



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Qualität der Geschwisterbeziehung und das
Problemverhalten von Geschwistern psychisch
erkrankter Kinder und Jugendlicher“

verfasst von / submitted by
Julia Stephanie Blind, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Danksagung

Mein größter Dank gilt den Familien, die sich die Zeit genommen haben, an meiner Studie teilzunehmen. Dank ihrem Interesse an dieser Studie und ihrem zeitlichen Aufwand war es mir möglich, die vorliegende Untersuchung umzusetzen.

Auch meiner eigenen Familie und meinen Freunden gilt ein großer Dank, für ihre motivierenden Worte und moralische Unterstützung, sowie für ihren andauernden Rückhalt, den sie mir schenkten.

Ein besonderer Dank gilt meiner externen Betreuerin Dr. Sabine Bojanowski an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Universitätsmedizin Berlin. Vor allem möchte ich ihr für die Ermöglichung dieser Arbeit sowie für ihre große Hilfe bei der Rekrutierung der Familien, Engagement, Ermutigungen, fachlichen Rat und Unterstützung danken.

Ein herzliches Dankeschön richte ich zudem an Ass.- Prof. Mag. Dr. Harald Werneck für die Übernahme der internen Betreuung meiner Arbeit an der Universität Wien sowie für seine Anregungen und seinen zeitlichen Aufwand.

Wien, März 2019

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Theoretischer und empirischer Hintergrund | 4 |
| 2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter | 4 |
| 2.1.1 Internalisierendes und externalisierendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter | 5 |
| 2.1.2 Psychische Störungen im Kontext Familie..... | 6 |
| 2.2 Geschwisterbeziehungen im Kindes- und Jugendalter | 8 |
| 2.2.1 Merkmale von Geschwisterbeziehungen..... | 9 |
| 2.2.2 Die Geschwisterbeziehung von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen | 13 |
| 2.3 Anforderungen und Belastungen für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen..... | 15 |
| 2.4 Problemverhalten von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher | 19 |
| 2.5 Qualität der Geschwisterbeziehung in Zusammenhang mit dem Problemverhalten | 22 |
| 2.6 Zielsetzung der Studie | 24 |
| 3 Fragestellungen und Hypothesen | 26 |
| 4 Methode | 29 |
| 4.1 Stichprobenrekrutierung..... | 29 |
| 4.2 Untersuchungsdurchführung..... | 29 |
| 4.3 Untersuchungsinstrumente | 31 |
| 4.4 Stichprobenbeschreibung | 35 |
| 4.5 Statistische Analyse | 37 |
| 5 Ergebnisse | 39 |
| 5.1 Deskriptive Statistik..... | 39 |
| 5.2 Voranalyse | 40 |
| 5.3 Die Qualität der Geschwisterbeziehung im Vergleich zur Normstichprobe | 41 |
| 5.4 Qualität der Geschwisterbeziehung im Vergleich zur Elterneinschätzung..... | 42 |
| 5.5 Das Problemverhalten der Geschwister im Vergleich zur Normstichprobe | 43 |
| 5.6 Das Problemverhalten der Geschwister im Vergleich zur Elterneinschätzung..... | 44 |
| 5.7 Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und dem Problemverhalten..... | 45 |
| 6 Diskussion | 50 |
| 6.1 Limitationen, Forschungsausblick und Stärken der Studie | 59 |
| 6.2 Conclusio | 63 |
| 7 Literaturverzeichnis | 64 |
| Tabellenverzeichnis | 73 |
| Anhang | 74 |
| Anhang A: Zusammenfassung & Abstract..... | 74 |
| Anhang B: Einladung zur Studienteilnahme | 77 |
| Anhang C: Aufklärung für die Studienteilnahme | 78 |
| Anhang D: Fragebogen SRQ-deu (Selbsteinschätzung) | 83 |
| Anhang E: Fragebogen SRQ-deu (Elterneinschätzung) | 87 |
| Anhang F: Skalen und Faktoreneinteilung des SRQ-deu | 92 |

1 Einleitung

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter führen häufig zu einem erheblichen individuellen Leidensdruck und greifen in den Alltag der Betroffenen ein. Ferner können sich psychische Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter chronifizieren und soziale Beziehungen, körperliche Gesundheit und die Lebensqualität langfristig beeinträchtigen (Lohaus, Vierhaus, & Maass, 2010). Jedoch wirkt sich die psychische Erkrankung nicht nur auf die Erkrankte/den Erkrankten selbst, sondern auch auf ihr/sein soziales Umfeld aus. Insbesondere das Aufwachsen und Lebensumfeld von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wird stark durch die Erkrankung des Bruders/der Schwester beeinflusst. Forschungsergebnisse postulieren sowohl positive als auch negative Auswirkungen für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher (Abrams, 2009; Latzer, Ben-Ari, & Galimidi, 2002; Latzer, Katz, & Berger, 2015; Morgenstern, 2017). Gelingt den nicht betroffenen Geschwistern eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Bruders/der Schwester, können Verantwortungsbewusstsein, Empathiefähigkeit und soziale Kompetenzen positiv beeinflusst werden (Frick, 2015). Negative Auswirkungen meinen hingegen das Erleben von Sorge, Wut, Loyalitätskonflikten, Angst, Verlust, Stigmatisierung und Schuld. Werden diese Gefühle unterdrückt, können die innerpsychischen Belastungen zu internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen führen (Barak & Solomon, 2005; Latzer et al., 2002; Vermaes, van Susante, & van Bakel, 2012). Gerade in belastenden familiären Situationen, wie der Erkrankung eines Kindes, kann eine liebevolle Geschwisterbeziehung als Ressource für die Stressverarbeitung und -bewältigung dienen (Bojanowski, 2016). Obwohl die Mehrheit der in Deutschland lebenden Kinder (81%) mit mindestens einem Geschwisterkind aufwachsen (Statistisches Bundesamt, 2018), wird die Geschwisterbeziehung in therapeutischen Prozessen und psychosozialen Versorgungsstrukturen verhältnismäßig wenig beachtet (Frick, 2015; Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2006). Vor allem im klinischen und therapeutischen Kontext scheint die Beachtung einer Selbsteinschätzung der Geschwister neben den Elterneinschätzungen von hoher Relevanz zu sein. Häufig spielen die nicht betroffenen Geschwister eine wichtige Rolle für ihre psychisch erkrankte Schwester/ihren psychisch erkrankten Bruder und können selbst ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten aufweisen

(Barak & Solomon, 2005; Latzer et al., 2002; Vermaes et al., 2012). Zudem besteht Bedarf an zusätzlicher psychosozialer Unterstützung für nicht-betroffene Geschwister, um mit der belasteten Familiensituation umzugehen (Morgenstern, 2017). Das internalisierende und externalisierende Verhalten (im folgenden Problemverhalten genannt) von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher scheint auch mit der Qualität der Geschwisterbeziehung zusammenzuhängen (Latzer et al. 2015). Bislang konnte nicht vollständig geklärt werden, inwieweit psychische Erkrankungen einer Schwester/eines Bruders von Kindern und Jugendlichen Auswirkungen auf die Qualität der Geschwisterbeziehung und die psychische Anpassung von nicht betroffenen Geschwistern haben. Diesbezüglich besteht aktuell weiterer Forschungsbedarf. Deshalb steht das Thema Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher im Fokus dieser Arbeit. Hierbei sind zwei Themenkomplexe von wesentlichem Interesse: Die Qualität der Geschwisterbeziehung sowie das Problemverhalten von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher.

Zum einen befasst sich die vorliegende Untersuchung mit den vier Dimensionen der Geschwisterbeziehung namens Wärme/Nähe, Konflikt, relativer Status/Macht und Rivalität, wie sie von Furman und Buhrmester (1985) beschrieben wurden. Diese können mit dem Geschwisterfragebogen *Sibling Relationship Questionnaire* (SRQ; Furman & Buhrmester, 1985; dt. Version SRQ-deu; Bojanowski, Riestock & Nisslein, 2018 Bojanowski, Riestock, Nisslein, Weschenfelder-Stachwitz & Lehmkuhl, 2015;) erfasst werden. Es wird untersucht, in welchen Bereichen der Geschwisterbeziehung sich Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher von den Normdaten des Fragebogens *Sibling Relationship Questionnaire* (SRQ-deu) unterscheiden. Ziel ist es, Belastungsfaktoren von Geschwisterbeziehungen (Geschwisterkonflikte, Rivalität, etc.), aber auch Stärken wie Zuneigung, Wärme, Unterstützung und Förderung zu ergründen. Dadurch sollen etwaige Schlüsse für den Umgang mit Bedürfnissen von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher gezogen werden. Die Qualität der Geschwisterbeziehung wurde hierbei einerseits durch die Selbstbeurteilung der Geschwister, andererseits durch die Fremdbeurteilung eines Elternteils betrachtet.

Ferner wird untersucht, ob Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sich bezüglich ihres internalisierenden und externalisierenden Verhaltens von der Normstichprobe des Fragebogens *Youth Self-Report* (YSR; Döpfner, 1998) und

von der Elterneinschätzung unterscheiden. Abschließend wird untersucht, ob die Qualität der Geschwisterbeziehung einen Prädiktor für das Problemverhalten der nicht erkrankten Geschwister darstellt.

Der nachfolgende empirische Hintergrund gibt Einblicke in theoretische Modelle, relevante Begriffe und den aktuellen Forschungsstand, an welchem sich die vorliegende Studie orientiert. Nach den aus der Literatur abgeleiteten Fragstellungen schließt der methodische Teil mit Ausführungen zur Stichproben- und Durchführungsbeschreibung sowie der Vorstellung der Erhebungsinstrumente an. Im Ergebnisteil der Arbeit werden die zuvor formulierten Hypothesen mittels der erhobenen Daten überprüft. In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse dem bisherigen Forschungsstand gegenübergestellt. Abschließend werden Limitationen der Studie sowie Stärken und Implikationen für zukünftige Forschungen aufgezeigt.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Störungen sind negative Entwicklungsabweichungen, welche das Verhalten, Erleben, den Affekt, die Sprache und Kognitionen von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen können (Lohaus et al., 2010). Bei Kindern und Jugendlichen liegt eine psychische Störung vor, wenn bei Beachtung des Entwicklungsstandes das Erleben und/oder das Verhalten nicht der Norm entspricht, und/oder zu einer Beeinträchtigung führt (Steinhausen, 2016). In der deutschen BELLA-Längsschnittstudie zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des deutschen Kinder – und Jugendsurvey (KiGGS- Studie) lag die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bei 16,9 Prozent (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert, & Hölling, 2018). Die Prävalenz von psychischen Störungen nimmt vom Kindesalter über das Vorschul- und Schulalter bis in das Jugendalter zu (Klipker et al., 2018). Ergebnisse zu Geschlechterunterschieden bezüglich psychischer Störungen zeigen, dass bis zu einem Alter von 14 Jahren Jungen häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind als Mädchen. Hingegen ist ab einem Alter von 15 bis 17 Jahren die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten zwischen Mädchen und Jungen vergleichbar (Klipker et al., 2018). Bezüglich des Sozialstatus konnte in Studien gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status, häufiger psychische Auffälligkeiten zeigten (Klipker et al., 2018). Zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zählen Depressionen, Angst- und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), sowie Störungen des Sozialverhaltens (Klipker et al., 2018). Depressive Störungen treten häufig komorbid mit Angststörungen oder Störungen des Sozialverhaltens auf. Zudem bestehen oftmals Komorbiditäten zwischen ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (Lohaus et al., 2010).

Die Klassifikation psychischer Störungen kann anhand der kategorialen Diagnostik erfolgen. Diese versteht psychische Störungen als klar voneinander abgrenzbare und unterscheidbare Störungseinheiten. Die beiden wichtigsten klinischen Klassifikationssysteme *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD- 10; Dilling, 2014) der *World Health Organization* (WHO) und das *Diagnostische Statistische*

Manual Psychischer Störungen (DSM-V; Falkai, 2015) basieren auf diesem kategorialen Ansatz. Zur Erfassung psychischer Störungen wird in der vorliegenden Studie das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalter* (Kinder-Dips; Unnewehr, Schneider, & Margraf, 2013) verwendet, welches eine kategoriale Diagnostik nach ICD-10 bzw. DSM-IV ermöglicht (s. Kap. 4.3).

2.1.1 Internalisierendes und externalisierendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter

Neben dem kategorialen Ansatz lassen sich psychische Merkmale zudem durch eine dimensionale Diagnostik erfassen (Grassl, Friedrich, & Steiner, 2013). Das Verhalten wird nach dieser Klassifikation in kontinuierliche, nebeneinander bestehende Dimensionen zwischen angepasstem und abweichendem Verhalten eingeteilt. Ein Vorteil gegenüber der kategorialen Einteilung ist, dass die Übergänge zwischen Normalität und Abnormalität fließend sind. In der Diagnostikbatterie der *Child Behavior Checklist (CBCL)* wurde eine Einteilung von einzelnen Symptomen und Verhaltensweisen in zwei Bereiche, „Internalisierend“ und „Externalisierend“, vorgenommen (Grassl et al., 2013). Dabei bedeuten internalisierende Verhaltensauffälligkeiten ein nach innen gerichtetes Verhalten wie sozialer Rückzug sowie körperliche, ängstliche und depressive Symptome (Lohaus et al., 2010). Da Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen sich häufig zurückziehen und angepasst bzw. unauffällig verhalten, werden internalisierende Störungen von Eltern und PädagogInnen seltener bemerkt (Grassl et al., 2013). Hingegen meint externalisierendes Verhalten nach außen gerichtete und für das Umfeld gut beobachtbare Verhaltensweisen (Lohaus et al., 2010). Typische Erscheinungsformen sind oppositionelles Verhalten mit Wut- und Trotzanfällen, motorische Unruhe, aggressives und destruktives Verhalten, Ablenkbarkeit und Impulsivität. Besonders die Außenwelt nimmt, aufgrund der Fremdbezogenheit und hohen Aktivität, das externalisierende Verhalten der Kinder und Jugendlichen als störender wahr (Grassl et al., 2013). Demzufolge geht externalisierendes Verhalten mit enormen sozialen Belastungen einher. Beispielsweise kann dieses häufig zu Betreuungswechsel führen, da öffentliche Einrichtungen oftmals im Umgang mit externalisierendem Verhalten überfordert sind (Grassl et al., 2013).

Kinder und Jugendliche können entweder rein internalisierendes oder rein

externalisierendes Verhalten zeigen. Jedoch sind auch Komorbiditäten aus beiden Verhaltensgruppen möglich (Daughters et al., 2009), wobei Korrelationen innerhalb der internalisierenden bzw. externalisierenden Verhaltensweisen deutlich höher sind (Grassl et al., 2013). Jungen zeigen im Vergleich zu Mädchen häufiger externalisierendes Verhalten, wohingegen internalisierende Verhaltensauffälligkeiten häufiger bei Mädchen auftreten (Lohaus et al., 2010). Ein Erklärungsansatz ist, dass Gefühle von Ängstlichkeit und Niedergeschlagenheit von Mädchen deutlich intensiver erlebt werden (Daughters et al., 2009). Bei Jungen und Mädchen nehmen mit steigendem Alter psychosomatische Symptome und Depressionen zu (Grassl et al., 2013). Anscheinend wird das Risiko für depressive Verstimmung durch die zunehmenden Fähigkeiten von Selbstreflexion, bewussterer Selbsterfahrung und Grübeln verstärkt (Grassl et al., 2013).

Psychische Erkrankungen gehen häufig mit schwerwiegenden Veränderungen und täglichen Auseinandersetzungen einher, die als Stressoren auf den Betroffenen/die Betroffene und die Familienmitglieder einwirken (Cox & Paley, 2003). Aus diesem Grund wird im nächsten Abschnitt auf die Bedeutung von psychischen Erkrankungen im Kontext Familie und insbesondere den Einfluss auf das Subsystem der Geschwisterbeziehung eingegangen.

2.1.2 Psychische Störungen im Kontext Familie

Für die Familie stellen kritische Lebensereignisse, wie eine psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes, oftmals eine dauerhafte oder sogar lebenslange Veränderung dar (Frick, 2015). Eine psychische Erkrankung kann zu den sogenannten *transition periods*, in welchen die Familie vor herausfordernde Aufgaben gestellt wird, zählen (Cox & Paley, 2003; Whiteman, McHale, & Soli, 2011). Häufig werden in derartigen Situationen des Wandels familiäre Routinen unterbrochen und beansprucht (Cox & Paley, 2003). Dadurch belastet eine psychische Erkrankung nicht nur die Betroffenen selbst, sondern wirkt sich auch auf die psychosoziale Dynamik und Anpassung innerhalb der gesamten Familie aus (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht, stellt jedes Individuum sowohl ein eigenes System, als auch ein Subsystem dar, welches in Wechselwirkung mit allen Mitgliedern und Systemen steht.

„„Eine Veränderung in einem Teil des Systems beeinflusst notwendigerweise das ganze System.““ (de Shazer 1998 S. 40 in Schwing & Fryszer, 2018, S. 24). Alle

Elemente des Systems sind wie in einem Mobile miteinander verbunden; im Einzelnen finden sich die Bewegungen des Ganzen wieder; Bewegungen Einzelner übertragen sich auf das Ganze. (Schwing & Fryszer, 2018, S. 24)

Demzufolge wird eine psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes zum einen durch die Familie beeinflusst und wirkt sich zum anderen auf die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder aus (Latzer et al., 2015). Individuellen Symptomen werden in der systemischen Familientherapie bestimmte Funktionen in einem problematischen und unausgeglichene Familiensystem zugeschrieben (Cox & Paley, 2003). Der systemischen Sichtweise nach wird die Geschwisterbeziehung als Subsystem verstanden, welches wiederum Teil eines größeren Systems, der Familie, ist (Cox & Paley, 2003; Minuchin et al., 1978; Whiteman et al., 2011). Sympathie, Unterstützung, Hilfsbereitschaft und besonders wechselseitige Verteidigung gegen Außenstehende prägen das Subsystem der Geschwisterbeziehung (Seiffge-Krenke, 2008). Durch ein erkranktes Geschwisterkind kann es zu Veränderungen innerhalb der Geschwisterdynamik kommen. Beispielsweise können Statushierarchien innerhalb des Subsystems verändert werden. Gerade für jüngere Geschwister kann es dadurch zu einer Rollenumkehrung kommen. Oftmals müssen sie für ihre älteren erkrankten Geschwister als verantwortungsbewusste Helfer fungieren (Morgenstern, 2017). Dies kann zur „falschen Autonomie gegen kindliche Unabhängigkeit“ führen (Morgenstern, 2017; Safer, 2002; Tröster, 2013).

Die Krankheit eines Geschwisters stellt aber nicht grundsätzlich einen Risikofaktor für das Familiensystem dar. So können unter günstigen Umständen Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche auch von der Erkrankung ihres Bruders/ihrer Schwester profitieren und Fähigkeiten wie Verantwortungsbewusstsein und Selbstständigkeit erlangen (Frick, 2015). Gegenüber dem erkrankten Bruder/der erkrankten Schwester können sich auch Gefühle von Empathie und Hilfsbereitschaft entwickeln (Frick, 2015).

Es ist von Bedeutung, im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung eines Kindes neben den Eltern auch die Geschwister zu berücksichtigen. Im Folgenden wird daher die Geschwisterbeziehung im Kindes- und Jugendalter und insbesondere die vier Faktoren der Geschwisterbeziehung nach Furman und Buhrmester (1985) genauer betrachtet.

2.2 Geschwisterbeziehungen im Kindes- und Jugendalter

Die Geschwisterbeziehung ist eine der am längsten fortdauernden, unaufkündbaren, annähernd egalitären menschlichen Beziehungsformen und gehört zu den stärksten emotionalen Bindungen (Papastefanou, 2002). Cierpka (2001) bezieht mit seiner Aussage: „Kinder innerhalb einer Familie sind Geschwister!“ (S.441) vielfältige Formen von Geschwisterkonfigurationen mit ein. So zählen neben den biologischen auch Halb-, Stief-, Pflege- und Adoptivgeschwister zu dieser Definition. Durch die konstante gegenseitige Auseinandersetzung miteinander sowie emotionale Unterstützung und Förderung haben Geschwisterbeziehungen, neben Eltern und Freunden, einen großen Einfluss auf die soziale, emotionale, sprachliche und kognitive Entwicklung (Frick, 2015; Howe & Recchia, 2014; Noller, 2005). Im Subsystem der Geschwisterbeziehung können Kinder und Jugendliche unterschiedliche Rollen wie beispielsweise der oder des Spielgefährtn, VersorgerIn, Bezugsperson, SozialisierungshelferIn (Noller, 2005), oder auch negative Rollen wie KonkurrentInnen, einnehmen (Bank & Kahn, 1975). Über die Lebensspanne hinweg ist die Geschwisterbeziehung einem beständigen Wandel unterzogen (Frick, 2015; Seiffge-Krenke, 2008). Von der frühen Kindheit bis hin zur Adoleszenz kennzeichnet die Geschwisterbeziehung eine hohe gegenseitige emotionale und instrumentelle Unterstützung (Seiffge-Krenke, 2008). Während des Jugendalters finden Ablösungs- und Verselbständigungsschritte von der Familie statt. Die dadurch entstehenden Konflikte zwischen Jugendlichen und Eltern betreffen häufig auch die Geschwisterbeziehung (Adam-Lauterbach, 2013). Trotz Konflikten erfolgt bei Geschwistern psychisch gesunder Schwestern/Brüder die familiäre Ablösung meistens problemlos. Bei Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher kann es hingegen zu starken Schuldgefühlen sowie Loyalitätskonflikten gegenüber der Familie kommen, welche wiederum altersgerechte Ablösungsprozesse erschweren (Adam-Lauterbach, 2013).

Die genannten Prozesse sind oftmals von der Qualität der Geschwisterbeziehung abhängig. Daher werden anschließend Dimensionen der Qualität der Geschwisterbeziehungen wie Wärme bzw. Nähe sowie negative und belastende Aspekte wie Konflikte und Rivalität beschrieben. Des Weiteren werden Forschungsergebnisse hinsichtlich der Qualität der Geschwisterbeziehung von Geschwistern psychisch bzw. auch chronisch körperlich erkrankter Geschwisterkinder vorgestellt.

2.2.1 Merkmale von Geschwisterbeziehungen

Die psychologische empirische Forschung über die Geschwisterbeziehung spielte bis in die 1970er Jahre im Vergleich zur Eltern-Kind-Beziehung eine eher nebensächliche Rolle (Frick, 2015). Die anfängliche Geschwisterforschung setzte sich überwiegend mit strukturellen Merkmalen wie dem Geschlecht, dem Altersabstand zwischen Geschwistern, der Familiengröße und weiteren Familienvariablen auseinander (Stotz, 2015). Als Urvater der Geschwisterforschung betonte Adler (1928) Anfang der 1920er Jahre unter dem Aspekt der Geschwisterrivalität die Relevanz der Geschwisterkonstellationen für die Persönlichkeitsentwicklung. Jedoch konnte gezeigt werden, dass familiäre Faktoren einen weitaus stärkeren Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung der Geschwister haben als strukturelle Faktoren (Stotz, 2015). Daher werden in neueren Ansätzen dynamische Aspekte der Geschwisterbeziehung, wie beispielsweise typische Interaktionsmuster und deren altersbedingte Veränderung sowie die individuelle Entwicklung und innerfamiliäre Prozesse berücksichtigt (Kasten, 1998; Stotz, 2015). Neben den oben genannten Merkmalen können auch qualitative Merkmale der Geschwisterbeziehung untersucht werden, welche eine breitere Dimension der Geschwisterbeziehung sowie Positivität und Negativität meinen (Buist, Deković, & Prinzie, 2013; Buist & Vermande, 2014; Noller, 2005). Um abgrenzbare Geschwistertypologien zu schaffen, haben einige ForscherInnen die zwei Kernqualitäten namens geschwisterliche Wärme und Konflikt gemeinsam untersucht (Buist et al., 2013; Buist & Vermande, 2014; Noller, 2005; Sherman, Lansford, & Volling, 2006; Whiteman & Loken, 2006). In einigen Studien konnten drei verschiedene Beziehungsmuster gefunden werden (Buist et al., 2013; Derkman, 2011; Sherman et al., 2006; Whiteman & Loken, 2006). Erstens die der harmonischen Geschwisterbeziehung, welche sich durch hohe Werte von Wärme und niedrige Konfliktwerte auszeichnet. Zweitens ein feindseliger Beziehungstyp, welcher durch ein niedriges Maß an Wärme und eine hohes Maß an Konflikten charakterisiert wird. Drittens konnte ein affektintensiver Beziehungstyp, welcher sich sowohl durch hohe Wärme- und Konfliktwerte auszeichnet, gefunden werden. In Studien mit älteren ProbandInnen (Derkman, 2011; Noller, 2005; Sherman et al., 2006) konnte zusätzlich ein distanziert-unbeteiligter Beziehungstyp, welcher unterdurchschnittlich niedrige Werte von Wärme und Konflikt aufweist, gefunden werden.

Furman und Buhrmester (1985) identifizierten mittels Faktorenanalyse neben Positivität und Negativität noch zwei weitere Faktoren, welche für die Qualität der Geschwisterbeziehung aussagekräftig sind. Sie beschrieben folgende vier Dimensionen: Wärme/Nähe (im folgenden Wärme genannt), Konflikt, Rivalität und relativer Status/Macht (im folgenden Macht genannt). Da diese vier genannten Faktoren Teil der folgenden Erhebung sind, werden sie im nächsten Abschnitt genauer betrachtet.

Wärme

Mit dem Faktor Wärme wird der positive Beziehungsaspekt einer Geschwisterbeziehung wie Kameradschaft, prosoziales Verhalten, Intimität, Zuneigung, Unterstützung und Liebe bezeichnet (Buist et al., 2013; Furman & Buhrmester, 1985). Die „Geschwisterliebe“ kann als die emotionale Kraft, welche die Geschwister von Beginn bis ans Ende ihres Lebens begleitet, bezeichnet werden (Petri, 1994). Kinder mit warmen Geschwisterbeziehungen unterstützen sich gegenseitig, machen gemeinsame Unternehmungen, hören einander zu und helfen sich bei Problemen (Frick, 2015). Durch positive Interaktionen zwischen Geschwistern können soziale Fähigkeiten gelernt und möglicherweise ein insgesamt höheres Niveau an sozialer Kompetenz erlangt werden (Buist & Vermande, 2014). Im Allgemeinen kann eine harmonische und enge Geschwisterbeziehung positiv mit der Entwicklung von sozialen und kognitiven Fähigkeiten, wie etwa der Emotionsregulation und der Kooperationsbereitschaft, zusammenhängen (Noller, 2005). Eine positive Geschwisterbeziehung wird daher in der Literatur häufig als protektiver Faktor verstanden. Gleichgeschlechtlichkeit und ein geringerer Altersabstand verstärken wechselseitige Identifikationsprozesse zwischen Geschwistern und begünstigen dadurch eine warme Geschwisterbeziehung (Furman & Buhrmester, 1985). Die Ähnlichkeit zwischen Geschwistern scheint liebevolle Beziehungen zu fördern, da sie in gewisser Hinsicht Freundschaften ähneln (Furman & Buhrmester, 1985). In schwierigen Zeiten profitieren insbesondere jüngere Geschwister von der emotionalen und instrumentellen Unterstützung, welche warme Geschwisterbeziehungen bieten können (Brody, 1998).

Konflikt

Das Besondere an einer Geschwisterbeziehung ist, dass hohe Werte von Wärme und Konflikt koexistieren können (Noller, 2005). Die Konflikthaftigkeit einer

Geschwisterbeziehung lässt sich durch das Ausmaß an Streitigkeiten, Aggressionen, Feindseligkeiten und Zwang beschreiben (Buist et al., 2013; Buist & Vermande, 2014; Noller, 2005). Konflikte innerhalb der Geschwisterbeziehung bieten die Möglichkeit, gemeinsam eine Lösung zu finden, Gefühle auszudrücken und Kommunikation zu üben. Die Familie und insbesondere die Geschwisterbeziehungen können einen sicheren Rahmen bieten, um Konflikte offener und risikoloser auszutragen, da eine Fortführung der Beziehung gewährleistet ist. Werden Konflikte innerhalb der Familie auf eine Art und Weise gelöst, so dass gegenseitiges Durchsetzungsvermögen, Diskussionen und Kompromisse ermöglicht werden, können familiäre Beziehungen verbessert und Emotionsregulationsstrategien gelernt werden (Grotevant & Cooper, 1986). Daher kann ein bestimmtes Maß an Konflikten in der Geschwisterbeziehung der Entwicklung zuträglich sein (Noller, 2005). Werden Konflikte jedoch zu einer chronischen Belastung, können sich diese negativ auf psychosoziale Fähigkeiten und das psychische Wohlbefinden auswirken (Brody, 1998; Stocker, Burwell, & Briggs, 2002). Geschwister mit geringem Altersabstand berichteten häufig von warmen und liebevollen Beziehungen, gleichzeitig aber auch von hohen Konfliktwerten (Furman & Buhrmester, 1985).

Macht

Der Faktor Macht bezieht sich auf den Grad und die Richtung der Asymmetrie innerhalb der Geschwisterbeziehung. Dem Aspekt der Dominanz eines Geschwisters über den Bruder/die Schwester steht der Aspekt der Förderung bzw. Fürsorge zwischen den Geschwistern gegenüber. Diese Effekte scheinen stark vom Alter sowie dem Altersabstand der Geschwister abhängig zu sein (Furman & Buhrmester, 1985). Beispielsweise waren bei einem Altersabstand von vier Jahren die Machtunterschiede und die Bewunderung zwischen Geschwistern am höchsten ausgeprägt (Furman & Buhrmester, 1985). Aus entwicklungsspezifischen Gründen, wie der kognitiven sowie körperlichen Überlegenheit, dominieren häufig ältere Geschwister über die Jüngeren (Brody, 1998). Ältere Geschwister übernehmen oft die Rolle des/der Erklärenden, Helfenden, Bestimmenden, Betreuenden oder Korrigierenden. Die Beziehung wird umso symmetrischer und egalitärer, desto mehr die jüngeren Geschwister an Kompetenzen gewinnen und sich an die Älteren angleichen. Mit steigendem Alter verringern sich Macht- und Statusunterschiede innerhalb der Geschwisterbeziehung (Furman &

Buhrmester, 1985).

Auch das Geschlecht scheint einen Einfluss auf das Machtgefälle zu haben. So tragen insbesondere ältere Schwestern durch Wissensvermittlung zu einer Kompetenzsteigerung ihrer jüngeren Geschwister bei (Bojanowski, 2016). Wobei sich jüngere Mädchen eher unterordnen, zeigen jüngere Jungen mehr selbstbehauptendes Verhalten (Seiffge-Krenke, 2008). Macht ist bis zum jetzigen Zeitpunkt der am wenigsten untersuchte Faktor der vier Dimensionen der Geschwisterbeziehung (Bojanowski, 2016).

Rivalität

Im Geschwisteralltag spielt neben Streitigkeiten und Zuneigung zudem Rivalität eine Rolle. Die Geschwisterrivalität bezieht sich auf Gefühle von Eifersucht, Konkurrenzfähigkeit und Neid zwischen Geschwistern innerhalb einer Familie (Stotz, 2015). Werden Gefühle von Neid und Eifersucht nicht erfolgreich bewältigt, können sich emotionale Probleme und ein negativer Selbstwert entwickeln (Noller, 2005). Neben diesen genannten negativen Gefühlen wird Rivalität zusätzlich als bedeutende Voraussetzung für das Erlernen sozialer Kompetenzen betrachtet (Stotz, 2015). Durch ein ausgewogenes Maß an Rivalität können Geschwister lernen, sich voneinander abzugrenzen, sich zu behaupten sowie die eigenen Bedürfnisse und ihre Individualität wahrzunehmen.

Aus psychoanalytischer Sicht setzt Rivalität eine triadische Beziehung voraus, bei welcher es um das Erringen der elterlichen Liebe geht (Seiffge-Krenke, 2001). Eine Besonderheit für die Geschwisterbeziehung stellt die große Bedeutung des elterlichen Verhaltens außerhalb der Dyade dar (Stotz, 2015). Eine unterschiedliche Behandlung durch die Eltern - *parental differential treatment* - ist ein wichtiges Konzept hinsichtlich Rivalität (Furman & Buhrmester, 1985; Stotz, 2015). Indem eine ungleiche Behandlung Gefühle von Neid und Wut hervorrufen kann, bedingt sie die Entstehung von Negativität innerhalb der Geschwisterbeziehung. In einer Studie von Furman und Buhrmester (1985) zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen den Faktoren Rivalität und Konflikt. Sowohl für benachteiligte, als auch bevorzugte Kinder ergaben sich negative Auswirkungen durch elterliche Ungleichbehandlung (Stotz, 2015). Bei größeren Familien (mehr als vier Kinder) erhöhte sich die Rivalität zwischen den Geschwistern (Furman & Buhrmester, 1985). Als Grund dafür wird von Stotz (2015) das verstärkte Kämpfen um die

elterliche Zuwendung genannt. Inkongruentes elterliches Verhalten wird nicht automatisch als ungerecht bewertet. Wichtig ist hierbei, wie das benachteiligte Kind die ungleiche Behandlung wahrnimmt. Erscheint das elterliche Verhalten aufgrund kindlicher Bedürfnisunterschiede für Kinder nachvollziehbar, dann wird es als gerechtfertigt empfunden (Stotz, 2015).

In Anbetracht dessen, dass eine psychische Erkrankung eines Kindes bzw. Jugendlichen mit einigen Belastungen und Anforderungen für die nicht betroffenen Geschwister einhergeht, stellt sich die Frage, wie Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ihre Geschwisterbeziehung wahrnehmen und diese bewerten.

2.2.2 Die Geschwisterbeziehung von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher

Insbesondere intensive Belastungen innerhalb der Familie können die Qualität der Geschwisterbeziehung beeinflussen. Gerade zur Zeit familiärer Krisen können Zuneigung und Feindseligkeit zwischen Geschwistern nebeneinander existieren. Allerdings gibt es zur Frage, wie Geschwister von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ihre Geschwisterbeziehung wahrnehmen, bislang nur wenige und inkonsistente Befunde.

In der Studie von Latzer et al. (2015) wurde der Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung, psychischer Belastung und Depressionen von gesunden Schwestern von jungen Frauen (13-31 Jahre) mit einer Essstörung untersucht. Dabei ergab sich, dass die Schwestern der erkrankten Frauen negativere Geschwisterbeziehungen als Schwestern von gesunden Frauen aufwiesen (Latzer et al., 2015). Als Erklärung für die negativere Beziehung von Geschwistern von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen kann die Rivalität um die elterliche Aufmerksamkeit herangezogen werden, welche häufig durch Ambivalenz, Frustration, Konflikte und ein ambivalentes Empfinden von Liebe und Hass charakterisiert wird (Blessing, 2007). Des Weiteren kann die zusätzliche Verantwortung, welche von den Geschwistern getragen werden muss, als überfordernd wahrgenommen werden. Dieses „sich kümmern müssen“ kann mit einem Gefühl von Frustration, Ärger, Neid, Hass und Angst gegenüber dem erkrankten Geschwister einhergehen (Latzer et al., 2002). Gleichzeitig konnte hinsichtlich einer positiven Geschwisterbeziehung in der Studie kein Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und den Schwestern der erkrankten Frauen gefunden werden. So

erlebten die Schwestern trotz der negativen Emotionen auch Gefühle der Nähe. Auch berichteten erwachsene Geschwister von Schwestern mit Anorexie, durch die Erkrankung eine starke Bindung zu ihren betroffenen Schwestern aufgebaut zu haben (Dimitropoulos, Klopfer, Lazar, & Schacter, 2009).

Eine weitere Untersuchung (Morgenstern, 2017) zeigte auf, dass die Geschwisterbeziehung von Geschwistern erkrankter Kinder als überdurchschnittlich positiv wahrgenommen wurde (viel Wärme sowie weniger Konflikte und Rivalität). Bezüglich des Faktors Macht zeigte sich im Vergleich zur Normstichprobe eine gleich starke Ausprägung (Morgenstern, 2017). Jedoch beschrieben die nicht betroffenen Geschwister, dass sie weniger Förderung durch ihre erkrankten Brüder/Schwester bekamen (Morgenstern, 2017). Als Erklärung führt Morgenstern (2017) zum einen die mit einer chronischen Erkrankung einhergehenden körperlichen Einschränkungen an, welche es dem erkrankten Kindern erschweren, ihre jüngeren Geschwister zu unterstützen. Zum anderen wird erwähnt, dass es durch die körperlichen Einschränkungen zu einer Rollenkehrung der jüngeren Geschwister kommen kann und sie deshalb die Rolle des fördernden älteren Bruders/der fördernden älteren Schwester übernehmen. Weder die Geburtsposition, der Altersabstand noch das Geschlecht der Geschwister hängen mit den Faktoren der Qualität der Geschwisterbeziehung zusammen (Morgenstern, 2017).

Bei einer chronischen Erkrankung besteht fast immer die Gefahr, dass die gesamte Aufmerksamkeit der Eltern dem erkrankten Geschwisterkind gewidmet wird. Besonders negativ nehmen Kinder und Jugendliche die geringe emotionale und reale Verfügbarkeit der Eltern wahr (Frick, 2015). So kann eine ungleiche Behandlung, falls dieser Umstand von dem nicht betroffenen Geschwisterkind als unberechtigt empfunden wird und über einen längeren Zeitraum zur Normalität wird, als sehr belastend wahrgenommen werden (Frick, 2015). Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit, neben Negativität und Positivität der Geschwisterbeziehung, auch der Faktor Rivalität untersucht.

Bezüglich der Fremdeinschätzung der Eltern zeigten Forschungsergebnisse (Mash & Johnston, 1983; Stone 2000; zitiert nach Listug-Lunde, Zevenbergen, & Petros, 2008), dass Mütter von Kindern mit ADHS die Geschwisterbeziehung weniger warm und intim sowie konfliktreicher als Eltern von Kindern ohne ADHS bewerteten. Auch Mütter von Kindern mit einer körperlichen Behinderung schrieben, im Vergleich zur

Kontrollgruppe, der Geschwisterbeziehung geringere Wärmewerte zu (Allison & Campbell, 2015). Demgegenüber steht, dass in einer Stichprobe von Müttern mit Kindern mit Down Syndrom die Geschwisterbeziehung als wärmer und liebevoller als von Müttern von gesunden Kindern eingeschätzt wurde (Roper, Allred, Mandleco, Freeborn, & Dyches, 2014). Die Autorinnen Roper et al. (2014) zeigten auf, dass Eltern, welche stark durch die Erkrankung eines Kindes belastet sind, die Geschwisterbeziehung negativer einschätzten. Es wird ersichtlich, dass in bisherigen Untersuchungen vor allem die Perspektive von Eltern erkrankter Kinder mit der Einschätzung von Eltern gesunder Kinder verglichen wurde. Um mögliche Diskrepanzen zwischen der Einschätzung von Eltern und den nicht betroffenen Geschwistern aufzudecken, werden in der vorliegenden Untersuchung beide Perspektiven integriert.

Im Folgenden werden Auswirkungen und Belastungen auf die nicht betroffenen Geschwister näher erläutert und es wird beschrieben, welche Rolle das symptomatische Verhalten für die nicht betroffenen Geschwister einnehmen kann.

2.3 Anforderungen und Belastungen für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher

In Krisenzeiten, wie zur Zeit einer psychischen Erkrankung, können Geschwisterbeziehungen von wichtiger Bedeutung sein. So können in schwierigen Zeiten liebevolle und stabile Geschwisterbeziehungen emotionale Unterstützung bieten (Bojanowski, 2016). Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass nicht-betroffene Geschwister, die im „Schatten der Krankheit“ leben, unterschiedlichen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt sind (Abrams, 2009; Allison & Campbell, 2015; Aremit, Katzman, Pinhas, & Kaufman, 2010; Barak & Solomon, 2005; Dimitropoulos et al., 2009; Giallo, Roberts, Emerson, Wood, & Gavidia-Payne, 2014; Honey & Halse, 2007; Kozłowska & Elliott, 2017; Latzer et al., 2015; Morgenstern, 2017; Tröster, 2013).

In einer Studie von Dimitropoulos et al. (2009) beschrieben 12 erwachsene Schwestern von Patientinnen mit Anorexie anhand von semistrukturellen Interviews, wie sie als Mediatorinnen und Beschützerinnen für ihre erkrankten Geschwister fungierten. Die Geschwister gaben an, dass sie oftmals die Rolle der Vermittlerin innerhalb der Familie einnahmen, um Konflikte in der Familie zu lindern und konstruktive Diskussionen zu erleichtern (Dimitropoulos et al., 2009). Als besonders belastend empfanden die

Geschwister, wenn die erkrankten Schwestern sich nicht aktiv und motiviert an der Therapie und dem Genesungsprozess beteiligten (Dimitropoulos et al., 2009).

Diese Vermutung wird von Ergebnissen einer weiteren Studie von Halvorsen, Rø, und Heyerdahl (2013) unterstützt, in welcher erwachsene Geschwister von ehemaligen Anorexie Patientinnen retrospectiv in Interviews berichteten, dass ihr tägliches Leben durch die Erkrankung negativ beeinflusst wurde. Alle Geschwister der Stichprobe beschrieben die Sorge, dass ihre erkrankten Geschwister nicht mehr gesund werden würden und an der Erkrankung sterben könnten (Halvorsen et al., 2013). 71% der Geschwister berichteten, dass sie sich zusätzlich um die Eltern sorgten und damals glaubten, dass an familiären Konflikten die Erkrankung der Schwester schuld sei (Halvorsen et al., 2013). Ein Fünftel der Geschwister berichtete, dass die Essstörung zusätzlich einen negativen Einfluss auf ihre schulischen Leistungen und ihre Freizeitgestaltung hatte (Halvorsen et al., 2013).

Vor allem wurde deutlich, dass das elterliche Verhalten, in Bezug auf die psychische Erkrankung, Auswirkungen auf die nicht betroffenen Geschwister hatte (Halvorsen et al., 2013). Bei Geschwistern von Jugendlichen mit Anorexie zeigte sich, dass die psychische Anpassung und das Wohlbefinden stark mit der elterlichen Kommunikation und Reaktion auf die Erkrankung zusammenhing (Halvorsen et al., 2013). Abhängig von den verfügbaren Ressourcen der Familie (Geld, soziale Unterstützung etc.) übertragen Eltern häufig ihren erlebten Stress auf die gesunden Kinder (Houtzager, Grootenhuis, Caron, & Last, 2004). Wenn Eltern versuchen, eine Erkrankung zu verheimlichen, wenig Zeit für das nicht-betroffene Geschwisterkind aufbringen und hohe Ansprüche stellen, kann bei dem nicht betroffenen Kind ein Druck entstehen, gut „funktionieren“ zu müssen (Frick, 2015). Dies kann dazu führen, dass sich das nicht-betroffene Geschwisterkind als ein nach Außen unabhängiges, gut funktionierendes und verantwortliches Individuum, welches Probleme, Trauer und Schmerz zu unterdrücken versucht, zeigt (Abrams, 2009).

Nicht-betroffene Geschwister müssen schneller Verantwortung übernehmen und stellen die Bedürfnisse der erkrankten Brüder/Schwestern und Eltern häufig über ihre eigenen. Diese zusätzliche Verantwortung kann als überfordernd wahrgenommen werden und mit negativen Emotionen wie Frustration, Ärger, Neid, Hass und Angst einhergehen (Latzer et al., 2002). Beispielsweise können durch ein ausgeprägtes

Pflichtbewusstsein gegenüber der Familie normale Ablöseprozesse während der Adoleszenz erschwert werden (Erikson 1959, 1965; zitiert nach Morgenstern, 2017). Außerdem kann es dazu kommen, dass sich die nicht betroffenen Geschwister schuldig fühlen, weil sie selbst gesund sind - *survivors' guilt* (Bank, Kahn, M. & Kahn, M.P., 2003; zitiert nach Latzer et al., 2015). Diese Schuldgefühle sind wiederum eng mit Ärger und Wut verbunden (Abrams, 2009). Durch die fehlende Aufklärung über die Erkrankung innerhalb der Familie ist es besonders für Geschwister im Kindes- und Jugendalter schwer zu verstehen, aus welchen Gründen die Schwester/der Bruder psychisch erkrankt ist (Abrams, 2009).

In der Mehrheit der Belastungsfaktoren für nicht-betroffene Geschwister wurde die Ambivalenz in Bezug auf das Zusammenleben mit einer Schwester/einem Bruder mit einer psychischen Erkrankung deutlich (Areemit et al., 2010; Barak & Solomon, 2005; Dimitropoulos et al., 2009; Latzer et al., 2002). Der Autor Sohni (2004) beschreibt die ambivalenten Gefühle, welche innerhalb der Geschwisterbeziehung zu einem/r erkrankten Bruder/Schwester auftreten, wie folgt: „Sie (die gesunden Kinder) sind ihnen meist tief verbunden, gleichzeitig ergeben sich in der Familie tiefgreifende Konflikte. Diese Spannung kann in wechselnden Identifikationen, wie sie im sozialen alltäglichen Umgang entstehen bis zur inneren Zerrissenheit gehen“ (S. 89f). Geschwister empfinden Mitgefühl für ihre Schwester/ihren Bruder, gleichzeitig aber auch Wut und Frustration. Zur selben Zeit fühlten sich die Geschwister der Studie von Areemit et al. (2010) machtlos und verantwortlich für das Verhalten der erkrankten Schwestern/ Brüder.

Oftmals müssen Geschwister erleben, wie ihr Bruder/ihre Schwester in eine stationäre psychiatrische Einrichtung aufgenommen wird. Dies wird von den betroffenen Familien häufig als traumatisches Erlebnis wahrgenommen (Bowman, Alvarez-Jimenez, Wade, McGorry, & Howie, 2014; Corcoran et al., 2007). Besonders für die nicht betroffenen Geschwister ist es schwierig, mit der unbekanntem Situation umzugehen. Die Schwester/der Bruder ist nicht mehr Teil des Lebensumfelds und kann nur zu eingeschränkten Zeiten besucht werden. Durch die räumliche Trennung und den damit einhergehenden veränderten familiären Routinen kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenhauseinweisungen Auswirkungen auf die nicht betroffenen Geschwister haben (Bowman et al., 2014).

Neben der Belastung der psychischen Erkrankung selbst sehen sich Angehörige häufig mit zusätzlichen gesellschaftlichen Problemen konfrontiert (Abrams, 2009). Besonders psychische Erkrankungen werden häufig gesellschaftlich stigmatisiert. Auch Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher müssen mit der Stigmatisierung der Erkrankung zurechtkommen (Abrams, 2009; Areemit et al., 2010; Barak & Solomon, 2005). In der Studie von Barak und Solomon (2005) zeigte sich, dass, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, erwachsene Geschwister von PatientInnen mit Schizophrenie von Scham und Verslossenheit in Bezug auf die Erkrankung berichteten. Diese Gefühle halten die nicht betroffenen Geschwister häufig davon ab, über die Erkrankung der Schwester/des Bruders zu reden und sich Hilfe zu suchen. Aufgrund des Schamgefühls haben Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen den Eindruck, die Erkrankung des Bruders/der Schwester für sich behalten zu müssen (Dimitropoulos et al., 2009). Auch hat Stigmatisierung negative Auswirkungen auf das Selbstbild der Geschwister und beeinträchtigt soziale und familiäre Beziehungen (Barak & Solomon, 2005). Insbesondere psychische Störungen, welche nach außen sichtbar werden, wie beispielsweise Anorexie, sind von Effekten der Stigmatisierung besonders stark betroffen (Areemit et al., 2010). Dadurch sehen sich neben den Betroffenen auch die nicht betroffenen Geschwister mit Kommentaren bezüglich des Erscheinungsbildes ihrer Schwester/ihrer Bruders konfrontiert und müssen sich oftmals rechtfertigen und erklären (Areemit et al., 2010).

Trotz einiger Belastungsfaktoren können sich bei den Geschwistern auch Bewältigungsstrategien entwickeln und Vorteile entstehen (Dimitropoulos et al., 2009; Frick, 2015; Lukens, Thorning, & Lohrer, 2004; Morgenstern, 2017). Durch eine positive Bewältigung der Erkrankung eines Bruders/einer Schwester können Geschwister Stärken wie Mitgefühl, emotionale bzw. soziale Reife, Zielstrebigkeit, Kreativität, Durchsetzungsvermögen und Selbstvertrauen entwickeln (Barak & Solomon, 2005; Honey & Halse, 2007). Unter günstigen Bedingungen können nicht-betroffene Geschwister sogar von dem Umstand, dass die Aufmerksamkeit der Eltern auf dem kranken Kind liegt, profitieren und früh Fähigkeiten wie Verantwortungsbewusstsein, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit entwickeln (Allison & Campbell, 2015; Faux, 1991; Houtzager et al., 2004). Daher postulieren Forschungsergebnisse (Allison & Campbell, 2015; Morgenstern, 2017), dass Kinder und Jugendliche, welche mit einem behinderten oder chronisch

somatisch erkrankten Geschwisterkind aufwachsen, sich prosozialer verhalten als gesunde Geschwisterpaare. In einer Studie von Morgenstern (2017) zeigten die Geschwister von chronisch schwer körperlich erkrankten Kindern, dass sie über einige Ressourcen, wie beispielsweise eine hohe Lebensqualität, verfügten. Ferner wiesen die nicht betroffenen Geschwister, im Vergleich zu Normstichproben, weniger Verhaltensprobleme und eine allgemein positivere familiäre Funktionalität auf (Morgenstern, 2017). Auch in der Studie von Honey und Halse (2007) erwähnten mehr als die Hälfte der nicht betroffenen Geschwister, dass die Erkrankung einen starken Familienzusammenhalt bewirkt hatte. Um die Machtlosigkeit gegenüber der Erkrankung zu kompensieren, werden von den nicht betroffenen Geschwistern Ressourcen und Aktivitäten außerhalb des Zuhauses, wie zum Beispiel Hobbies und Freundschaften, aufgesucht (Frick, 2015). Dies wird von Kinsella und Ammons (1996, zitiert nach Barak & Solomon, 2005) als „konstruktive Flucht“ bezeichnet.

Insgesamt zeigt sich, dass nicht-betroffene Geschwister besonders von der fehlenden elterlichen Aufmerksamkeit, gesellschaftlicher Stigmatisierung, der Ambivalenz ihrer Gefühle und den familiären Verpflichtungen betroffen sind. Dennoch stellt die Erkrankung eines Geschwisters nur dann einen Risikofaktor dar, wenn beispielsweise krankheitsspezifische Faktoren wie ein ungünstiger Krankheitsverlauf oder eine schlechte Prognose und bestimmte familiäre Faktoren, wie problematische Bewältigungsstrategien oder Eheprobleme, hinzukommen (Seiffge-Krenke, 2008). Im nächsten Kapitel werden Auswirkungen dieser soeben genannten Belastungen und Anforderungen auf das Problemverhalten der nicht betroffenen Geschwister vorgestellt.

2.4 Problemverhalten von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher

Die Geschwisterbeziehungen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen wurden, wie eingangs schon erwähnt, bislang verhältnismäßig wenig erforscht (Seiffge-Krenke, 2008). Daher wird im Folgenden auch auf Forschungsergebnisse Bezug genommen, in welchen Geschwister von chronisch körperlich kranken, behinderten oder entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihres Problemverhaltens untersucht wurden. Zudem werden einige Studien berücksichtigt, welche sich auf das Erwachsenenalter beziehen. In einigen Untersuchungen wird angenommen, dass

Geschwister von chronisch erkrankten Kindern ein erhöhtes Risiko haben, selbst psychische Auffälligkeiten zu zeigen und somit zu *secondary victims* werden (Barak & Solomon, 2005; Giallo et al., 2014; Latzer et al., 2015; Listug-Lunde et al., 2008; Vermaes et al., 2012).

Meta-Analysen, welche die psychischen Funktionen von Geschwistern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Vergleich zu Geschwistern von gesunden Kindern untersuchten, fanden einen schwachen negativen Effekt bezüglich des internalisierenden Verhaltens (Sharpe & Rossiter, 2002; Vermaes, et al., 2012). Geschwister von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zeigten häufiger internalisierendes Verhalten als Geschwister von gesunden Kindern und Jugendlichen. Beide Übersichtsarbeiten fanden jedoch stärkere Effekte für das internalisierende als für das externalisierende Verhalten (Sharpe & Rossiter, 2002; Vermaes et al., 2012). Die AutorInnen Vermaes et al. (2012) diskutierten, dass Geschwister kranker Kinder und Jugendlicher ihre Emotionen offenbar häufiger internalisieren, also eher für sich behalten, als externalisieren (nach außen tragen), da sie ihre Eltern nicht zusätzlich belasten und die elterliche Aufmerksamkeit nicht beanspruchen wollen (Wood, Sherman, Hamiwka, Blackman, & Wirrell, 2008). Auch in einer aktuellen Studie von Morgenstern (2017) wies ein Viertel der 31 untersuchten Geschwister von chronisch schwer körperlich erkrankten Kindern und Jugendlichen auffällige Werte hinsichtlich des körperlichen Wohlbefindens und emotionaler Probleme auf. Bezüglich der Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Hyperaktivitätsproblemen zeigten 16% der Geschwister erhöhte Werte (Morgenstern, 2017). Zudem gaben Schwestern von Frauen mit einer Essstörung in Selbstberichten, im Vergleich zur Kontrollgruppe, höhere Depressionswerte an (Latzer et al., 2015). Jüngere Geschwister (4-11 Jahre) von Kindern mit körperlichen Beeinträchtigungen zeigten ein erhöhtes Risiko, emotionale Schwierigkeiten und Verhaltensprobleme zu entwickeln (Giallo et al., 2014). Die Untersuchungsergebnisse von Listug- Lunde et al. (2008), welche Eltern anhand der *Child Behavior Check List* (CBCL) befragten, deuteten darauf hin, dass Geschwister von Kindern mit ADHS, im Vergleich zu Geschwistern von gesunden Kindern, ein höheres Maß an Internalisierung, Hyperaktivität und Unachtsamkeit aufwiesen. Je höher die ADHS-Symptomwerte bei dem betroffenen Bruder/der betroffenen Schwester waren, desto höher wurde das internalisierende Verhalten der Geschwister von den Eltern eingeschätzt (Listug-Lunde et al., 2008). Hinsichtlich der externalisierenden Skala der

CBCL konnten in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (Listug-Lunde et al., 2008).

In der Metastudie von Vermaes et al. (2012) hatten weder das Geschlecht, die Geburtenfolge noch die Art der chronischen Erkrankung einen Einfluss auf die psychischen Verhaltensauffälligkeiten der nicht betroffenen Geschwister. Nur das Alter der Kinder und Jugendlichen zeigte sich in Bezug auf die psychischen Funktionen als wichtiger Einflussfaktor. Hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten zeigten ältere nicht-betroffene Geschwister häufiger internalisierendes und externalisierendes Verhalten als jüngere betroffene Geschwister. Jüngere Geschwister haben häufig naivere Konzepte für die Erklärungen der Erkrankung und machen sich folglich weniger Sorgen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass mit steigendem Alter generell die Wahrscheinlichkeit für internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zunimmt (Grassl et al., 2013; Lohaus et al., 2010).

In einigen Untersuchungen ergaben sich Abweichungen zwischen Selbstberichten der nicht betroffenen Geschwister und den Fremdbberichten der Eltern (Listug-Lunde et al., 2008; Sharpe & Rossiter, 2002). In einer Stichprobe von $N = 1757$ Familien zeigte sich, dass gesunde Kinder und Jugendliche ihre internalisierenden und externalisierenden Probleme höher als ihre Eltern einschätzten (Plück et al., 1997). Gegenteilige Ergebnisse fanden sich in klinischen Stichproben, in denen die Eltern problematisches Verhalten stärker als die PatientInnen wahrnahmen (Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz, & Lehmkuhl, 2009). Auch bei Geschwistern chronisch körperlich erkrankter Kinder und Jugendlicher fanden Sharpe und Rossiter (2002) in ihrer Meta-Analyse kleinere Effektstärken für das internalisierende und externalisierende Verhalten von Geschwistern, wenn die Selbsteinschätzungen der Geschwister, im Vergleich zur Fremdeinschätzung der Eltern, verwendet wurden. Die AutorInnen Listug-Lunde et al. (2008) zeigten, dass, im Unterschied zu den Fremdbberichten der Eltern, die Selbstberichte der Geschwister bezüglich ihrer Depressionswerte nicht signifikant von der gesunden Kontrollgruppe abwichen. Demnach schätzten Eltern das Problemverhalten ihrer nicht betroffenen Kinder höher ein als die Geschwister. Eltern hatten oftmals Gefühle von Ärger und Frust und nahmen an, dass sich die nicht betroffenen Geschwister ähnlich fühlten (Listug-Lunde et al., 2008).

2.5 Qualität der Geschwisterbeziehung in Zusammenhang mit dem Problemverhalten

In bisherigen Forschungsarbeiten wird die Geschwisterbeziehung als ein möglicher Einflussfaktor für die Entstehung von Problemverhalten genannt (Bellin, Bentley, & Sawin, 2009; Buist et al., 2013, 2017; Buist & Vermande, 2014; Moser & Jacob, 2002). Inwiefern die Qualität der Geschwisterbeziehung mit dem internalisierenden und externalisierenden Verhalten im Zusammenhang steht, wird im Folgenden erläutert. Zum einen können Geschwister die Resilienzentwicklung unterstützen (Zolkoski & Bullock, 2012), zum anderen auch Stress oder psychopathologische Schwierigkeiten erhöhen (Feinberg, Solmeyer, & McHale, 2012). Falls negative Einflüsse einer Geschwisterbeziehung überwiegen, kann es als Folge, wie zu Beginn bereits erwähnt, zu internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen kommen. Bislang wurde der Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und psychischen Auffälligkeiten überwiegend in Stichproben mit gesunden Kindern und Jugendlichen untersucht.

In bisherigen Studien konnten negative Zusammenhänge zwischen Wärme und dem internalisierenden sowie externalisierenden Verhalten von Geschwistern gefunden werden (Bellin et al., 2009; Buist et al., 2013). Bei höheren Wärmewerten in der Geschwisterbeziehung berichteten die Kinder und Jugendlichen von weniger internalisierenden und externalisierenden Verhalten (Buist et al., 2013; Buist & Vermande, 2014; Noller, 2005). Auch die Meta-Analyse von Buist et al. (2013) zeigte einen Zusammenhang zwischen einer positiven Geschwisterbeziehung und einer guten psychosozialen Anpassung. Demnach hing eine warme und nahe Geschwisterbeziehung mit emotionaler Unterstützung sowie einem positiven Selbstwert zusammen (Buist et al., 2017; Buist & Vermande, 2014; Noller, 2005). Der Zusammenhang zwischen Wärme und geringen psychischen Auffälligkeiten kann durch die Bindungstheorie erklärt werden. Auch die Geschwisterbeziehung kann im Rahmen der Bindungstheorie wie die Eltern-Kind-Beziehung als Bindungsbeziehung verstanden werden (Bank & Kahn, 1975). Die Bindungstheorie (Bowlby, 1973; zitiert nach Buist et al., 2013) geht davon aus, dass Kinder innere Arbeitsmodelle von ihren Bindungspersonen sowie von sich selbst entwickeln. Basieren diese inneren Arbeitsmodelle auf positiven Erfahrungen mit der

Bindungsperson, so kann ein positives Selbstbild und ein positives Bild der sozialen Welt geformt werden (Bowlby, 1973; zitiert nach Buist et al., 2013). Insofern kann eine sichere Geschwisterbindung das Bedürfnis, Sicherheit und Exploration im Gleichgewicht zu halten, unterstützen (Buist et al., 2013). Eine positive Bindungserfahrung kann deshalb als Schutzfunktion vor Anpassungsproblemen dienen, indem sie die Entwicklung gesunder Emotionsregulationsstrategien stärkt (Buist et al., 2013).

Kinder und Jugendliche mit negativen Bindungserfahrungen haben hingegen ein höheres Risiko für ein negatives Selbstbild und ein negatives Bild ihrer sozialen Umwelt. Dadurch kann die Wahrscheinlichkeit für internalisierende Probleme wie Ängstlichkeit und depressive Symptome sowie externalisierendes Verhalten wie Aggressivität und Delinquenz steigen (Buist et al., 2013). Trotz negativer Auswirkungen konnte gezeigt werden, dass Konflikte zwischen Geschwistern weniger prägend sind als fehlende Wärme in der Geschwisterbeziehung (Noller, 2005). Jedoch nur bei ausnahmslos konflikthaften Geschwisterbeziehungen können anhaltende Belastungen und langfristige Entwicklungsprobleme folgen (Stotz, 2015). Latzer et al. (2015) konnten eine signifikant positive Korrelation zwischen negativen Geschwisterbeziehungen und der psychischen Anpassung von Schwestern von Frauen mit einer Essstörung aufzeigen. In der Studie wurde deutlich, dass je konfliktreicher die Geschwisterbeziehung bewertet wurde, desto höher die Depressionswerte der nicht betroffenen Schwestern waren (Latzer et al., 2015). Es zeigte sich, dass neben dem Kohärenzgefühl und der Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe bzw. Schwestern von Frauen mit Essstörung) auch die Qualität der Geschwisterbeziehung ein signifikanter Prädiktor für die Depressionswerte der nicht betroffenen Geschwister darstellte. Darüber hinaus betonten die Studienergebnisse, dass eine negative Geschwisterbeziehung die Auswirkungen einer positiven Geschwisterbeziehung überlagerten (Latzer et al., 2015). Als ein möglicher Erklärungsansatz wird genannt, dass möglicherweise der Einfluss und die Verinnerlichung negativer zwischenmenschlicher Erfahrungen stärker wiegt als bei positiven zwischenmenschlichen Erfahrungen (Howe, Aquan-Assee, Bukowski, Lehoux, & Rinaldi, 2001).

Auch zwischen dem Faktor Rivalität und Verhaltensauffälligkeiten, depressiver Verstimmung und niedrigem Selbstwert, konnte ein positiver Zusammenhang gefunden

werden, falls das benachteiligte Kind die elterliche Bevorzugung als ungerechtfertigt wahrgenommen hat (Moser & Jacob, 2002; Noller, 2005; Papastefanou, 2002).

Einige Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass Kinder mit warmen Geschwisterbeziehungen und mit wenigen Konflikten seltener internalisierende Symptome wie Angst und Depressionen in der Kindheit und Adoleszenz zeigen (Buist et al., 2013). Jedoch sollte betont werden, dass Kinder und Jugendliche trotz einer warmen Geschwisterbeziehung psychische Probleme entwickeln können (Bojanowski, 2016). Zusammengefasst deuten die Studienergebnisse auf einen bedeutenden Einfluss der Qualität der Geschwisterbeziehung auf das internalisierende und externalisierende Verhalten hin. Hinsichtlich des Zusammenhangs des Faktors Macht und internalisierendem und externalisierendem Verhalten gibt es zum jetzigen Zeitpunkt nur wenige sowie inkonsistente Ergebnisse (Bojanowski, 2016).

Es stellt sich die Frage, ob bei Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die Qualität der Geschwisterbeziehung mit ihrem internalisierenden bzw. externalisierenden Verhalten zusammenhängt und somit als Schutzfaktor oder Risikofaktor für die nicht betroffenen Geschwister gesehen werden kann. Während in der Studie von Latzer et al. (2015) nur der Zusammenhang zwischen einer positiven und negativen Geschwisterbeziehung mit der Depressivität untersucht wurde, widmet sich die vorliegende Arbeit auch den Faktoren Rivalität und Macht.

2.6 Zielsetzung der Studie

Bislang liegen uneinheitliche Befunde bezüglich der Qualität der Geschwisterbeziehung sowie des Problemverhaltens von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher vor (Dimitropoulos et al., 2009; Giallo et al., 2014; Halvorsen et al., 2013; Latzer et al., 2015; Listug-Lunde et al., 2008; Lukens et al., 2004). Es fanden sich überwiegend Studienergebnisse von Geschwistern chronisch körperlich erkrankter Kinder und Jugendlicher (Morgenstern, 2017; Sharpe & Rossiter, 2002; Tröster, 2013; Vermaes et al., 2012) sowie von Geschwistern von Frauen mit Essstörungen (Blessing, 2007; Dimitropoulos et al., 2009; Honey & Halse, 2007; Latzer et al., 2015). Geschwister körperlich chronisch kranker Kinder und Jugendlicher wiesen demnach eine erhöhte Vulnerabilität für Verhaltensauffälligkeiten auf, insbesondere für internalisierende Verhaltensprobleme (Sharpe & Rossiter, 2002; Tröster, 2013; Vermaes et al., 2012). Die

Datenlage bezüglich Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher hinsichtlich der vier Faktoren der Geschwisterbeziehung fällt bislang gering aus. Jedoch könnte anhand des Wissens über die differentiellen Effekte der vier unterschiedlichen Faktoren der Qualität der Geschwisterbeziehung effektiver auf die nicht betroffenen Geschwister eingegangen werden. Während die Studie von Latzer et al. (2015) ältere Geschwister mit einer relativ breiten Altersspanne zwischen 13 und 31 Jahren untersuchte, werden in der vorliegenden Arbeit jüngere Geschwister im Alter zwischen 11 und 18 Jahren zu ihrer Geschwisterbeziehung befragt. Da in einigen Untersuchungen entweder nur die Selbstberichte der Kinder oder ausschließlich Fremdb Berichte der Eltern verwendet wurden, werden in dieser Studie die nicht betroffenen Geschwister sowie ein Elternteil untersucht. Dadurch sollen mögliche Diskrepanzen in der vorliegenden Stichprobe aufgezeigt werden. Wird Problemverhalten der nicht betroffenen Geschwister von den Eltern übersehen? Oder sind Eltern eines psychisch erkrankten Kindes bei den nicht betroffenen Geschwistern sehr sensibel bezüglich der Geschwisterbeziehung und des Problemverhaltens?

Obwohl es Studien gibt, welche ein Risiko für die Entwicklung von Geschwistern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beschrieben (Giallo et al., 2014; Halvorsen et al., 2013; Latzer et al., 2015; Listug-Lunde et al., 2008; Lukens et al., 2004), kann die Entwicklungsgefährdung nicht eindeutig beantwortet werden. In Anbetracht dessen, dass Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in psychologischen Themen häufig noch als die „vergessenen Angehörigen“ (Schmid, Spießl, & Peukert, 2004) gelten, ist es von Interesse, in diesem Bereich weitere Forschungen zu betreiben. Durch neue Erkenntnisse über die Qualität der Geschwisterbeziehung und des Problemverhaltens von nicht betroffenen Geschwistern könnten Implikationen in psychiatrischen Versorgungsstrukturen sowie präventive Maßnahmen bzw. gezielte Unterstützung für Geschwister impliziert und verbessert werden. Ziel dieser Arbeit ist es deshalb, die Einschätzung der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher bezüglich der Qualität ihrer Geschwisterbeziehung und ihres Problemverhaltens zu untersuchen.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Bis auf Fragestellung 5 werden aufgrund der inkonsistenten Befundlage die Fragestellungen bzw. Hypothesen ungerichtet formuliert. So werden unter Berücksichtigung der bisherigen Studienergebnisse und Forschungslücken in der vorliegenden Untersuchung folgende Fragestellungen und Hypothesen bearbeitet:

Fragestellung 1: Unterscheiden sich Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher von Kindern und Jugendlichen der Normstichprobe des Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu) bzgl. der Faktoren Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität (SRQ-deu)?

H₁ (1.1): Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich von Kindern und Jugendlichen mit gesunden Geschwistern der Normstichprobe des SRQ-deu hinsichtlich des Faktors Wärme (SRQ).

H₁ (1.2): Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich von Kindern und Jugendlichen mit gesunden Geschwistern der Normstichprobe des SRQ-deu hinsichtlich des Faktors Konflikt (SRQ-deu).

H₁ (1.3): Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich von Kindern und Jugendlichen mit gesunden Geschwistern der Normstichprobe des SRQ-deu hinsichtlich des Faktors Macht (SRQ-deu).

H₁ (1.4): Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich von Kindern und Jugendlichen mit gesunden Geschwistern der Normstichprobe des SRQ-deu hinsichtlich des Faktors Rivalität (SRQ-deu).

Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Selbsteinschätzungen der Geschwister von den Fremdeinschätzungen der Eltern in einem der vier Faktoren des SRQ-deu (Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität)?

H₁ (2.1): Die Selbsteinschätzung der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheidet sich von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern im Faktor Wärme (SRQ-deu).

H₁ (2.2): Die Selbsteinschätzung der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheidet sich von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern im Faktor Konflikt (SRQ-deu).

H₁ (2.3): Die Selbsteinschätzung der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheidet sich von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern im Faktor Macht (SRQ-deu).

H₁ (2.4): Die Selbsteinschätzung der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheidet sich von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern im Faktor Rivalität (SRQ-deu).

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher von der Normstichprobe des *Youth Self-Report* (YSR) hinsichtlich ihres internalisierenden und externalisierenden Verhaltens?

H₁ (3.1): Die Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich in ihrem internalisierenden Verhalten (YSR) von der Normstichprobe des YSR.

H₁ (3.2): Die Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich in ihrem externalisierenden Verhalten (YSR) von der Normstichprobe des YSR.

Fragestellung 4: Unterscheiden sich die Selbsteinschätzungen der Geschwister von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern der *Child Behavior Checklist* (CBCL) hinsichtlich des externalisierenden und internalisierenden Verhaltens der Geschwister?

H₁ (4.1): Die Selbsteinschätzung des internalisierenden Verhaltens (YSR) der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheidet sich von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern (CBCL).

H₁ (4.2): Die Selbsteinschätzung des externalisierenden Verhaltens (YSR) der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterscheidet sich von der Fremdeinschätzung ihrer Eltern (CBCL).

Fragestellung 5: Sind die SRQ-Faktoren Wärme, Konflikt, Macht, Rivalität und das Alter Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten der Geschwister von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?

H₁ (5.1): Der Faktor Wärme sowie das Alter der Geschwister sind Prädiktoren für das internalisierende bzw. externalisierende Verhalten der Geschwister.

H₁ (5.2): Der Faktor Konflikt sowie das Alter der Geschwister sind Prädiktoren für das internalisierende bzw. externalisierende Verhalten der Geschwister.

H₁ (5.3): Der Faktor Macht sowie das Alter der Geschwister sind Prädiktoren für das internalisierende bzw. externalisierende Verhalten der Geschwister.

H₁ (5.4): Der Faktor Rivalität sowie das Alter der Geschwister sind Prädiktoren für das internalisierende bzw. externalisierende Verhalten der Geschwister.

4 Methode

4.1 Stichprobenrekrutierung

Die Stichprobe setzt sich aus Geschwistern von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie jeweils einem Elternteil (bzw. Erziehungsberechtigten oder VormünderIn; im Folgenden Eltern genannt) zusammen. Die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen waren zum Zeitpunkt der Erhebung PatientInnen in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Universitätsmedizin Berlin. Eine biologische Geschwisterbeziehung war keine Voraussetzung für eine Teilnahme. Stief-, Adoptiv- und Pflegegeschwister wurden ebenfalls in der Studie berücksichtigt. Das Geschwisterkind, welches möglichst dauerhaft oder mindestens die letzten sechs Monate vor der Klinikeinweisung mit dem oder der PatientIn zusammenlebte und den geringsten Altersabstand zu der oder dem Betroffenen aufwies, wurde bevorzugt für die Untersuchung ausgewählt. Für die vorliegende Studie wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Zum einen mussten die Geschwister und PatientInnen aufgrund der vorliegenden Normwerte zwischen 10 und 18 Jahre alt sein und ausreichende Deutschkenntnisse vorweisen. Zum anderen musste bei den PatientInnen eine diagnostizierte psychische Störung vorliegen und sie sollten mindestens ein Geschwisterkind haben, sowie Eltern, welche bereit waren an der Studie teilzunehmen.

PatientInnen mit der Diagnose Autismus, einer geistigen Behinderung oder in einer akuten psychotischen Phase konnten nicht an der Studie teilnehmen. Außerdem mussten aufgrund fehlender Normwerte Zwillingsgeschwister von der Studie ausgeschlossen werden. Auch ProbandInnen mit fehlender Einverständniserklärung eines Familienmitgliedes konnten nicht an der Studie teilnehmen. ProbandInnen mit einem Intelligenzquotienten (IQ) unter 85 konnten ebenfalls nicht miteinbezogen werden, da bei einem IQ von weniger als 85 nicht mehr von einem sichern Verständnis der Fragebögen ausgegangen werden kann.

4.2 Untersuchungsdurchführung

Die TeilnehmerInnen wurden im Rahmen des Projektes „Geschwisterbeziehungen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher“ rekrutiert. Dieses Projekt wird von Frau Dr.

Sabine Bojanowski an der Charité Universitätsmedizin Berlin seit 2016 geleitet. Die Rekrutierung der Kinder und Jugendlichen, die sich zwischen Februar und Mai 2018 in stationärer oder tagesklinischer Behandlung der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalter der Charité Universitätsmedizin Berlin befanden, erfolgte mittels Aushängen auf drei verschiedenen Stationen (Jugend- und Kinderstation, sowie Tagesklinik) sowie einer persönlichen Ansprache nach Abstimmung mit dem Fachpersonal. Die PatientInnen wurden über den Ablauf, Ziele der Studie sowie Anonymität und Freiwilligkeit informiert. Bei Interesse sollten die PatientInnen ihre infrage kommende Schwester/ihren in Frage kommenden Bruder und ihre Eltern fragen, ob sie bereit wären, an der Studie teilzunehmen. Bestand das Interesse auch seitens der Geschwister und der Eltern, wurden diese umfangreich aufgeklärt und die Einverständniserklärung der Eltern und Kinder bzw. Jugendlichen eingeholt sowie ein Termin für die Untersuchung vereinbart. Die PatientInnen nahmen während ihres Klinikaufenthaltes an der Studie teil (die Daten der PatientInnen wurden jedoch in der vorliegenden Analyse nicht miteinbezogen). Die Eltern und Geschwister wurden gebeten, für die Erhebung in die Klinik zu kommen. Die Durchführung fand getrennt voneinander statt und nahm für die Geschwister zwischen eineinhalb und zwei Stunden und für die Eltern etwa 20 bis 40 Minuten in Anspruch. Den Familien wurde ein individueller Versuchspersonen-Code zugeteilt, um die Anonymität zu gewährleisten. Mit den Geschwistern wurde zu Beginn die Leistungsdiagnostik (CFT-R) durchgeführt, um das Verständnis der Fragen sicherzustellen. Daraufhin kam das diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-Dips) zum Einsatz. Im Anschluss wurde der Geschwisterfragebogen (SRQ-deu) und der Youth Self-Report (YSR) ausgefüllt. Der teilnehmende Elternteil beantwortete neben dem deskriptiven Elternfragebogen ebenfalls den Geschwisterfragebogen, jedoch als Fremdeinschätzung sowie die Child Behavior Checklist (CBCL/4-18).

Die Teilnahme an der Studie wurde nicht vergütet. Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Charité Berlin vor (Antragsnummer: EA2/149/16). Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie.

4.3 Untersuchungsinstrumente

Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu)

Die Qualität der Geschwisterbeziehung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-18 Jahren kann anhand des deutschsprachigen Fragebogens Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu; Bojanowski et al. 2015) erhoben werden. Zu Beginn der Untersuchung legt der oder die TeilnehmerIn bei mehreren Geschwistern fest, auf welches er oder sie sich bezieht, da der SRQ-deu nur auf die Beziehung zu einem Geschwisterkind ausgelegt ist. Der Fragebogen umfasst 48 Items, von denen jeweils drei Items eine der 16 Subskalen ergeben, wie dem Anhang F zu entnehmen ist. Die 16 Subskalen lassen sich zu vier Faktoren zusammenfassen: Wärme/Nähe (Wärme), Konflikt, relativer Status/Macht (Macht) und Rivalität. Jedes Item ist auf einer 5-stufigen Likert-Skala einzuschätzen (1 = *fast nie*, 2 = *selten*, 3 = *manchmal*, 4 = *häufig* und 5 = *fast immer*). Die sechs Items für den Faktor Rivalität weichen von diesem Antwortschema ab. Hier sind die Antwortalternativen wie folgt: 1= *das Geschwister wird fast immer besser behandelt/bevorzugt* bis 5= *die Person selbst wird fast immer besser behandelt/bevorzugt*. Ein Beispielitem für den Faktor Rivalität ist das Item 10: „Wer wird normalerweise von deinem Vater besser behandelt - du oder dein Bruder/deine Schwester?“ Die Faktoren Wärme, Konflikt und Rivalität werden durch die Bildung des Mittelwerts der entsprechenden Skalen berechnet. Im Unterschied wird der Faktor Macht durch die Differenz der Subskalen (Förderung des Geschwisters + Dominanz über Geschwister) minus (Förderung durch Geschwister + Dominanz des Geschwisters) berechnet. Die Subskala Förderung des Geschwisters wird beispielsweise durch das Item 3, „Wie oft zeigst du deinem Bruder/Deiner Schwester etwas was sie/er nicht kann?“, erfragt.

Die Daten für die Subskalen der Faktoren Macht und Rivalität wurden für die Datenauswertung transformiert. Niedrige Werte auf der Skala Macht stehen für weniger Macht des Geschwisters im Vergleich zur oder zum PatientIn und höhere Skalenwerte für mehr Macht für das Geschwisterkind. Für den Faktor Rivalität bedeuten niedrigere Faktorenwerte elterliche Parteilichkeit für den oder die PatientIn und höhere Faktorenwerte elterliche Parteilichkeit für das Geschwisterkind.

Das SRQ-deu liegt als Selbsteinschätzungs- und Fremdeinschätzungsfragebogen vor. Inhaltlich unterscheiden sich die beiden Versionen nicht voneinander. Bojanowski et

al. (2015) übersetzten und normierten den Selbsteinschätzungsfragebogen an einer Stichprobe von $N = 961$ Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 18 Jahren, sodass T-Werte bezüglich der Selbstbeurteilungsform für die Berechnung der vorliegenden Studie verwendet werden konnten. Jedoch liegen für das Fremdeinschätzungsverfahren keine Normdaten vor, sodass bei Einbezug der Elterneinschätzung mit den Faktorenrohwerten gerechnet werden musste. Außerdem werden deskriptive Daten und Items zur allgemeinen Familiensituation erfasst. Die Bearbeitungszeit des SRQ-deu beträgt circa 15 Minuten. Die internen Konsistenzen der SRQ-Skalen können mit Werten zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .90$ insgesamt als ausreichend bis sehr gut bewertet werden. Für alle Items ergab sich eine gute Trennschärfe von $r > .50$. Reliabilitätsanalysen auf Basis der vorliegenden Daten ergaben für die Faktoren Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität ebenfalls gute bis sehr gute Reliabilitätswerte mit, $\alpha = .93$, $\alpha = .85$, $\alpha = .83$ und $\alpha = .73$.

Youth Self-Report (YSR/ 11-18)

Das internalisierende und externalisierende Verhalten der Geschwister und PatientInnen wurde anhand des Selbstbeurteilungsverfahrens *Youth Self-Report* (YSR) zur Erfassung von Kompetenzen und Problemen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren erhoben. Der Fragebogen für Kinder und Jugendliche (YSR/ 11- 18) liegt in einer deutschen Fassung vor (Döpfner, 1998). Dabei umfasst der erste Teil 15 Items, welche in drei Kompetenzskalen gegliedert sind (Aktivität, soziale Kompetenz und Schule) und qualitativ ausgewertet werden können. Die 112 Items des zweiten Teils, welche in acht beurteilungsübergreifende Syndromskalen zusammengefasst werden können, werden anhand einer dreistufigen Likert-Skala von 0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend* und 2 = *genau oder häufig zutreffend* beantwortet. Der Beurteilungszeitraum bezieht sich auf die letzten 6 Monate. Die Bearbeitungszeit beträgt zwischen 15-20 Minuten. Die übergeordnete Skala des *externalisierenden Verhaltens* wird durch die Skalen *aggressives Verhalten* und *regelverletzendes Verhalten* gebildet. Ein Beispiel-Item für das externalisierende Verhalten ist das Item 21: „Ich mache Sachen kaputt, die anderen gehören.“ Die Skalen *Ängstlich/depressiv*, *Rückzöglich/depressiv* und *Körperliche Beschwerden* werden zur übergeordneten Skala *Internalisierendes Verhalten* zusammengefasst, beispielsweise Item 12: „Ich fühle mich einsam“. Die drei weiteren Skalen *Soziale Probleme*, *Denk-, Schlaf-, repetitive-* und *Aufmerksamkeitsprobleme*

können keinem übergeordneten Bereich zugeschrieben werden. Zudem kann ein Gesamtproblemwert errechnet werden. Es liegen Normwerte bezüglich des Geschlechts und Alters vor, welche in T-Werte sowie Prozentränge übertragen werden können. Als Cut-off-Wert zur klinischen Auffälligkeit wird ein T-Wert von 63 (der Grenzbereich liegt zwischen 60- 63) verwendet. Die internen Konsistenzen des Gesamtproblemwerts und der Skalen *internalisierendes und externalisierendes Verhalten* können mit Werten von Cronbach's $\alpha = .93$, $\alpha = .86$ und $\alpha = .87$ als gut bis sehr gut bewertet werden. In der vorliegenden Studie lag das Cronbach's α für das *internalisierende Verhalten* bei $\alpha = .86$ und für das *externalisierende Verhalten* bei $\alpha = .85$.

Child Behavior Checklist (CBCL)

Um die Fremdeinschätzung der Eltern bezüglich des Problemverhaltens der Geschwister zu erheben, kam die *Child Behavior Checklist* zum Einsatz (CBCL/4-18; Döpfner, Berner, & Schmeck, 2003). Bis auf 16 Items stimmen die Items der CBCL/4-18 mit den Items des YSR überein. Auch hier werden in zwei Teilen Kompetenzen und Probleme der Kinder und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren erhoben. Im ersten Teil erfasst der Fragebogen die Einschätzung von Eltern hinsichtlich psychosozialer Kompetenzen ihrer Kinder. Der zweite Teil mit 113 Items fragt nach dem Urteil der Eltern über Verhaltensauffälligkeiten, körperlichen Beschwerden und emotionalen Auffälligkeiten anhand einer dreistufigen Likert- Skala mit: 0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend* und 2 = *genau oder häufig zutreffend*. Aus den Items des zweiten Fragebogenteils werden acht Problemskalen sowie die drei übergeordneten Skalen, *internalisierende-* und *externalisierende* Verhaltensauffälligkeiten und der Gesamtproblemwert, gebildet. Es liegen T-Werte und Prozentränge vor. Für die Problemskalen gilt ein T-Wert von 63 als klinisch auffällig. Die Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 15 Minuten. Für die Skalen des internalisierenden und externalisierenden Verhaltens kann eine gute bis sehr gute Reliabilität angenommen werden. Aufgrund der standardisierten Fragen ist ein Vergleich der Selbsteinschätzungsfragbögen (YSR) und Elternbeurteilungen (CBCL) möglich.

Grundintelligenzskala 20-Revision (CFT-R)

Die Grundintelligenzskala 20-Revision (CFT 20-R; Weiß, 2006) misst das allgemeine intellektuelle Niveau von Kindern und Jugendlichen zwischen 8,5 und 19 Jahren. Es wurde zur Überprüfung des Ausschlusskriteriums (IQ der Kinder und Jugendlichen darf nicht unter 85 liegen) eingesetzt. Es wird die Fähigkeit getestet, in einer bestimmten Zeit figurale Beziehungen und formal-logische Denkprobleme mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad zu lösen. Die Testbatterie besteht aus zwei gleich aufgebauten Testteilen mit je vier Untertests (Reihenfortsetzen, Klassifikation, Matrizen und topologische Schlussfolgerungen). In der vorliegenden Studie wurde aus zeitökonomischen Gründen nur der erste Testteil mit einer 25-minütigen Bearbeitungszeit verwendet. Die interne Konsistenz für beide Testteile weist eine gute bis sehr gute Reliabilität (Testteil 1, $\alpha = .89 - .92$; Testteil 2, $\alpha = .87 - .90$) auf.

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-Dips)

Das standardisierte diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (6-18 Jahren) wurde zur eindeutigen Abklärung einer psychischen Erkrankung der PatientInnen bzw. zum Ausschließen des Vorliegens einer psychischen Störung der Geschwister eingesetzt (Kinder-Dips; Unnewehr et al., 2013). Das Kinder-Dips umfasst eine Kinderversion sowie eine parallele Elternversion. In der vorliegenden Studie kam nur die Kinderversion zum Einsatz. Die Durchführung nimmt, abhängig von der vorliegenden Anzahl von Störungen sowie dem Interviewverhalten des Kindes oder Jugendlichen, zwischen 60 und 120 Minuten in Anspruch. Die Fragen orientieren sich eng an den Diagnosekriterien des DSM-IV-TR und ICD-10.

Zusätzlich sollten die Geschwister und PatientInnen zu Beginn der Untersuchung folgende Frage beantworten: *„Ich würde mir wünschen, dass ich mehr in die Therapie meiner Schwester/meines Bruders miteinbezogen werde?“* bzw. *„Ich würde mir wünschen, dass meine Schwester/mein Bruder mehr in meine Therapie miteinbezogen wird?“*. Die Eltern beantworteten neben den Fragebögen (SRQ-deu und CBCL) einen Elternfragebogen, der weitere deskriptive Daten abfragte. Dieser beinhaltete beispielsweise Themen bezüglich der Ausbildung und Arbeitssituation der Eltern, Therapieerfahrungen innerhalb der

Familie sowie die Art der Geschwisterbeziehung. Diese Daten konnten in dieser Studie jedoch nicht berücksichtigt werden.

4.4 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt umfasst die Stichprobe 21 Familien ($N = 63$), welche sich aus jeweils 21 Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, PatientInnen und ihren Eltern zusammensetzen. Obwohl in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf den Geschwistern der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen sowie den Eltern liegt, werden zusätzlich soziodemographische Daten der PatientInnen in Tabelle 1 dargestellt, um geschwisterbeziehungsspezifische Merkmale besser einordnen zu können.

Tabelle 1

Soziodemographische Stichprobenmerkmale

| | Geschwister $n = 21$ | PatientInnen $n = 21$ | Elternteil $n = 21$ |
|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Geschlecht | | | |
| Weiblich | 15 (71%) | 14 (67%) | 17 (81%) |
| Männlich | 6 (29%) | 7 (33%) | 4 (19%) |
| Geschwisterkonstellation ^a | | | |
| Beide w | 10 (48%) | | |
| Beide m | 3 (14%) | | |
| Gemischt | 8 (38%) | | |
| Alter ($M(SD)$) | 13.67 (2.48) | 14.95 (2.19) | 45.45 (3.95) |
| Altersrange | 10-18 Jahre | 10-18 Jahre | 38-52 Jahre |
| Status-jünger ^b | 15 (71%) | 6 (29%) | |
| Altersdifferenz ($M(SD)$) | 2.71 (0.96) | | |
| IQ: CFT 20-R ($M(SD)$) | 109.76 (11.61) | 110 (14.05) | |

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ^aGeschwisterkonstellation = Geschlechtszusammensetzung der Geschwisterpaare, w = beide weiblich, m = beide männlich und gemischt, ^bStatus-jünger = jüngerer Kind in der Geschwisterpaarung.

An der Untersuchung nahmen 13 gleichgeschlechtliche Geschwisterpaare und acht geschlechtsgemischte Paare teil. In der Gruppe der Geschwister waren 15 Personen

(71%) weiblich und in der Gruppe der PatientInnen 14 (67%). Hinsichtlich des Geschlechts fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2(1) = 0.11, p = .739$). Die ProbandInnen (damit sind im Folgenden die Geschwister der PatientInnen gemeint) waren im Durchschnitt ein Jahr jünger ($M = 13.67, SD = 2.48$) als die PatientInnen mit einem Altersdurchschnitt von 14.95 Jahren ($SD = 2.19$). Jedoch unterschieden sich die Gruppen bezüglich ihres Alters nicht signifikant voneinander ($t(20) = -2.24, p = 0.06$). Die Variable Status meint, ob der/die ProbandIn das ältere oder das jüngere Geschwisterkind ist. Die Mehrheit (71%) in der Gruppe der Geschwister waren der jüngere Bruder/die jüngere Schwester. Folglich waren in der Gruppe der PatientInnen nur 29% das jüngere Geschwisterkind. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($\chi^2(1) = 7.75, p = .005$) und wird bei der Interpretation der Befunde berücksichtigt. Die ProbandInnen hatten zwischen einem und drei Geschwister ($M = 1.67, SD = 0.73$). So hatten 48% der ProbandInnen eine Schwester/einen Bruder, 38% hatten insgesamt zwei Geschwister und 14% hatten drei Geschwister. An der Studie nahmen überwiegend Mütter (81%) teil.

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, ließen sich die PatientInnen zu folgenden Diagnosebereichen zuordnen. Davon wies die Mehrheit der PatientInnen (86%) internalisierende Störungen auf. Hingegen konnte keine/r der PatientInnen einer rein externalisierenden Störung zugeordnet werden.

Tabelle 2

Diagnosebereich der PatientInnen nach internalisierenden, externalisierenden oder kombinierten Störungen

| Störungsbereich | PatientInnen | Davon weiblich |
|-----------------------------|--------------|----------------|
| Internalisierende Störungen | 18 (86%) | 13 (93%) |
| Kombinierte Störungen | 3 (14%) | 1 (7%) |

Anmerkung. $n = 21$, keine/r der PatientInnen wies eine rein externalisierende Störung auf

Von den PatientInnen waren 38% zuvor schon einmal in einer Psychiatrie, für 62% war es hingegen der erste Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung. Die PatientInnen zeigten im Kinder-DIPS vorwiegend Angststörungen (33%) und kombinierte Störungen (38%). Hingegen wies keine/r der 21 nicht betroffenen Geschwister im Kinder-DIPS psychische Auffälligkeiten auf.

4.5 Statistische Analyse

Die Analyse der Daten wurde mittels des Statistikprogramms *IBM SPSS Statistics Version 23* für Mac durchgeführt. Allen Berechnungen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ bzw. 5% für Konfidenzintervalle zugrunde gelegt. Da nicht nur die statistische Signifikanz für die Bedeutsamkeit eines Ergebnisses ausschlaggebend ist, wurde zusätzlich als Effektstärke Cohens d berechnet, wobei nach Cohen (1988) Werte ab 0.2 als kleiner, Werte ab 0.5 als mittlerer und Werte ab 0.8 als großer Effekt definiert werden. Zur Überprüfung der Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test verwendet. Falls keine Normalverteilung gegeben war, wurde auf non-parametrische Verfahren zurückgegriffen. Um bei den Berechnungen einer α -Fehler-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde eine Adjustierung (Bonferroni-Holm-Korrektur) vorgenommen.

Der Vergleich mit der Normstichprobe des SRQ-deu hinsichtlich der vier SRQ-Faktoren (Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität) (Fragestellung 1) wurde mittels t -Test bei einer Stichprobe untersucht. Die vorliegenden T-Werte des SRQ-deu Selbstbeurteilungsfragebogens lassen eine Testung gegen die Skalenmitte der T-Skala von $M = 50$ (SRQ-deu; Bojanowski et al., 2015) zu.

Für die Analyse von Gruppenunterschieden (Fragestellung 2) zwischen den Selbsteinschätzungen der Geschwister und den Fremdeinschätzungen der Eltern hinsichtlich der Faktoren des SRQ-deu wurden t -Tests für abhängige Stichproben berechnet.

Ob sich Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher von der Normstichprobe bezüglich ihres internalisierenden und externalisierenden Verhaltens unterscheiden (Fragestellung 3), wurde ebenfalls mittels t -Tests bei einer Stichprobe untersucht. Hierbei wurden die Werte der YSR-Skalen internalisierendes und externalisierendes Verhalten sowie der Gesamtproblemwert mit dem Skalenmittel der T-Skala von $M = 52$ verglichen (YSR; Döpfner, 1998).

Für die Analyse, ob sich die Selbsteinschätzung der Geschwister von der Fremdeinschätzung der Eltern hinsichtlich der Skalen des YSR (internalisierendes und externalisierendes Verhalten) unterscheiden (Fragestellung 4), wurden t -Tests für abhängige Stichproben berechnet.

Für die Beantwortung der fünften Fragestellung wurden multiple Regressionsanalysen mit Einschlussmethode gerechnet. Da bezüglich des

internalisierenden und externalisierenden Verhaltens häufig das Alter als wichtiger Einflussfaktor in der Literatur betont wird (Lohaus et al., 2010; Vermaes et al., 2012), wurde das Alter der nicht betroffenen Geschwister zusätzlich als Kovariate in die Analyse integriert.

5 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung zur Beantwortung der Fragestellungen dargelegt und für eine bessere Übersicht in Tabellen dargestellt. Für die Fragestellungen 3, 4 und 5 ergab sich aufgrund der Altersbegrenzung des YSR eine abweichende Fallzahl von $n = 19$.

5.1 Deskriptive Statistik

In Tabelle 3 werden Mittelwerte sowie Standardabweichungen aller interessierenden Variablen, bezogen auf die Gruppenzugehörigkeit der Geschwister und Eltern, abgebildet. Da für den Elternfragebogen des SRQ-deu keine T-Werte vorlagen, wurden die Skalenwerte des SRQ-deu angegeben. Bezüglich des Faktors Wärme zeigte sich, dass die Einschätzung der Geschwister über dem Skalenmittelwert von $M = 3$ lag. So schätzten die Geschwister ihre Beziehung tendenziell wärmer ein. Hingegen lag der Wärmewert der Eltern knapp unter dem Skalenmittelwert von $M = 3$. Die Werte des Faktors Konflikt lagen bei Geschwistern und Eltern unter dem Mittelwert $M = 3$. Dabei zeigte sich, dass die Eltern die Konflikthaftigkeit etwas höher als die nicht betroffenen Geschwister einschätzten. Hinsichtlich des Faktors Macht lagen die Werte der Geschwister und Eltern unterhalb der Skalenmitte $M = 0$. Dies deutet auf eine etwas geringere Machtzuschreibung für die nicht betroffenen Geschwister hin. Die Rivalitätswerte der Geschwister und Eltern oberhalb der Skalenmitte $M = 3$ implizieren eine höhere Parteilichkeit für die nicht betroffenen Geschwister.

Die Mittelwerte des internalisierenden ($M = 53.37$, $SD = 6.86$) und externalisierenden ($M = 46.84$, $SD = 8.30$) Verhaltens der Geschwister lagen deutlich unter dem Cut-Off-Wert ($T = 63$) für klinische Auffälligkeit. Drei der 19 befragten nicht betroffenen Geschwister zeigten klinisch auffällige Werte des internalisierenden Verhaltens. Hierbei unterschieden sich die Einschätzungen der Eltern bezüglich des internalisierenden ($M = 52.42$, $SD = 6.54$) und externalisierenden ($M = 47.61$, $SD = 8.05$) Verhaltens nicht deutlich von den Selbsteinschätzungen der Geschwister. Die Gruppenunterschiede wurden anschließend in Fragestellung 2 und 4 statistisch geprüft

Tabelle 3

Mittelwerte und Standardabweichungen der YSR, CBCL und SRQ-Faktoren

| SRQ-Faktoren | Geschwister <i>M (SD)</i> | | Eltern <i>M (SD)</i> |
|--------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | T-Wert | Skalenwerte | Skalenwerte |
| Wärme | 55.20 (9.52) | 3.35 ^a (0.65) | 2.99 ^a (0.60) |
| Konflikt | 45.86 (7.18) | 2.21 ^a (0.67) | 2.60 ^a (0.93) |
| Macht | 51.23 (10.52) | -.06 ^b (1.00) | -.87 ^b (1.36) |
| Rivalität | 54.86 (8.42) | 3.23 ^{ac} (0.41) | 3.10 ^{ac} (0.40) |

| YSR- /CBCL-Faktoren | T-Wert | T-Wert |
|------------------------------|--------------|--------------|
| Internalisierendes Verhalten | 53.37 (6.86) | 52.42 (6.54) |
| Externalisierendes Verhalten | 46.84 (8.30) | 47.61 (8.05) |

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, ^aWertebereich 1-5, höherer Wert steht für höhere Ausprägung, ^b Wertebereich -8 bis +8, höherer Wert steht für mehr Macht für Geschwister, ^c höherer Wert steht für mehr Parteilichkeit für Geschwister

5.2 Voranalyse

Für die Voranalyse wurde eine Interkorrelationsmatrix (Tabelle 4) der interessierenden Variablen Wärme, Konflikt, Macht, Rivalität, internalisierendes und externalisierendes Verhalten des YSR erstellt. Zusätzlich wurde die Variable Alter berücksichtigt. Die Interkorrelationen der Variablen in Tabelle 4 implizieren folgende signifikante Zusammenhänge: Das Alter hing mit dem Faktor Wärme signifikant positiv ($r = .53$, $p = .014$) und mit dem Faktor Konflikt signifikant negativ ($r = -.48$, $p = .029$) zusammen. Ältere Geschwister berichteten demnach von weniger Konflikten und von mehr Wärme in ihrer Geschwisterbeziehung. Zwischen Konflikt und dem internalisierenden Verhalten (YSR-Inter.) zeigte sich eine signifikant negative Assoziation ($r = -.51$, $p = .024$). Konfliktreichere Geschwisterbeziehungen gingen mit weniger internalisierendem Verhalten einher.

Tabelle 4

Interkorrelation der interessierenden Variablen

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
|----------------------------|-------|------|-------|------|------|-----|
| 1. Alter | - | | | | | |
| 2. Wärme | .53* | - | | | | |
| 3. Konflikt | -.48* | -.36 | - | | | |
| 4. Macht | -.33 | -.29 | .25 | - | | |
| 5. Rivalität | .28 | .35 | -.40 | -.43 | - | |
| 6. YSR-Inter. ⁺ | -.07 | .08 | -.51* | -.09 | .18 | - |
| 7. YSR-Exter. ⁺ | .06 | .10 | .15 | -.07 | -.36 | .31 |

Anmerkungen: ⁺ $n = 19$, ** $p < .01$; * $p < .05$

5.3 Die Qualität der Geschwisterbeziehung im Vergleich zur Normstichprobe

Um zu untersuchen, ob sich die Geschwister in den SRQ-Faktoren von der Normstichprobe, T-Wert-Skalenmitte von $M = 50$ (SRQ-deu; Bojanowski et al., 2015), unterscheiden, wurden Ein-Stichproben t -Tests angewendet. Alle vier SRQ-Faktoren Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität waren normalverteilt. Es gab keine Ausreißer in den vier Faktoren, wie durch die Kontrolle eines Boxplots deutlich wurde. Um einer α -Fehler-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde eine α -Adjustierung (Bonferroni-Holm-Korrektur), wie in Tabelle 5 ersichtlich, vorgenommen.

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse bezüglich des Vergleichs der T-Werte der Geschwister mit der Normstichprobe ersichtlich. Bezüglich der vier Faktoren Wärme ($t(20) = 2.50$, $p = .021$, $d = 0.23$), Konflikt ($t(20) = -2.65$, $p = .016$, $d = 0.485$), Macht ($t(20) = 0.54$, $p = .589$, $d = 0.10$) und Rivalität ($t(20) = 2.64$, $p = .016$, $d = 0.54$) wichen, nach der α -Fehler-Kumulierung, die Einschätzungen der Geschwister nicht mehr statistisch signifikant von der Normstichprobe ab. Hinsichtlich der Faktorenmittelwerte von Wärme ($M = 55.20$, $SD = 9.52$) und Rivalität ($M = 54.86$, $SD = 8.42$) zeigte sich eine

tendenzielle, jedoch nicht signifikante, Abweichung in Richtung höherer Werte im Vergleich zur Normstichprobe. Die Effektstärken des Faktors Wärme ($d = -0.54$) und Rivalität ($d = 0.54$) wiesen einen positiven mittleren Effekt auf. Bezüglich des Faktors Rivalität wies dies in Richtung mehr elterliche Parteilichkeit für die nicht betroffenen Geschwister. Hingegen deutet der Mittelwert des Faktors Konflikt ($M = 45.86$, $SD = 7.18$) auf geringere Werte als in der Normstichprobe hin, was für weniger Konflikte innerhalb der Geschwisterbeziehung steht. Bezüglich des Faktors Konflikt zeigte sich ein kleiner negativer Effekt ($d = -0.43$).

Insgesamt wiesen die Berechnungen zur ersten Fragestellung auf keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Antwortverhalten der Geschwister von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und der Normstichprobe des SRQ-deu hinsichtlich der Faktoren Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität hin.

Tabelle 5

Ergebnisse des Einstichproben t-Tests bei Geschwistern gegen den Skalenmittelwert des SRQ-deu

| SRQ-Faktoren | $M (SD)$ | $t (df)$ | p | d | 95% KI von d |
|--------------|--------------|------------|------|-------|----------------|
| Wärme | 55.20 (9.52) | 2.50 (20) | .021 | 0.54 | [0.10, 0.97] |
| Konflikt | 45.86 (7.18) | -2.65 (20) | .016 | -0.43 | [-0.86, 0.004] |
| Macht | 51.09 (10.4) | 0.54 (20) | .589 | 0.10 | [-0.33, 0.54] |
| Rivalität | 54.86 (8.42) | 2.64 (20) | .016 | 0.54 | [0.10, 0.97] |

Anmerkungen. Skalenmittelwert $T = 50$, $n = 21$, * p = korrigiertes Signifikanzniveau (Bonferroni-Holm-Korrektur): $\alpha_1 = .013$, $\alpha_2 = .017$, $\alpha_3 = .025$, $\alpha_4 = 0.05$, KI = Konfidenzintervall

5.4 Qualität der Geschwisterbeziehung im Vergleich zur

Elterneinschätzung

Um Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Geschwister und der Eltern hinsichtlich der vier SRQ-Faktoren zu untersuchen, wurden t -Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Die adjustierten α -Werte (Bonferroni-Holm-Korrektur) sind Tabelle 6 zu entnehmen. Es ergaben sich hinsichtlich der SRQ-Faktoren Konflikt, Macht und Rivalität keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einschätzungen der

Geschwister und denen der Eltern. Hingegen fand sich bezüglich des Faktors Wärme ein signifikanter Unterschied zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen ($t(20) = -3.14$, $p = .005$, $d = 0.58$). Im Faktor Wärme waren die Werte der Geschwister signifikant höher als die Werte der Eltern. Die Effektstärken (siehe Tabelle 6) nach Cohen (1973) entsprechen sowohl bei Wärme und Macht mittleren Effekten. Hingegen wiesen die Effektstärken der Faktoren Konflikt und Rivalität kleine Effekte auf.

Die Berechnungen zu Fragestellung 2 wiesen demnach auf Unterschiede zwischen dem Antwortverhalten der Eltern und Geschwister im Faktor Wärme hin.

Tabelle 6

Ergebnisse der t-Tests bei abhängigen Stichproben

| SRQ-Faktoren | Geschwister | Eltern | $t(df)$ | p | d | 95% KI von d |
|--------------|-------------|-------------|------------|-------|-------|----------------|
| | $M(SD)$ | $M(SD)$ | | | | |
| Wärme | 3.35 (.65) | 2.99 (.60) | 3.14 (20) | .005* | 0.58 | [-0.30, 1.45] |
| Konflikt | 2.21 (.67) | 2.60 (.93) | -2.23 (20) | .038 | -0.48 | [-1.10, 0.13] |
| Macht | -.06 (1.00) | -.87 (1.36) | 2.13 (20) | .046 | 0.68 | [0.06, 1.30] |
| Rivalität | 3.23 (.41) | 3.10 (.40) | 1.15 (20) | .265 | 0.32 | [-0.54, 1.18] |

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, $n = 21$, * p = korrigiertes Signifikanzniveau (Bonferroni-Holm-Korrektur) $\alpha_1 = .013$, $\alpha_2 = .017$, $\alpha_3 = .025$, $\alpha_4 = 0.05$, KI = Konfidenzintervall

5.5 Das Problemverhalten der Geschwister im Vergleich zur Normstichprobe

Um zu untersuchen, ob sich die Geschwister von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihres internalisierenden und externalisierenden Verhaltens von der Normstichprobe T-Wert-Skalenmitte $M = 52$ (YSR; Döpfner, 1998) unterscheiden, wurden Ein-Stichproben t -Tests angewendet. Die Normalverteilung konnte für die zwei interessierenden Variablen internalisierendes und externalisierendes Verhalten angenommen werden.

Hinsichtlich des internalisierenden Verhaltens zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied ($t(18) = .87$, $p = .920$, $d = 0.20$). Bezüglich des externalisierenden Verhalten gab es einen signifikanten Unterschied ($t(18) = -2.71$, $p = .014$, $d = -0.62$)

zwischen den Geschwistern und der Normstichprobe. In der Gruppe der Geschwister wurde weniger externalisierendes Verhalten als in der Normstichprobe angegeben. Die Effektstärke (siehe Tabelle 7) nach Cohen (1973) entspricht für das externalisierende Verhalten einem mittleren Effekt.

Tabelle 7

Ergebnisse des t-Tests gegen den Skalenmittelwert $M = 52$

| YSR-Skalen | Geschwister | | | | |
|------------------|--------------|------------|-------|--------|----------------|
| | $M (SD)$ | $t (df)$ | p | d | 95% KI von d |
| Internalisierend | 53.37 (6.86) | .87 (18) | .920 | 0.20 | [-0.26, 0.65] |
| Externalisierend | 46.84 (8.30) | -2.71 (18) | .014* | - 0.62 | [-1.09, -0.19] |

Anmerkungen. T- Wert $M = 52$, * p = korrigiertes Signifikanzniveau (Bonferroni-Holm-Korrektur) $\alpha_1 = .025$, $\alpha_2 = .05$, KI = Konfidenzintervall

5.6 Das Problemverhalten der Geschwister im Vergleich zur Elterneinschätzung

Um Unterschiede zwischen der Selbsteinschätzung der Geschwister (YSR) und der Fremdeinschätzung der Eltern (CBCL) hinsichtlich des internalisierenden und externalisierenden Verhaltens zu untersuchen, wurden t -Tests für abhängige Stichproben berechnet. Die Voraussetzungen der Normalverteilung sowie die Varianzhomogenität waren erfüllt. Die Ergebnisse postulieren keine signifikanten Unterschiede zwischen der Selbsteinschätzung der Geschwister ($M = 53.37$, $SD = 6.86$) und der Fremdeinschätzung der Eltern ($M = 52.16$, $SD = 6.53$) hinsichtlich des internalisierenden Verhaltens ($t(18) = .62$, $p = .547$, $d = 0.18$). Auch bezüglich des externalisierenden Verhaltens zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t(19) = .40$, $p = .691$, $d = .11$) zwischen der Einschätzung der Eltern ($M = 46.05$, $SD = 6.65$) und der Selbsteinschätzung der Geschwister ($M = 46.84$, $SD = 8.29$).

Die Berechnungen der vierten Fragestellung wiesen demnach keine Unterschiede zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich des internalisierenden und externalisierenden Verhaltens auf.

5.7 Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und dem Problemverhalten

Um die Prädiktoren Wärme, Konflikt, Macht, Rivalität und das Alter auf die abhängigen Variablen internalisierendes und externalisierendes Verhalten zu untersuchen, wurden pro abhängiger Variable vier multiple lineare Regressionsanalysen mit Einschlußmethode durchgeführt. Die Voraussetzungen waren bei allen gerechneten Regressionsmodellen erfüllt. Anhand graphischer Überprüfungen mittels Diagramme konnte in den vier Modellen Linearität und Homoskedastizität angenommen werden. Die Prädiktoren korrelierten nicht zu stark untereinander, da die VIF-Werte bei < 10 und die Toleranzwerte bei < 0.1 lagen. Die Unabhängigkeit der Residuen wurde mittels der Durbin-Watson-Statistik bestätigt.

Aufgrund der Altersbegrenzung des YSR konnten die Analysen nur mit einer Stichprobengröße von 19 Geschwistern berechnet werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der multiplen Regressionen in der Reihenfolge der Prädiktoren (Wärme, Konflikt, Macht und Rivalität) dargestellt. Die Ergebnisse können den jeweiligen Tabellen 8, 9, 10 und 11 entnommen werden.

Wärme

Die Wärme-Modelle (Tabelle 8) wurden weder für das internalisierende Verhalten ($F(2,16) = 0.23$, $p = .795$) noch für das externalisierende Verhalten ($F(2,16) = 0.09$, $p = .917$) signifikant. Wie in Tabelle 8 ersichtlich, stellte weder der Faktor Wärme noch das Alter einen signifikanten Prädiktor dar.

Tabelle 8

Wärme und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten

| | Internalisierendes Verhalten | | | Externalisierendes Verhalten | | |
|-----------|------------------------------|------------|--------|------------------------------|------------|------|
| | $R^2 = .03$ ($p = .795$) | | | $R^2 = 0.01$ ($p = .917$) | | |
| | β | $SE \beta$ | p | β | $SE \beta$ | p |
| Konstante | 53.63 | 9.86 | < .001 | 42.04 | 13.33 | .006 |
| Alter | -0.18 | 0.90 | .556 | 0.003 | 1.10 | .993 |
| Wärme | 0.19 | 0.21 | .547 | .10 | .26 | .746 |

Anmerkungen. $n = 19$, β = standardisierten Regressionskoeffizient SE = Standardabweichung, R^2 = nicht korrigiertes R , * $p < .05$

Konflikt

Das Konflikt-Modell in Bezug auf das internalisierende Verhalten der Geschwister wurde signifikant ($F(2,16) = 3.75, p = .046$), wobei die Varianzaufklärung für das Modell 32% ($R^2 = .32$) beträgt. Wie in Tabelle 9 ersichtlich, stellt die Variable Konflikt, nicht aber das Alter, einen signifikanten Prädiktor für das internalisierende Verhalten ($\beta = -0.59, p = .015$) dar. Dies deutet auf einen negativen Zusammenhang zwischen dem Faktor Konflikt und dem internalisierenden Verhalten hin. Je höher die Konfliktwerte innerhalb der Geschwisterbeziehung bewertet wurden, desto weniger internalisierendes Verhalten wurde von den Geschwistern berichtet. Das Gesamtmodell für die Variable externalisierendes Verhalten wurde hingegen nicht signifikant ($F(2, 16) = 0.30, p = .748$). Weder der Prädiktor Konflikt noch das Alter konnten diesbezüglich signifikant zur Varianzaufklärung beitragen.

Tabelle 9

Konflikt und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten

| | Internalisierendes Verhalten | | | Externalisierendes Verhalten | | |
|-----------|------------------------------|------------|--------|------------------------------|------------|------|
| | $R^2 = 0.32 (p = .046^*)$ | | | $R^2 = 0.04 (p = .748)$ | | |
| | β | $SE \beta$ | p | β | $SE \beta$ | p |
| Konstante | 93.70 | 9.86 | < .001 | 29.34 | 23.23 | .224 |
| Alter | -0.25 | 0.63 | .274 | 0.12 | 0.91 | .652 |
| Konflikt | -0.59 | 0.24 | .015* | 0.19 | 0.35 | .479 |

Anmerkungen. $N = 19$, β = standardisierten Regressionskoeffizient, SE = Standardabweichung, R^2 = nicht korrigiertes R , * $p < .05$

Macht

Das Macht-Modell wurde weder für das internalisierende Verhalten ($F(2,16) = 0.16, p = .850$) noch für das externalisierende Verhalten signifikant ($F(2,16) = 0.05, p = .950$). Der Prädiktor Macht und das Alter leisteten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des internalisierenden oder des externalisierenden Verhaltens (Tabelle 10).

Tabelle 10

Macht und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten

| | Internalisierendes Verhalten | | | Externalisierendes Verhalten | | |
|-----------|------------------------------|------------|------|------------------------------|------------|------|
| | $R^2 = 0.02$ ($p = .850$) | | | $R^2 = 0.06$ ($p = .950$) | | |
| | β | $SE \beta$ | p | β | $SE \beta$ | p |
| Konstante | 62.00 | 15.40 | .001 | 46.56 | 18.75 | .025 |
| Alter | -0.11 | 0.77 | .672 | 0.05 | 0.93 | .860 |
| Macht | -0.13 | 0.16 | .629 | -0.05 | 0.20 | .846 |

Anmerkungen. $n = 19$, β = standardisierten Regressionskoeffizient, SE = Standardabweichung, R^2 = nicht korrigiertes R , * $p \leq 0.05$

Rivalität

Bezüglich des Rivalitäts-Modell (Tabelle 11) konnte weder ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich des internalisierenden ($F(2,16) = 0.38$, $p = .689$) noch des externalisierenden Verhaltens ($F(2,16) = 1.44$, $p = .267$) der Geschwister gefunden werden. Auch hier zeigten sich weder das Alter noch der Faktor Rivalität als signifikanter Prädiktor hinsichtlich der beiden abhängigen Variablen.

Tabelle 11

Rivalität und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten

| | Internalisierendes Verhalten | | | Externalisierendes Verhalten | | |
|-----------|------------------------------|------------|------|------------------------------|------------|------|
| | $R^2 = 0.05$ ($p = .689$) | | | $R^2 = 0.15$ ($p = .276$) | | |
| | β | $SE \beta$ | p | β | $SE \beta$ | p |
| Konstante | 49.43 | 12.98 | .002 | 59.67 | 14.18 | .001 |
| Alter | -0.13 | 0.74 | .625 | 0.17 | 0.85 | .494 |
| Rivalität | 0.21 | 0.20 | .424 | -0.40 | 0.23 | .114 |

Anmerkungen. $n = 19$, β = standardisierten Regressionskoeffizient, SE = Standardabweichung, R^2 = nicht korrigiertes R , * $p < 0.05$

Die Analysen der Fragstellung 5 gaben Hinweise auf einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Faktor Konflikt und dem internalisierenden Verhalten der Geschwister. Bezüglich der weiteren Faktoren der geschwisterlichen Beziehungsqualität

(Wärme, Macht und Rivalität) konnten weder hinsichtlich des internalisierenden noch des externalisierenden Verhaltens signifikante Zusammenhänge gefunden werden.

6 Diskussion

Bisherige Studien lieferten uneinheitliche Ergebnisse, wie Geschwister von psychisch bzw. chronisch körperlich erkrankten Kindern und Jugendlichen ihre Geschwisterbeziehung (Latzer et al., 2002, 2015; Morgenstern, 2017; Tröster, 2013) und ihr Problemverhalten einschätzen (Giallo et al., 2014; Latzer et al., 2015; Listug-Lunde et al., 2008; Morgenstern, 2017; Sharpe & Rossiter, 2002; Vermaes et al., 2012). Mit der vorliegenden Arbeit sollte deshalb die Perspektive von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in den Fokus gerückt werden. Insgesamt zeigte sich in dieser Untersuchung ein unauffälliges und positives Bild von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Die befragten Geschwister unterschieden sich signifikant von der Normstichprobe des YSR bezüglich ihres externalisierenden Verhaltens, in Richtung weniger externalisierendes Verhalten. Des Weiteren fand sich zwischen der Elterneinschätzung und der Selbsteinschätzung nur hinsichtlich des Faktors Wärme ein Unterschied. Dieser manifestierte sich dahingehend, dass die nicht betroffenen Geschwister ihre Geschwisterbeziehung signifikant wärmer einschätzten, als ihre Eltern die Geschwisterbeziehung wahrnahmen. Hinsichtlich der fünften Fragestellung zeigte sich der Faktor Konflikt als signifikanter Prädiktor für weniger internalisierendes Verhalten der Geschwister. Die Ergebnisse werden entsprechend in der Reihenfolge der Fragestellungen diskutiert.

Voranalyse

Zu Beginn wurden die interessierenden Variablen korrelativ überprüft. Hierbei zeigten sich kaum signifikante Zusammenhänge. Zum einen hing das Alter der Geschwister mit dem Faktor Wärme positiv und mit dem Faktor Konflikt negativ zusammen. Mit steigendem Alter schätzen die nicht betroffenen Geschwister ihre Geschwisterbeziehung liebevoller, prosozialer und kameradschaftlicher ein. Dieser Zusammenhang zeigte sich schon in nicht-klinischen Stichproben (Furman & Buhrmester, 1985). Geschwister von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen können vermutlich mit steigendem Alter die Erkrankung besser verstehen und akzeptieren. Es ist auch anzunehmen, dass Geschwister, je älter sie werden, ein besseres Verständnis dafür entwickeln, welche Belastungen für die Familie durch die psychische Erkrankung entstehen. Möglicherweise

fürte dies zu einer erhöhten Rücksichtnahme und Zuneigung gegenüber ihren erkrankten Schwestern/ Brüdern.

Ein negativer Zusammenhang zeigte sich hingegen zwischen dem Alter und dem Faktor Konflikt. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit Studien von Stichproben mit gesunden Geschwistern, welche postulieren, dass Konflikte zwischen den Geschwistern mit zunehmendem Alter abnehmen (Furman & Buhrmester, 1985; Seiffge-Krenke, 2008). Konflikte werden in jüngeren Jahren häufiger offen ausgetragen und nehmen, umso älter die Geschwister werden, ab (Noller, 2015).

Ferner gab es einen negativen Zusammenhang zwischen dem Faktor Konflikt und dem internalisierenden Verhalten der Geschwister. Konfliktreichere Geschwisterbeziehungen hängen demnach mit weniger internalisierendem Verhalten der nicht betroffenen Geschwister zusammen. Das Ergebnis der vorliegenden Studie steht im Gegensatz zu einigen Forschungsergebnissen, welche positive Zusammenhänge in nicht-klinischen Stichproben zwischen konfliktreichen Geschwisterbeziehungen und dem internalisierenden Verhalten fanden (Buist et al., 2013; Stocker et al., 2002). Anschließend wurde in Fragestellung 5 dieser Zusammenhang anhand von multiplen Regressionsanalysen unter Beachtung des Alters als Kovariate bestätigt und soll deshalb im Abschnitt zur Fragestellung 5 genauer diskutiert werden.

Qualität der Geschwisterbeziehung im Vergleich zur Normstichprobe

Die erste Fragestellung bezog sich auf die Qualität der Geschwisterbeziehung zwischen den nicht betroffenen Geschwistern und ihren psychisch erkrankten Schwestern/Brüdern. Die Hypothese, dass sich die Qualität der Geschwisterbeziehung aufgrund der krankheitsbedingten Aspekte von der Normstichprobe des SRQ-deu unterscheidet, konnte nicht bestätigt werden. In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich zwar keine signifikanten Unterschiede, jedoch wurden Tendenzen in Richtung mehr Wärme und Rivalität sowie weniger Konflikte, im Vergleich zur gesunden Normstichprobe, sichtbar.

Die nicht betroffenen Geschwister scheinen ihre Geschwisterbeziehung insgesamt weniger konfliktreich, beziehungsweise tendenziell positiver als die Normierungsstichprobe wahrzunehmen. Dieser Trend zeigte sich schon in einer umfassenden Untersuchung von Morgenstern (2017), bei welcher die Geschwister

chronisch körperlich erkrankter Kinder und Jugendlicher ihre Geschwisterbeziehung als liebevoller, weniger feindselig und dominant im Gegensatz zur Normstichprobe des *SRQ* beschrieben.

Zum einen stehen die vorliegenden Ergebnisse bezüglich des Faktors Wärme im Einklang mit der Studie von Latzer et al. (2015), welche bei Schwestern von Frauen mit einer Essstörung keinen Unterschied zu einer gesunden Kontrollstichprobe hinsichtlich der Positivität der Geschwisterbeziehung fanden. Zum andern stehen die Tendenzen aber im Gegensatz zu der eben genannten Studie (Latzer et al., 2015) hinsichtlich der Negativität der Geschwisterbeziehung. Diesbezüglich ergab sich, dass die Schwestern der erkrankten Frauen konfliktreichere Geschwisterbeziehungen als die Schwestern von gesunden Frauen aufweisen (Latzer et al., 2015). In der vorliegenden Arbeit unterschieden sich die Konfliktwerte jedoch nicht von den Normdaten. Ein ähnliches Bild zeigte sich in der Studie von Morgenstern (2017), welche im Vergleich zur Normstichprobe des *SRQ* signifikant weniger Konfliktwerte fand. Da Ähnlichkeiten zwischen Geschwistern eine positive Beziehung fördern können (Furman & Buhrmester 1985), könnte der Umstand, dass 62% der ProbandInnen sich in gleichgeschlechtlichen Geschwisterbeziehung befanden, zu der überwiegend liebevollen Beziehung beigetragen haben.

Als weiterer Erklärungsansatz für die warme und tendenziell weniger konfliktreiche Geschwisterbeziehung kann die Überrepräsentativität der PatientInnen mit internalisierenden Störungen (86%) herangezogen werden. Internalisierende Störungen wie beispielsweise Angst- und Zwangsstörungen äußern sich vor allem durch sozialen Rückzug von der oftmals angstbesetzten Außenwelt (Lohaus et al., 2010). Hingegen stellt die Familie für PatientInnen mit internalisierenden Störungen ein sicheres Umfeld dar, wodurch liebevolle Geschwisterbeziehungen in der vorliegenden Stichprobe verstärkt werden könnten. Die geringen Konfliktwerte lassen sich ebenfalls in Verbindung mit den typischen Verhaltensweisen von PatientInnen des internalisierenden Spektrums, welches häufig von Vermeidung und Zurückhaltung geprägt ist, erklären. Im Gegensatz dazu zeigten sich in klinischen Untersuchungen positive Zusammenhänge zwischen externalisierenden Störungen und konfliktreichen Geschwisterbeziehungen (Wildermuth, 2007).

Eine weitere Erklärung für die überwiegend positive Wahrnehmung der nicht

betroffenen Geschwister könnte auch der Krankenhausaufenthalt der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen und der damit einhergehenden räumlichen Trennung sein. Obwohl eine Klinikeinweisung für eine Familie häufig eine negative Erfahrung darstellt (Bowman et al., 2014; Corcoran et al., 2007), kann diese auch zu einer Entlastung familiärer Konflikte, welche durch die psychische Erkrankung entstehen, **beitragen**. Längsschnittstudien könnten in Zukunft Aufschluss darüber geben, ob sich die Qualität der Geschwisterbeziehung durch einen Klinikaufenthalt verändert. Ferner könnten durch Längsschnittstudien Langzeitfolgen für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher aufgezeigt werden.

Vor dem Hintergrund, dass ein Klinikaufenthalt eines Kindes zeitliche und emotionale Kapazitäten der Eltern beansprucht, ist das Ergebnis, dass die nicht betroffenen Geschwister sich hinsichtlich des Faktors Rivalität nicht von den Normdaten des SRQ-deu unterschieden, unerwartet. Morgenstern (2017) fand diesbezüglich ebenfalls keine Unterschiede. Jedoch lassen die moderaten Effektstärken in der vorliegenden Untersuchung darauf schließen, dass die Geschwister tendenziell mehr elterliche Parteilichkeit für sich selbst wahrnahmen. Das könnte mit dem Status der nicht betroffenen Geschwister zusammenhängen, da in der vorliegenden Stichprobe vermehrt die nicht betroffenen Geschwister (71%) die jüngeren Kinder waren. Dies kann möglicherweise dazu geführt haben, dass die nicht betroffenen Geschwister mehr elterliche Zuwendung als ihre psychisch erkrankten Schwestern/Brüder erfahren haben.

Die Machtverhältnisse wurden genauso stark ausgeprägt wahrgenommen wie in der Normstichprobe. Die Mehrheit der untersuchten Geschwister (71%) waren die jüngeren Brüder/Schwestern. Vorangegangene Studien vermuteten bei jüngeren Geschwistern von chronisch körperlich erkrankten Kindern eine Rollenumkehrung aufgrund ihrer körperlichen Überlegenheit (Morgenstern, 2017; Tröster, 2013). In der vorliegenden Arbeit konnte nicht gezeigt werden, dass jüngere Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher eher die Rolle der fördernden großen Schwester/des fördernden großen Bruders einnehmen. Möglicherweise können psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, trotz der durch die Erkrankung bedingten Einschränkungen, weiterhin ihre jüngeren Geschwister unterstützen und fördern.

Die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse zu einigen Studien können möglicherweise durch die kleine Stichprobengröße ($n = 21$) und/oder durch die

Verwendung der Normdaten des SRQ-deu, anstatt einer gesunden Kontrollgruppe, erklärt werden. Zusammenfassend zeigte sich, dass die nicht betroffenen Geschwister eine harmonische Geschwisterbeziehung, die sich durch hohe Werte von Wärme und niedrigen Konflikt-Werten auszeichnet, aufweisen. Trotz der psychischen Erkrankung und dem damit einhergehenden Klinikaufenthalt scheinen die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen enge Bezugspersonen für die nicht betroffenen Geschwister zu sein. Jedoch lässt sich nicht abschließend klären ob die Geschwisterbeziehung möglicherweise erst durch die psychische Erkrankung oder dem Klinikaufenthalt sich zu einer warmen und liebevollen Beziehung entwickelt hat. Die mittleren Effektstärken der Faktoren Wärme ($d = 0.54$) und Rivalität ($d = 0.54$) weisen darauf hin, dass es lohnenswert ist, die vorliegenden Hypothesen anhand einer größeren Stichprobe zu replizieren, um so mögliche Tendenzen zu Signifikanzen bestätigen zu können.

Qualität der Geschwisterbeziehung im Vergleich zur Elterneinschätzung

Anschließend wurden für die zweite Fragestellung mögliche Unterschiede zwischen der Elterneinschätzung und der Selbsteinschätzung bezüglich der vier Faktoren des SRQ-deu statistisch geprüft. Zunächst wird bei Betrachtung der deskriptiven Statistik deutlich, dass sich die Elterneinschätzungen in den Faktoren Wärme und Konflikt unterhalb des Skalenmittelwerts bewegten. Im Einklang stehen die tendenziell geringeren Wärme-Werte mit Studien, in welchen Mütter von Kindern mit ADHS (Mash & Johnston, 1983; Stone 2000; zitiert nach Listug-Lunde, Zevenbergen, & Petros, 2008) sowie Mütter von Kindern mit einer körperlichen Behinderung (Allison & Campbell, 2015) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die Geschwisterbeziehung weniger warm und intim wahrnahmen. Als Grund kann die eigene elterliche Belastung, welche sich auch auf die Geschwisterbeziehung übertragen könnte, angeführt werden. Hinsichtlich des Faktors Macht deutet die Abweichung der Elterneinschätzung unterhalb des Skalenmittelwerts tendenziell auf weniger Machtzuschreibung für die nicht betroffenen Geschwister hin. Dies bedeutet weniger Förderung des nicht betroffenen Geschwisterkindes durch die PatientInnen sowie weniger Dominanz von Seiten der nicht betroffenen Geschwister. Da der Faktor Macht stark von der Geburtsposition abhängig ist (Furman & Buhrmester, 1985), könnte ein Grund für dieses Ergebnis die Überrepräsentation von jüngeren

Geschwistern (71%) in der vorliegenden Stichprobe sein. Des Weiteren beurteilten die Eltern mit einem Rivalitätswert oberhalb der Skalenmitte die elterliche Parteilichkeit tendenziell zu Gunsten der nicht betroffenen Geschwister. Diese Begebenheit lässt sich dadurch erklären, dass die teilnehmenden Eltern sich meist selbst als unparteiischer einschätzten, den anderen Elternteil aber für parteiischer zugunsten der nicht betroffenen Geschwister hielten.

In der statistischen Überprüfung des Unterschieds zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung konnten in Bezug auf die Faktoren Konflikt, Macht und Rivalität keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Allerdings zeigte sich, dass die Eltern die Geschwisterbeziehung signifikant weniger warm als die nicht betroffenen Geschwister wahrnahmen. Belastungen durch den Klinikaufenthalt könnten sich auch auf die Elterneinschätzung der Geschwisterbeziehung ausgewirkt haben. So fanden die Autorinnen Roper et al. (2014), dass Eltern welche stark durch die Erkrankung eines Kindes belastet sind, die Beziehung zwischen den Geschwistern negativer einschätzen. Roper et al. (2014) vermuteten, dass der hohe Pflegebedarf, welcher durch die Erkrankung eines Kindes von den Eltern eingefordert wird, sich auf das Geschwister-Subsystem auswirken kann und daher zu einer weniger positiv wahrgenommen Geschwisterbeziehung führen kann. In zukünftigen Studien mit größeren Stichproben könnte die Berücksichtigung genannter Einflussgrößen von hoher Relevanz sein.

Das Problemverhalten der Geschwister im Vergleich zur Normstichprobe

Aufgrund der im Kapitel 2.3 beschriebenen Belastungen und Anforderungen für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wurde angenommen, dass sich diese im internalisierenden und externalisierenden Verhalten der Geschwister zeigen könnten. Jedoch weisen die Geschwister im Vergleich zur Normstichprobe des YSR hinsichtlich des internalisierenden Verhaltens gleich auffällige und im Bereich des externalisierenden Verhaltens signifikant weniger auffällige Werte auf. Nur drei der 19 befragten Geschwister zeigten klinisch auffällige Werte des internalisierenden Verhaltens des YSR (Cut-Off $T = 63$). Bezüglich des externalisierenden Verhaltens hatte keines der Geschwister einen Wert über dem Cut-Off Bereich. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch das zusätzlich durchgeführte diagnostische Interview (Kinder-Dips), in welchen

keine psychiatrischen Diagnosen der Geschwister gefunden werden konnten.

Zieht man die Befunde der AutorInnen Sharpe und Rossiter (2002), sowie Studienergebnisse von Vermaes et al. (2012) von Geschwistern chronisch körperlich erkrankter Kinder und Jugendlicher heran, zeigen sich gegensätzliche Ergebnisse. Die Geschwister zeigten in den beiden Übersichtsarbeiten häufiger internalisierendes Verhalten als Geschwister von gesunden Kindern und Jugendlichen. Für das internalisierende Verhalten wurden stärkere Effekte als für das externalisierende Verhalten gefunden. Hingegen äußerten in der vorliegenden Stichprobe die Geschwister sogar signifikant weniger externalisierendes Verhalten als in der Normstichprobe. Die gegensätzlichen Ergebnisse können dadurch erklärt werden, dass in den beiden Meta-Analysen (Sharpe & Rossiter, 2002; Vermaes et al., 2012) Geschwister von chronisch körperlich erkrankten Kindern und Jugendlichen im Unterschied zu Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher untersucht wurden. Außerdem wurden in der vorliegenden Arbeit, die nicht betroffenen Geschwister mit den Normdaten des YSR und nicht mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen.

Obwohl in der Studie von Listug-Lunde et al. (2008) ausschließlich Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit ADHS untersucht wurden, stehen die Ergebnisse mit den vorliegenden Befunden im Einklang. Die AutorInnen Listug-Lunde et al. (2008) konnten ebenfalls keine auffälligen Depressionswerte der Geschwister, bei Berücksichtigung der Selbsteinschätzungen, aufzeigen. Auch das Ergebnis der geringeren Werte des externalisierenden Verhaltens, im Vergleich zur Normstichprobe, stimmt ebenfalls mit den Studienergebnissen von Listug-Lunde et al. (2008) überein. Die AutorInnen Vermaes, van Susante und van Bakel (2010) postulierten, dass Geschwister kranker Kinder und Jugendlicher ihre Emotionen häufiger internalisieren als externalisieren, da sie ihre Eltern nicht zusätzlich belasten und die elterliche Aufmerksamkeit nicht beanspruchen wollen. Das signifikante Ergebnis in Richtung weniger externalisierendes Verhalten kann durch die kleine Stichprobengröße und den Vergleich mit den Normdaten, welche eine Kontrollstichprobe nicht ersetzen können, erklärt werden.

Insgesamt unterstützen die vorliegenden Befunde die Vermutung von Listug-Lunde et al. (2008), dass Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zwar negative und ambivalente Gefühle haben, diese sich aber nicht im internalisierenden und

externalisierenden Verhalten manifestieren. Zukünftige Untersuchungen könnten mittels strukturierter Interviews zusätzlichen Aufschluss über die Emotionen von Wut und Trauer sowie über das Verantwortungsgefühl der Geschwister geben.

Morgenstern (2017) zieht in ihrer Arbeit die Theorie des sozialen Vergleichs von Festinger (1954) als Erklärung heran. Daher könnten möglicherweise die nicht betroffenen Geschwister ihr eigenes Problemverhalten unterschätzen, da sie es mit dem Verhalten ihrer psychisch erkrankten Schwestern/Brüdern vergleichen. Dies könnte dazu führen, dass ihnen ihre eigenen Probleme als weniger schwerwiegend erscheinen. Jedoch konnte in der vorliegenden Untersuchung eine psychiatrische Diagnose mittels des Kinder-Dips ausgeschlossen werden. Deshalb kann in dieser Stichprobe eine vermutete Unterschätzung im Selbstbeurteilungsverfahren nicht angenommen werden.

Das Problemverhalten der Geschwister im Vergleich zur Elterneinschätzung

Die vierte Fragestellung untersuchte den Unterschied zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung hinsichtlich des Problemverhaltens. Diesbezüglich zeigten sich keine Unterschiede zwischen der Selbstbeurteilung (YSR) und der Fremdbeurteilungen der Eltern (CBCL) hinsichtlich des internalisierenden sowie des externalisierenden Verhaltens der Geschwister. Beide Gruppen schätzten das Problemverhalten der nicht betroffenen Geschwister als unauffällig ein. Die Hypothese, dass Eltern das Problemverhalten der nicht betroffenen Geschwister unter Umständen über- oder unterschätzen könnten, zeigte sich in dieser Studie nicht. Die Annahme gründete auf vorangegangenen Studienergebnisse, welche einen Unterschied zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung fanden (Listug-Lunde et al., 2008; Plück et al., 1997; Sharpe & Rossiter, 2002). So zeigte sich in der Studie von Listug-Lunde et al. (2008) sowie in der Untersuchung von Sharpe und Rossiter (2002), dass Eltern das Problemverhalten ihrer nicht-betroffenen Kinder höher einschätzten als die Geschwister der chronisch erkrankten Kinder und Jugendlichen. Im Gegensatz dazu fanden die Studie von Plück et al. (1997), dass gesunde Kinder und Jugendliche ihre internalisierenden und externalisierenden Probleme höher als ihre Eltern einschätzten. In der untersuchten Stichprobe scheint es jedoch keine Diskrepanzen zwischen den Eltern und den Geschwistern zu geben. Vielmehr schien die Elterneinschätzung nahe an der Einschätzung

der Geschwister zu liegen. Dies könnte darauf hindeuten, dass Geschwister und Eltern trotz der stressreichen Situation ein enges Verhältnis zueinander hatten und offen miteinander kommunizierten. Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich die PatientInnen in stationärer oder tagesklinischer Behandlung. Im Rahmen ihrer Therapie fanden auch für die Eltern wöchentliche Elterngespräche mit dem oder der behandelnden PsychotherapeutIn statt. Dieser Umstand könnte einen positiven Einfluss auf die Elterneinschätzung und die Kommunikation innerhalb der Familie gehabt haben.

Auch für dieses Ergebnis muss die geringe TeilnehmerInnenzahl bei der Interpretation berücksichtigt werden. Des Weiteren kann es zu Selektionseffekten gekommen sein, da sich möglicherweise Eltern, welche sehr sensibel für die Anforderungen und Belastungen der nicht betroffenen Geschwister sind, eher einverstanden erklärten, an der Studie teilzunehmen.

Abschließend zeigten die Geschwister von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen weder auffälliges Problemverhalten in Selbst- und Fremdberichten noch im klinisch diagnostischen Interview (Kinder-Dips).

Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und dem Problemverhalten

Weder das Wärme-, Macht- oder Rivalitäts- Modell, noch das Alter der nicht betroffenen Geschwister wurden für das internalisierende und externalisierende Verhalten als Prädiktoren signifikant. Hingegen wurde der Faktor Konflikt als Prädiktor für das internalisierende Verhalten der Geschwister signifikant. Demnach hängen Konflikte innerhalb der Geschwisterbeziehung negativ mit dem internalisierenden Verhalten der nicht betroffenen Geschwister zusammen. Je höher die Konfliktwerte wahrgenommen werden, desto niedriger bewerteten die Geschwister ihr internalisierendes Verhalten. Das vorliegende Ergebnis steht im Widerspruch zu einer Vielzahl von Forschungsarbeiten, welche einen positiven Zusammenhang zwischen dem Faktor Konflikt und dem internalisierenden Verhalten in nicht-klinischen Studien postulieren (Buist et al., 2013; Buist & Vermande, 2014; Stocker et al., 2002). Auch sind die Befunde gegensätzlich zu einer vergleichbaren Studie von Latzer et al. (2015), welche eine signifikant positive Korrelation zwischen einer negativen Geschwisterbeziehung und Depressionswerten von Schwestern von Frauen mit einer Essstörung fanden. Hingegen deutet das vorliegende

Ergebnis daraufhin hin, dass sich ein gewisses Maß an Konflikten positiv auf das internalisierende Verhalten der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher auswirken kann. Betrachtet man die Ausprägungen des Faktors Konflikt, wird deutlich, dass die Geschwister ($M = 45.86$, $SD = 7.18$) von sehr wenigen Streitereien, Feindschaften und Aggressionen innerhalb der Geschwisterbeziehung berichteten. Ein moderates Ausmaß an Konflikten scheint für das internalisierende Verhalten zuträglich zu sein. Die Geschwister, welche Konflikte offener mit ihren erkrankten Geschwistern austragen können, zeigen demnach weniger internalisierendes Verhalten. In Anbetracht dessen, dass durch geschwisterliche Konflikte Emotionen wie Wut und Ärger ausgedrückt und offene Kommunikation gefördert werden, können sie in der vorliegenden Stichprobe zu weniger internalisierendem Verhalten geführt haben. Bedeutsam ist jedoch auch, dass ausnahmslos konflikthafte Geschwisterbeziehungen mit fehlender Zuneigung zu anhaltenden Belastungen und langfristigen Entwicklungsproblemen führen können (Stotz, 2015).

Die Befunde anderer Studien in nicht-klinischen Stichproben hinsichtlich der positiven Effekte einer warmen Geschwisterbeziehung (Buist et al., 2013; Buist & Vermande, 2014; Noller, 2005) konnten in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Dies kann neben der geringen TeilnehmerInnenzahl auch an den tendenziell höheren Wärme-Werten sowie den niedrigen Mittelwerten des Problemverhaltens liegen.

In der vorliegenden Datenstruktur kann aufgrund der geringen Varianzaufklärungen der Faktoren Macht und Rivalität nicht angenommen werden, dass diese für die Aufklärung des Problemverhaltens der Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher einen Beitrag leisten. Insgesamt dürfen die vorliegenden Ergebnisse unter Berücksichtigung der kleinen Stichprobengröße nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

6.1 Limitationen, Forschungsausblick und Stärken der Studie

In Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse sind besonders die methodischen Limitationen aufgrund der kleinen TeilnehmerInnenzahl ($n = 21$) zu berücksichtigen. Die kleine Stichprobengröße kann zum einen durch die hohe Anzahl an unvermeidlichen Einschlusskriterien (IQ, Altersgrenzen, logistische Möglichkeiten etc.), hohem zeitlichen Aufwand, zum anderen durch die belastende Familiensituation erklärt werden. Einige

Geschwister waren für klinische Studien nicht erreichbar, da in manchen Fällen die Geschwister nicht in Berlin lebten oder die Eltern sie durch eine Studienteilnahme nicht zusätzlich belasten wollten. Aufgrund der kleinen Stichprobe konnten die zusätzlich erhobenen soziodemographischen Daten wie das Geschlecht, Altersabstand der Geschwister, sozioökonomischen Status etc. nicht mitberücksichtigt werden. Einige Studienergebnisse sprechen für die Relevanz der Integration weiterer Variablen. Beispielsweise zeigte sich der sozioökonomische Status in Familien mit erkrankten Kindern als relevanter Einflussfaktor auf die elterlichen Ressourcen, welche wiederum Auswirkungen auf die wahrgenommene Geschwisterrivalität haben könnten. Durch die geringe TeilnehmerInnenzahl war es nicht möglich, die ProbandInnen in Altersgruppen zu unterteilen, was jedoch Aufschluss über die relevanten Übergänge von der Kindheit zur Pubertät und der damit einhergehenden Abwendung von der Familie hin zu Peergroups gegeben hätte. Für die multiplen Regressionsanalysen in Fragestellung 5 konnten weitere relevante Prädiktoren wie das Geschlecht, Altersabstand der Geschwister etc. nicht miteingeschlossen werden, da pro integriertem Prädiktor mindestens 10 bis 15 Fälle empfohlen werden (Field, 2013). Aufgrund der geringen Fallzahl können nur Tendenzen berichtet werden, welche jedoch für weitere Forschungen in diesem Bereich sprechen.

Aus ökonomischen Gründen war es in dieser Arbeit nicht möglich, eine gesunde Kontrollgruppe zu erheben, weshalb die nicht betroffenen Geschwister nur mit den Normdaten des *SRQ-deu* und *YSR* verglichen werden konnten. Eine Normierungsstichprobe kann eine Kontrollstichprobe aber nicht ersetzen und sollte in Zukunft miteingeschlossen werden.

Da es vermutlich für Familien, welche trotz der Belastungen ein vergleichsweise hohes Funktionsniveau aufwiesen, eher vorstellbar war an einer (sehr) zeitintensiven klinischen Studie teilzunehmen, ist in Hinblick auf den überwiegend positiven Blick auf die Geschwisterbeziehung ein Selektions-Bias der Stichprobe denkbar. Möglicherweise erklärten sich überwiegend Geschwister mit einer positiven Geschwisterbeziehung und weniger Problemverhalten bereit, an der Untersuchung mitzuwirken.

Aufgrund der sehr homogenen Gruppe der PatientInnen (Großteils internalisierende Störungen) lassen sich die Ergebnisse nur auf Geschwister von Kindern und Jugendlichen des internalisierenden Spektrums übertragen. Es dürfen keine

Rückschlüsse auf Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen gezogen werden.

Die vorliegende Arbeit liegt in einem querschnittlichen Design vor, in welchem Zusammenhänge zwischen Variablen, im Unterschied zu Längsschnittstudien, nicht über eine Zeitspanne, sondern nur zu einem Zeitpunkt untersucht werden können. Längsschnittstudien könnten Informationen darüber liefern, wie sich eine Geschwisterbeziehung beispielweise während und nach einem Klinikaufenthalt verändert.

Es ist zu beachten, dass die Befunde der vorliegenden Arbeit nur für Geschwister im höheren Kindes- und Jugendalter gelten (ab 10 Jahren). Geschwister, welche jünger als in der vorliegenden Studie sind, reagieren möglicherweise aufgrund unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben mit anderen Bewältigungsmöglichkeiten (Erikson, 1959, 1965; zitiert nach Morgenstern, 2017). Die Erkrankung einer Schwester/eines Bruders kann für jüngere Geschwister oftmals schwerer zu begreifen sein. Auch die fehlende elterliche Aufmerksamkeit kann von jüngeren Geschwistern belastender wahrgenommen werden und sich in Gefühlen von Neid äußern (Morgenstern, 2017).

Andere Subsysteme des Systems Familie fanden keine Berücksichtigung in der vorliegenden Arbeit. Es ist jedoch vorstellbar, dass auch die Eltern-Kind-Beziehung und die Beziehung zwischen den Eltern eine Bedeutung für den Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und dem Problemverhalten haben. Außerdem zeigte sich die elterliche Belastung, bei untersuchten Eltern von Kindern mit Autismus, als mediierender Faktor auf die wahrgenommene Geschwisterbeziehung (Roper et al., 2014). Des Weiteren stellt sich die Frage, inwiefern weitere Geschwister einen positiven oder negativen Einfluss auf das Problemverhalten der nicht betroffenen Geschwister haben könnten. Sie könnten vermutlich ein wichtiger Resilienzfaktor sein.

Zudem wurde in dieser Arbeit nur ein Elternteil miteinbezogen, welches in 81% der Fälle die Mutter war. Möglicherweise unterscheiden sich aber die elterlichen Wahrnehmungen bezüglich der Geschwisterbeziehung gerade in Hinblick auf elterliche Parteilichkeit.

Gerade individuelle Merkmale wie kognitive und soziale Eigenschaften sowie Persönlichkeitsmerkmale eines Kindes prägen Geschwisterbeziehungen und sollten in weiterführenden Studien Berücksichtigung finden (Brody, 1998; Furman & Buhrmester,

1985). Beispielsweise spiegelte sich das Temperament oder die Geselligkeit eines Kindes im Verhalten der Geschwister häufig stärker wider als der Altersabstand oder das Geschlecht (Furman & Buhrmester, 1985).

Zudem könnten in Zukunft qualitative Studien durchgeführt werden. Anhand von Interviews kann gezielter nach Emotionen wie Abneigung, Frustration etc. gefragt werden, da diese Gefühle eventuell bei nicht betroffenen Geschwistern vorhanden sind, sich jedoch nicht im internalisierenden und externalisierenden Verhalten äußern.

Einen großen Unterschied zwischen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen stellt oftmals die Stigmatisierung dar. Es wäre von Interesse, in weiteren Untersuchungen zu erheben, inwiefern Geschwister von psychische erkrankten Kindern und Jugendlichen von Stigmatisierung betroffen sind (Abrams, 2009). Stigmata und Vorurteile könnten durch gezielte Psychoedukation für die Geschwister abgebaut werden. Insgesamt ist ein offener Umgang mit dem Thema psychische Erkrankung auch für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wünschenswert.

Die vorliegende Studie weist trotz genannter Limitationen einige Stärken auf. Als großer Vorteil gegenüber vergleichbaren Studien (Latzer et al., 2015; Morgenstern, 2017) ist zu nennen, dass neben dem Fragebogen *YSR* das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS) zum Einsatz kam. Dadurch konnte bei den nicht betroffenen Geschwistern eine psychiatrische Diagnose ausgeschlossen werden, was bei einer reinen Fragebogenerhebung nicht möglich ist. Das Einbeziehen der Fremdbeurteilung durch die Eltern konnte einen weiteren Erkenntnisgewinn neben der Selbsteinschätzung der Geschwister liefern. Eine weitere Stärke ist, dass über die Dimensionen Negativität und Positivität einer Geschwisterbeziehung hinausgegangen wurde und zusätzlich die Faktoren Macht und Rivalität berücksichtigt wurden. Auch kann die regressive Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den untersuchten Variablen unter Berücksichtigung der Kovariate des Alters als Vorteil gegenüber früheren Untersuchungen genannt werden.

6.2 Conclusio

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten Bruder/einer psychisch erkrankten Schwester nicht zwingend negative Auswirkungen auf die Qualität der Geschwisterbeziehung und das Problemverhalten der nicht betroffenen Geschwistern haben muss. Die Geschwister dieser Studie können demnach nicht grundsätzlich als entwicklungsgefährdet eingestuft werden. Jedoch wünschten sich fast die Hälfte der nicht betroffenen Geschwister (45%), mehr in die Behandlung der erkrankten Schwester/des erkrankten Bruders miteinbezogen zu werden. Daher ergeben sich auch für die klinische Praxis einige Implikationen für Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Präventive Angebote für betroffene Familien wären in psychiatrischen Versorgungsstrukturen wünschenswert. Beispielhaft kann an dieser Stelle das *SMILES* Programm (Simplifying Mental Illness + Life Enhancement Skills) (Pitman & Matthey, 2004) angeführt werden. In diesem dreitägigen Programm wird Kindern und Jugendlichen (8-16 Jahren) von psychisch erkrankten Eltern oder Geschwistern altersgerecht Wissen über psychische Erkrankungen vermittelt. Zudem zielt das Programm darauf ab, Copingstrategien und Resilienzen zu unterstützen sowie psychische Belastbarkeit, Selbstaussdruck, Kreativität und Selbstwertgefühle zu fördern. Die Ziele dieses Programms werden durch Psychoedukation, Entspannungs- und Kommunikationsübungen sowie mittels künstlerischen und musikalischen Einheiten umgesetzt. Die Hoffnung hierbei ist, dass durch derartige präventive Maßnahmen die psychische Gesundheit sowie die positive Geschwisterbeziehung von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher aufrechterhalten werden kann und sie dadurch ihre erkrankten Schwestern/Brüder besser unterstützen können.

7 Literaturverzeichnis

- Abrams, M. S. (2009). The well sibling: Challenges and possibilities. *American Journal of Psychotherapy*, 63 (4), 305–317. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.4.305
- Adam-Lauterbach, D. (2013). *Zur Psychodynamik und klinischen Bedeutung von Geschwistererfahrungen - hat die Geschwisterdynamik einen Einfluss auf seelische Erkrankungen?*. (Dissertation). Kassel: Universität Kassel.
- Adler, A. (1928). Characteristics of the first, second, and third child. *Children*, 3 (5), 14.
- Allison, M., & Campbell, M. (2015). Mothers' perceptions of the quality of childhood sibling relationships affected by disability. *The Educational and Developmental Psychologist*, 32 (1), 56–70. doi.org/10.1017/edp.2015.8
- Areemit, R. S., Katzman, D. K., Pinhas, L., & Kaufman, M. E. (2010). The experience of siblings of adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 46 (6), 569–576. doi.10.1016/j.jadohealth.2009.12.011
- Bank, S., & Kahn, M. D. (1975). Sisterhood-brotherhood is powerful: Sibling sub-systems and family therapy. *Family Process*, 14 (3), 311–337. doi.org/10.1111/j.1545-5300.1975.00311.x
- Barak, D., & Solomon, Z. (2005). In the shadow of schizophrenia: a study of siblings' perceptions. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42 (4), 234.
- Bellin, M. H., Bentley, K. J., & Sawin, K. J. (2009). Factors associated with the psychological and behavioral adjustment of siblings of youths with spina bifida. *Families, Systems & Health*, 27 (1), 1. DOI:10.1037/a0014859
- Blessing, D. (2007). Hiding in plain sight: The sibling connection in eating disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 33 (1), 36–50. doi.org/10.1080/00754170701195660
- Bojanowski, S. (2016). *Geschwisterbeziehungen im Kontext psychischer Erkrankungen*. (Dissertation), Potsdam: Potsdam, Universität.
- Bojanowski, S., Riestock, N. & Nisslein, J. (2018). Deutsche Version des Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. doi.org/10.1055/a-0574-2306.

- Bojanowski, S., Riestock, N., Nisslein, J., Weschenfelder-Stachwitz, H., & Lehmkuhl, U. (2015). Psychometrische Gütekriterien der deutschen Version des Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *65* (09/10), 370–378. DOI: 10.1055/s-0035-1547228
- Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P., & Howie, L. (2014). Forgotten family members: the importance of siblings in early psychosis: Siblings in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *8* (3), 269–275. doi.org/10.1111/eip.12068
- Brody, G. H. (1998). Sibling relationship quality: Its causes and consequences. *Annual Review of Psychology*, *49* (1), 1–24.
- Buist, K. L., Deković, M., & Prinzie, P. (2013). Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 97–106. doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.007
- Buist, K. L., Verhoeven, M., Hoksbergen, R., ter Laak, J., Watve, S., & Paranjpe, A. (2017). Associations of perceived sibling and parent-child relationship quality with internalizing and externalizing problems: Comparing Indian and Dutch early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, *37*(8), 1163–1190. doi.org/10.1177/0272431616653473
- Buist, K. L., & Vermande, M. (2014). Sibling relationship patterns and their associations with child competence and problem behavior. *Journal of Family Psychology*, *28*(4), 529–537. doi.org/10.1037/a0036990
- Cierpka, M. (2001). Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive- Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *50*(6), 440- 453.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corcoran, C., Gerson, R., Sills-Shahar, R., Nickou, C., McGlashan, T., Malaspina, D., & Davidson, L. (2007). Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early Intervention in Psychiatry*, *1*(4), 308–315. doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00041.x
- Cox, M. J., & Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(5), 193–196. doi.org/10.1111/1467-8721.01259

- Daughters, S. B., Reynolds, E. K., Macpherson, L., Kahler, C. W., Danielson, C. K., Zvolensky, M., & Lejuez, C. W. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(3), 198–205.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.001>
- Derkman, M. M. S. (2011). *Siblinks: The implications of siblings for adolescents' adjustment and parent-child relationships*. (Unpublished dissertation). Nijmegen: Radboud University.
- Dimitropoulos, G., Klopfer, K., Lazar, L., & Schacter, R. (2009). Caring for a sibling with anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *17*(5), 350–365.
doi.org/10.1002/erv.937
- Dilling, H. (Ed.) (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD- 10 Kapitel 10 (F), klinisch- diagnostische Leitlinien* (9. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Döpfner, M. (1998). *Fragebogen für Jugendliche: deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR) der "Child Behavior Checklist": Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend u. Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Berner, W., & Schmeck, K. (2003). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen:(CBCL/4-18). Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Handbuch*. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-und Familiendiagnostik.
- Falkai, P. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Faux, S. A. (1991). Sibling relationships in families with congenitally impaired children. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, *6*(3), 175–184.
- Feinberg, M. E., Solmeyer, A. R., & McHale, S. M. (2012). The third rail of family systems: Sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*(1), 43–57. doi:10.1007/s10567-011-0104-5
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, *7*(2), 117–140. doi.org/10.1177/001872675400700202

- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS: (and Sex, Drugs and Rock 'n' roll)*: SAGE.
- Frick, J. (2015). *Ich mag dich—du nervst mich. Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben* (4. rev. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the qualities of sibling relationships. *Child Development*, *56*(2), 448–461. doi:10.2307/1129733
- Giallo, R., Roberts, R., Emerson, E., Wood, C., & Gavidia-Payne, S. (2014). The emotional and behavioural functioning of siblings of children with special health care needs across childhood. *Research in Developmental Disabilities*, *35*(4), 814–825. doi:10.1016/j.ridd.2014.01.017
- Grassl, R., Friedrich, M., & Steiner, H. (2013). Internalisierende und Externalisierende Störungen. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, & H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 444- 459). Göttingen: Hogrefe.
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1986). Individuation in Family Relationships. *Human Development*, *29*(2), 82–100. doi:10.1159/000273025
- Halvorsen, I., Rø, Ø., & Heyerdahl, S. (2013). Nine-year follow-up of girls with anorexia nervosa and their siblings: Retrospective perceptions of parental bonding and the influence of illness on their everyday life. *European Eating Disorders Review*, *21*(1), 20–27. doi: 10.1002/erv.2191
- Honey, A., & Halse, C. (2007). Looking after well siblings of adolescent girls with anorexia: an important parental role. *Child: Care, Health and Development*, *33*(1), 52–58. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00617.x
- Houtzager, B. A., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N., & Last, B. F. (2004). Quality of life and psychological adaptation in siblings of paediatric cancer patients, 2 years after diagnosis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *13*(8), 499–511. doi: b>10.1002/pon.759
- Howe, N., Aquan-Assee, J., Bukowski, W. M., Lehoux, P. M., & Rinaldi, C. M. (2001). Siblings as confidants: Emotional understanding, relationship warmth, and sibling self-disclosure. *Social Development*, *10*(4), 439–454. doi: 10.1111/1467-9507.00174

- Howe, N., & Recchia, H. (2014). Sibling relationships as a context for learning and development. *Early Education and Development, 25*(2), 155–159. doi:10.1080/10409289.2014.857562
- Kasten, H. (1998). *Geschwister: Vorbilder, Rivalen, Vertraute* (2. rev. Aufl.). München: Reinhardt.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland– Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(3). doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-077
- Kozłowska, K., & Elliott, B. (2017). Don't forget the siblings: School-aged siblings of children presenting to mental health services show at-risk patterns of attachment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22*(2), 245–259. doi: 10.1177/1359104516653993
- Latzer, Y., Ben-Ari, A., & Galimidi, N. (2002). Anorexia nervosa and the family: effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 14*(4), 275–282. doi: 10.1515/IJAMH.2002.14.4.275
- Latzer, Y., Katz, R., & Berger, K. (2015). Psychological distress among sisters of young females with eating disorders: The role of negative sibling relationships and sense of coherence. *Journal of Family Issues, 36*(5), 626–646. doi: 10.1177/0192513X13487672
- Lehmkuhl, U., & Lehmkuhl, G. (2006). Die Bedeutung von Geschwistern in der Psychotherapie. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Instanzen im Schatten: Väter, Geschwister, bedeutsame Andere* (S. 105- 118). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Listug-Lunde, L., Zevenbergen, A. A., & Petros, T. V. (2008). Psychological symptomatology in siblings of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*(3), 239–247. doi:10.1177/1087054708316253
- Lohaus, A., Vierhaus, M., & Maass, A. (2010). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor*. Heidelberg: Springer.
- Lukens, E. P., Thorning, H., & Lohrer, S. (2004). Sibling perspectives on severe mental illness: Reflections on self and family. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*(4), 489–501. doi: 10.1037/0002-9432.74.4.489

- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(1), 86.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L., (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press. doi: 10.4159/harvard.9780674418233
- Morgenstern, L. R. (2017). *Psychosoziale Situation von Geschwistern chronisch schwer körperlich erkrankter Kinder* (Dissertation). Flensburg: Europa-Universität Flensburg.
- Moser, R. P., & Jacob, T. (2002). Parental and sibling effects in adolescent outcomes. *Psychological Reports, 91* (2), 463–479. doi: 10.2466/pr0.2002.91.2.463
- Noller, P. (2005). Sibling relationships in adolescence: Learning and growing together. *Personal Relationships, 12*(1), 1–22. doi: 10.1111/j.1350-4126.2005.00099.x
- Papastefanou, C. (2002). Die Erweiterung der Familienbeziehungen und die Geschwisterbeziehung. In M. Hofer, E. Wild, & P. Noack (Hrsg.), *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung*. (2. Aufl.). (S. 192–215). Göttingen: Hogrefe.
- Petri, H. (1994). *Geschwister-Liebe und Rivalität: die längste Beziehung unseres Lebens* (7. Aufl.). Stuttgart: Kreuz.
- Pitman, E., & Matthey, S. (2004). The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*(3), 383–388. doi: 10.1027/0002-9432.74.3.383
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., ... Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter-ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46* (8), 566- 582.
- Roper, S. O., Allred, D. W., Mandelco, B., Freeborn, D., & Dyches, T. (2014). Caregiver burden and sibling relationships in families raising children with disabilities and typically developing children. *Families, Systems, & Health, 32*(2), 241. doi:10.1037/fsh0000047

- Safer, J. (2002). *The normal one: Life with a difficult or damaged sibling*. New York: Simon and Schuster.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(3), 136–143. doi: 10.1007/s00787-008-0710-z
- Schmid, R., Spießl, H., & Peukert, R. (2004). „Außen vor und doch mitten drin“ - Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. *Psychiatr Prax, 31*, 225–227. doi:10.1055/s-2003-814991
- Schwing, R., & Fryszer, A. (2018). *Systemisches Handwerk: Werkzeug für die Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seiffge-Krenke, I. (2001). Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50*(6), 421- 439.
- Seiffge-Krenke, I. (2008). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie: Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken* (2. vollständig überarbeitete Aufl.) Heidelberg: Springer.
- Sharpe, D., & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(8), 699–710. doi: 10.1093/jpepsy/27.8.699
- Sherman, A. M., Lansford, J. E., & Volling, B. L. (2006). Sibling relationships and best friendships in young adulthood: Warmth, conflict, and well-being. *Personal Relationships, 13*(2), 151–165. doi: 10.1111/j.1475-6811.2006.00110.x
- Sohni, H. (2004). *Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Die Mehrheit der Kinder wächst mit Geschwistern auf. (Pressemitteilung)*. Zugriff am 25.03.2019. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/04/PD18_128_122.html

- Steinhausen, H.-C. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. mit 39 Abbildungen und 73 Tabellen sowie 75 aktuellen Original- Fragebögen und Skalen* (8. Aufl.). München: Elsevier, Urban& Fischer.
- Stocker, C. M., Burwell, R. A., & Briggs, M. L. (2002). Sibling conflict in middle childhood predicts children's adjustment in early adolescence. *Journal of Family Psychology*, *16* (1), 50- 57. doi:10.1037/0893-3200.16.1.50
- Stotz, M. (2015). *Lieblingskinder in Familien*. Unveröffentlichte Dissertation. München: Ludwigs-Maximilians- Universität München.
- Tröster, H. (2013). Geschwister chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In M. Pinquart (Hrsg.), *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind* (S. 101–117). Berlin: Springer. doi.1007/978-3-642-31277-9
- Unnewehr, S., Schneider, S., & Margraf, J. (2013). *Kinder-DIPS: diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes-und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Vermaes, I. P. R., van Susante, A. M. J., & van Bakel, H. J. A. (2012). Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, *37*(2), 166–184. doi:10.1093/jpepsy/jsr081
- Weiß, R. H. (2006). *CFT 20-R mit WS/ZF-R: Grundintelligenztest Skala 2 - Revision (CFT 20-R) mit Wortschatztest und Zahlenfolgentest - Revision (WS/ZF-R)*: Hogrefe.
- Whiteman, S. D., & Loken, E. (2006). Comparing analytic techniques to classify dyadic relationships: An example using siblings. *Journal of Marriage and Family*, *68*(5), 1370–1382. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00333.x
- Whiteman, S. D., McHale, S. M., & Soli, A. (2011). Theoretical perspectives on sibling relationships. *Journal of family theory & review*, *3* (2), 124–139. doi: 10.1111/j.1756-2589.2011.00087.x
- Wildermuth, M. (2007). *Zur Realität und Bedeutung von Geschwisterbeziehungen innerhalb einer mittel- bis langfristigen kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Behandlung*. Lengerich: Pabst Science.
- Wood, L. J., Sherman, E., Hamiwka, L. D., Blackman, M., & Wirrell, E. (2008). Depression, anxiety, and quality of life in siblings of children with intractable epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, *13*(1), 144–148. doi:10.1016/j.yebeh.2008.03.012

Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review.

Children and Youth Services Review, 34(12), 2295–2303.

doi:10.1016/j.childyouth.2012.08.009

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1 | |
| <i>Soziodemographische Stichprobenmerkmale</i> | 34 |
| Tabelle 2 | |
| <i>Diagnosebereich der PatientInnen nach internalisierenden, externalisierenden oder kombinierten Störungen</i> | 35 |
| Tabelle 3 | |
| <i>Mittelwerte und Standardabweichungen der YSR, CBCL und SRQ-Faktoren</i> | 39 |
| Tabelle 4 | |
| <i>Interkorrelation der interessierenden Variablen</i> | 40 |
| Tabelle 5 | |
| <i>Ergebnisse des Einstichproben t-Tests bei Geschwistern gegen den Skalenmittelwert des SRQ- deu</i> | 41 |
| Tabelle 6 | |
| <i>Ergebnisse der t-Tests bei abhängigen Stichproben</i> | 42 |
| Tabelle 7 | |
| <i>Ergebnisse des t-Tests gegen den Skalenmittelwert $M = 52$</i> | 43 |
| Tabelle 8 | |
| <i>Wärme und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten</i> | 44 |
| Tabelle 9 | |
| <i>Konflikt und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten</i> | 45 |
| Tabelle 10 | |
| <i>Macht und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten</i> | 46 |
| Tabelle 11 | |
| <i>Rivalität und Alter als Prädiktoren für das internalisierende und externalisierende Verhalten</i> | 46 |

Anhang

Anhang A: Zusammenfassung & Abstract

Zusammenfassung

Ausgehend von der Annahme, dass das Aufwachsen von Geschwistern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mit einigen stressreichen und belastenden Anforderungen einhergeht, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, zum einen ihre Wahrnehmung bezüglich der Qualität der Geschwisterbeziehung und ihres Problemverhaltens (internalisierendes und externalisierendes Verhalten) mit den Normdaten sowie der Elterneinschätzung zu vergleichen. Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen der Qualität der Geschwisterbeziehung und dem Problemverhalten der Geschwister untersucht.

Die untersuchte Stichprobe setzt sich aus 21 Geschwistern (10-18 Jahren) psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in psychiatrischer Behandlung sowie jeweils einem Elternteil ($n = 21$) zusammen. Die Qualität der Geschwisterbeziehung wurde anhand des *Sibling Relationship Questionnaire* (SRQ-deu) erfasst. Das Problemverhalten wurde mittels des *Youth Self-Report* (YSR) bzw. der *Child Behavior Checklist* (CBCL) erhoben. Zusätzlich wurde das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose mittels des *Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-Dips) geprüft.

Im Vergleich zur Normstichprobe des *SRQ-deu* nahmen die Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ihre Geschwisterbeziehung nicht signifikant negativer oder belastender wahr (hohe Wärme-Werte und niedrige Konflikt-Werte). Die nicht betroffenen Geschwister schätzten ihre Geschwisterbeziehung zu ihren erkrankten Brüdern/ Schwestern im Unterschied zu ihren Eltern signifikant wärmer ein. Hinsichtlich des internalisierenden Verhaltens fand sich weder ein signifikanter Unterschied zu den Normdaten des YSR noch zu der Elterneinschätzung. Bezüglich des externalisierenden Verhaltens zeigten sich nur im Vergleich zur Normstichprobe signifikant niedrigere Werte. Bei dem anschließend untersuchten Zusammenhang zwischen der Geschwisterbeziehung und dem Problemverhalten zeigte sich der Faktor Konflikt als signifikanter Prädiktor für weniger internalisierendes Verhalten der Geschwister. Je höher die Konfliktwerte von den Geschwistern eingeschätzt wurden, desto weniger internalisierendes Verhalten wurde

von ihnen berichtet.

Die vorliegenden Ergebnisse implizieren, dass das Zusammenleben mit einem psychischen erkrankten Bruder/ einer psychisch erkrankten Schwester mit vorwiegend internalisierenden Störungen für die nicht betroffenen Geschwister nicht grundsätzlich eine Entwicklungsgefährdung darstellt und trotz der Belastungen eine enge und liebevolle Geschwisterbeziehung vorhanden sein kann. Weitere Untersuchungen anhand einer größeren Stichprobe sowie ein Vergleich mit einer gesunden Kontrollstichgruppe wären wünschenswert.

Abstract

Siblings of children and adolescents with a mental disorder are exposed to stressful and challenging conditions when growing up. In order to better understand the effects of these conditions, this study compares the siblings' perceptions of the quality of the relationship to their siblings and their problem behaviour (internalizing and externalizing behaviour), to the norm data and the parents' report on these variables. Furthermore, the relation between the quality of the sibling relationship and problem behaviour is examined.

The examined sample consists of 21 siblings (aged 10-18) of children and adolescents with a mental disorder in psychiatric treatment as well as their parents ($n = 21$). The quality of the sibling relationship was assessed with the *Sibling Relationship Questionnaire* (SRQ). The problem behaviour was measured by the Youth Self-Report (YSR) and the *Child Behavior Checklist* (CBCL). In addition, a psychiatric diagnosis of the siblings was conducted using the Diagnostic Interview for Psychological disorders in childhood and adolescence (Kinder-DIPS).

Compared to the norm sample of the SRQ, the siblings of children and adolescents with a mental disorder did not perceive their sibling relationship significantly more negative or to be more burdened (high scores of warmth and low scores of conflict). The participants rated their sibling relationship significantly warmer than their parents. Regarding the internalizing behaviour, there was no significant difference compared to the norm data of the YSR nor to the parents' reports (CBCL). With regard to the externalizing behaviour, significantly lower values were found compared to the normative means of the YSR. In terms of the examined association between the sibling

relationship and problem behaviour, the conflict factor was a significant predictor of the self-reported internalizing behaviour of the siblings. The higher the conflict values were estimated by the siblings, the less internalizing behaviour was reported by them.

These results imply that growing up with a brother/sister with mainly internalizing disorders does not in principle represent a development hazard and a close and loving sibling relationship with their siblings is possible, despite the strain. Future research based on a larger sample size and a comparison with a healthy control-group is highly recommended.

Anhang B: Einladung zur Studienteilnahme



Einladung zur Teilnahme an einer Geschwisterstudie

Wir brauchen eure Hilfe!

Liebe Jugendliche,

ich, Julia Blind, möchte für meine Masterarbeit herausfinden, wie sich Kinder und Jugendliche mit ihren Geschwistern verstehen, was sie aneinander mögen und schätzen und warum es zu Konflikten kommt. **Dafür brauchen wir euch!**

Unser Ziel ist es herauszufinden, wie Familien funktionieren, in denen ein Kind psychisch erkrankt ist. So können wir die Stärken von euch Geschwistern besser in die Therapie einbeziehen und die Rückkehr in die Familie einfacher gestalten. Dazu möchten wir die Sichtweise von euch, die eures Geschwisterkindes und die eines Elternteils betrachten.

Insgesamt wird die Studie maximal drei Stunden dauern. Dabei kommen verschiedene Verfahren zum Einsatz, von denen die meisten routinemäßig in unserer Klinik verwendet werden.

Was bekommt ihr dafür? Wir geben euch eine Rückmeldung darüber, wie ihr gegenseitig eure Geschwisterbeziehung einschätzt, wo die Schwierigkeiten und Stärken liegen. Außerdem gilt euch natürlich unser großer Dank!

Bitte unterstützt mich in diesem wichtigen Forschungsfeld weitere Erkenntnisse zu gewinnen!

Ihr habt Geschwister zwischen 10-18 Jahren und Lust, an der Studie teilzunehmen?

Dann meldet euch bei euren Therapeut/innen oder per Mail unter

sabine.bojanowski@charite.de (Projektleitung).

Vielen Dank!

Julia Blind (Projektleitung: Dr. phil. Dipl.-Psych. Sabine Bojanowski)

Anhang C: Aufklärung für die Studienteilnahme

Aufklärung für Kinder und Jugendliche

zum Einverständnis Deiner Teilnahme an der Studie:

Geschwisterbeziehungen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

durchgeführt von Dr. phil. Dipl.-Psych. Sabine Bojanowski & B.Sc. Julia Blind.

Liebe / Lieber _____,

hiermit möchten wir Dich über Inhalt und Ablauf der Studie informieren, an der wir Dich bitten teilzunehmen. Wir möchten herausfinden, wie sich Kinder und Jugendliche mit ihren Geschwistern verstehen, was sie aneinander mögen und schätzen und warum es zu Konflikten kommt. Dazu möchten wir die Sichtweise von euch Geschwistern und die eines Elternteils betrachten. Es werden verschiedene Erhebungsinstrumente zum Einsatz kommen.

Unser Ziel ist es herauszufinden, wie Familien funktionieren, in denen ein Kind psychisch erkrankt ist. So können wir die Stärken von Euch Geschwistern besser in die Therapie einbeziehen und die Rückkehr in die Familie einfacher gestalten.

Ablauf und Dauer der Teilnahme:

Wir bitten Dich um Unterstützung durch Deine Teilnahme an einer mündlichen und schriftlichen **Befragung**. Du und Dein Geschwisterkind werden dazu etwa drei Stunden verschiedene Aufgaben bearbeiten und Fragen beantworten. Zuerst werden wir einen Leistungstest machen. Dann befragen wir Dich zu psychischen Problemen, die Kinder und Jugendliche haben können. Anschließend darfst Du Fragebögen ausfüllen, bei denen es um die Beziehung zwischen Euch Geschwistern, Dein Befinden und Deine Gefühle und um allgemeine Fragen zu Deinem Alltag geht. Zwischen jedem Teil kann natürlich eine Pause gemacht werden. Deine Eltern erhalten ebenfalls den Fragebogen über Euch Geschwister mit der Bitte, diesen zu bearbeiten.

Die eingesetzten Fragebögen sind standardisiert und meist lange bewährt, einige davon verwenden wir ohnehin routinemäßig in unserer Klinik.

Du kannst Dein Einverständnis zur Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die Behandlung bei uns zurückziehen. Kosten entstehen durch die Teilnahme an der Studie nicht, allerdings können wir auch keine Aufwandsentschädigung oder Vergütung bezahlen. Die Teilnahme erfolgt freiwillig.

Möglicher Nutzen für Dich und Deine Familie:

Deine Teilnahme an der Studie kann Deine bzw. die Therapie deines Geschwisterkindes und Eure Familie unterstützen, in dem sich durch die Beantwortung der Fragen wichtige Hinweise über Euer Zusammenleben ergeben können. Deine Antworten geben uns einen guten Einblick in Deine Lebenssituation und mögliche Probleme, was es uns leichter macht, Dir noch besser zu helfen.

Mögliche Belastungen für Dich und Deine Familie sowie Risiken:

Die Durchführung der Verfahren und die Beantwortung der Fragebögen nimmt etwa drei Stunden in Anspruch. Nachteile oder Risiken bestehen nach allgemeinem Ermessen nicht.

Datenschutz:

Die im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen personenbezogenen Daten werden im Falle Deiner Teilnahme folgendermaßen verarbeitet:

- Die persönlichen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse) werden durch die aufklärende Ärztin/Psychologin erhoben und von dieser auf der Einwilligungserklärung vermerkt. Die Einwilligungserklärung mit diesen personenbezogenen Angaben bleibt in Deiner Patientenakte. Diese Patientenakte wird von uns zur Dokumentation der Behandlung angelegt.
- Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden verschlüsselt und in einer Datenbank elektronisch gespeichert und mit einer Codenummer versehen (Pseudonymisierung der Daten). Der Codeschlüssel, der es erlaubt, die Studiendaten mit Dir in Verbindung zu bringen, wird in einer von den übrigen Daten getrennten Datenbank gespeichert und ist nur den beteiligten Projektmitarbeitern zugänglich. Eine Sicherungskopie wird erstellt und nur für die Projektmitarbeiter zugänglich aufbewahrt.
- Die Ergebnisse der Studie werden ohne Nennung des Namens oder andere Dich als Person erkennen lassende Angaben, d.h. anonym, in medizinischer Fachliteratur veröffentlicht.
- Die gespeicherten Daten und der Schlüssel zu ihrer Entschlüsselung werden 15 Jahre, die in der Patientenakte befindlichen Aufzeichnungen inklusive der Videoaufzeichnung 30 Jahre nach den gesetzlichen Vorschriften aufbewahrt.
- Du hast das Recht auf Auskunft über alle bei der Studienleitung vorhandenen personenbezogenen Daten über Dich. Du hast auch das Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten. In diesen Fällen wende Dich bitte an die Studienleitung. Die Adresse und Telefonnummer findest Du am Ende dieses Formblattes.
- Du kannst jederzeit einer Weiterverarbeitung der Daten und jeder weiteren Untersuchung widersprechen oder ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen. In diesem Fall werden die gespeicherten persönlichen Angaben und der dazugehörige Schlüssel gelöscht bzw. vernichtet, soweit nicht gesetzliche oder berufsrechtliche Aufbewahrungspflichten dem entgegenstehen.

Du hast für Rückfragen jederzeit die Möglichkeit, Dich an **Frau Sabine Bojanowski** oder **Frau Julia Blind** zu wenden: Tel.: 030-450666478, Charité Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1 (Mittelallee 8), 13353 Berlin.

Bitte bestätige durch Deine Unterschrift auf der Einwilligungserklärung, dass Du über den Inhalt unserer Untersuchung aufgeklärt worden bist und obige schriftliche Zusammenfassung des Aufklärungsgespräches verstanden und zum Verbleib erhalten hast.

Wir bedanken uns im Voraus für Deine Unterstützung und Mitarbeit!

PD Dr. med. C. Correll
Klinikdirektor

Dr. phil. S. Bojanowski
Wiss. Mitarbeiterin

B.Sc. Julia Blind
Masterstudentin
Psychologie

Aufklärung für Eltern/Sorgeberechtigte

zum Einverständnis Ihrer Teilnahme und der Teilnahme Ihres Kindes* an der Studie:

Geschwisterbeziehungen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

durchgeführt von Dr. phil. Dipl.-Psych. Sabine Bojanowski & B.Sc. Julia Blind.

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

wir möchten herausfinden, wie sich psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit ihren Geschwistern verstehen, was sie aneinander mögen und schätzen und warum es zu Konflikten kommt. Dazu möchten wir die Sichtweise der Geschwister und eines Elternteils betrachten.

Durch Ihre und die Mitarbeit Ihrer Kinder können neue Erkenntnisse in der Einschätzung von Geschwisterbeziehungen, beispielsweise bezüglich eventueller Konfliktpotenziale, aber auch Ressourcen der Geschwisterbeziehung und Ansatzpunkte für die Arbeit im therapeutischen Kontext, gewonnen werden.

Weitere Ziele der Studie sind es, Dynamiken in Familien mit psychisch erkrankten Kindern besser zu verstehen, um mögliche protektive Faktoren in der Geschwisterbeziehung als vielversprechende Ressource besser in den therapeutischen Prozess einbeziehen und die Rückführung in die Familie nach dem Klinikaufenthalt besser gestalten zu können.

Untersuchungsablauf

Ihr Kind wird zu Beginn seines Klinikaufenthaltes, das Geschwisterkind etwa zeitgleich ebenfalls in der Klinik, an einer etwa dreistündigen Sitzung teilnehmen.

Zunächst werden wir einen Intelligenztest durchführen, um das Verständnis der Fragen abzusichern. Anschließend wird ein diagnostisches Interview bezüglich gegenwärtiger psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt. Damit möchten wir das genaue Störungsbild des sich in der Klinik befindlichen Kindes abklären und außerdem zu prüfen ob bei dem Geschwisterkind ebenfalls eine psychische Erkrankung vorliegt. Danach folgt eine schriftliche Befragung, bei der Aussagen zur Geschwisterbeziehung, zur emotionalen Befindlichkeit sowie zur Lebensqualität bewertet werden sollen. Die eingesetzten Fragebögen sind standardisiert und meist lange bewährt, einige davon verwenden wir ohnehin routinemäßig in unserer Klinik.

Als Elternteil erhalten Sie jeweils Fragen zu allgemeinen Angaben Ihrer Person, Ihrer Familie und Lebenssituation sowie den Geschwisterfragebogen, bei dem die Qualität der Geschwisterbeziehung Ihrer ebenfalls an der Studie teilnehmender Kinder beurteilt werden soll. Das Ausfüllen beläuft sich für Sie auf 15-25 Minuten.

Möglicher Nutzen für Ihre Familie:

Die Teilnahme an der Studie kann die Therapie unterstützen, in dem sich aus der Durchführung der Untersuchung wichtige Hinweise für Risiko- und Schutzfaktoren in der Geschwisterbeziehung ergeben können. Ihre Antworten geben uns einen guten Einblick in Ihre Lebenssituation, mögliche Probleme und Ressourcen, was uns befähigt, Ihnen eine noch besser an Sie angepasste Hilfestellung zu leisten.

Durch Ihre Teilnahme können neue Erkenntnisse über belastete Geschwistersituationen gewonnen werden, die sowohl nachfolgenden Patienten als auch Ihnen selbst zugutekommen können.

Mögliche Belastungen für Ihre Familie sowie Risiken:

Die Durchführung des Intelligenztests dauert etwa 25 Minuten. Für das diagnostische Interview sind etwa 90 Minuten eingeplant. Die Beantwortung der Fragebögen dauert etwa eine Stunde. Natürlich kann nach jedem Teil eine Pause gemacht werden. Die Fragebögen und klinischen Interviews sind bewährt und stellen für die Befindlichkeit und Entwicklung Ihrer Töchter/Ihrer Söhne keine Risiken dar.

Datenschutz:

Die im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen personenbezogenen Daten werden im Falle einer Teilnahme folgendermaßen verarbeitet:

- Die persönlichen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse) werden durch die aufklärende Ärztin/Psychologin erhoben und von dieser auf der Einwilligungserklärung vermerkt. Die Einwilligungserklärung mit diesen personenbezogenen Angaben bleibt in der Patientenakte Ihrer Kinder. Diese Patientenakte wird von uns zur Dokumentation der Behandlung angelegt.
- Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden verschlüsselt und in einer Datenbank elektronisch gespeichert und mit einer Codenummer versehen (Pseudonymisierung der Daten). Der Codeschlüssel, der es erlaubt, die Studiendaten mit Ihnen bzw. Ihren Kindern in Verbindung zu bringen, wird in einer von den übrigen Daten getrennten Datenbank gespeichert und ist nur den beteiligten Projektmitarbeitern zugänglich. Eine Sicherungskopie wird erstellt und nur für die Projektmitarbeiter zugänglich aufbewahrt.
- Die Ergebnisse der Studie werden ohne Nennung des Namens oder andere Sie als Person erkennen lassende Angaben, d.h. anonym, in medizinischer Fachliteratur veröffentlicht.
- Die gespeicherten Daten und der Schlüssel zu ihrer Entschlüsselung werden 15 Jahre, die in der Patientenakte befindlichen Aufzeichnungen 30 Jahre nach den gesetzlichen Vorschriften aufbewahrt.
- Sie haben das Recht auf Auskunft über alle bei der Studienleitung vorhandenen personenbezogenen Daten über Sie. Sie haben auch das Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten. In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an die Studienleitung. Die Adresse und Telefonnummer finden Sie am Ende dieses Formblattes.
- Sie und Ihre Kinder können jederzeit einer Weiterverarbeitung der Daten und jeder weiteren Untersuchung widersprechen oder ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen. In diesem Fall werden die gespeicherten persönlichen Angaben und der dazugehörige Schlüssel gelöscht bzw. vernichtet, soweit nicht gesetzliche oder berufsrechtliche Aufbewahrungspflichten dem entgegenstehen.

Versicherungsschutz

Für die Durchführung der o.g. Studie wurde keine zusätzliche Versicherung für die Studienteilnehmer abgeschlossen. Haftansprüche, die aus einem schuldhaften Verhalten der Studienärztin/-psychologin resultieren, sind durch die Betriebshaftpflichtversicherung der Einrichtung versichert.

Fragerecht/Mitteilungspflicht

Jeder Versuchsteilnehmer hat gegenüber der Studienärztin/-psychologin das Recht, bezüglich aller Angelegenheiten, die die Studie betreffen, insbesondere auch der Risiken, Fragen zu stellen.

Wir weisen nochmals darauf hin, dass die Zustimmung zu dieser Untersuchung freiwillig ist. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Sollten Sie dieser Untersuchung nicht zustimmen, entsteht Ihrem Kind hierdurch und

insbesondere auch hinsichtlich seiner weiteren medizinischen Betreuung keinerlei Nachteil. Die Studienleitung hat genauso das Recht, den/die Versuchsteilnehmer/in aus Sicherheitsgründen bzw. bei Änderung der Maßnahmen und aus medizinischen Gründen aus der Studie herauszunehmen.

Sie haben für Rückfragen jederzeit die Möglichkeit, sich an **Frau Sabine Bojanowski** oder **Frau Julia Blind** zu wenden: Tel.: 030-450666478, Charité Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1 (Mittelallee 8), 13353 Berlin.

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift auf der Einwilligungserklärung, dass Sie über den Inhalt unserer Untersuchung aufgeklärt worden sind und obige schriftliche Zusammenfassung des Aufklärungsgespräches verstanden und zum Verbleib erhalten haben.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung und Mitarbeit!

PD Dr. med. C. Correll
Klinikdirektor

Dr. phil. S. Bojanowski
Wiss. Mitarbeiterin

B.Sc. Julia Blind
Masterstudentin
Psychologie

Anhang D: Fragebogen SRQ-deu (Selbsteinschätzung)



**schwester-
beziehungen**

Dipl.-Psych. Sabine Lange
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

deutsche Übersetzung des SRQ-R (Sibling Relationship Questionnaire © Furman & Buhrmester, 1985)

Teil 1 - Persönliche Daten

Zu Beginn beantworte bitte einige Angaben zu Deiner Person. Kreuze bitte Zutreffendes an bzw. schreibe die Antworten auf die Linien.

1. Ich bin ein Junge oder ein Mädchen.

2. Ich bin _____ Jahre alt.

3. Ich besuche folgende Schule:

- Förderschule Realschule Gesamtschule
 Grundschule Gymnasium andere: _____
 Hauptschule Berufsschule

4. Ich gebe in folgende Klasse: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

5. Wie viele Geschwister hast Du? _____

6. Wie viele Deiner Geschwister wohnen bei Dir und deinen Eltern? _____

7. Gib bitte für jedes Deiner Geschwister Geschlecht und Alter an:

| | Junge | Mädchen | Alter (in Jahren) |
|---------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Geschwister A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Geschwister B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Geschwister C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

8. Bist Du zufrieden damit, wie viele Geschwister Du hast?

- Ja
 Nein, ich wäre lieber Einzelkind.
 Nein, ich hätte lieber eine größere Familie.

9. Gib bitte mit einer Zahl an, das wievielte Kind Du bist. _____

10. Bitte kreuze für jedes Familienmitglied an, wie gut Du Dich mit ihm verstehst.

| | Vater | Mutter | Geschwister A | Geschwister B | Geschwister C |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| gut | <input type="checkbox"/> |
| mittelmäßig | <input type="checkbox"/> |
| schlecht | <input type="checkbox"/> |
| sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

11. Leben Deine Eltern zusammen? ja nein

Teil 2 - Geschwisterbeziehungen

Auf den nächsten Seiten findest Du verschiedene Aussagen zur Beziehung zwischen Dir und Deinem Bruder oder Deiner Schwester. Solltest Du mehrere Geschwister haben wähle für die folgenden Fragen bitte das Geschwister aus, welches den geringsten Altersabstand zu Dir hat (z.B. Du bist 10 Jahre alt, dein Bruder ist 9 Jahre alt und deine Schwester ist 16 Jahre alt → dann wählst Du Deinen Bruder).

Solltest Du mehrere Geschwister haben, gib hier bitte noch einmal an, zu welchem Geschwister Du die Fragen beantworten wirst:

- Beziehung zu Geschwister A
- Beziehung zu Geschwister B
- Beziehung zu Geschwister C

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Manche Geschwister tun oft nette Dinge füreinander, manche tun das nur selten. Wie oft tut Ihr beide, Du und Dein Bruder/ Deine Schwester, nette Dinge füreinander? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 2) Wer wird normalerweise von Deiner Mutter besser behandelt, Du oder Dein Bruder/Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester wird fast immer besser behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester wird oft besser behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>wir werden ungefähr gleich behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>ich werde oft besser behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>ich werde fast immer besser behandelt</i> |
|--|--|

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3) Wie oft zeigst Du Deinem Bruder/ Deiner Schwester etwas, was er/sie nicht kann? | <input type="checkbox"/> |
| 4) Wie oft zeigt Dir Dein Bruder/Deine Schwester etwas, was Du nicht kannst? | <input type="checkbox"/> |
| 5) Wie oft sagst Du Deinem Bruder/ Deiner Schwester, was er/sie tun soll? | <input type="checkbox"/> |
| 6) Wie oft sagt Dir Dein Bruder/Deine Schwester, was Du tun sollst? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 7) Wer wird normalerweise von Deinem Vater besser behandelt, Du oder Dein Bruder/Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester wird fast immer besser behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester wird oft besser behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>wir werden ungefähr gleich behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>ich werde oft besser behandelt</i> <input type="checkbox"/> <i>ich werde fast immer besser behandelt</i> |
|---|--|

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8) Manche Geschwister empfinden viel Zuneigung füreinander, manche nur wenig. Wie oft empfindest Du Zuneigung für Deinen Bruder/ Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> |
| 9) Wie oft bist Du mit Deinem Bruder/ Deiner Schwester zusammen unterwegs und machst etwas gemeinsam mit ihm/ihr? | <input type="checkbox"/> |
| 10) Wie oft beleidigt und beschimpft ihr Euch? | <input type="checkbox"/> |
| 11) Wie oft mögen Du und Dein Bruder/Deine Schwester die gleichen Dinge? | <input type="checkbox"/> |
| 12) Wie oft erzählt ihr Euch alles? | <input type="checkbox"/> |
| 13) Manche Geschwister versuchen oft, einander in bestimmten Dingen zu übertreffen, andere tun das nur selten. Wie oft versucht Ihr, Euch gegenseitig zu übertreffen? | <input type="checkbox"/> |

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14) Wie oft bewunderst und respektierst Du Deinen Bruder/Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> |
| 15) Wie oft wirst Du von Deinem Bruder/Deiner Schwester bewundert und respektiert? | <input type="checkbox"/> |
| 16) Wie oft seid ihr unterschiedlicher Meinung und streitet miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 17) Manche Geschwister helfen sich oft gegenseitig, während andere das nur selten tun. Wie oft helft Ihr Euch gegenseitig? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 18) Wer bekommt mehr Aufmerksamkeit von Deiner Mutter, Du oder Dein Bruder/Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester bekommt fast immer mehr Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester bekommt oft mehr Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>wir bekommen ungefähr gleich viel Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>ich bekomme oft mehr Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>ich bekomme fast immer mehr Aufmerksamkeit</i> |
|---|--|

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19) Wie oft hilfst Du Deinem Bruder/ Deiner Schwester bei Dingen, die er/sie nicht selber machen kann? | <input type="checkbox"/> |
| 20) Wie oft hilft Dir Dein Bruder/ Deine Schwester bei Dingen, die Du nicht selber machen kannst? | <input type="checkbox"/> |
| 21) Wie oft zwingst Du Deinen Bruder/ Deine Schwester zu etwas? | <input type="checkbox"/> |
| 22) Wie oft zwingt Dein Bruder/ Deine Schwester Dich zu etwas? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 23) Wer bekommt mehr Aufmerksamkeit von Deinem Vater, Du oder Dein Bruder/ Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester bekommt fast immer mehr Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>mein Bruder/ meine Schwester bekommt oft mehr Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>wir bekommen etwa gleich viel Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>ich bekomme oft mehr Aufmerksamkeit</i> <input type="checkbox"/> <i>ich bekomme fast immer mehr Aufmerksamkeit</i> |
|---|--|

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24) Wie oft zeigt Ihr Euch gegenseitig, dass Ihr Euch mögt (liebt, lieb habt)? | <input type="checkbox"/> |
| 25) Einige Geschwister spielen viel zusammen und haben Spaß miteinander, während andere Geschwister wenig zusammen spielen und wenig Spaß zusammen haben. Wie oft spielt ihr zusammen und habt Spaß miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 26) Wie oft seid Ihr gemein zueinander? | <input type="checkbox"/> |
| 27) Wie oft habt ihr (Du und Dein Bruder/ Deine Schwester) etwas gemeinsam? | <input type="checkbox"/> |
| 28) Wie oft vertraut ihr euch Geheimnisse an und spricht über eure Gefühle? | <input type="checkbox"/> |
| 29) Wie oft wetteifert (konkurriert) ihr miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 30) Wie oft bewunderst du deinen Bruder/deine Schwester und bist stolz auf ihn/sie? | <input type="checkbox"/> |
| 31) Wie oft bewundert Dich Dein Bruder/ Deine Schwester und ist stolz auf Dich? | <input type="checkbox"/> |
| 32) Wie oft seid Ihr richtig wütend aufeinander und habt heftige Auseinandersetzungen? | <input type="checkbox"/> |
| 33) Wie oft teilt Ihr etwas miteinander? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| 34) Wen bevorzugt Deine Mutter normalerweise, Dich oder Deinen Bruder/ Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> <i>Mein Bruder/ Meine Schwester wird fast immer bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Mein Bruder/ Meine Schwester wird oft bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Keiner wird bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Ich werde oft bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Ich werde fast immer bevorzugt</i> |
|---|---|

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35) Wie oft bringst Du Deinem Bruder/ Deiner Schwester Sachen bei, die er/sie nicht weiß? | <input type="checkbox"/> |
| 36) Wie oft bringt Dein Bruder/ Deine Schwester Dir Sachen bei, die Du nicht weißt? | <input type="checkbox"/> |
| 37) Wie oft kommandierst Du Deinen Bruder/ Deine Schwester herum? | <input type="checkbox"/> |
| 38) Wie oft wirst Du von Deinem Bruder/ Deiner Schwester herumkommandiert? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| 39) Wen bevorzugt Dein Vater normalerweise, Dich oder Deinen Bruder/ Deine Schwester? | <input type="checkbox"/> <i>Mein Bruder/ meine Schwester wird fast immer bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Mein Bruder/ meine Schwester wird oft bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Keiner wird bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Ich werde oft bevorzugt</i> <input type="checkbox"/> <i>Ich werde fast immer bevorzugt</i> |
|---|---|

| | <i>fast nie</i> | <i>selten</i> | <i>manchmal</i> | <i>häufig</i> | <i>fast immer</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40) Wie oft empfindet ihr starke Zuneigung (Liebe) füreinander? | <input type="checkbox"/> |
| 41) Manche Kinder verbringen sehr viel Zeit mit ihren Geschwistern, andere nicht so viel. Wie oft verbringt ihr Eure Freizeit miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 42) Wie oft nervt ihr euch gegenseitig und seid sehr gemein zueinander? | <input type="checkbox"/> |
| 43) Wie oft seid Ihr Euch ähnlich? | <input type="checkbox"/> |
| 44) Wie oft erzählt Ihr Euch Dinge, die andere Leute nicht erfahren sollen? | <input type="checkbox"/> |
| 45) Wie oft versucht einer von euch etwas besser zu machen als der andere? | <input type="checkbox"/> |
| 46) Wie oft hältst Du (ganz) viel von Deinem Bruder/Deiner Schwester? | <input type="checkbox"/> |
| 47) Wie oft hält Dein Bruder/ deine Schwester ganz viel von Dir? | <input type="checkbox"/> |
| 48) Wie oft streitet („zofft“) ihr miteinander? | <input type="checkbox"/> |

Alle Fragen beantwortet?

Geschwisterbeziehungen

Übersetzung des SRQ-R

Sibling Relationship Questionnaire (Furman & Buhrmester, 1985)



Liebe Eltern!

Wir freuen uns, dass Sie und Ihre Kinder an unserer Studie über Geschwisterbeziehungen von Kindern und Jugendlichen teilnehmen!

Vielen Dank!

Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und
Psychologie

in Kooperation mit der

Charité Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

Auf den nächsten Seiten dieses Fragebogens finden Sie verschiedene Fragen zur Beziehung zwischen Ihren Kindern. Die Fragen beziehen sich NUR auf die beiden Kinder, mit denen Sie an unserer Studie teilnehmen! Die schwarzen Linien beziehen sich auf Ihr älteres Kind, der Ausdruck „sein/ihr Geschwister“ auf Ihr jüngeres Kind. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen! Wählen Sie aus den fünf Antworten die aus, die am ehesten Ihrer Meinung entspricht.

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

- Mutter
- Vater

Schwarze Linien beziehen sich auf (Name des älteren Kindes) _____

Der Ausdruck „sein/ihr Geschwister“ bezieht sich auf (Name des jüngeren Kindes) _____

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Manche Geschwister tun oft nette Dinge füreinander, manche tun das nur selten. Wie oft tun _____ und sein/ihr Geschwister nette Dinge füreinander? | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| 2 | Wer wird normalerweise von seiner/ihrer Mutter besser behandelt, _____ oder sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird fast immer besser behandelt <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird oft besser behandelt <input type="checkbox"/> die Kinder werden ungefähr gleich behandelt <input type="checkbox"/> _____ wird oft besser behandelt <input type="checkbox"/> _____ wird fast immer besser behandelt | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3 | Wie oft zeigt _____ seinem/ihrer Geschwister etwas, was er/sie nicht kann? | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Wie oft zeigt sein/ihr Geschwister _____ etwas, was er/sie nicht kann? | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Wie oft sagt _____ seinem/ihrer Geschwister, was er/sie tun soll? | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Wie oft sagt sein/ihr Geschwister _____, was er/sie tun soll? | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 7 | Wer wird normalerweise von seinem/ihrer Vater besser behandelt, _____ oder sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird fast immer besser behandelt <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird oft besser behandelt <input type="checkbox"/> die Kinder werden ungefähr gleich behandelt <input type="checkbox"/> _____ wird oft besser behandelt <input type="checkbox"/> _____ wird fast immer besser behandelt | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 | Manche Geschwister empfinden viel Zuneigung füreinander, manche nur wenig. Wie oft empfinden _____ und sein/ihr Geschwister Zuneigung füreinander? | <input type="checkbox"/> |

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9 | Wie oft sind _____ und sein/ihr Geschwister zusammen unterwegs und machen etwas gemeinsam? | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Wie oft beleidigen und beschimpfen _____ und sein/ihr Geschwister sich? | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Wie oft mögen _____ und sein/ihr Geschwister die gleichen Dinge? | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Wie oft erzählen _____ und sein/ihr Geschwister sich alles? | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Manche Geschwister versuchen oft, einander in bestimmten Dingen zu übertreffen, andere tun das nur selten. Wie oft versuchen _____ und sein/ihr Geschwister sich gegenseitig zu übertreffen? | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Wie oft bewundert und respektiert _____ sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Wie oft bewundert und respektiert sein/ihr Geschwister _____? | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Wie oft sind _____ und sein/ihr Geschwister unterschiedlicher Meinung und streiten miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Manche Geschwister helfen sich oft gegenseitig, während andere das nur selten tun. Wie oft helfen _____ und sein/ihr Geschwister sich gegenseitig? | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 18 | Wer bekommt mehr Aufmerksamkeit von seiner/ihrer Mutter, _____ oder sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister bekommt fast immer mehr Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister bekommt oft mehr Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> die Kinder bekommen ungefähr gleich viel Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> _____ bekommt oft mehr Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> _____ bekommt fast immer mehr Aufmerksamkeit | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Wie oft hilft _____ seinem/ihrer Geschwister bei Dingen, die er/sie nicht selber machen kann? | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Wie oft hilft sein/ihr Geschwister _____ bei Dingen, die er/sie nicht selber machen kann? | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Wie oft zwingt _____ sein/ihr Geschwister zu etwas? | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Wie oft zwingt sein/ihr Geschwister _____ zu etwas? | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|----|--|--|
| 23 | Wer bekommt mehr Aufmerksamkeit von seinem/ihrer Vater, _____ oder sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister bekommt fast immer mehr Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister bekommt oft mehr Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> die Kinder bekommen ungefähr gleich viel Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> _____ bekommt oft mehr Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> _____ bekommt fast immer mehr Aufmerksamkeit |
|----|--|--|

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24 | Wie oft zeigen _____ und sein/ihr Geschwister sich, dass sie sich mögen (lieben, lieb haben)? | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Einige Geschwister spielen viel zusammen und haben Spaß miteinander, während andere Geschwister wenig zusammen spielen und wenig Spaß zusammen haben. Wie oft spielen _____ und sein/ihr Geschwister zusammen und haben Spaß miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Wie oft sind _____ und sein/ihr Geschwister gemein zueinander? | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Wie oft haben _____ und sein/ihr Geschwister etwas gemeinsam? | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Wie oft vertrauen sich _____ und sein/ihr Geschwister Geheimnisse an und sprechen über ihre Gefühle? | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Wie oft wetteifern (konkurrieren) _____ und sein/ihr Geschwister miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Wie oft bewundert _____ sein/ihr Geschwister und ist stolz auf ihn/sie? | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Wie oft bewundert sein/ihr Geschwister _____ und ist stolz auf ihn/sie? | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Wie oft sind _____ und sein/ihr Geschwister richtig wütend aufeinander und haben heftige Auseinandersetzungen? | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Wie oft teilen _____ und sein/ihr Geschwister etwas miteinander? | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|----|---|--|
| 34 | Wen bevorzugt seine/ihre Mutter normalerweise, _____ oder sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird fast immer bevorzugt <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird oft bevorzugt <input type="checkbox"/> keiner wird bevorzugt <input type="checkbox"/> _____ wird oft bevorzugt <input type="checkbox"/> _____ wird fast immer bevorzugt |
|----|---|--|

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35 | Wie oft bringt _____ seinem/ihrer Geschwister Sachen bei, die er/sie nicht weiß? | <input type="checkbox"/> |

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Wie oft bringt sein/ihr Geschwister _____ Sachen bei, die er/sie nicht weiß? | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Wie oft kommandiert _____ sein/ihr Geschwister herum? | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Wie oft kommandiert sein/ihr Geschwister _____ herum? | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 39 | Wen bevorzugt sein/ihr Vater normalerweise, _____ oder sein/ihr Geschwister? | <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird fast immer bevorzugt <input type="checkbox"/> sein/ihr Geschwister wird oft bevorzugt <input type="checkbox"/> keiner wird bevorzugt <input type="checkbox"/> _____ wird oft bevorzugt <input type="checkbox"/> _____ wird fast immer bevorzugt | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|

| | | fast nie | selten | manchmal | häufig | fast immer |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 40 | Wie oft empfinden _____ und sein/ihr Geschwister starke Zuneigung (Liebe) füreinander? | <input type="checkbox"/> |
| 41 | Manche Kinder verbringen sehr viel Zeit mit ihren Geschwistern, andere nicht so viel. Wie oft verbringen _____ und sein/ihr Geschwister ihre Freizeit miteinander? | <input type="checkbox"/> |
| 42 | Wie oft nerven _____ und sein/ihr Geschwister sich gegenseitig und sind sehr gemein zueinander? | <input type="checkbox"/> |
| 43 | Wie oft sind sich _____ und sein/ihr Geschwister ähnlich? | <input type="checkbox"/> |
| 44 | Wie oft erzählen sich _____ und sein/ihr Geschwister Dinge, die andere Leute nicht erfahren sollen? | <input type="checkbox"/> |
| 45 | Wie oft versuchen _____ und sein/ihr Geschwister etwas besser zu machen als der andere? | <input type="checkbox"/> |
| 46 | Wie oft hält _____ (ganz) viel von seinem/ihrer Geschwister? | <input type="checkbox"/> |
| 47 | Wie oft hält sein/ihr Geschwister (ganz) viel von _____? | <input type="checkbox"/> |
| 48 | Wie oft streiten (zoffen) _____ und sein/ihr Geschwister miteinander? | <input type="checkbox"/> |

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie ALLE Fragen beantwortet haben!

Vielen Dank!



Anhang F: Skalen und Faktoreneinteilung des SRQ-deu

Zuordnung der Skalen zu den Faktoren des SRQ-deu

| Faktoren | Skalen |
|--------------------------------|---|
| Wärme & Nähe | Prosozial Liebe & Zuneigung Kameradschaft Ähnlichkeit Vertrauen Bewunderung des Geschwister Bewunderung durch Geschwister |
| Konflikt | Feindschaft Konkurrenz Streit |
| Relativer Status/ Macht | Förderung des Geschwister Förderung durch Geschwister Dominanz über Geschwister Dominanz durch Geschwister |
| Rivalität | Mütterliche Parteilichkeit Väterliche Parteilichkeit |