fanden sich hier jedoch vermehrt Kommunikationsmuster, die Gegenseitigkeit und Respekt betonten. Betrachtet man nun die dyadischen Kommunikationsmuster, so fanden sich in der Kommunikation der *Jugendlichen-Vater-Dyade* zunehmend weniger abgrenzende und trennende Elemente über die Zeit („Separateness": $[F(1,31)=3.23; p=0.082]$; „Disagrees, directly": $[F(1,31)=5.87; p=0.021]$). Desweiteren zeigte sich eine rückläufige Entwicklung auf der Dimension „Self-assertion": Sowohl diabetische als auch gesunde Jugendliche wiesen über den untersuchten Zeitraum hinweg eine rückläufige Entwicklung im Ausdruck von Selbstbehauptung auf, die im FIT durch das Vorbringen direkter Vorschläge erfaßt wird („Self-assertion": $[F(1,31)=7.71, p=0.009]$). Für die *Jugendlichen-Mutter-Dyade* ergab sich, daß alle Jugendlichen über den Erhebungszeitraum hinweg ihren Müttern gegenüber weniger „Permeability" zum Ausdruck bringen. Zudem zeigte sich eine rückläufige Entwicklung in den Gesprächsbeiträgen, die die Zustimmung zu mütterlichen Vorschlägen erfaßt. Die Abbildungen 1 und 2 veranschaulichen die Veränderungen in den vier Dimensionen des FIT für die Dyaden: „Vater-gesunder Jugendlicher" und „Vater-diabetischer Jugendlicher" über einen Zeitraum von zwei Jahren.

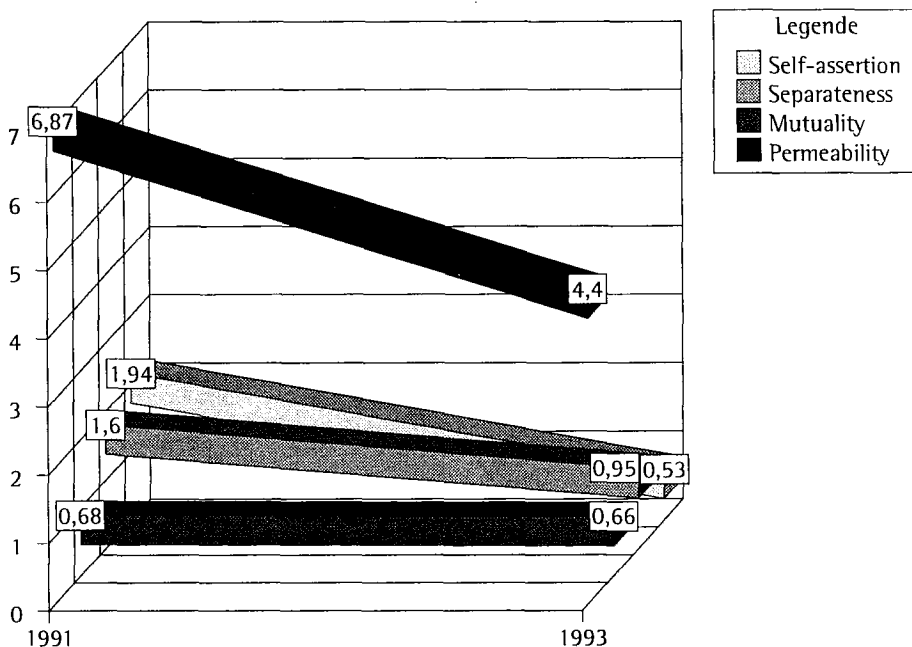


Abb. 1: Die Veränderungen in den 4 Dimensionen des FIT in der „Vater-gesunder Jugendlicher-Dyade“

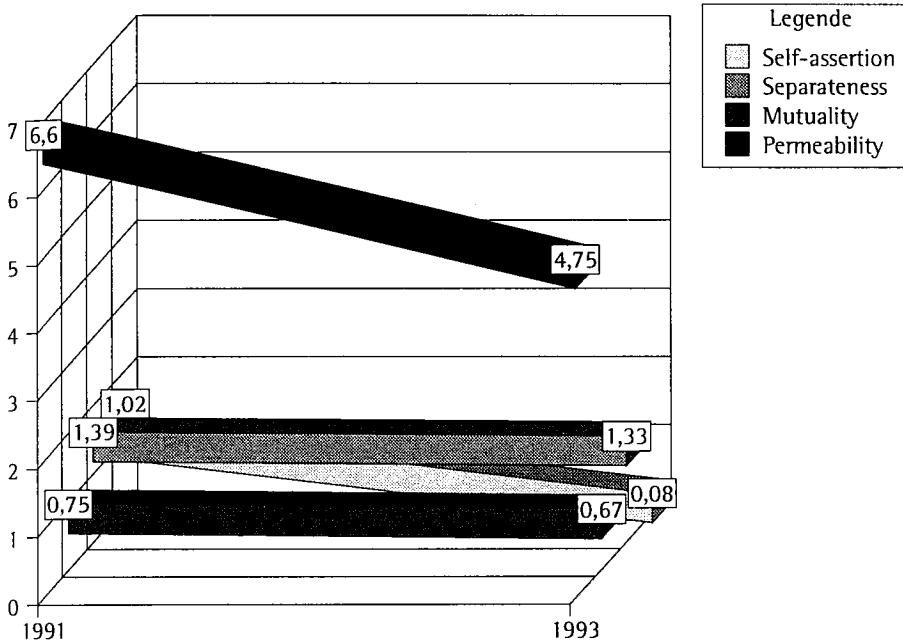


Abb. 2: Veränderungen in den 4 Dimensionen des FIT
in der „Vater-diabetischer Jugendlicher-Dyade“

Betrachtet man die Kommunikationmuster in der *Mutter-Vater-Dyade* über die Zeit, so zeigte sich hinsichtlich der Kommunikationsmuster, die Abgrenzung und Ablehnung von Vorschlägen beinhalten, zwei bedeutsame Interaktionseffekte zwischen Gruppe und Zeit: Bei den Müttern diabetischer Jugendlicher zeigte sich eine zunehmende Auseinanderentwicklung in der Kommunikation mit ihren Partnern. Sie brachten zunehmend mehr Abgrenzung und Ablehnung gegenüber den Vorschlägen des Vaters zum Ausdruck, während die Mütter gesunder Jugendlicher ihren Partnern zum zweiten Meßzeitpunkt weniger Abgrenzung und Ablehnung entgegenbrachten als zum ersten Meßzeitpunkt („Disagrees, Indirectly“: $[F(1,31)=9.14, p=0.005]$; „Separateness“: $[F(1,31)=7.74, p=0.009]$). Zwar konnten wir im Längsschnitt eine gewisse Annäherung im Kommunikationsverhalten zwischen beiden Eltern diabetischer Jugendlicher feststellen, aber grundsätzlich blieben die Eltern gesunder Jugendlicher konsistenter in ihrem Kommunikationsverhalten, das die Individualität und Abgrenzung betonte.

Hat das Geschlecht des Jugendlichen einen Einfluß auf die familiäre Kommunikation? Sowohl in der ersten Welle als auch im längsschnittlichen Verlauf ergaben sich für die *Vater-Jugendlicher-Dyade* keine geschlechtsspezifischen Effekte im Kommunikationsverhalten. Es zeigten sich ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Effekte in der *Jugendlichen-Vater-Dyade*. Während die Kommunikation zwischen Jugendlichen und ihren Vätern also keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht des Jugendlichen ergab, fanden wir im Kommunikationsverhalten zwischen *Müttern und Jugend-*

lichen zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede, die weitgehend den eingangs dargestellten, in anderen Studien gefundenen Geschlechtsunterschieden entsprachen. Wie auch in anderen Studien fanden wir vermehrt Unterschiede der *Mutter-Tochter-Dyade*, verglichen mit der *Mutter-Sohn-Dyade*. Mütter und Töchter praktizierten vermehrt Kommunikationsmuster, die Nähe und Verbundenheit miteinander zum Ausdruck brachten.

5 Diskussion

Betrachtet man zunächst die Familie als Einheit und die Unterschiede zwischen den Familien mit einem gesunden vs. diabetischen Jugendlichen, so konnte kein „charakteristisches“ Kommunikationsmuster in Familien mit diabetischen Jugendlichen gefunden werden. Die Anzahl der Gruppeneffekte (Familien mit diabetischen vs. gesunden Jugendlichen) war angesichts der Vielzahl der untersuchten Kategorien und Dimensionen gering. In beiden Familiengruppen zeigte sich ein eher ähnlicher Interaktionsstil. Der Einfluß der chronischen Erkrankung spiegelt sich demnach nur andeutungsweise in der familiären Kommunikation wieder. Zu diesen Unterschieden zählt die kürzere Gesprächsdauer in Familien mit kranken Jugendlichen. Die Gesprächsdauer kann als ein Maß dafür angesehen werden, wieviel Zeit in der Familie für das Füllen einer gemeinsamen Entscheidung benötigt wird. Vor diesem Hintergrund deuten die auffällig kürzeren Gespräche in Familien mit Diabetikern daraufhin, daß diese Familien schneller zu einer Einigung kommen, dementsprechend weniger Vorschläge diskutieren und schneller bereit sind, die Vorschläge anderer anzunehmen. Hier zeigt sich eine größere Bereitschaft, Kompromisse einzugehen und eine geringere Neigung, viele verschiedenen Lösungsalternativen auszuhandeln. Ein weiterer Unterschied bestand darin, daß Väter in Diabetiker-Familien die Ablehnung eines Vorschlags gegenüber der Mutter seltener direkt ausdrückten und sich auch weniger deutlich in ihren Kommunikationsmustern von den Müttern abgrenzten. Auch die Mütter diabetischer Jugendlicher zeigen tendentiell ein eher unsicheres und defensiveres Kommunikationsverhalten, wobei sie stärker auf die Äußerungen der anderen Familienmitglieder eingehen und eigene Interessen indirekter artikulieren. Auch innerhalb der Eltern-Dyade grenzen sich Mütter und Väter in Diabetiker-Familien weniger deutlich voneinander ab – es wird eher eine Atmosphäre der Übereinstimmung geschaffen. In Familien mit einem gesunden Jugendlichen treten dagegen deutlicher Kommunikationsmuster zu Tage, die Abgrenzung und Verschiedenheit ausdrücken. Dies bestätigt Befunde von CARLSON et al. (1994), die sich mit einer sehr ähnlichen Fragestellung beschäftigten: Sie untersuchten Problemlösefertigkeiten in Familien mit diabetischen vs. gesunden Kindern. Zwei Aufgaben wurden den Familien vorgelegt. Die erste Aufgabe bestand in der Planung einer Wochenendaktivität für die ganze Familie; die zweite Aufgabe bestand darin, über ein häufig auftretendes Problem in der Familie zu diskutieren. Die Ergebnisse zeigten einen deutlichen Effekt in der Form, daß die Familien mit einem diabetischen Kind weniger miteinander sprachen, weniger Fragen stellten und sich seltener während des Problemlösungsprozesses unterbrachen als die Vergleichsfamilien.

Wir fanden im übrigen keine Hinweise auf einen distanzierten Vater (vgl. HERRMANN 1986; STIERLIN 1988; WIRSCHING u. STIERLIN 1982). Vielmehr zeigten sich in den Vater-Jugendlichen-Dyaden überwiegend ähnliche Kommunikationsmuster und Beziehungsqualitäten wie in der Beziehung zwischen Mutter und Jugendlichen. Die oft beschriebene Randständigkeit des Vaters insbesondere in Familien, in denen ein Kind psychosomatisch erkrankt ist (vgl. COOK 1984; SCHIEFELBEIN 1979), konnte in unserer Studie nicht repliziert werden. Die Betrachtung des Kommunikationsverhaltens von Vätern und Müttern in Bezug auf ihre Kinder über die Zeit erbrachte, daß Mütter und Väter sich in ihrem Kommunikationsverhalten in Familien mit einem gesunden Jugendlichen zunehmend ähneln, während sich zwischen Vätern und Müttern in Familien mit einem diabetischen Jugendlichen mit der Zeit zunehmende Diskrepanzen zeigen. Im Längsschnitt konnte eine gewisse Annäherung zwischen beiden Eltern der diabetischen Jugendlichen festgestellt werden, aber grundsätzlich bleiben die Eltern gesunder Jugendlicher einerseits abgegrenzter, andererseits aber auch konsistenter in ihrem Kommunikationsverhalten. Man muß jedoch bedenken, daß aus (beobachtbaren) Interaktionen nur bedingt auf das Vorhandensein und die Qualität einer Beziehung zwischen den Mitgliedern einer Familie geschlossen werden kann (LEWIS et al. 1981). Es bestehen bekanntlich konsistente Unterschiede in der Menge der Zeit, die Mütter und Väter mit ihren Kindern verbringen. Dies bedeutet jedoch nicht, daß damit notwendig ein geringerer Einfluß der Väter auf die Kinder verknüpft ist. Die Bedeutung, die Väter für die Entwicklung ihrer Kinder haben, läßt sich wahrscheinlich fruchtbringender über die spezifische Qualität ihres Beitrags im sozialen Netzwerk des Kindes bestimmen als über die Häufigkeit und Dauer ihrer Interaktionen mit dem Kind. Dabei sind neben den direkten Effekten insbesondere auch indirekte Effekte zu berücksichtigen, die sich aus der Mitgliedschaft des Vaters im sozialen Netzwerk und seinen Beziehungen zu anderen Mitgliedern ergeben. Diese Betrachtung der verschiedenen Subsysteme haben wir auch nutzbringend bei der Analyse der Vater-Jugendlichen-Beziehung angewandt. Unsere längsschnittlichen Ergebnisse spiegeln insgesamt den Prozeß der Individuation nach GROTEVANT und COOPER (1985) wider: Abgrenzung und Selbstbehauptung müssen im kommunikativen Verhalten nicht mehr ausdrücklich betont und erkämpft werden, sondern alle von uns untersuchten Familien haben die Balance zwischen Abgrenzung und Verbundenheit auf einem höheren Niveau erreicht. Ergebnis dieser Entwicklung ist eine neue Form der Beziehung, in der nicht wie im Kindesalter Unilateralität und Komplementarität, sondern stärker Kameradschaftlichkeit und gegenseitige Akzeptanz zum Ausdruck kommen (Abnahme von „Separateness“ und „Permeability“). Diese Veränderung fanden wir sowohl bei den Familien mit einem gesunden als auch bei Familien mit einem diabetischen Jugendlichen. Es finden sich in beiden Gruppen – im Kommunikationsverhalten zwischen Vater und Jugendlichen – zunehmend Tendenzen, die für einen partnerschaftlichen Umgang miteinander sprechen. Die langfristigen Effekte dieser Autonomie-Gewährung sind belegt: ALLEN und HAUSER (1994) konnten in ihrer Längsschnittstudie zeigen, daß positive Zusammenhänge zwischen dem Ausdruck von Autonomie und Interesse am anderen in der Eltern-Jugendlichen-Beziehung und dem psychosozialen Wohlbefinden der Jugendlichen noch zehn Jahre später, im Alter von 24 Jahren, be-

standen. Je „besser“ die Beziehung im Sinne der Individuationstheorie zum ersten Erhebungszeitpunkt, desto sicherer waren die Jugendlichen zum zweiten Erhebungszeitpunkt in ihren sozialen Beziehungen, und desto besser verarbeiteten sie Streßsituationen. Ein ähnlicher Befund zeigte sich bei DORNBUSCH et al. (1991). Ausgeprägtes elterliches Interesse am Jugendlichen bei gleichzeitiger Autonomieunterstützung wirkte sich positiv auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen aus. Diese Befunde betonen den Einfluß und die zentrale Rolle der Eltern-Jugendlichen-Beziehung auf soziale Beziehungen, Bewältigen von Belastungen und das psychosoziale Wohlbefinden ihrer Kinder. Die Fähigkeit beider Eltern, ein ausbalanciertes Verhältnis zwischen Versorgung und Autonomie herzustellen, ist bei chronisch kranken Jugendlichen sicher noch wichtiger als bei gesunden Altersgenossen. Die Studie von WYSOCKI (1993) konnte den Einfluß, den das familiäre Umfeld auf Diabetesparameter des betroffenen Jugendlichen hat, nachweisen: Jugendliche mit konflikthafter Beziehung zu ihren Eltern wiesen eine schlechte metabolische Kontrolle und eine schlechte Anpassung an ihre Erkrankung auf.

Die in unserer Studie nur am Rande erwähnten Geschlechtseffekte stützen die Annahmen über die Gestaltung der Mutter-Tochter-Interaktion: Mütter und Töchter drücken wechselseitig ein höheres Maß an Offenheit und Respekt in der Kommunikation miteinander aus (vgl. NOLLER u. CALLAN 1990). Die Vermutung, daß sich geschlechtsspezifische Unterschiede auch in der väterlichen Interaktion mit den Kindern widerspiegeln, konnten nicht bestätigt werden. Demnach unterscheiden sich Söhne und Töchter nicht in dem Ausmaß, in dem sie gegenüber ihren Vätern Verbundenheit oder Abgrenzung ausdrücken; ebenso ist die Kommunikation zwischen Vätern und ihren Kindern vom Geschlecht des Jugendlichen unbeeinflusst. Die geschlechtsspezifischen Befunde von NOACK (1995) im Sinne von konflikthafteren Kommunikationsmustern in der Vater-Tochter-Dyade konnten in unserer Studie nicht bestätigt werden.

So unterstützend und wichtig das familiäre Netzwerk für erkrankte Jugendliche ist, so ist die elterliche und insbesondere die mütterliche uneingeschränkte Fürsorge ein großes Problem für Jugendliche. Tatsächlich ist „overprotection“ die häufigste Umgangsform von Eltern, speziell von Müttern mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, und dies interferiert zweifellos mit der zentralen Entwicklungsaufgabe des Erreichens von Autonomie. Einige Studien belegen, daß in den meisten Familien die überbehütende Haltung im Verlauf der Erkrankung deutlich zurückgeht, während in den schlecht angepaßten Familien Abhängigkeit und elterliche Kontrolle mit den Jahren zunehmen (vgl. SEIFFGE-KRENKE 1990). Wir können daher schlußfolgern, daß in Familien mit einem chronisch kranken Jugendlichen eine Veränderung in der Eltern-Jugendlichen-Beziehung von einer überinvolvierten Beziehung zu einer eher individuierten Beziehung am angemessensten ist. Im Sinne der Individuationstheorie von GROTEVANT und COOPER (1986) haben in unserer Studie beide Eltern, sowohl Väter als auch Mütter, in der Bearbeitung des FIT die Balance zwischen dem Ausdruck von Individualität und Verbundenheit erreicht – unabhängig vom Gesundheitsstatus des Kindes.

Literatur

- ABRAHAMS, B./FELDMAN, S.S./NASH, S.C. (1978): Sex role self-concept and sex role attitudes: Enduring personality characteristics or adaptations to changing life situation? *Developmental Psychology* 14, 393-400.
- ALLEN, J.P./HAUSER, S.T./BELL, K.L./O'CONNOR, T.G. (1994): Longitudinal assesment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development. *Child Development* 65, 176-194.
- ALLERBECK, K./HOAG, W.J. (1985): *Jugend ohne Zukunft*. München: Piper.
- BAUMRIND, D. (1991): Effective parenting during the early adolescent transition. In: COWAN, P.A./HETHERINGTON, M. (Eds.): *Family transitions* (pp. 111-163). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BANDURA, A. (1976): Die Analyse von Modellierungsprozessen. In: BANDURA, A.: *Lernen am Modell*, (S. 9-69). Stuttgart: Klett.
- BHUSHAN, R. (1993): A study of family communication: Parents and their adolescent children. *Journal of Personality and Clinical Studies* 9, 79-85.
- BINGER, C.M./ABLIN, A.R./FEUERSTEIN, R.C./KUSHNER, J.H./ZOGER, S./MIKKELSON, C. (1969): Childhood leukemia: Emotional impact on patient and family. *New England Journal of Medicine* 280, 414-418.
- BRINTZINGER-VON KÖCKRITZ, I./THURNER, U. (1984): Anhang: Darstellung der Untersuchungsergebnisse aus dem gemeinsamen Rorschach Versuch zur Feststellung der Beziehungsstruktur bei Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind. In: BRUNNER, E.J. (Hrsg.): *Interaktion in der Familie* (S. 234-246). Berlin: Springer.
- BRONFENBRENNER, U. (1981): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- CARLSON, K.P./GESTEN, E.L./MCIVER, L.S./DECLUE, T. (1994): Problem solving and adjustment in families of children with diabetes. *Children's Health Care* 23, 193-210.
- CONDON, S.L./COOPER, C.R./GROTEVANT, H.D. (1984): *Manual for the analysis of family discourse*. Psychological Documents, No. 2616.
- COOK, J.A. (1984): Influence of gender on the problems of parents of fatally ill children. *Journal of Psychosocial Oncology* 2, 71-91.
- COOPER, C.R./GROTEVANT, H.D./CONDON, S.M. (1983): Individuality and connectedness in the family as a context for adolescent identity formation and role-taking skills. In: GROTEVANT, H.D./COOPER, C.R. (Eds.): *Adolescent development in the family: New directions for child development* (pp. 43-59), San Francisco, CA: Jossey Bass.
- DORNBUSCH, S.M./CARLSMITH, M.J./RITTER, P.L./CHEN, Z./STEINBERG, L.D. (1991): *Youth and consequences: The relation of family decision-making to adolescent deviance and school performance*. Seattle: Vortrag gehalten auf dem „Meeting of the Society for Research in Child Development“.
- GIERMANN-REPPMANN, B./THÖLKLING, H. (1991): Belastungen und Bewältigungsformen von Betreuungspersonen diabetischer Kinder. In: ROTH, R./BORKENSTEIN, M. (Hrsg.): *Psychosoziale Aspekte in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes* (S. 138-144). Basel: Karger.
- GROTEVANT, H.D./COOPER, C.R. (1985): Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development* 56, 415-428.
- GROTEVANT, H.D./COOPER, C.R. (1986): Individuation in family relationships. A perspective on individual differences in the development of identity and role-taking skill in adolescence. *Human Development* 29, 82-100.
- GYOLAY, J.E. (1978): *The dying child*. New York: McGraw-Hill.
- HANL, J. (1995): *Bewältigung chronischer Krankheiten im Jugendalter*. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Bonn.
- HERMANN, A.P. (1986): *Das Vaterbild psychosomatisch Kranker*. Berlin Springer.
- Jugendwerk der deutschen Shell (Hrsg.) (1985). *Jugendliche und Erwachsene '85. Generationen im Vergleich*. Opladen: Leske & Budrich.
- KANDEL, D.B./LESSER, G.S. (1972): *Youth in two worlds*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KREPPNER, K. (1989): Linking infant development-in-context research to the investigation of life-span family development. In: KREPPNER, K./LERNER, R. (Eds.): *Family systems and life-span development* (pp. 33-64). Hillsdale: Erlbaum.
- LEWIS, M./FEIRING, C./WEINRAUB, M. (1981): The father as a member of the child's social network. In: LAMB, M.E. (Ed.): *The role of the father in child development* (pp. 259-294). New York: Wiley.

- LINDEN, F.J. VAN DER (1990): Orientierungs- und Beziehungsmuster von Jugendlichen: Eltern und Gleichaltrige. In: DU BOIS-REYMOND, M./OECHSLE, M. (Hrsg.): *Neue Jugendbiographie? Zum Strukturwandel der Jugendphase* (S. 135-154). Opladen: Leske & Budrich.
- MÄCHTLINGER, V.J. (1981): The father in psychoanalytic theory. In: LAMB, M.E. (Eds.): *The role of the father in child development* (pp. 113-153). New York: Wiley.
- MINUCHIN, S./ROSMAN, B.L./BAKER, L. (1989): *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- MITSCHERLICH, A. (1970): *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft*. München: Piper.
- NOACK, P. (1995): *Entwicklungen naher Beziehungen im Jugendalter*. Unveröffentlichter Bericht, Mannheim.
- NOLLER, P./BAGI, S. (1985): Parent-adolescent communication. *Journal of Adolescence* 8, 125-144.
- NOLLER, P./CALLAN, V.J. (1990): Adolescents' perceptions of the nature of their communication with parents. *Journal of Youth and Adolescence* 19, 349-362.
- PIKOWSKY, B./HOFER, M. (1992): Die Familie mit Jugendlichen. Ein Übergang für Eltern und Kinder. In: HOFER, M./KLEIN-ALLERMANN, E./NOACK, P. (Hrsg.): *Familien-Beziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung*. Ein Lehrbuch (S. 194-216). Göttingen: Hogrefe.
- SCHIEFELBEIN, S. (1979). Children with cancer: New hope for survival. *Saturday Review* 14, 11-16.
- SCHIFF, H.S. (1972): *The bereaved parent*. New York: Crown.
- SCHMIDT-DENTER, U. (1984): *Die soziale Umwelt des Kindes*. Berlin: Springer.
- SCHOEBINGER, R./FLORIN, I./ZIMMER, C./LINDEMANN, H./WINTER, H. (1992): Asthma bei Kindern: Kritische Einstellung von Vätern und Vater-Kind-Interaktion. *Journal of Psychosomatic Research* 36 (8), 743-750.
- SEIFFGE-KRENKE, I./BRATH, K. (1990): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Forschungstrends und Ergebnisse. In: SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 3-22). Berlin: Springer.
- SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOß, A./ROTH, M. (1996): *Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- STEINHAUSEN, H.C./BÖRNER, S. (1978): *Kinder und Jugendliche mit Diabetes – Psychologie einer chronischen Krankheit*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- STIERLIN, H. (1988): Über die Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen. *Familiendynamik* 13, 288-299.
- VUCHINICH, S. (1987). Starting and stopping spontaneous family conflicts. *Journal of Marriage and the Family* 46, 591-601.
- WIRSCHING, M./STIERLIN, H. (1982): *Krankheit und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- WYSOCKI, T. (1993): Associations among teen-parent relationships, metabolic control, and adjustment to diabetes in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 18, 441-452.
- YOUNISS, J. (1983): Social construction of adolescence by adolescents and parents. In: GROTEVANT, H.D./COOPER, C.R. (Hrsg.): *Adolescent development in the family: New directions for child development* (pp. 93-109). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- YOUNISS, J./SMOLLAR, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers, and friends*. Chicago: University of Chicago Press.

Anschrift der Verfasserinnen: Dipl.-Psych. Sonja Fentner; Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke, Psychologisches Institut der Universität Bonn, Römerstraße 164, 53117 Bonn.