

# UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber

---

## Parental Bonding Instrument und Psychopathologie: Vergleich zweier Störungsgruppen

### Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:  
Irina Leichsenring  
aus Herford

Hamburg 2011

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 24.02.2011**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. med. D. Naber**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. med. A. Karow**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. med. C. Haasen**

**Datum der letzten mündlichen Prüfung: 27.07.2011**

*Hinweis für die Leserin und den Leser*

Für eine Erleichterung des Leseflusses wird im Folgenden immer von Patient, Teilnehmer oder Proband gesprochen. Gemeint sind damit sowohl Personen männlichen als auch weiblichen Geschlechts. Wenn notwendig, wird ausdrücklich auf das Geschlecht hingewiesen.

## ***Abstract***

### ***Einleitung***

Zur Bedeutung des elterlichen Erziehungsstils für psychiatrische Erkrankungen liegen inzwischen eine Vielzahl von Befunden vor. Dabei sind Unterschiede hinsichtlich des erinnerten elterlichen Erziehungsstils zwischen verschiedenen Diagnosegruppen zu vermuten. Nur wenige Studien stellten bislang allerdings direkte Vergleiche zwischen Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen an. Ziel dieser Untersuchung war es deshalb, Patienten mit zwei unterschiedlichen Störungsbildern, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie, hinsichtlich des erinnerten elterlichen Erziehungsstils gemessen mit dem „Parental Bonding Instrument“ zu vergleichen und dabei weitere potenzielle Einflussgrößen wie Geschlecht, Alter und Bildungsstand mit zu berücksichtigen.

### ***Methode***

156 stationär behandelte Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (70% männlich, 30% weiblich) und 140 stationär behandelte Patienten mit einer Schizophrenie nach ICD-10 (66% männlich, 34% weiblich) wurden mit dem „Parental Bonding Instrument“ (Parker et al., 1979) untersucht. Die Ergebnisse für die beiden Fragebogenskalen *Fürsorge* und *Kontrolle* wurden mit den üblichen cut-off-Werten verglichen und der Einfluss weiterer Variablen (wie z.B. Alter, Geschlecht, Bildung) untersucht.

### ***Ergebnisse***

Die Ergebnisse fielen weniger störungs- als v.a. geschlechtsspezifisch aus: Einheitlich wurde von beiden psychopathologischen Stichproben eine im Vergleich zu den Grenzwerten von Parker et al. (1979) geringer wahrgenommene elterliche Fürsorglichkeit angegeben. Dabei fiel auf, dass die Mütter von beiden weiblichen Stichproben (alkoholabhängige und psychotisch erkrankte) als signifikant weniger fürsorglich beschrieben wurden als von den beiden männlichen Stichproben. Die Männer beider Stichproben wiederum beschrieben beide Eltern als signifikant weniger kontrollierend als die weiblichen Teilnehmer. Unter Einbezug der Psychopathologie war im direkten Vergleich der Ergebnisse der einzige signifikante Unterschied, dass die alkoholkranken Männer ihre Mütter als signifikant unterkontrollierender bewerteten als die psychotisch erkrankten Männer. Innerhalb der Frauenstichprobe gab es in Abhängigkeit von der psychischen Störung keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des erinnerten Erziehungsstils der Eltern.

### ***Diskussion***

Eine geringe elterliche Fürsorge wurde von Patienten beider Diagnosegruppen berichtet und könnte einen eher unspezifischen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen darstellen. Für die elterliche Kontrolle fanden sich störungsspezifische Unterschiede, mit einer im Vergleich geringeren Kontrolle bei alkoholabhängigen Patienten. Neben der Diagnosegruppe scheint das Geschlecht der Teilnehmer eine statistisch relevante Einflussgröße zu sein, die in künftigen Untersuchungen berücksichtigt werden sollte.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Problemstellung</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Literaturrecherche</b>	<b>8</b>
1.2.1 Datenbanken	8
1.2.2 Lehrbücher und Monographien	8
<b>1.3 Literaturüberblick</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse</b>	<b>11</b>
1.4.1 Erziehungsstil und Parental Bonding Instrument (PBI)	11
1.4.2 Das PBI in Studien zur Alkoholabhängigkeit	13
1.4.2.1 Nicht-klinische Stichproben	14
1.4.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der nicht-klinischen Studien	15
1.4.2.3 Klinische Stichproben	16
1.4.2.4 Vergleichsstudie	18
1.4.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse klinischer Studien	20
1.4.3 PBI und Psychose	21
1.4.3.1 Deskriptiv-explorative Studien	22
1.4.3.2 Zwillingsstudien	26
1.4.3.3 Vergleichsstudien	26
1.4.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	27
1.4.4 PBI und soziodemographische Variablen	29
1.4.4.1 Einfluss des elterlichen Geschlechts	29
1.4.4.2 Einfluss des Geschlechts der Versuchsteilnehmer	29
1.4.4.3 Interaktionseffekte zwischen Geschlecht der Eltern und Geschlecht der Teilnehmer	30
1.4.4.4 Soziale Schicht	30
1.4.4.5 Kulturelle Einflüsse	30
<b>1.5 Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>31</b>
1.5.1 Fragestellungen	31
1.5.2 Hypothesen	32
<b>2 Methode</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Forschungsdesign und Erhebungszeitpunkte</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung</b>	<b>33</b>
<b>2.3 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche</b>	<b>34</b>
<b>2.4 Operationalisierung</b>	<b>35</b>
2.4.1 Soziodemographische Daten	35
2.4.2 Subjektiv erinnerter Erziehungsstil der Eltern	35
2.4.2.1 Das Parental Bonding Instrument	35
2.4.2.2 Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS)	41
2.4.2.3 Vergleich PBI versus FEPS	42
<b>2.5 Stichprobenansatz</b>	<b>43</b>
<b>2.6 Analyseverfahren</b>	<b>44</b>
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>45</b>
<b>3.1 Grundlegende Analysen</b>	<b>45</b>
3.1.1 Ausschluss von Versuchspersonen	45
3.1.2 Die Stichprobe	46
3.1.2.1 Art der Störung und Geschlecht	46
3.1.2.2 Alter	47

3.1.2.3 Diagnose	47
3.1.2.4 Schulbildung	48
<b>3.2 Die Hypothesentestung</b>	<b>50</b>
3.2.1 Grundlegendes zur Hypothesentestung	50
3.2.2 Hypothese 1	51
3.2.3 Hypothese 2	55
3.2.4 Hypothese 3	59
3.2.5 Hypothese 4	62
<b>4 Diskussion</b>	<b>70</b>
4.1 Diskussion der Methodik	70
4.1.1 Forschungsansatz und Studiendesign	70
4.1.2 Stichprobe	73
4.2 Diskussion der Befunde	73
<b>5 Zusammenfassung</b>	<b>77</b>
<b>6 Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>78</b>
<b>7 Literaturverzeichnis</b>	<b>79</b>
<b>6 Anhang</b>	<b>93</b>
I Parental Bonding Instrument	93
II Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken	95
<b>8 Danksagung</b>	<b>97</b>
<b>10 Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>98</b>

## ***1 Einleitung***

### **1.1 Problemstellung**

Das „Parental Bonding Instrument“ (PBI, Parker et al., 1979) untersucht den subjektiv erinnerten elterlichen Erziehungsstil, den eine Person retrospektiv für die ersten 16 Lebensjahre getrennt für beide Elternteile beurteilt. Parker et al. (1979) teilten die Items des PBI in zwei Dimensionen ein: *Fürsorge* und *Kontrolle*. Für diese beiden Faktoren wurde eine statistische Unabhängigkeit voneinander postuliert. Daraus leiteten Parker et al. (1979) ein Koordinatensystem ab, auf dem der Erziehungsstil quantitativ bewertet werden kann: Je nach Ausprägung der *Fürsorge*- und *Kontroll*-Werte erscheint der erinnerte Erziehungsstil als mehr oder weniger optimal. Über Grenzwerte wird eine Zuordnung zu einem von vier möglichen Erziehungsstilen vorgenommen:

1. **Optimale Bindung:** Diese kennzeichnet sich durch subjektiv wahrgenommene hohe elterliche Fürsorge und eher geringe Kontrolle.
2. **Liebevolle Einschränkung:** Hierfür sind typische Merkmale eine hohe elterliche Fürsorge bei gleichzeitig sehr autoritärer, „überkontrollierender“ Erziehung.
3. **Lieblose Kontrolle:** Charakteristisch für diesen Erziehungsstil sollen eine geringe Fürsorge, aber starke Kontrolle sein.
4. **Fehlende oder schwache Bindung:** Beide Dimensionen – Fürsorge und Kontrolle – sind niedrig ausgeprägt.

In der Literatur finden sich viele Belege, dass psychopathologisch auffällige Patienten im PBI häufig einen eher suboptimalen Erziehungsstil einer oder beider Elternteile berichteten (z.B. Canetti et al., 2008; Heider et al., 2008). In etlichen dieser Studien fand sich häufig geringere Fürsorge bei den psychisch Erkrankten, zum Teil gepaart mit stärker erlebter Kontrolle, entsprechend also dem Erziehungsstil der *lieblosen Kontrolle*. Zumeist wurden in diesen Studien allerdings Patienten einer bestimmten Störungsgruppe betrachtet, selten wurden verschiedene psychopathologische Stichproben hinsichtlich des erinnerten elterlichen Erziehungsstils direkt miteinander verglichen. In der vorliegenden Untersuchung wurden deshalb die subjektiv erinnerten Erziehungsstile an zwei verschiedenen Stichproben untersucht und verglichen: Die eine Stichprobe wurde von alkoholabhängigen Patienten gebildet und die andere von psychotischen Patienten.

## **1.2 Literaturrecherche**

### **1.2.1 Datenbanken**

Die Literaturrecherche konzentrierte sich auf die Datenbanken OvidSP (Embase, MEDLINE, PsycCRITIQUES, PsycINFO, PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media und PSYINDEXplus Tests) und PubMed.

Dabei wurde geforscht nach *Parental Bonding Instrument* sowie nach den Störungsbildern *alcoholism*, *alcohol disorder*, *alcohol abuse*, *psychoticism* und *schizophrenia*. Zusätzlich wurden *attachment*, *parental representations*, *psychopathology* und *childhood* als Suchtermini verwendet.

### **1.2.2 Lehrbücher und Monographien**

6 internationale Lehrbücher und Monographien zum Thema Erziehungsstil, Bindung und psychiatrische Erkrankungen wurden auf relevante Beiträge durchgesehen:

- Bowlby, 1951, 1988
- Davison & Neale, 1996
- Oerter & Montada, 2008
- Strauß, Buchheim & Kächele, 2002
- Urban & Hartmann, 2005
- Vaillant, 1995

### **1.3 Literaturüberblick**

Die Qualität der Beziehung zu den Eltern wird als wichtiger Einflussfaktor auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes angesehen (z.B. Ainsworth et al., 1975; Bowlby, 1951, 1988; Lopez, 1995; Simpson et al., 1992). Dabei ist die Bindung an die Eltern auch im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter (12–30 Jahre) noch von bedeutsamer Wirkung (van Wel et al., 2000). Diese entwickelte Beziehung zu den Eltern kann lebenslang Einfluss haben und ist relativ stabil über die Zeit (van Wel et al., 2000). Ein die Bindung beeinflussender Faktor ist dabei der Erziehungsstil der Eltern (Cummings & Cummings, 2002).

Die Ursprünge der Erziehungsstilforschung finden sich in den 1960er und 1970er Jahren. Zu diesem Zeitpunkt wurde v.a. der Einfluss des elterlichen Erziehungsstils auf einzelne Persönlichkeitsmerkmale beim Kind bzw. beim Erwachsenen untersucht (z.B. Herrmann, 1966; Lukesch, 1975; Schneewind & Herrmann, 1980), weniger hingegen wurden klinische Fragestellungen bearbeitet.

Im Rahmen der neueren klinisch-psychiatrischen Forschung wird der elterliche Erziehungsstil als ein Faktor innerhalb eines multifaktoriellen Vulnerabilitätsmodells psychischer Störungen gesehen (z.B. Perris, 1994). Insbesondere eine wahrgenommene fehlende Fürsorge bei gleichzeitiger Überbehütung, bzw. zu stark erlebter Kontrolle kann in einen Zusammenhang mit psychischen Störungen sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter gebracht werden (vgl. Mackinnon et al., 1993; Parker, 1983a, 1984; Rodgers, 1996a, b). Für zahlreiche Störungsbilder bzw. Syndrome konnte bereits ein eher als ungünstig einzustufender erinnelter Erziehungsstil, erfasst mittels des „Parental Bonding Instruments“, gefunden werden, z.B.:

- Major Depression (z.B. Nitta et al., 2008; Parker, 1979, 1981, 1983b; Patton et al., 2001; Plantes et al., 1988),
- Angst- und Panikstörungen (z.B. Faravelli et al., 1991; Heider et al., 2008),
- Zwangsstörungen (Cavedo & Parker, 1994; Hafner, 1988),
- Anorexia nervosa (Bulik et al., 2000; Canetti et al., 2008),
- Bulimia nervosa (z.B. Fosse & Holen, 2006),
- Hyperaktivität (Gau, 2007),
- Suizidalität (Heider et al., 2007),

- Persönlichkeitsstörungen, dabei insbesondere die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline (z.B. Fossati et al., 2001),
- Schizophrenie bzw. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (z.B. Modestin et al., 2004; Rankin et al., 2005) und
- Substanzabhängigkeiten (Gomez, 1984; Joyce et al., 1994).

Oft untersuchten die Studien eine mögliche Vorhersagekraft aus dem erinnerten elterlichen Erziehungsstil in Bezug auf den Verlauf einer psychischen Störung, wie z.B. das Rückfallrisiko von Psychose-Patienten (z.B. Parker et al., 1982, 1988).

Wenige Untersuchungen hingegen verglichen bislang den rezipierten elterlichen Erziehungsstil zwischen Studiengruppen mit unterschiedlicher Psychopathologie, z.B.:

- Depression mit milder Zwangssymptomatik versus Depression mit schwerer Zwangssymptomatik versus reine Zwangsstörung (Yoshida et al., 2005)
- Zwangsstörung versus Depression (Myhr et al, 2004)
- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline versus Schizophrenie (Byrne et al., 1990; Helgeland & Torgersen, 1997)
- Alkoholabhängigkeit versus Anorexia nervosa und Bulimie (Gomez, 1984)

Einige dieser Vergleichsstudien weisen konzeptionelle Mängel auf: So wurden Störungsbilder mit unterschiedlichem Schweregrad miteinander verglichen (z.B. Yoshida et al., 2005), oder die Fallzahlen waren sehr gering (z.B. Gomez, 1984; Myhr et al., 2004).

Deutlich zuverlässiger erscheinen zwei große Übersichtsarbeiten (Enns et al., 2002; Favaretto & Torresani, 1997), die repräsentativere Fallzahlen aufweisen und mehrere verschiedene Störungsbilder miteinander verglichen. Die beiden Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Während Favaretto & Torresani (1997) dem PBI eine – wenn auch begrenzte diagnostische Aussagekraft zuschreiben, wird dies von Enns et al. (2002) in Frage gestellt (s.u.).

Es liegen also hinsichtlich der Untersuchungen mit dem „Parental Bonding Instrument“ bislang nur wenige aussagekräftige klinische Vergleichsstudien vor.

## **1.4 Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse**

### **1.4.1 Erziehungsstil und Parental Bonding Instrument (PBI)**

Unter dem Begriff *Erziehungsstil* werden im Allgemeinen die Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken der Eltern subsummiert (Krohne, 1988). Der Erziehungsstil der Eltern wird dabei vielfach beeinflusst: Zum einen durch bestimmte Charakteristika des Kindes (z.B. Geschlecht, Intelligenz und Temperament als frühe Manifestation von Persönlichkeitsmerkmalen), Charakteristika der Eltern oder des Fürsorgesystems (z.B. psychologische und kulturelle Einflüsse) und von Charakteristika der reziproken, dynamischen und sich noch entwickelnden Bindung zwischen Elternteil und Kind (Oerter & Montada, 2008; Parker et al., 1979).

Einige Instrumente wurden konstruiert, um den vom Subjekt erlebten elterlichen Erziehungsstil abbilden und erfassbar machen zu können. Das weltweit am häufigsten eingesetzte Instrument ist das „Parental Bonding Instrument“ (PBI, Parker et al., 1979), das in zahlreiche Sprachen übersetzt und teilweise auch modifiziert wurde, z.B. als „Fragebogen zur elterlichen Bindung“ (Lutz et al., 1995), „Egna Minnen Beträffande Uppfostran“ (= Erinnerungen an die eigene Erziehung; EMBU, Perris et al., 1980), der „Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten“ (FEE; Schumacher et al., 1999) oder den „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS, Richter-Appelt et al., 2004).

In der vorliegenden Untersuchung wurde das „Parental Bonding Instrument“ (PBI; Parker et al., 1979) eingesetzt. Das PBI ist ein etabliertes Verfahren mit bekannten psychometrischen Kenndaten (s. auch s. 2.4.2.1) und untersucht subjektiv erinnerte Erziehungseinstellungen und Erziehungsverhaltensweisen, die eine Person retrospektiv für die ersten 16 Lebensjahre von ihren beiden Elternteilen berichtet. Im PBI werden getrennt Fragen zu Mutter und Vater gestellt. Zwei Faktoren des elterlichen Erziehungsstils werden dabei insbesondere beleuchtet: *Fürsorge* und *Kontrolle*. Im Ergebnis zeigt sich, ob sich die befragte Person eher als liebevoll versorgt durch das entsprechende Elternteil gefühlt hat oder ob stattdessen vielmehr eine Gleichgültigkeit bzw. emotionale Kälte für den Probanden Erinnerung geblieben ist. Des Weiteren kann erfasst werden, ob die Person sich eher stark kontrolliert bzw. „überbehütet“ gefühlt hat oder ob im Gegenteil die Erziehung der Eltern im Kindes- und Jugendalter als weniger

reglementierend und überwachend erlebt wurde (genauere Darstellung s. 2.4.2.1).

Von den Autoren des Fragebogens (Parker et al., 1979) wurde eine statistische Unabhängigkeit der beiden Dimensionen postuliert, so dass die beiden Faktoren *Fürsorge* und *Kontrolle* in ein Koordinatensystem übertragen werden können. So resultieren vier mögliche Dimensionen, die spezifische Erziehungsstile darstellen (für eine erste Übersicht s. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Die vier Dimensionen elterlicher Erziehungsstile (nach Parker, Tupling & Brown, 1979)**

	<i>hohe Fürsorge</i>	<i>niedrige Fürsorge</i>
<i>starke Kontrolle</i>	liebvolle Einschränkung (affectionate constraint)	lieblose Kontrolle (affectionless control)
<i>schwache Kontrolle</i>	<b>optimale Bindung</b> <b>(optimal bonding)</b>	fehlende oder schwache Bindung (absent or weak bonding)

Die Tabelle zeigt, dass Parker et al. (1979) eine spezifische Kombination der beiden Faktoren als *optimale Bindung* bzw. als *optimalen Erziehungsstil* bezeichneten. Der entsprechende elterliche Erziehungsstil soll dabei gekennzeichnet sein von wenig Kontrolle bei gleichzeitig dem Kind vermittelter starker Fürsorglichkeit. In einigen Studien mit dem PBI konnte tatsächlich nachgewiesen werden, dass der am häufigsten berichtete erinnerte elterliche Erziehungsstil in einer psychisch gesunden Kontrollpopulation der von Parker et al. (1979) als *optimale Bindung* beschriebene ist (z.B. Leon & Leon, 1990; Mackinnon et al., 1989). Im Gegensatz dazu erwarten Parker et al. (1979) den Erziehungsstil *lieblose Kontrolle* häufiger bei Patienten mit einer psychischen Störung.

Zahlreiche Studien beschäftigten sich mit dem Einfluss des Erziehungsstils, so wie

dieser mit dem PBI erfasst wird, im Zusammenhang mit psychopathologisch auffälligen Patientenkollektiven (s. 1.3). Im Folgenden sollen Studien zum subjektiv erinnerten Erziehungsstil bei Patienten mit den Störungsbildern Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie nacheinander detaillierter dargestellt werden.

#### **1.4.2 Das PBI in Studien zur Alkoholabhängigkeit**

Die Ursachen einer Alkoholabhängigkeit werden heute unter multifaktoriellen Gesichtspunkten diskutiert (Davison & Neale, 1996; Vaillant, 1995). Dabei spielen sowohl Genetik und biologisch-physiologische Aspekte, bestimmte individuumsbezogene psychische Faktoren, sowie auch die Umwelt und soziokulturelle Einflüsse eine Rolle (Clare, 1979; Robinson, 1977; Wolff, 1972). Zu den Umweltfaktoren kann die Eltern-Kind-Beziehung gezählt werden. Dass diese ursächlich mit der Erkrankung zusammenhängt, ist vielfach erörtert und untersucht worden, so schreibt Paul Schilder (1940): „...*the chronic alcoholic person is one who from the earliest childhood on has lived in a state of insecurity.*“ (S. 290).

Im Folgenden sollen Studien beschrieben werden, die das PBI zum Thema *Alkoholkonsum* bzw. *Alkoholismus* angewandt haben. Die Studientypen können dabei in zwei Gruppen unterteilt werden: Zum einen wurde anhand nicht-klinischer, also nicht erkrankter Populationen untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Menge des Alkoholkonsums und erinnertem Erziehungsstil der Eltern gibt. Zum anderen wurden manifest erkrankte alkoholabhängige Patienten hinsichtlich der elterlichen Erziehung betrachtet. Deshalb findet sich hier die Einteilung in *Nicht-klinische Stichproben* und *Klinische Stichproben*. Zudem wird gesondert eine Studie vorgestellt, die verschiedene psychische Störungsbilder (u.a. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit) hinsichtlich der PBI-Ergebnisse miteinander vergleicht.

### **1.4.2.1 Nicht-klinische Stichproben**

Richman & Flaherty (1986) untersuchten das Alkohol-Trinkverhalten unter 153 Medizinstudenten im ersten Studienjahr und legten diesen zusätzlich einige Fragebögen, u.a. das PBI, vor. Die Ergebnisse unterschieden sich geschlechtsspezifisch: In der männlichen Stichprobe war ein höherer Alkoholkonsum mit signifikant geringerer elterliche Fürsorge assoziiert, gepaart mit weniger erlebter sozialer Unterstützung und depressiver Grundstimmung. Bei den Frauen in dieser Studie, die im Vergleich mehr Alkohol tranken, fiel ein erhöhtes Maß an elterlicher Fürsorge auf, wie bei den Männern ebenfalls gehäuft mit einer leichten depressiven Symptomatik. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit wahrgenommenen Kontrollaspekten im Erziehungsstil, wie mit der zweiten Skala des PBI erfasst, konnte für beide Geschlechter nicht gefunden werden.

Eine weitere Studie von Richman & Flaherty (1990) untersuchte erneut Medizinstudenten (n=184) mit einem Fragebogen zu alkoholbezogenen Problemen, dem Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; Selzer, 1971) und dem PBI. Hier fand sich für beide Geschlechter, dass ein erhöhtes Risiko für alkoholbezogene Probleme, die mit dem MAST ermittelt wurden, mit einem niedrigeren Fürsorge-Skalenwert zusammenhing. Der Zusammenhang zur Kontrollskala zeigte erneut kein signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 2).

Rutherford et al. (1998) legten den PBI einer Stichprobe von 173 jungen Männern unter 22 Jahren vor. Dabei wurde unter anderem erhoben, welche der Probanden aus *Hoch-Risiko-Familien* stammten. Als *Hoch-Risiko-Familie* wurden solche Familien bezeichnet, in denen eine klinisch relevante Alkoholabhängigkeit von mindestens einem Elternteil bekannt war. Männer aus *Hoch-Risiko-Familien* beurteilten ihre Väter als signifikant weniger fürsorglich als die Teilnehmer mit einer für Alkoholismus leeren Familienanamnese. Signifikante Unterschiede auf der Kontroll-Skala konnten hingegen nicht ermittelt werden. Für diese Männer, die aus *Hoch-Risiko-Familien* stammten und niedrigere Fürsorge-Werte ihrer Väter berichteten, fand sich zudem ein statistisch bedeutsam höherer Alkoholkonsum als für die Vergleichsgruppe.

In einer Studie von Gerra et al. (2004) wurden 1076 italienische Schüler (im Alter von

14 bis 19 Jahren) hinsichtlich Menge des Alkoholkonsums, Anzeichen für Alkoholmissbrauch und über den Gebrauch illegaler Drogen in drei Gruppen eingeteilt: *habitual user*, also gewohnheitsmäßiger, evtl. sogar missbräuchlicher Konsum, *minimal experimenters*, womit Schüler gemeint waren, die zwar Alkohol oder andere Drogen ausprobiert hatten und auch noch weiterhin konsumierten, dies aber nicht regelmäßig taten, und *abstinent* Schüler. Die Teilnehmer mussten einige Fragebögen ausfüllen, wie z.B. die „Zuckerman Sensation Seeking Scale“ (Zuckerman, 1978), das „Eysenck Personality Questionnaire“ (Eysenck & Eysenck, 1975), das „Buss-Durkee Hostility Inventory“ (Buss & Durkee, 1957) und das „Parental Bonding Instrument“ (Parker et al., 1979). Im PBI-Ergebnis berichteten die *Gewohnheitskonsumenten* von Alkohol und multiplen Substanzen von signifikant weniger wahrgenommener mütterlicher Fürsorge als die *minimal users*. Regelmäßiger Cannabiskonsum war eher mit geringer ausgeprägter väterlicher Fürsorge assoziiert.

#### **1.4.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der nicht-klinischen Studien**

Die Ergebnisse zum erinnerten elterlichen Erziehungsstil in Studien bei nicht-klinischen Stichproben weisen darauf hin, dass ein höherer, eventuell bereits missbräuchlicher Alkoholkonsum oft assoziiert ist mit einer erinnerten geringeren Fürsorge durch beide Elternteile. Dieser Effekt scheint weitestgehend unabhängig vom Geschlecht der Teilnehmer, lediglich in der ersten Studie von Richman & Flaherty (1986) wiesen die weiblichen Teilnehmer signifikant erhöhte Fürsorge-Werte auf.

Die wahrgenommene Kontrolle im Erziehungsstil konnte nur in einer Studie (Rutherford et al., 1997) in einen statistisch signifikanten Zusammenhang zum Alkoholkonsum gebracht werden, dabei ergaben sich für eine untersuchte männliche Stichprobe höhere Kontroll-Werte für sowohl die Mütter als auch die Väter.

Die Studien sind allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig, da es sich ausdrücklich um nicht klinisch erkrankte alkoholabhängige Personen handelte.

**Tabelle 2: PBI-Ergebnisse bei Stichproben mit höherem Alkoholkonsum an nicht-klinischen Stichproben**

<i>PBI-Dimension</i>		<i>Fürsorge</i>				<i>Kontrolle</i>			
<i>Elternteil</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
<i>Studie</i>	<i>Stichprobe</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>
Richman & Flaherty (1986)		↓	↑	↓	↑	-	-	-	-
Richman & Flaherty (1990)		↓	↓	↓	↓	-	-	-	-
Rutherford et al. (1997):									
	Bei pos. Familienanamnese	↓	n.u.	↓	n.u.	↑	n.u.	↑	n.u.
Gerra et al. (2004)		↓	↓	↓	↓	-	-	-	-

Zeichenerklärung: ↓ Nach Parker et al. (1979) statistisch signifikant unterdurchschnittlicher Wert ( $p < 0,05$ )  
 ↑ Nach Parker et al. (1979) statistisch überdurchschnittlicher Wert ( $p < 0,05$ )  
 - Kein statistisch signifikantes Ergebnis ( $p > 0,05$ )  
 n.u. Nicht untersucht

### 1.4.2.3 Klinische Stichproben

Gomez (1984) unternahm eine vergleichende Untersuchung zwischen 71 Patienten (56 Männer, 15 Frauen), die sich wegen eines Alkoholproblems in Behandlung befanden, mit Kontrolldaten von 20 nicht alkoholkranken Personen (10 Männer, 10 Frauen) sowie Patienten, die unter einer Essstörung litten (10 mit chronischer Anorexia nervosa, 10 mit Bulimia nervosa). Dabei zeigte sich, dass sowohl die männlichen als auch die weiblichen alkoholkranken Probanden ihre Väter als signifikant unterfürsorglich erlebt hatten, die Mütter hingegen als überfürsorglich beschrieben. Für die Kontrollskala fand sich kein statistisch signifikantes Ergebnis. Für die an einer Anorexia nervosa erkrankten Patientinnen fanden sich signifikante Ergebnisse für die Mütter: Diese wurden als unterfürsorglich und zugleich überkontrollierend wahrgenommen. Die Patienten mit einer Bulimia nervosa hingegen beschrieben die Väter als signifikant weniger fürsorglich. Die nicht-erkrankte Kontrollgruppe erinnerte erwartungsgemäß einen von Parker et al. (1979) als *optimal* einzustufenden Erziehungsstil der Eltern. Ob sich die gefundenen Unterschiede zwischen den vier untersuchten Stichproben signifikant voneinander unterschieden, wurde nicht untersucht.

Bernardi et al. (1989) untersuchten 110 Patienten einer Entgiftungsstation in Sydney. Dabei setzte sich die klinische Stichprobe aus 70 heroinabhängigen Patienten (40 Männer, 30 Frauen) und 40 alkoholkranken Patienten (31 Männer, 9 Frauen) zusammen. Beide Abhängigkeitsgruppen berichteten im Vergleich zu einer nicht erkrankten Kontrollgruppe (n=127; Männer n=34; Frauen n=93) von einer erhöhten mütterlichen Kontrolle. Ein Unterschied auf der Fürsorge-Skala fand sich für die Abhängigkeitserkrankten in dieser Studie hingegen nicht. Um einen potenziellen Einfluss der Genetik zu kontrollieren, wurden die Ergebnisse statistisch in Zusammenhang gesetzt mit einer familiären Vorbelastung für eine Abhängigkeitserkrankung. Dabei fand sich, dass a) in der Gruppe der alkoholkranken Studienteilnehmer mehr familiäre Vorbelastungen hinsichtlich einer Alkoholerkrankung vorlagen, und dass b) eine positive Familienanamnese für eine Alkoholerkrankung mit signifikant erniedrigter väterlicher Fürsorge assoziiert war. Zwar waren tendenziell auch die mütterlichen Fürsorge-Werte niedriger, kombiniert mit höheren Kontroll-Werten, dieses Ergebnis erwies sich allerdings als statistisch nicht signifikant. Interessanterweise konnte kein Zusammenhang zwischen einer positiven Familienanamnese für Drogenabhängigkeit und erinnertem elterlichem Erziehungsstil festgestellt werden.

Joyce et al. (1994) verglichen die PBI-Testergebnisse zwischen vier verschiedenen Gruppen. Eine Gruppe bestand aus 64 Männern, die sich wegen Alkoholabhängigkeit in Behandlung befanden (*Behandlungsgruppe*), ein weiteres Kollektiv bestand aus 50 Männern, die innerhalb der vergangenen 12 Monate die Kriterien für einen Alkoholmissbrauch oder eine -abhängigkeit nach DSM-III erfüllt hatten, sich aber deswegen zu keinem Zeitpunkt in Behandlung befunden hatten, des Weiteren wurde eine Gruppe von 23 Männern mit Alkoholabhängigkeit in der Vergangenheit, aktuell ohne Symptom zusammengestellt, und eine weitere Stichprobe setzte sich aus 42 Männern ohne gegenwärtige oder vergangene Alkoholabhängigkeit zusammen. Die *Behandlungsgruppe* wurde aus einem staatlichen Alkoholbehandlungsprogramm rekrutiert, die anderen 3 Kollektive entstammten einer großen Zufallsstichprobe (n=1498). Im Ergebnis zeigte sich, dass die alkoholkranken Männer der *Behandlungsgruppe* signifikant weniger väterliche und mütterliche Fürsorge und signifikant mehr Kontrolle als die niemals an Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit erkrankte Zufallsstichprobe berichteten: Die Teilnehmer, die in der

jüngeren Vergangenheit (innerhalb der letzten 12 Monate) die DSM-III-Kriterien für einen Alkoholmissbrauch oder eine –abhängigkeit erfüllt hatten, gaben im Vergleich zu der Gruppe, die niemals alkoholkrank gewesen war, signifikant mehr mütterliche Kontrolle an.

Die Autoren vermuteten, dass es noch weitere Unterschiede zwischen den Probanden, die eine Alkoholentwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen hatten, und denen, die trotz Alkoholproblemen keine Behandlung eingingen, geben müsste. Dabei wurden drei Einflussfaktoren nochmals gesondert ausgewertet. Erstens wurde der Schweregrad der Symptome bestimmt. Im Ergebnis fand sich, dass, je schwerwiegender die Alkoholabhängigkeitssymptome waren (bemessen an der Anzahl verschiedener Symptome), desto wahrscheinlicher war, dass sich diese Personen in Behandlung begaben. Einen Zusammenhang mit den PBI-Ergebnisse hatte der Schweregrad der Symptome allerdings nicht. Zum Zweiten berücksichtigten die Untersucher antisoziale Verhaltensweisen bei den Teilnehmern. Im Befund fiel auf, dass keiner der Teilnehmer aus der Zufallsstichprobe (auch der Personen mit Alkoholproblemen) jemals im Gefängnis gewesen war, aber immerhin 1/3 aus der Behandlungsgruppe. Drittens wurde eine kindliche Verhaltensstörung mit erfasst. Hier fanden die Autoren, dass eine kindliche Verhaltensstörung mit einem eher als suboptimal einzustufenden erinnerten Erziehungsstil (geringere elterliche Fürsorge, höhere elterliche Kontrolle) der betroffenen Personen assoziiert war. Dabei fanden sich erstaunlicherweise allerdings die niedrigsten berichteten väterlichen Fürsorge-Werte bei den Männern, die Symptome einer kindlichen Verhaltensstörung berichteten, dabei aber nur wenige (4 oder weniger) klinische Alkoholsymptome aufwiesen.

#### **1.4.2.4 Vergleichsstudie**

Eine der wenigen Untersuchungen, die bislang PBI-Scores zwischen mehreren verschiedenen Störungsbildern miteinander verglichen haben, ist eine Studie von Enns et al. (2002). Die Daten wurden aus einer großen Untersuchung gewonnen, des „National Comorbidity Survey“ in den Vereinigten Staaten. Von insgesamt 8098 Teilnehmern konnten für die gewünschte Fragestellung 5360 Personen (2666 Männer, 2694 Frauen) untersucht werden. Dabei wurden 13 psychische Störungsbilder hinsichtlich diverser psychiatrischer Fragestellungen einander gegenübergestellt:

- **Affektive Erkrankungen:** Depression und Dysthymie
- **Angstspektrumsstörungen:** Posttraumatische Belastungsstörung, Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, einfache Phobie, generalisierte Angststörung
- **Abhängigkeitserkrankungen:** Alkohol-, Drogenmissbrauch, sowie Alkohol-, Drogenabhängigkeit
- **Persönlichkeitsstörung:** Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Das PBI wurde in dieser Studie nach der 3-Faktoren-Lösung ausgewertet (s. auch 2.4.2.1). Das heißt, neben den 2 Faktoren *Fürsorge* und *Kontrolle* wurde der Faktor *Autoritarismus* (*authoritarianism*) mit betrachtet. Zudem verwendeten die Autoren nicht die Originalfassung des PBI, mit 25 Items, sondern eine Kurzform des PBI mit 8 Items für jedes Elternteil. Berichtet wurden lediglich Vergleichsparameter, eine Auswertung der PBI-Skalenkennwerte erfolgte nicht für jedes einzelne Störungsbild getrennt.

Enns et al. (2002) berichteten vier zentrale Ergebnisse. So betonten die Autoren als Hauptbefund: „*Lack of care was the parenting variable most consistently associated with adult psychopathology.*“ (S. 1003). Als zweites Ergebnis fand sich, dass eine starke väterliche Kontrolle bzw. ein väterlicher autoritärer Erziehungsstil das Risiko einer externalisierenden psychischen Störung (darunter subsumierten die Autoren substanzbezogene Störungen und die antisoziale Persönlichkeitsstörung) bei männlichen Erwachsenen reduzierte, wohingegen mütterliche hohe Kontrolle bzw. ein eher autoritärer Erziehungsstil tendenziell (allerdings nicht statistisch signifikant) mit einer erhöhten Krankheitswahrscheinlichkeit einherging. Drittens war, über alle untersuchten Störungsbilder betrachtet, die Assoziation zwischen erinnertem mütterlichem Erziehungsstil und Psychopathologie stärker als der Zusammenhang zwischen erinnertem väterlichem Erziehungsstil und einem psychischen Störungsbild. Viertens schlussfolgern Enns et al., dass der Einfluss des erinnerten elterlichen Erziehungsstils auf die Psychopathologie eher als mäßig bis gering einzustufen ist, denn, so die Autoren, das PBI konnte in der hier vorgestellten Studie lediglich 1 bis 5% der Varianz beim Auftreten einer psychischen Störung im Erwachsenenalter erklären. Aus den individuell ermittelten PBI-Skalenkennwerten kann somit nicht „vorhergesagt“ werden, ob eine Person psychisch erkrankt ist, oder unter welcher Störung eine Person leidet.

### 1.4.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse klinischer Studien

Es zeigte sich, dass die Ergebnisse zum erinnerten elterlichen Erziehungsstil in Studien zum Zusammenhang mit einer manifesten Alkoholerkrankung nicht einheitlich sind: Einzelne Studien ergaben isoliert bei alkoholkranken Patienten statistisch signifikante, auffällige Werte in der Fürsorge-Skala (Gomez, 1984) oder eine signifikant stärkere Kontrolle (Bernardi et al., 1989). Eine Studie (Joyce et al., 1994) fand, dass bei einer männlichen Stichprobe von Alkoholabhängigen, die sich in Behandlung befanden, beide Eltern als sowohl weniger fürsorglich als auch stärker kontrollierend wahrgenommen wurden. Zudem wurde diskutiert, ob der Erziehungsstil hinsichtlich der Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung nicht eher ein vermittelnder Faktor ist, z.B. über Depression (Bernardi et al., 1989) oder kindliche Verhaltensstörung (Joyce et al., 1994) oder antisoziale Persönlichkeitsakzentuierung (Joyce et al., 1994). Enns et al. (2002) stuften den Einfluss des Erziehungsstils auf die Ausbildung einer Psychopathologie als eher gering ein.

Tabelle 3: PBI-Ergebnisse für klinische Stichproben in Studien zu Alkoholabhängigkeit

<i>PBI-Dimension</i>		<i>Fürsorge</i>				<i>Kontrolle</i>			
<i>Elternteil</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
<i>Studie</i>	<i>Stichprobe</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>
Gomez (1984)		↑	↑	↓	↓	-	-	-	-
Bernardi (1989)	Opiat- + Alkoholabhängige	-	-	-	-	↑	↑	↑	↑
	Alk., pos. Familienanamnese	-	-	↓	↓	-	-	-	-
Joyce et al. (1994)	Behandlungsgruppe	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑

Zeichenerklärung: ↓ Nach Parker et al. (1979) statistisch signifikant unterdurchschnittlicher Wert ( $p < 0,05$ )

↑ Nach Parker et al. (1979) statistisch überdurchschnittlicher Wert ( $p < 0,05$ )

- Kein statistisch signifikantes Ergebnis ( $p > 0,05$ )

n.u. Nicht untersucht

### **1.4.3 PBI und Psychose**

Wie beim Störungsbild des Alkoholismus wird auch bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Verbreitet ist dabei das Diathese-Stress-Modell, das – vereinfacht dargestellt – von einer grundlegenden (durch genetische und andere Einflüsse) bedingten Vulnerabilität der Patienten ausgeht. Bei Hinzutreten von späteren Belastungen („Stressoren“) kann die Krankheit auftreten (z.B. Braus, 2005; Urban & Hartmann, 2005).

Zu diesen Umweltfaktoren zählt auch die Familie. Die wissenschaftliche Erforschung des Einflusses der Familie auf Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis hat eine lange Tradition. Bereits Sullivan (1927) vermutete einen Zusammenhang zwischen schizophrenen Symptomen und Familieninteraktionen. 1948 etablierte sich durch Fromm-Reichmann das Konzept der *schizophrenogenen* Mutter: Diese wird in der Literatur (z.B. Frank, 1965) beschrieben als „*dominant, overprotective but basically rejecting mother*“ (S. 193), also als wenig fürsorglich und stark kontrollierend/überbeschützend.

Viele Studien haben versucht, sich den komplexen Interaktionsmustern in Familien mit schizophrenen Angehörigen zu nähern (z.B. Goldstein & Rodnick, 1975; Liem, 1980). Untersuchungen zu den Konzepten aus der Systemtheorie konnten zeigen, dass ein erhöhtes Ausmaß an *expressed emotions* (z.B. kritische Kommentare, Feindseligkeit und Verstrickungen) von Angehörigen dem Patienten gegenüber einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben (Brown et al., 1962; Liberman et al., 1982; Vaughn & Leff, 1976). Auch der Einfluss des Erziehungsstils wurde vielfach untersucht. Die Untersuchungen, die in dieser Arbeit vorgestellt werden, berücksichtigen vor allem folgende Aspekte:

1. Deskriptiv-explorative Studien
2. Zwillingsstudien
3. Vergleichsstudien

### **1.4.3.1 Deskriptiv-explorative Studien**

Parker et al. (1982) legten einer Stichprobe von schizophrenen Patienten den PBI sofort nach Aufnahme in ein Krankenhaus vor und zu einem späteren Zeitpunkt, als die Patienten eine deutliche klinische Stabilisierung zeigten. Zu beiden Zeitpunkten berichteten die Patienten von geringerer elterlicher Fürsorge und höher erlebter elterlicher Kontrolle im Vergleich zu den Grenzwerten von Parker et al (1979), statistisch signifikant wurden diese Ergebnisse allerdings nur für die Väter. Zudem war das Alter zum Zeitpunkt der erstmaligen Krankenhausaufnahme assoziiert mit den PBI-Ergebnissen: Die Zuordnung eines oder beider Elternteile zu dem PBI-Quadranten *lieblose Kontrolle* (geringe Fürsorge bei hoher Kontrolle) ging damit einher, dass die Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme im Mittel jünger waren ( $\underline{M}=22,6$ ) als die Patienten, die ihre Eltern nicht diesem Erziehungsstil zugeordnet hatten ( $\underline{M}=28,7$ ). Für die Teilnehmer, die ihre Eltern dem *lieblose Kontrolle*-Quadranten zugeordnet hatten und die zudem auch nach der Entlassung in engem Kontakt zu den Eltern standen, lag die Wahrscheinlichkeit einer stationären Wiederaufnahme innerhalb der nächsten neun Monate bei 75%. Im Vergleich dazu lag die Wahrscheinlichkeit eines psychotischen Rückfalls mit erneut notwendiger stationärer Aufnahme der restlichen Teilnehmer hingegen lediglich bei 25%. Die Autoren werteten dieses Ergebnis als prognostische Kraft des PBI: Das PBI könne also mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit vorhersagen, ob eine an einer Psychose erkrankte Person wieder stationär aufgenommen werden muss oder nicht.

Eine Replikationsstudie von Parker et al. (1988) erbrachte hinsichtlich des erinnerten Erziehungsstils ein vergleichbares Ergebnis: Wieder berichteten die psychotischen Patienten geringere elterliche Fürsorge und verstärkte elterliche Kontrolle, verglichen mit den Grenzwerten von Parker et al. (1979), signifikant aber wurden die Ergebnisse erneut nur für die Väter.

Baker et al. (1984) führten eine kombiniert retrospektive und prospektive Studie durch. Zudem wurde eine modifizierte Version des PBI, der „Influential Relationships Questionnaire“ mit eingesetzt. Der *IRQ* misst Fürsorge, Überbehütung und Kritik, die an der teilnehmenden Person von den zwei ihr am nächsten stehenden Personen in den letzten 18 Monaten ausgeübt wurde. Diese Überarbeitung des PBI wurde in Bezug auf

die theoretischen Annahmen der Systemtheorie und deren Konzept der *expressed emotions* vorgenommen.

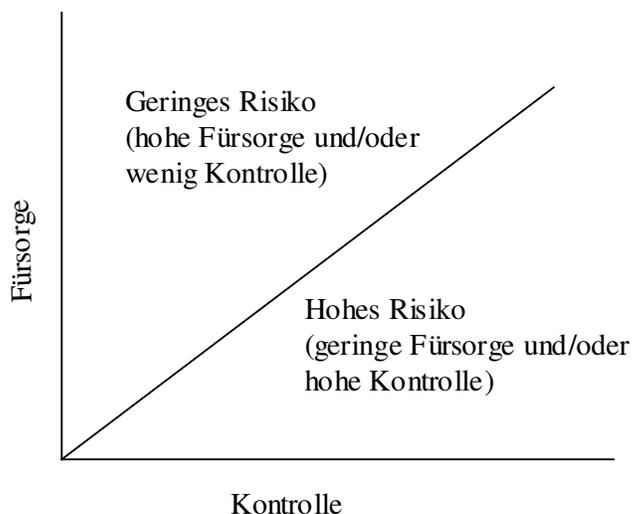
Der retrospektive Anteil der Studie untersuchte die Patienten, die ein Rezidiv innerhalb der ersten 18 Monate nach stationärem Aufenthalt aufgewiesen hatten, mit denen ohne Rezidiv. Die Ergebnisse dieser beiden Gruppen im klassischen PBI unterschieden sich nicht signifikant voneinander: Das PBI konnte also nicht zwischen beiden Gruppen diskriminieren. Dies würde also der Idee einer „prognostischen Kraft“ der Originalversion des PBI, wie es Parker et al. (1982) beschrieben hatten, entgegenstehen. Im Vergleich dazu fand sich mit dem IRQ, dass die Rezidiv-Patienten die ihnen am nächsten stehenden Personen als signifikant mehr fürsorglich als auch kritisierender erlebten als die Nicht-Rezidiv-Gruppe.

Der prospektive Teil der Studie untersuchte die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Patient wieder aufgenommen werden musste. Es fiel dabei auf, dass die wieder aufgenommenen Personen ihre Mütter im PBI als signifikant fürsorglicher beschrieben hatten. Zudem fand sich auch in dieser Studie, wie bereits bei Parker et al. (1982), ein Zusammenhang zwischen Erziehungsstil und dem Alter bei erster Aufnahme: Wenn die Eltern dem PBI-Quadranten *lieblose Kontrolle* (geringe Fürsorge bei hoher Kontrolle) zugeordnet wurden, waren die Personen bei der ersten Aufnahme jünger als die anderen erkrankten Personen der Studie.

Hafner & Miller (1991) verglichen in einer zwölfmonatigen prospektiven Studie die Ergebnisse mehrerer Fragebögen (z.B. PBI, Parker et al, 1979; „The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire“, Philip, 1973; „The Brief Symptom Inventory“, Derogatis & Spencer, 1982; „The Family Environment Scale“, Moos & Moos, 1981) von Patienten, die in diesem Zeitraum nur einen Krankenhausaufenthalt hatten, mit Ergebnissen von Patienten, die wiederholt stationär aufgenommen werden mussten. Alle teilnehmenden 18 Patienten wiesen eine Schizophrenie-Diagnose nach DSM-III-R-Diagnose auf, befanden sich im Alter zwischen 18–45 Jahren und lebten aktuell bei mindestens einem Elternteil. Im Ergebnis bewerteten die 10 Patienten, die im Laufe eines Jahres wieder aufgenommen wurden, ihre Mütter als signifikant weniger kontrollierend und stärker fürsorglich als die 8 Patienten, die nicht wieder aufgenommen

werden mussten. Dies ist ein sehr überraschendes Ergebnis, denn zum einen sind die Resultate konträr zu denen von Parker et al. (1982, 1988), zum anderen entsprach der gefundene Erziehungsstil bei den Patienten mit Rezidiv dem, der von Parker et al. (1979) beschriebenen *optimalen Bindung*. Die Autoren diskutierten deshalb, ob die Ergebnisse eventuell durch das Geschlecht beeinflusst wurden (mehr männliche Patienten nahmen an der Studie teil) und/oder Chronizität der Erkrankung (mehr chronisch Erkrankte nahmen teil). Des Weiteren war die untersuchte Stichprobe sehr klein (s.o.) und somit nicht repräsentativ.

Warner & Atkinson (1988) beobachteten den Verlauf der Erkrankung retrospektiv über ein Jahr an 62 schizophrenen Patienten (44 Männer, 18 Frauen), deren Behandlung an einem kommunalen Gesundheitszentrum erfolgte. Das PBI wurde zum Zeitpunkt des „besten mentalen Funktionsniveaus“ vorgelegt. Die Untersucher berechneten einen „PBI-Unterschieds-Kennwert“, indem sie von der Fürsorge-Skala die Kontroll-Skala abzogen. Durch diese Berechnung konnten die Patienten in eine „Hoch-Risiko-Gruppe“ (geringe Fürsorge und/oder hohe Kontrolle) und eine „Gering-Risiko-Gruppe“ (hohe Fürsorge und/oder geringe Kontrolle) eingeteilt werden (s. Abbildung 1).



**Abbildung 1: Wahrgenommene elterliche Erziehungsstile nach Berechnung von Unterschiedswerten aus den Ergebnissen zum Parental Bonding Instrument (nach Warner & Atkinson, 1988)**

Im Ergebnis fand sich, dass die neu gebildeten PBI-Unterschiedskennwerte die Wahrscheinlichkeit einer erneut notwendigen stationären Aufnahme wegen psychotischer Exazerbation der Grunderkrankung vorhersagen konnten: Die Patienten, die nur **ein** Elternteil in die Hoch-Risiko-Kategorie eingestuft hatten und mit diesem

auch in engem Kontakt standen, hatten eine höhere Rückfallrate und längere Dauer der erneuten Exazerbation als die Patienten aus der Niedrig-Risiko-Kategorie. Die Patienten, die **beide** Eltern der Hoch-Risiko-Gruppe zuordneten und auch in engem Kontakt mit den Eltern standen, hatten ein nochmals erhöhtes Risiko, häufiger und länger psychotisch zu erkranken. Interessanterweise war bei den Patienten, die zwar ein oder beide Elternteile der Hoch-Risiko-Gruppe zuteilten, aber kaum bzw. wenig Kontakt zu den Eltern hatten, der Verlauf deutlich günstiger (i.S.v. weniger Rückfällen und weniger langen Krankenhausaufenthalten). In dieser Studie konnte entgegen den Ergebnissen von Parker et al. (1982, 1988) und Baker (1984) kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den PBI-Ergebnissen und dem Alter bei erster behandlungsbedürftiger schizophrener Episode ermittelt werden. Die Ergebnisse zeigten sich auch unbeeinflusst vom momentanen Alter oder der Medikamentencompliance der Teilnehmer.

Lebell et al. (1993) legten neben dem PBI ein weiteres Instrument, die „Dyadic Adjustment Scale“ (Spanier, 1976) vor, so dass die Wahrnehmungen der Patienten gegenüber allen relevanten Bezugspersonen, nicht nur den Eltern, erfasst werden konnten. Des Weiteren sollten die Patienten ihre **aktuellen** Gefühle gegenüber diesen Verwandten bzw. nächsten Bezugspersonen auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewerten (*überwiegend sehr starke positive Gefühle und Gedanken* bis hin zu *überwiegend sehr starke negative Gefühle und Gedanken*). Auf derselben Skala sollte der Patient beurteilen, wie er denkt, dass die Verwandten ihm gegenüber aktuell empfinden. Somit sollte ein Vergleich zwischen der Erinnerung an die Beziehung in der frühen Kindheit und den aktuellen Beziehungswahrnehmungen stattfinden. Eine erste Erhebung wurde an 39 männlichen Poliklinik-Patienten durchgeführt. Nach einem Jahr waren von diesen 24 Patienten erneut psychotisch exazerbiert. Die Autoren fanden, dass Patienten, die die aktuelle Beziehung zu den nächsten Angehörigen in der ersten Befragung als positiv eingestuft hatten, ein signifikant geringeres Risiko der psychotischen Exazerbation aufwiesen, insbesondere wenn zu diesen positiv bewerteten Angehörigen ein enger Kontakt bestand. Auch wenn der Schweregrad der Erkrankung statistisch kontrolliert wurde, blieb dieser Effekt bestehen. Hingegen fanden sich keine Zusammenhänge mit Verlaufsparemtern der Erkrankung und demographischen Variablen, dem Verwandtschaftsgrad, dem Geschlecht der nächsten Angehörigen, den PBI-Kennwerten

oder den Ergebnissen aus der „Dyadic Adjustment Scale“. Die Autoren schlussfolgern, dass also vielmehr die aktuelle Wahrnehmung der Patienten gegenüber ihren nächsten Angehörigen oder Bezugspersonen als größter Einflussfaktor hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs gesehen werden müsste.

#### **1.4.3.2 Zwillingsstudien**

Onstad et al. (1993) untersuchten 12 monozygotische und 19 dizygotische Zwillingspaare mit dem PBI. Dabei war einer der Zwillinge jeweils an Schizophrenie erkrankt, der andere nicht. Im direkten Vergleich zwischen erkranktem versus nicht-erkranktem Zwilling fand sich, dass der psychotische Zwilling im PBI-Ergebnis statistisch signifikant weniger Fürsorge und mehr Kontrolle als der gesunde Zwillingsteil berichtete. Unter Kontrolle von soziodemographischen Faktoren (Geschlecht, Alter) und Zygosität fand sich als einflussreichstes Diskriminationsmerkmal zwischen den erkrankten und nicht-erkrankten Zwillingen der PBI-Kennwert *väterliche Kontrolle*. In einer Replikationsstudie (Onstad et al., 1994) konnten die oben beschriebenen Ergebnisse erneut repliziert werden. Die Autoren diskutierten, ob diese unterschiedlichen Verhaltensweisen gegenüber krankem versus gesundem Zwilling aus prämorbidem kindlichen Persönlichkeitscharakteristika resultieren könnten: Die Annahme dabei ist, dass prämorbidem Persönlichkeitscharakteristika des Kindes in den Eltern negativere Gefühle dem Kind gegenüber ausgelöst haben könnten, die sich wiederum im Verhalten dem Kind gegenüber niederschlugen und somit auf das vulnerable Kind zurückwirkten.

#### **1.4.3.3 Vergleichsstudien**

Byrne et al. (1990) ließen 15 Borderline-Patienten (2 Männer, 13 Frauen) den PBI und den „Childhood Life Events and Family Characteristics Questionnaire“ (Byrne et al., 1990) ausfüllen. Diese Ergebnisse wurden verglichen mit Ergebnissen von 14 Teilnehmern mit Schizophrenie (4 Männer, 10 Frauen) sowie den Resultaten einer Kontrollstichprobe aus der Literatur. Die Borderline-Patienten hatten häufiger als das schizophrene Patientenkollektiv eine körperliche und/oder sexuelle Misshandlung in der Kindheit erlebt und berichteten über mehr frühe Trennungserfahrungen sowie mehr väterliche Kriminalität. Im PBI unterschieden sich die Borderline-Patienten von den an Schizophrenie erkrankten Probanden durch einen signifikant überkontrollierenden

väterlichen Erziehungsstil und geringere mütterliche Fürsorge. Wurden die beiden Störungsgruppen einzeln gegen die „Normaldaten“ von Parker et al. (1979) getestet, so berichteten die Borderline-Patienten signifikant weniger mütterliche und väterliche Fürsorge sowie mehr Kontrolle durch beide Eltern. Im Vergleich zwischen den schizophrenen Patienten und den Normaldaten berichteten die Schizophrenen von signifikant geringerer väterlicher Fürsorge.

Helgeland & Torgersen (1997) untersuchten ausschließlich die Erinnerung an die Mutter bei 19 Personen mit Schizophrenie, 14 Personen mit Borderline-Störung und 15 psychisch gesunden Personen. Die schizophrenen und die Borderline-Patienten beschrieben ihre Mütter als signifikant weniger fürsorglich und mehr kontrollierend als die nicht-klinische Gruppe. Wurden allerdings die beiden klinischen Stichproben einander direkt gegenübergestellt, so fand sich hinsichtlich des erinnerten mütterlichen Erziehungsstils kein statistisch signifikanter Unterschied. Somit, so die Autoren, könnten die Wahrnehmungen einer *negativen Mütterlichkeit* nicht spezifisch für die schizophrene Patientenpopulation sein. Zugleich wiesen sie darauf hin, dass in Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung schon mehrfach der PBI-Befund (geringe Fürsorge bei hoher Kontrolle) repliziert werden konnte (z.B. Paris et al., 1987; Torgersen & Alnæs, 1992). Die Autoren nahmen deshalb an, dass bei gegebener präorbider Vulnerabilität ein suboptimaler mütterlicher Erziehungsstil die Entwicklung verschiedener psychischer Störungen begünstigen kann. Welche anderen Faktoren vermittelnd einfließen, wird von den Autoren nicht näher erörtert. Auch wurde der Einfluss des väterlichen Erziehungsstils nicht mit überprüft. Dies ist insofern kritisch anzumerken, als in einigen PBI-Studien zur Schizophrenie (z.B. Onstad et al., 1993) auf die Bedeutsamkeit der Variablen *väterliche Kontrolle* hingewiesen wurde.

#### **1.4.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die Ergebnisse (Überblick s. Tabelle 4) weisen darauf hin, dass bei Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis der subjektiv erinnerte elterliche Erziehungsstil eher suboptimal ist. Häufig konnte der von Parker et al. (1979) als *lieblose Kontrolle* betitelte Erziehungsstil (geringe Fürsorge bei hoher Kontrolle) zumindest für eines der beiden Elternteile (z.B. für den Vater bei Parker et al., 1982, 1988; für die Mutter bei Hafner & Miller, 1991) gefunden werden. Onstad et al. (1993)

fanden für beide Elternteile diesen Erziehungsstil und wiesen in ihren Zwillingsstudien auf die Relevanz der *väterlichen Kontrolle* hin. Zur Ausbildung eines Rezidives gab es einander widersprechende Ergebnisse: Während Parker et al. (1982, 1988) dem PBI eine gewisse prognostische Kraft zuschrieben, konnte dies von anderen Autoren (z.B. Baker et al., 1984) nicht repliziert werden. Weiterhin könnte es hilfreich sein, die aktuellen Beziehungen, bzw. deren Stressfaktor mit zu berücksichtigen (Lebell et al., 1993).

**Tabelle 4: Ergebnisse der PBI-Studien zu Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis**

Studie	PBI-Dimension Elternteil Stichprobe	Fürsorge				Kontrolle			
		Mutter		Vater		Mutter		Vater	
		m	w	m	w	m	w	m	w
Parker et al. (1982)		-	-	↓	↓	-	-	↑	↑
Parker et al. (1988)		-	-	↓	↓	-	-	↑	↑
Baker (1984)		1. PBI: Ergebnis unterschied nicht zwischen Rezidiv-Patienten und Patienten ohne Rezidiv. 2. IRQ: Rezidiv-Patienten erleben mehr Fürsorge und Kritik als Patienten ohne Rezidiv.							
Hafner & Miller (1991)	1. Ergebnis über alle Patienten	-	-	-	-	↑	↑	-	-
	2. Rezidiv-Patienten	↑	↑	-	-	↓	↓	-	-
Lebell (1993)		-	-	-	-	-	-	-	-
Onstad et al. (1993)	Ergebnisse für den psychotischen Zwillings	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑
Byrne et al. (1990)		-	-	↓	↓	-	-	-	-
Helgeland et al. (1997)		↓	↓	n.u.	n.u.	↑	↑	n.u.	n.u.

Zeichenerklärung: ↓ Nach Parker et al. (1979) statistisch signifikant unterdurchschnittlicher Wert ( $p < 0,05$ )  
 ↑ Nach Parker et al. (1979) statistisch überdurchschnittlicher Wert ( $p < 0,05$ )  
 - Kein statistisch signifikantes Ergebnis ( $p > 0,05$ )  
 n.u. Nicht untersucht

#### **1.4.4 PBI und soziodemographische Variablen**

Hier sollen Untersuchungen bei nichtpsychiatrischen Stichproben zu folgenden soziodemographischen Variablen dargestellt werden:

1. Einfluss des elterlichen Geschlechts auf das PBI-Ergebnis,
2. Einfluss des Geschlechts der Stichprobe auf das PBI-Ergebnis,
3. Interaktionelle Einflüsse von elterlichem und Teilnehmer-Geschlecht,
4. Einfluss der sozialen Schicht und
5. kulturelle Einflüsse.

##### **1.4.4.1 Einfluss des elterlichen Geschlechts**

Parker et al. (1979) stellten in der Validierungsstudie zum PBI fest, dass Mütter generell als signifikant fürsorglicher und beschützender beschrieben wurden als die Väter. Dieses Ergebnis konnte in anderen Studien repliziert werden (z.B. Cubis et al., 1989; Parker, 1983a; Truant et al., 1987). Entsprechend wurde dies in der Konzeption des PBI berücksichtigt, da für beide Elternteile verschiedene Grenzwerte festgelegt wurden (s. 3.2.1).

##### **1.4.4.2 Einfluss des Geschlechts der Versuchsteilnehmer**

Zu diesem Punkt finden sich widersprüchliche Ergebnisse: Während in den PBI-Validierungsstudien aus Sydney (Parker et al., 1979, 1983a, b), Oxford (Parker, 1983a, b), Kanada (Truant et al., 1987) und Dänemark (Arrindell et al., 1989) kein Einfluss des Geschlechts der Teilnehmer auf die PBI-Skalen-Kennwerte gefunden werden konnte, werden im Folgenden kurz Studien skizziert, die den Einfluss des Geschlechts nicht ausschließen konnten: In einer Studie an Adoleszenten (Cubis et al., 1989) ergaben sich für Väter vergleichbare PBI-Ergebnisse, unabhängig vom Geschlecht der Teilnehmer. Allerdings bewerteten die Probandinnen ihre Mütter als fürsorglicher als die Probanden. In einer amerikanischen Studie an 75 Medizinstudenten (Brewin et al., 1992) berichteten die teilnehmenden Frauen signifikant weniger mütterliche Überbehütung als die männlichen Versuchsteilnehmer. Ein Geschlechtsunterschied fand sich ebenfalls in einer Studie an Medizin-Studenten (Richman & Flaherty, 1990): Die weibliche Stichprobe berichtete höhere väterliche Kontrolle als die männliche Stichprobe. Zusammengefasst kann der Einfluss des Geschlechts des teilnehmenden Individuums nicht ausgeschlossen werden.

#### **1.4.4.3 Interaktionseffekte zwischen Geschlecht der Eltern und Geschlecht der Teilnehmer**

Eine umfangreichere Analyse in der Bevölkerung von Canberra (Mackinnon et al., 1989) erbrachte, dass bei alleiniger Betrachtung der Mittelwerte der PBI-Ergebnisse der bereits beschriebene Effekt (Mütter wurden fürsorglicher beschrieben) erneut bestätigt werden konnte. Wenn allerdings das Geschlecht der Teilnehmer mit in die Analyse einbezogen wurde, ergab sich als einziger signifikanter Effekt, dass Frauen ihre Väter als fürsorglicher beschrieben als die männliche Stichprobe.

In einer aktuellen Studie von Murphy et al. (2010) ergaben sich marginal signifikante Geschlechtseffekte: Frauen berichteten in der Studie von signifikant höherer mütterlicher Fürsorge und Kontrolle als die teilnehmenden Männer. Zusammenfassend muss also festgehalten werden, dass Interaktionseffekte zwischen dem Geschlecht des Elternteils und dem Geschlecht des untersuchten Subjekts auf die PBI-Ergebnisse angenommen werden müssen.

#### **1.4.4.4 Soziale Schicht**

Der Einfluss der sozialen Schicht (eingestuft über den ausgeübten Beruf des Vaters) wurde in multivariaten Analysen in Sydney und Oxford (Parker, 1983a, b) untersucht. Es fand sich folgender signifikanter Effekt: Höhere mütterliche Fürsorge-Kennwerte waren statistisch signifikant assoziiert mit einer höheren sozialen Klasse. Allerdings zeigte sich dieses Ergebnis nur, wenn zugleich das Alter und das Geschlecht des Teilnehmers mit berücksichtigt wurde. In der bereits oben zitierten Populationsstudie in Canberra (Mackinnon et al., 1989) fand sich kein statistischer Zusammenhang zwischen PBI-Skalenwerten und Bildung.

#### **1.4.4.5 Kulturelle Einflüsse**

In einer Studie von Parker & Lipscombe (1979) fand sich, dass Mädchen mit griechischem Migrationshintergrund, die nun in Sydney lebten, sowohl ihre Mütter als auch die Väter als signifikant kontrollierender und überbehütender beschrieben als eine Kontrollgruppe von gebürtigen australischen Mädchen. Dies deutet darauf hin, dass kulturelle Einflüsse auf die Erinnerung und Wahrnehmung des Erziehungsstils angenommen werden können.

## **1.5 Fragestellungen und Hypothesen**

### **1.5.1 Fragestellungen**

1. Verglichen mit den cut-off-Werten von Parker et al. (1979), wie wird über beide Störungsbilder hinweg der erinnerte elterliche Erziehungsstil im „Parental Bonding Instrument“ (PBI) beurteilt?
2. Unterscheiden sich die jeweiligen Mittelwerte von denen der cut-off-Werte von Parker et al. (1979), wenn beide Störungsbilder getrennt voneinander betrachtet werden?
3. Können im direkten Vergleich zwischen beiden Stichproben signifikante Unterschiede hinsichtlich des erinnerten elterlichen Erziehungsstils im PBI gefunden werden?
4. Gibt es Zusammenhänge zwischen subjektiv erinnertem Erziehungsstil und soziodemographischen Variablen, wie Alter, Geschlecht des Teilnehmers und/oder Schulbildung?

## **1.5.2 Hypothesen**

### ***Hypothese zu Fragestellung 1:***

Die Mittelwerte der PBI-Skala *Fürsorge* werden über beide Stichproben (alkoholabhängige Stichprobe und Stichprobe aus Psychose-Patienten) im Vergleich zu den von Parker et al. (1979) vorgegebenen Grenzwerten statistisch signifikant unterdurchschnittlich bewertet werden.

### ***Hypothese zu Fragestellung 2:***

Entsprechend den Befunden der hier dargelegten Studien werden bei einer einzelnen Betrachtung der beiden Störungsbilder *Alkoholabhängigkeit* und *Psychose* verglichen mit den Grenzwerten nach Parker et al. (1979) statistisch signifikante niedrigere *Fürsorge*-Werte sowie höhere Kontroll-Skalensummen für beide Stichproben erwartet.

### ***Hypothese zu Fragestellung 3:***

Die PBI-Ergebnisse werden sich teilweise störungsspezifisch voneinander unterscheiden: Die durchschnittlichen Scores der Stichprobe Psychose-Patienten werden für den Faktor *Kontrolle* signifikant höher ausfallen als die der alkoholkranken Stichprobe. Hinsichtlich des Faktors *Fürsorge* werden keine Unterschiede zwischen den Störungsgruppen erwartet.

### ***Hypothese zu Fragestellung 4:***

Es wird aufgrund der dargelegten Datenlage vermutet, dass soziodemographische Variablen einen Einfluss auf die PBI-Ergebnisse haben. Insbesondere ein Effekt des Geschlechts der Teilnehmer wird erwartet.

## **2 Methode**

Die vorliegende Auswertung greift auf die Daten zweier Studien zurück, die sowohl die Häufigkeit wie auch den Einfluss frühkindlicher Traumatisierungen auf den Verlauf von Alkoholabhängigkeit und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis untersuchten. Im Folgenden wird das Vorgehen innerhalb dieser beiden Studien beschrieben. Dabei wird nur auf solche Methoden und Instrumente genauer eingegangen, die für die hier zu untersuchende Fragestellung relevant waren. Auf eine detailliertere Darstellung der Gesamtstudien wird an entsprechender Stelle verwiesen.

Vorweg soll noch darauf hingewiesen werden, dass beiden Studien ein positives Votum der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer erteilt worden war. Zudem haben alle Patienten, die an dieser Untersuchung beteiligt waren, nach einer ausführlichen Aufklärung in die Teilnahme an der jeweiligen Studie schriftlich eingewilligt.

### **2.1 Forschungsdesign und Erhebungszeitpunkte**

Das gewählte Studiendesign ist eine retrospektive klinische Studie mit zwei Erhebungszeitpunkten: Der erste Erhebungszeitpunkt lag innerhalb der ersten Tage nach der stationären Aufnahme (s. auch 2.3). Der zweite Untersuchungszeitpunkt lag bei den alkoholabhängigen Patienten generell in der dritten Woche des stationären Aufenthaltes. Bei den Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis wurde er vom Krankheitsverlauf der Patienten abhängig gemacht: Sobald sich die Patienten aus klinischer Sicht psychisch stabilisiert hatten, wurden sie eingeladen, an weiteren Erhebungen teilzunehmen.

### **2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung**

Die vorliegende Untersuchung hat sich aus zwei Studien zum Thema *Trauma und Alkoholabhängigkeit* bzw. *Trauma und Psychose* heraus entwickelt. Für diese beiden Studien wurden zahlreiche Verfahren und Instrumente verwendet, die hier nur zusammengefasst dargestellt werden können. Die Instrumente, die spezifisch der hier dargestellten Fragestellung dienten, werden weiter unten vorgestellt (s. 2.3.1 und 2.3.2).

Wie bereits beschrieben, handelte es sich um eine zweizeitige Datenerhebung. Bei beiden Störungsgruppen wurde im Laufe der Erhebung ein Instrument eingesetzt, das

störungsspezifische Symptome erfasste. Die Wahl dieses Instruments orientierte sich an der jeweiligen Störungsgruppe. So wurde beispielsweise mit den Psychose-Patienten die *Positive and Negative Scale for Schizophrenia* (PANSS; Kay et al., 1987) bearbeitet. Des Weiteren wurde das *Strukturierte klinische Interview für das DSM-IV* (SKID; Wittchen, et. al., 1997), bzw. im Fall der Stichprobe von Psychose-Patienten Teile davon, von einem geschulten Mitarbeiter durchgeführt. Weiterhin wurde jeder Patient nach soziodemographischen Angaben befragt (z.B. Alter, Schulbildung, Vorerkrankungen, etc.).

Alle Patienten hatten im Laufe der beiden Erhebungszeitpunkte verschiedene selbst auszufüllende Fragebögen zu bearbeiten. Dazu gehörte auch für alle an der Studie teilnehmenden Patienten das PBI bzw. der FEPS. Bei den Psychose-Patienten wurde das „Parental Bonding Instrument“ (PBI) eingesetzt, bei den Abhängigkeitspatienten hingegen der „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS). Die Patienten wurden gebeten, die Instruktionen genau zu lesen, und wurden nochmals mündlich über die Aufgabenstellung informiert. Da der jeweilige Interviewer während des Ausfüllens zugegen war, konnten auch Unklarheiten und Fragen direkt gemeinsam bearbeitet werden. Auch wurde mit jedem Patient das *Strukturierte Trauma-Interview* (STI; Draijer, 1989) durchgeführt.

### **2.3 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche**

Für die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung wurden zwei Merkmalsbereiche bei den Patienten genauer untersucht.

#### 1. Soziodemographische Daten (s. 2.4.1)

- Alter
- Geschlecht
- Bildung

#### 2. Subjektiv erinnertes Bindungsverhalten der Eltern bis zum 16. Lebensjahr

(s. 2.4.2)

- Parental Bonding Instrument (s. 2.4.2.1)
- Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (s. 2.4.2.2)

## **2.4 Operationalisierung**

Bei den im folgenden Kapitel dargestellten Instrumente handelt es sich teilweise um halbstandardisierte, teilweise um standardisierte Verfahren. Da diese Untersuchung im Rahmen einer größer angelegten Studie stattfand (s.o.), wurden einige Instrumente eingesetzt, die an dieser Stelle nicht näher beschrieben werden können, da sie für die vorliegenden Analysen keine Relevanz hatten und die Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

### **2.4.1 Soziodemographische Daten**

Die soziodemographischen Angaben wurden mittels Fragebögen erfasst. Inhaltlich wurden dabei in jedem Fall grundlegende soziodemographische Angaben wie z.B. das Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsbildung erhoben. Des Weiteren wurde nach momentaner beruflicher Situation und Familienstand gefragt. Auch wurden somatische (Vor-)Erkrankungen und (missbräuchlicher) Substanzgebrauch exploriert.

### **2.4.2 Subjektiv erinnertes Erziehungsstil der Eltern**

Zum subjektiv erinnerten Erziehungsstil der Eltern wurde entsprechend der untersuchten Patientengruppe eines von zwei Instrumenten verwendet: Das „Parental Bonding Instrument“ (PBI, Parker et al., 1979) wurde bei den Psychose-Patienten eingesetzt, der „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS, Richter-Appelt et al., 2004), der alle Items des PBI enthält, bei den Abhängigkeitserkrankten. Beide Instrumente haben bekannte psychometrische Eigenschaften (s.u.).

#### **2.4.2.1 Das Parental Bonding Instrument**

Mit dem „Parental Bonding Instrument“ (PBI, Parker et al., 1979) beurteilten die Psychose-Patienten Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken ihrer Eltern. Die Probanden sollten sich dabei retrospektiv an die Zeit der frühen Kindheit bis zum 16. Lebensjahr zurückerinnern.

Das PBI besteht aus 25 identischen Items, die jeweils für Mutter und Vater ausgefüllt werden sollen. Dabei wird jedes Item auf einer vierstufigen Likertskala eingestuft. Die Skala reicht von „*stimmt genau*“, über „*stimmt in etwa*“ und „*nein, kaum*“ bis hin zu „*nein, überhaupt nicht*“. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang (s. 6.0)

Parker et al. (1979) haben aus den insgesamt 25 Items faktorenanalytisch zwei Dimensionen ermittelt. Diese zwei Faktoren bilden die zwei Skalen des PBI mit zwölf, bzw. dreizehn Items. Dabei lässt sich auf beiden Skalen ein Kontinuum mit einem eher positiven und einem eher negativen Pol abbilden:

1. **Fürsorge (Care):** Der positive Pol steht dabei für elterliche Zugewandtheit, emotionale Wärme, Empathie und Nähe, der negative Pol impliziert Indifferenz, Zurückweisung, emotionale Kälte und Ablehnung. (12 Items)  
Beispiel-Item für die Fürsorge-Skala: „*Schien meine Sorgen und Probleme zu verstehen.*“
2. **Kontrolle (Overprotection):** Der positive Pol steht dabei für Förderung der Unabhängigkeit durch die Eltern und deren Unterstützung in der Entwicklung von Autonomie des Kindes, bzw. des Jugendlichen, der negative Pol ist besetzt durch starke elterliche Kontrolle, Überbehütung, Grenzüberschreitungen, extreme Nähe und Verhinderung autonomen Verhaltens. (13 Items)  
Beispiel-Item für die Kontroll-Skala: „*Ließ mich die Dinge machen, die ich tun wollte.*“

Aus den ermittelten Skalen oder Dimensionen entwickelten Parker et al. (1979) ein Vier-Felder-Modell: Demnach kann der subjektiv erinnerte elterliche Erziehungsstil in eine von vier Kategorien eingeordnet werden (s. Abbildung 2):

- Affectionless control (Lieblose Kontrolle),
- Affectionate constraint (Liebevolle Einschränkung),
- Absent or weak bonding (Fehlende oder schwache Bindung) und
- Optimal bonding (Optimale Bindung)

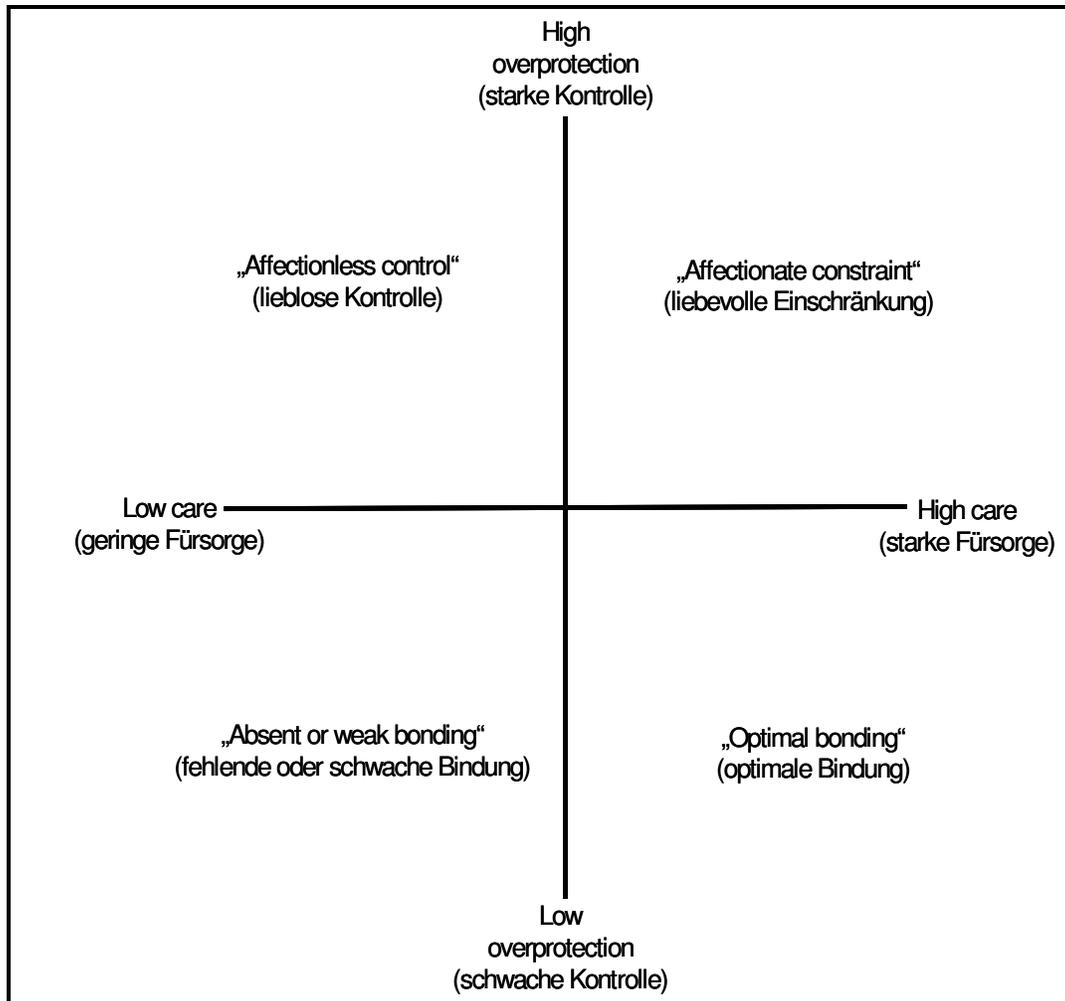


Abbildung 2: Skalen des PBI mit vier möglichen Dimensionen des elterlichen Erziehungsstils nach Parker et al. (1979); deutsche Übersetzungen aus *Klinische Bindungsforschung* (Strauß, Buchheim & Kächele, 2002)

Parker et al. (1979) ermittelten eine Split-Half-Reliabilität von  $r_{tt}=0,88$  für die Fürsorge-Skala und  $r_{tt}=0,74$  für die Kontroll-Skala. Die Test-Retest-Reliabilität lag nach drei Wochen bei  $r_{tt}=0,76$  (Fürsorge-Skala) bzw.  $r_{tt}=0,63$  (Kontroll-Skala). Die beiden Skalen haben sich in zahlreichen weiteren Studien replizieren lassen (z.B. Wilhelm & Parker, 1990; Livianos-Aldana & Rojo-Moreno, 1999; Arrindell et al., 1989).

In einer Langzeitstudie von Wilhelm et al. (2005) wurde die Stabilität der PBI-Kennwerte kritisch überprüft. Dazu wurde eine Kohorte über 20 Jahre (1978 bis 1998) in 4 Intervallen hinsichtlich des PBI und anderer relevanter Daten getestet. Wilhelm et al. (2005) subsumieren: „*The results indicate long-term stability of the PBI over time. The influences of mood state and life experience appear to have little effect on the*

stability of the perception of parenting as measured by the PBI. The present study increases confidence in the PBI as a valid measure of perceived parenting over extended time periods.” (S. 387). Die Stabilitätskoeffizienten finden sich in Tabelle 6.

**Tabelle 5: Stabilitätskoeffizienten (95%-Konfidenzintervall) des PBI über 4 Erhebungsintervalle (aus Wilhelm et al., 2005)**

PBI-Skala	Retest-Korrelation					
	1978 - 1983	1978 - 1988	1978 - 1998	1983 - 1988	1983 - 1998	1988 - 1998
<b>Mütterliche Fürsorge</b>	0.75 (0.63-0.86)*	0.64 (0.51-0.77)*	0.73 (0.62-0.84)*	0.83 (0.74-0.92)*	0.80 (0.70-0.90)*	0.78 (0.68-0.88)*
<b>Mütterliche Kontrolle</b>	0.75 (0.64-0.86)*	0.67 (0.55-0.80)*	0.69 (0.57-0.81)*	0.77 (0.97-0.88)*	0.70 (0.58-0.82)*	0.74 (0.63-0.85)*
<b>Väterliche Fürsorge</b>	0.82 (0.72-0.91)*	0.74 (0.63-0.85)*	0.75 (0.64-0.86)*	0.81 (0.71-0.91)*	0.79 (0.69-0.90)*	0.79 (0.68-0.89)*
<b>Väterliche Kontrolle</b>	0.74 (0.63-0.86)*	0.62 (0.49-0.75)*	0.59 (0.45-0.73)*	0.67 (0.54-0.79)*	0.68 (0.56-0.81)*	0.78 (0.67-0.89)*

\* $p < 0,01$

Auch eine erst kürzlich veröffentlichte Studie von Murphy et al. (2010) bestätigte den PBI nochmals als robustes, reliables und valides Messinstrument.

Dennoch wurde immer wieder auch Kritik am PBI geäußert. Dabei können in der Literatur drei Hauptkritikpunkte am PBI gefunden werden:

1. Die von Parker et al. (1979) gewählte Zwei-Faktoren-Lösung ist nicht hinreichend.
2. Der Einfluss einer Psychopathologie auf die PBI-Ergebnisse wird nicht beachtet.
3. Die retrospektive Datengewinnung ist fehleranfällig.

Es gab und gibt immer wieder Diskussionen, ob die zwei von Parker et al. (1979) ermittelten Faktoren allumfassend das Bindungsverhalten der Eltern erklären. Kritisch ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass sich Parker et al. (1979) gezielt auf zwei Dimensionen konzentriert haben. Weitere Items, die das Bild von zwei unabhängigen Dimensionen hätten beeinträchtigen können, wurden ausselektiert, bzw. wurde die

statistische Vorgehensweise so gewählt, dass nur zwei orthogonale Faktoren resultieren konnten. Es bleibt die Frage, inwieweit dabei wesentliche Informationen zur Beschreibung von Eltern-Kind-Beziehungen verloren gegangen sind (Höger, 2002). In verschiedenen Studien wurde beschrieben, dass auch eine Drei-Faktoren-Lösung denkbar wäre, wobei der neue Faktor *Autoritarismus* bezeichnet wurde (z.B. Cox et al., 2000; Heider et al., 2005; Kendler et al., 1997; Narita et al., 2000; Terra et al., 2009). Murphy et al. (1997) hingegen teilten die drei Faktoren wie folgt auf: Fürsorge (care), Verweigerung psychologischer Autonomie (denial of psychological autonomy) und Förderung von eigenständigem Verhalten (encouragement of behavioural freedom). Diese genannten Studien verwendeten bei den Analysen allerdings die herkömmliche Itemsammlung von Parker et al. (1979). Parker et al. (1997) hingegen erweiterten den ursprünglichen PBI mittlerweile um eine Skala, die einen potenziellen physischen oder sexuellen Missbrauch sowie verbale Aggressionen („*parental abuse*“) von den Eltern dem Probanden gegenüber mit erfasst, gleichzeitig werden auch wahrgenommene verbale, physische und/oder sexuelle Übergriffe zwischen den Eltern mit erhoben („*Measure of Parenting Style*“; MOPS).

Ebenfalls gibt es den kritischen Einwand, ob das PBI überhaupt bei Personen mit psychischen Störungen anwendbar ist, da die Psychopathologie an sich die Wahrnehmung bzw. die Erinnerung an die Kindheit und den erlebten Erziehungsstil der Eltern verzerrt haben könnte. In einer Reliabilitätsstudie von Favaretto et al. (2001) wurden deshalb die PBI-Kennwerte von 26 schizophrenen Patienten erhoben und als Kontrolle die Angaben der Eltern ebenfalls. Im Ergebnis fiel auf, dass die Test-Retest-Reliabilität innerhalb der Gruppe der Eltern zwischen  $r_{tt}=.65$  bis zu  $r_{tt}=.67$ , also kaum variierte, wohingegen innerhalb der Patientengruppe zwischen  $r_{tt}=.32$  (väterliche Kontroll-Skala) bis zu  $r_{tt}=.67$  (mütterliche Fürsorge-Skala) signifikante Unterschiede zu finden waren. Die Autoren diskutierten kritisch den Einfluss der Erkrankung auf die PBI-Ergebnisse und wiesen daraufhin, dass dieser in späteren Studien beachtet werden müsste.

Willinger et al. (2002) verglichen die PBI-Werte von Psychose-Patienten mit denen von (psychisch) gesunden Geschwistern, die in derselben Familie aufgewachsen waren. Es zeigte sich, dass zwar die psychotischen Familienmitglieder signifikant weniger

Fürsorge und mehr Kontrolle berichteten als ihre Geschwister. Die Autoren erfassten aber hier zusätzlich Angaben zur prämorbidem Persönlichkeitsstruktur der erkrankten Geschwister und fanden: *„But there were strong associations between maternal bonding behaviour and premorbid personality traits. These findings were supported by missing significant differences in maternal care behaviour between patients and siblings when using premorbid characteristics as covariates.“* (S. 663). Interessanterweise blieb aber die von den erkrankten Geschwistern beschriebene signifikant erhöhte mütterliche Kontrolle auch bei Berücksichtigung der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur bestehen.

In weiteren Studien mit an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankter Patienten (Rankin et al., 2005), aber auch mit depressiven Patienten (z.B. Gerlsma et al., 1992; Lizardi & Klein, 2005; Nitta et al., 2008; Parker, 1996) unterschieden sich die PBI-Scores nicht signifikant während des Krankheitsschubes und den Ergebnissen im remittierten Stadium. Andere Untersuchungen (z.B. Gillham et al., 2007) berichteten durchaus eine Abweichung in den PBI-Scores bei Depressiven in Abhängigkeit des emotionalen Befindens. Zusammengefasst gibt es hinsichtlich des Einwandes eines potenziellen Einflusses der Psychopathologie auf die PBI-Ergebnisse noch keine umfassende wissenschaftliche Klärung. Studien-Ergebnisse auf Basis klinischer Stichproben sollten deshalb vorsichtig beurteilt werden.

Ein weiterer Kritikpunkt am PBI ist, dass retrospektiv gewonnene Kindheitserinnerungen generell wenig valide sein könnten. Schumacher et al. (2002) befragten deshalb 150 Studenten nach ihren Kindheitserinnerungen an die elterliche Erziehung. Auch wurden die Eltern der Probanden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, wie das Erziehungsverhalten aus ihrer Sicht ausgesehen habe. Dabei wurde nicht der PBI, sondern der FEE („Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten“, Schumacher et al., 1999) verwendet. Die Autoren bemerkten: *„Im Ergebnis zeigte sich, dass die erziehungsbezogenen Erinnerungen der Studierenden und der Eltern positiv miteinander korreliert sind. Dies wird als Hinweis auf die Validität der erfassten subjektiven Repräsentationen des elterlichen Erziehungsverhaltens gewertet.“* (S. 459). Weitere Studien (z.B. Brewin et al., 1993; Gerlsma et al., 1994) bestätigen die relative Robustheit von Angaben zur Kindheit.

#### **2.4.2.2 Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS)**

Der bei den alkoholabhängigen Patienten eingesetzte Fragebogen ist der FEPS. Der „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS) wurde von Richter-Appelt et al. (2004) entwickelt. Es handelt sich hierbei um eine Übersetzung und Adaptation des bereits oben beschriebenen „Parental Bonding Instruments“. Das frühere Verhalten bzw. die Einschätzung der Erziehungseinstellungen der Mutter und des Vaters gegenüber der befragten Person wird wie beim PBI getrennt erfragt. Aber, so Richter-Appelt et al. (2004): *„Dem PBI, wie vielen anderen Fragebögen zu Erziehungsstilen, fehlen konkrete Fragen zu Erziehungspraktiken, also z.B. Belohnungs- und Bestrafungsverhalten der Eltern.“* (S. 24).

Deshalb erweiterten die Autoren des FEPS die ursprüngliche Zwei-Skalen-Version des PBI um eine dritte und vierte Skala, die in 30 weiteren Items gezielt nach dem Belohnungs- und Bestrafungsverhalten der Eltern fragt. Die vier Faktoren wurden faktorenanalytisch ermittelt. Die ursprünglichen beiden Skalen des PBI, Fürsorge und Kontrolle, wurden um insgesamt drei Items erweitert.

Der Gesamttest weist einen Reliabilitätskoeffizienten von  $r_{tt}=0,93$  auf, sowohl bezogen auf die Antworten zur Mutter als auch der zum Vater. Die vier faktorenanalytisch ermittelten Skalen (Fürsorge, Kontrolle, Belohnung, Bestrafung) weisen gute bis befriedigende interne Konsistenzen auf (s. Tabelle 6). Somit gilt auch der FEPS als statistisch etabliertes Verfahren.

**Tabelle 6: Interne Konsistenz nach Cronbachs  $\alpha$  für die vier Skalen des FEPS (nach Richter-Appelt et al., 2004)**

<i>Skalen</i>	<i>Elternteil</i>	<i>Cronbachs <math>\alpha</math></i>
<b>Fürsorge</b>	Mutter	0,94
	Vater	0,94
<b>Autonomie</b>	Mutter	0,87
	Vater	0,87
<b>Geringe Bestrafung</b>	Mutter	0,85
	Vater	0,86
<b>Geringe materielle Belohnung</b>	Mutter	0,67
	Vater	0,70

#### **2.4.2.3 Vergleich PBI versus FEPS**

Da der FEPS eine Weiterentwicklung des PBI darstellt, sind in beiden Fragebögen die gleichen Items vorhanden. Allerdings hat der FEPS insgesamt 58 Items, das PBI nur 25 Items. Um eine Vergleichbarkeit zwischen beiden angewendeten Fragebögen gewährleisten zu können, wurden nur die Items mit in die Analyse einbezogen, die im PBI vorhanden sind.

Die nicht berücksichtigten Items aus dem FEPS entstammen der Bestrafungs- (16 Items) sowie der Belohnungsskala (14 Items). Drei Items waren dem ursprünglichen PBI hinzugefügt worden, da sie sich als „*aktiv ausgerichteten Aspekt der Ablehnung oder Zuneigung interpretieren [lassen]*“ (Richter-Appelt et al., 2004, S. 25). Auch diese 3 Items wurden in der vorliegende Untersuchung nicht mit ausgewertet.

## **2.5 Stichprobenansatz**

In die vorliegende Untersuchung wurden Patientinnen und Patienten einbezogen, die konsekutiv auf der offenen Psychosestation oder der Station für Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) aufgenommen worden waren. Es gab vier Haupteinschlusskriterien:

1. Das Alter der Probanden musste zwischen 18 und 65 Jahren liegen.
2. Die psychische Erkrankung konnte einer der folgenden ICD-10-Diagnosen zugeordnet werden:
  - Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung, d.h. solche Patienten, denen die ICD-10-Diagnose F10.2 zugewiesen worden war.
  - Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, d.h. einer ICD-10-Diagnose aus dem Spektrum F20.0-F20.9, F23.0-F23.9 und F25.0-F25.9.
3. Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, durften im Fall wiederholter Aufnahmen noch nicht zuvor teilgenommen haben, d.h., jede Person konnte sich nur einmal an der Studie beteiligen.
4. Die Aufenthaltsdauer der untersuchten Patienten musste mindestens 14 Tage betragen.
5. Alle teilnehmenden Personen mussten sich nach einer ausführlichen Aufklärung über die Studie mit der Verwendung ihrer Daten einverstanden erklären.

Ausschlusskriterien waren:

1. Akute Suizidalität
2. Organische, alkohol- oder drogeninduzierte psychotische Symptome
3. Keine ausreichenden Deutschkenntnisse, so dass eine zuverlässige Befragung nicht möglich erschien

## **2.6 Analyseverfahren**

Für eine erste Annäherung an die Fragestellung wurden Methoden der deskriptiven Statistik angewendet (statistische Kennwerte, Tabellen). Entsprechend der jeweiligen Fragestellung kamen zudem folgende statistische Verfahren zur Anwendung:

- t-Test für eine Stichprobe
- Univariate Varianzanalyse
- Mehrfaktorielle Varianzanalyse

Ergebnisse wurden entsprechend den allgemeinen Konventionen dann als signifikant bezeichnet, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% und weniger betrug ( $p=0,05$  und kleiner). Bei einem Signifikanzquotienten  $p<0,01$  wurde von einem „hochsignifikanten Ergebnis“ gesprochen.  $p$ -Werte zwischen 0,05 und 0,1 wurden als Trend bewertet. Die Daten wurden statistisch durch das „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS), Version 15.0 analysiert.

### **3 Ergebnisse**

#### **3.1 Grundlegende Analysen**

##### **3.1.1 Ausschluss von Versuchspersonen**

Insgesamt war 305 Teilnehmern das „Parental Bonding Instrument“ (PBI) vorgelegt worden. Allerdings konnten nicht alle in die statistischen Analysen mit einbezogen werden. Tabelle 7 stellt die Häufigkeiten einzelner Ausschlussgründe dar.

**Tabelle 7: Ausschlussgründe nach Geschlecht, Absolutangaben**

<i>Ausfallgrund</i>	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>	<i>Gesamt</i>
<b>PBI gar nicht ausgefüllt</b>	6	1	7
<b>Diagnose unklar/unpassend</b>	2	-	2
<b>Gesamt</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

Zudem konnten bei der Testung der einzelnen Hypothesen nicht für alle Versuchspersonen alle vier Skalenwerte berechnet werden, da von einzelnen Teilnehmern nicht alle Items des PBI beantwortet worden waren. Eine Skala wurde nicht in die Auswertung einbezogen, wenn mindestens 30% einer Skala unbeantwortet geblieben waren. In absoluten Zahlen bedeutet das, dass sowohl die Fürsorge-Skala mit 12 Items als auch die Kontroll-Skala mit 13 Items dann nicht mehr gewertet werden konnten, wenn 4 oder mehr Items nicht ausgefüllt worden waren. So kam es vereinzelt zu unterschiedlichen Stichprobengrößen bei den einzelnen Hypothesen (s. Tabelle 8). Wenn weniger als 30% der Skala aus fehlenden Werten bestanden, wurden diese *Missings* durch das statistische Auswertungsprogramm SPSS mit dem *Zeitreihen-Mittelwert* ersetzt.

Tabelle 8: Besetzung der Skalen in Absolutzahlen

<i>PBI-Skala</i>	<i>Stichprobenzuordnung</i>	<i>N</i>
<b>Fürsorge Mutter</b>	Psychose	140
	Alkoholabhängigkeit	154
	<b>Gesamt</b>	<b>294</b>
<b>Kontrolle Mutter</b>	Psychose	140
	Alkoholabhängigkeit	154
	<b>Gesamt</b>	<b>294</b>
<b>Fürsorge Vater</b>	Psychose	131
	Alkoholabhängigkeit	145
	<b>Gesamt</b>	<b>276</b>
<b>Kontrolle Vater</b>	Psychose	131
	Alkoholabhängigkeit	146
	<b>Gesamt</b>	<b>277</b>

### 3.1.2 Die Stichprobe

#### 3.1.2.1 Art der Störung und Geschlecht

Nach Bereinigung der Stichproben verblieben 296 Versuchspersonen in der Auswertung. Davon waren über beide Stichproben hinweg 94 Personen weiblich (31,8%) und 202 männlich (68,2%). 140 waren aufgrund einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis stationär aufgenommen worden, das entspricht einem prozentualen Anteil an der Stichprobe von 47,3%, die restlichen 156 Probanden (52,7%) kamen zum Alkoholentzug in die Klinik. Eine genauere Zuteilung der Versuchspersonen nach Art der Störung und Geschlecht liefert Tabelle 9. Wie zu sehen ist, nahmen 109 männliche alkoholranke Patienten an der Studie teil. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 69,87% an der Stichprobe der alkoholkranken Patienten. Hingegen waren lediglich 47 alkoholranke Patientinnen (30,13%) an der Untersuchung beteiligt. Die Überrepräsentanz der Männer entspricht den epidemiologischen Angaben in der Literatur (z.B. Robins et al., 1984). Die Psychose wird in der Literatur (z.B. Davison & Neale, 1996) als gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt beschrieben. In der hier beschriebenen Stichprobe befanden sich dennoch 93 Männer (66,43%) und 47 Frauen (33,57%), was einer höheren Anzahl an stationär behandelten männlichen Patienten geschuldet ist.

**Tabelle 9: Aufteilung der Teilnehmer nach Geschlecht und Art der Störung in absoluten Zahlen, in Klammern prozentuale Angaben bezogen auf die Gesamtstichprobe**

	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>	<i>Gesamt</i>
<b>Psychose</b>	93 (31,42%)	47 (15,88%)	140 (47, 30%)
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	109 (36,82%)	47 (15,88%)	156 (52,70%)
<b>Gesamt</b>	<b>202 (68,24%)</b>	<b>94 (31,76%)</b>	<b>296 (100%)</b>

### 3.1.2.2 Alter

Im Mittel waren die Patienten zum Zeitpunkt der Teilnahme an der Studie 38 Jahre alt. Der Range reichte von 18 bis 65 Jahren ( $SD= 11,01$ ). Dabei fiel auf, dass die Psychose-Patienten zum Zeitpunkt der Studie im Durchschnitt 7 Jahre jünger waren als die alkoholranke Patienten (s. Tabelle 10).

**Tabelle 10: Altersverteilung in den beiden Stichproben**

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standard-abweichung</b>
Alkohol	156	19	64	41,77	9,35
Psychose	140	18	65	34,21	11,37
Gesamt	296	18	65	38,19	11,01

### 3.1.2.3 Diagnose

Die methodische Konzeptualisierung der Studie verlangte eine klare Zuordnung in eine von zwei Diagnose-Gruppen: ICD-Diagnosen aus dem F2-Spektrum bzw. eine F10-Diagnose für den Bereich der alkoholranken Patienten (s. Tabelle 11).

**Tabelle 11: Genaue ICD-Diagnose und Anzahl der Betroffenen (absolut und prozentual)**

	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>	<i>Gesamt</i>
<b>F10</b>	109 (36,82%)	47 (15,88%)	156 (52,70%)
<b>F20</b>	74 (25%)	28 (9,46%)	102 (34,46%)
<b>F23</b>	3 (1,01%)	4 (1,35%)	7 (2,36%)
<b>F25</b>	16 (5,41%)	15 (5,07%)	31 (10,48%)
<b>Gesamt</b>	<b>202 (68,24%)</b>	<b>94 (31,76%)</b>	<b>296 (100%)</b>

### 3.1.2.4 Schulbildung

Die Schulbildung der Studienteilnehmer wurde über die soziodemographischen Fragebögen (s. Abschnitt 2.4.1) ermittelt (s. Tabelle 12)

**Tabelle 12: Schulabschlüsse unter den Studienteilnehmern nach Geschlecht und Störung in Absolutzahlen, in Klammern prozentuale Angaben**

	<i>Männer</i>		<i>Frauen</i>		<i>Gesamt</i>	
	<i>Alkohol</i>	<i>Psychose</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Psychose</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Psychose</i>
<b>Noch in der Ausbildung; kein Abschluss; Sonderschule</b>	4 (1,35%)	6 (2,02%)	1 (0,34%)	0 (0%)	5 (1,69%)	6 (2,02%)
<b>Hauptschulabschluss</b>	33 (11,15%)	21 (7,09%)	10 (3,38%)	6 (2,02%)	43 (14,53%)	27 (9,13%)
<b>Mittlere Reife</b>	32 (10,81%)	30 (10,14%)	12 (4,05%)	16 (5,41%)	44 (14,86%)	46 (15,54%)
<b>Fachabitur/Abitur</b>	40 (13,51%)	30 (10,14%)	23 (7,77%)	23 (7,77%)	63 (21,28%)	53 (17,91%)
<b>Sonstige</b>	0 (0%)	4 (1,35%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (1,35%)
<b>Fehlende Angaben</b>	0 (0%)	2 (0,68%)	1 (0,34%)	2 (0,68%)	1 (0,34%)	4 (1,35%)
<b>Gesamt</b>	<b>109 (36,82%)</b>	<b>93 (31,42%)</b>	<b>47 (15,88%)</b>	<b>47 (15,88%)</b>	<b>156 (52,70%)</b>	<b>140 (47,30%)</b>

Um die 4. Hypothese mit Hilfe einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse berechnen zu können, wurde die Schulbildung in zwei Kategorien eingeteilt: *Niedrige Bildung* und *höhere Bildung*. Dabei wurden die Punkte *noch kein Abschluss/kein Abschluss/Sonderschulabschluss* und *Hauptschulabschluss* der ersten Kategorie, *Mittlere Reife* und *Fachabitur/Abitur* zur zweiten Kategorie zusammengefasst. Die Angaben unter *Sonstige* wurden den fehlenden Angaben zugeordnet. Die sich dann ergebende Verteilung der Versuchspersonen zeigt Tabelle 13.

**Tabelle 13: Einteilung der Schulabschlüsse in zwei Kategorien (niedriger Abschluss versus höherer Abschluss); Angaben in Absolutzahlen, in Klammern prozentuale Anteile**

	<i>Männer</i>		<i>Frauen</i>		<i>Gesamt</i>	
	<i>Alkohol</i>	<i>Psychose</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Psychose</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Psychose</i>
<b>Niedriger Abschluss</b>	37 (12,5%)	27 (9,13%)	11 (3,72%)	6 (2,02%)	48 (16,21%)	33 (11,15%)
<b>Höherer Abschluss</b>	72 (24,32%)	60 (20,27%)	35 (11,82%)	39 (13,18%)	107 (36,15%)	99 (33,45%)
<b>Fehlende Angaben</b>	0 (0%)	6 (2,02%)	1 (0,34%)	2 (0,68%)	1 (0,34%)	8 (2,70%)
<b>Gesamt</b>	<b>109</b> <b>(36,82%)</b>	<b>93</b> <b>(31,42%)</b>	<b>47</b> <b>(15,88%)</b>	<b>47</b> <b>(15,88%)</b>	<b>156</b> <b>(52,70%)</b>	<b>140</b> <b>(47,30%)</b>

### 3.2 Die Hypothesentestung

#### 3.2.1 Grundlegendes zur Hypothesentestung

Im Folgenden sollen die vier theoretisch hergeleiteten Hypothesen (s. 1.5.2) näher betrachtet werden. Um diese Hypothesen testen zu können, wurden die Skalenswerte des PBI zu Skalenscores, also Skalensummenwerten zusammengefasst. Die beiden schon vorgestellten Skalen *Fürsorge* und *Kontrolle* wurden dabei getrennt für Mutter und Vater ermittelt. Somit ergaben sich für jede Versuchsperson vier Summenscores. Parker et al. (1979) haben statistische *cut-off*-Werte festgelegt, also Grenzwerte, ab denen ein Skalensummenscore als über- oder unterdurchschnittlich zu bewerten ist. Die folgende Tabelle hält diese Grenzwerte fest.

**Tabelle 14: Grenzwerte (cut-off-Werte) nach Parker et al. (1979)**

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
<i>Fürsorge</i>	27,0	24,0
<i>Kontrolle</i>	13,5	12,5

Dabei ist zu beachten, dass die vorliegende Studie die Werte von Parker et al. (1979) zugleich als Mittelwerte einer Normalstichprobe ansieht. Aufgrund der bekannten Reliabilität des PBI (Parker et al., 1979; Parker, 1989) können die beiden hier zu untersuchenden psychopathologischen Stichproben mit den von Parker et al. (1979) ermittelten Grenzwerten verglichen werden. Dabei wurde teils der t-Test für eine Stichprobe, anderenteils die univariate und die mehrfaktorielle Varianzanalyse angewendet. Diese Tests dürfen nur unter zwei Voraussetzungen eingesetzt werden:

1. Die zu untersuchenden Variablen sind mindestens intervallskaliert. Dies trifft auf die PBI-Items zu.
2. Die Stichprobe ist normalverteilt. Laut Bortz (1999) muss die Normalverteilung allerdings nur bei Stichprobengrößen  $\leq 30$  mit beispielsweise dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft werden. Da die Stichprobengröße der vorliegenden Studie darüber liegt (s. Tabelle 9), kann eine solche Testung unterbleiben und eine Normalverteilung vorausgesetzt werden.

Alle Hypothesen wurden mittels zweiseitigem Signifikanztest auf einem Konfidenzskalenniveau  $p < .95$  getestet. Alle Ergebnisse wurden von der 3. Nachkommastelle auf die 2. Nachkommastelle gerundet.

### **3.2.2 Hypothese 1**

*Die Mittelwerte der PBI-Skala Fürsorge werden über beide Stichproben (alkoholabhängige Stichprobe und Stichprobe aus Psychose-Patienten) im Vergleich zu den von Parker et al. (1979) vorgegebenen Grenzwerten statistisch signifikant unterdurchschnittlich bewertet werden.*

Hier ging es also um die Ergebnisse der Gesamtstichprobe, unabhängig von der Art der psychischen Störung. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesentestung dargestellt. Zunächst die deskriptiven Statistiken für die Gesamtstichprobe:

**Tabelle 15: Deskriptive Statistiken für die Gesamtstichprobe (Psychose und Alkoholabhängigkeit)**

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<b>Fürsorge Mutter</b>	294	,00	36,00	22,62	9,17
<b>Kontrolle Mutter</b>	294	,00	38,00	13,54	7,55
<b>Fürsorge Vater</b>	276	,00	36,00	18,89	9,19
<b>Kontrolle Vater</b>	277	,00	36,00	11,90	7,35

*Anmerkung.* Die Kodierung der Items reicht von 0 bis 3, so dass bei 12 Items für die Fürsorge-Skala das erreichbare Minimum bei 0, der maximale Skalensummenscore bei 36 liegt.

Für die Kontroll-Skala mit 13 Items ergibt sich ein Minimum von 0 und ein Maximum von 39.

Die Mittelwerte wurden dann mittels t-Test für eine Stichprobe mit den *cut-off-Werten* von Parker et al. (1979) verglichen (Ergebnisse in Tabelle 16).

**Tabelle 16: PBI-Ergebnisse über beide psychopathologische Stichproben**

<i>PBI-Dimension</i>	<i>Fürsorge</i>		<i>Kontrolle</i>	
	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>
<b>UKE (2008): Studienergebnisse über alle</b>	22,62**	18,89**	13,54	11,91
<b>Parker et al. (1979): cut-off-Werte</b>	<b>27,0</b>	<b>24,0</b>	<b>13,5</b>	<b>12,5</b>

Anmerkung. \*\* hoch signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,01$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

Die Tabelle zeigt, dass über beide Stichproben und über beide Geschlechter hinweg die Mittelwerte für die Skalenscores der Dimension *Fürsorge* hochsignifikant (Mutter:  $p < 0,000$ ; Vater:  $p < 0,000$ ) niedriger ausfielen als die von Parker et al. (1979) bestimmten Werte für eine Normalstichprobe. Hingegen zeigten sich die Werte für die *Kontroll*-Skala für beide Elternteile nicht statistisch signifikant verschieden von den von Parker et al. (1979) ermittelten Werten (Mutter:  $p < 0,926$ ; Vater:  $p < 0,179$ ).

Wenn also unabhängig vom Geschlecht der Teilnehmer und von der Art der psychischen Störung die Hypothese 1 getestet wird, dann kann diese als bestätigt angesehen werden: Unabhängig vom Störungsbild wurde signifikant geringere Fürsorge von den Studienteilnehmern berichtet. Für die Kontroll-Skala fand sich kein statistisch signifikantes Ergebnis.

Allerdings haben Parker et al. (1979) die Grenzwerte nicht geschlechtsspezifisch der Stichprobe angepasst. Da aber fast alle genannten Studien (s. Einleitung) die Stichproben getrennt nach Geschlecht ausgewertet haben, wurde dies hier übernommen. Tabelle 17 zeigt die Ergebnisse nach Geschlecht differenziert. Dabei wurden die Skalenwerte wieder mittels t-Test für eine Stichprobe miteinander verglichen.

**Tabelle 17: Ergebnisse nach Geschlechtern differenziert**

<i>PBI-Dimension</i>	<i>Fürsorge</i>				<i>Kontrolle</i>			
	<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>
<b>UKE 2008: Psychose + Alk.</b>	24,97**	17,62**	19,11**	18,38**	12,69	15,35*	10,81**	14,37*
<b>Parker et al. (1979)</b>	<b>27,0</b>		<b>24,0</b>		<b>13,5</b>		<b>12,5</b>	

Anmerkung. *m*= männliche Stichprobe; *w*= weibliche Stichprobe

\* signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,05$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

\*\* hoch signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,01$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

Dabei fand sich ein leicht verändertes Ergebnis: Wieder wurden beide Stichproben gemeinsam gegen die Grenzwerte von Parker et al. (1979) getestet. Wie schon zuvor waren die Fürsorge-Werte für Mutter und Vater unabhängig vom Geschlecht der Teilnehmer niedriger als die von Parker et al. (1979) bestimmten Grenzwerte. Das Ergebnis blieb also bestehen. Im Unterschied zu der geschlechtsunabhängigen Betrachtung (s. Tabelle 16) beschrieb hier die weibliche Stichprobe sowohl die Mütter als auch die Väter als signifikant überkontrollierend. Von der männlichen Stichprobe hingegen wurden die Väter im Vergleich zu den Grenzwerten von Parker et al. (1979) als hochsignifikant unterkontrollierend wahrgenommen; für die Mütter der männlichen Stichprobe fand sich kein signifikantes Ergebnis für die Kontroll-Skala.

### **Fazit zu Hypothese 1**

Insgesamt bestätigte sich das bereits in anderen Studien (z.B. Enns et al., 2002) gefundene Ergebnis, dass psychopathologische Stichproben statistisch signifikante unterdurchschnittliche Fürsorge im „Parental Bonding Instrument“ berichten. Wurde die Stichprobe nach Geschlecht getrennt ausgewertet, fand man für die weibliche Stichprobe, unabhängig von der Art der psychischen Störung, dass beide Eltern als zu wenig fürsorglich und zugleich auch als überkontrollierend wahrgenommen wurden. Nach Parker entspricht dies dem Erziehungsstil der *lieblosen Kontrolle* (s. Tabelle 1).

Dies ist der nach Parkers Annahmen (1979) am häufigsten mit Psychopathologien assoziierte Erziehungsstil. Bei den Männern sieht das Bild etwas anders aus: Zwar beschrieben auch diese unabhängig von der Art der Störung, dass Mutter und Vater zu wenig fürsorglich waren. Die Kontrolldimension aber fiel für die Väter ebenfalls unterdurchschnittlich aus. Dies entspricht nach Parker et al. (1979) dem Erziehungsstil der *fehlenden* oder *schwachen Bindung* (s. Tabelle 1). Für die Mütter der psychopathologisch auffälligen Männer fiel der Kontrollwert statistisch „normal“ aus, das heißt, er unterschied sich nicht signifikant von dem von Parker et al. (1979) festgelegten Grenzwert, der an einer Normalstichprobe gewonnen wurde. Die erste Hypothese wurde insgesamt betrachtet jedoch zunächst einmal bestätigt: Unabhängig von psychischer Störung und Geschlecht beschrieben alle Teilnehmer ihre Eltern im Vergleich zu den Normalwerten von Parker et al. (1979) als zu wenig fürsorglich.

Da sich in der genaueren Betrachtung die Ergebnisse jedoch geschlechtsspezifisch unterschieden, werden im Folgenden die Berechnungen für beide Geschlechter getrennt voneinander vorgenommen. In den meisten der hier dargestellten Studien wurde genauso verfahren (s. 1.4).

### 3.2.3 Hypothese 2

*Bei einer einzelnen Betrachtung der beiden Störungsbilder Alkoholabhängigkeit und Psychose werden – verglichen mit den Grenzwerten nach Parker et al. (1979) – statistisch signifikante niedrigere Fürsorge-Werte sowie höhere Kontroll-Skalensummen für beide Stichproben erwartet.*

Um diese Hypothese zu testen, wurden zunächst die Mittelwerte für beide psychopathologischen Stichproben getrennt ermittelt und dann mittels t-Test für eine Stichprobe mit den Werten von Parker et al. (1979) verglichen. Da sich in der Auswertung zu Hypothese 1 herausgestellt hatte, dass die Ergebnisse für die Geschlechter getrennt betrachtet werden sollten, werden die Resultate im Folgenden differenziert dargestellt. Zunächst sind in Tabelle 18 die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Psychose-Stichprobe ersichtlich. Die unterschiedliche Besetzung der einzelnen Skalen ist auf fehlende Angaben zurückzuführen (s. Abschnitt 3.1.2).

**Tabelle 18: Deskriptive Statistiken Psychose-Stichprobe für die einzelnen PBI-Skalen nach Geschlecht getrennt**

	<i>Geschlecht</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<b>Fürsorge Mutter</b>	Männlich	93	,00	36,00	24,66	6,87
	Weiblich	47	,00	34,00	17,36	9,37
<b>Kontrolle Mutter</b>	Männlich	93	2,00	38,00	13,75	7,34
	Weiblich	47	,00	34,18	16,93	8,35
<b>Fürsorge Vater</b>	Männlich	87	1,00	36,00	19,68	8,29
	Weiblich	44	,00	34,00	17,86	8,57
<b>Kontrolle Vater</b>	Männlich	87	,00	29,00	10,83	6,66
	Weiblich	44	,00	36,00	15,38	8,49

*Anmerkung.* Die Kodierung der Items reicht von 0 bis 3, so dass bei 12 Items für die Fürsorge-Skala das erreichbare Minimum bei 0, der maximale Skalensummenscore bei 36 liegt. Für die Kontroll-Skala mit 13 Items ergibt sich ein Minimum von 0 und ein Maximum von 39.

Es folgte der statistische Mittelwertvergleich mit t-Test für eine Stichprobe. Dabei wurden die hier ermittelten Ergebnisse den Grenzwerten von Parker et al. (1979) gegenübergestellt.

**Tabelle 19: Ergebnisse der Psychose-Stichprobe, getrennt nach Geschlecht; t-Test für eine Stichprobe im Vergleich zu den cut-off-Werten von Parker et al. (1979)**

<i>PBI-Dimension</i>	<i>Fürsorge</i>				<i>Kontrolle</i>			
	<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>
<b>UKE 2008: Psychose</b>	24,66**	17,36**	19,68**	17,86**	13,75	16,93*	10,83*	15,38*
<b>Parker et al. (1979)</b>	<b>27,0</b>		<b>24,0</b>		<b>13,5</b>		<b>12,5</b>	

Anmerkung. *m*= männliche Stichprobe; *w*= weibliche Stichprobe

\* signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,05$ -Niveau von von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

\*\* hoch signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,01$ -Niveau von von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

In der weiblichen Psychose-Stichprobe fielen die elterlichen Fürsorge-Werte hochsignifikant (für beide Eltern  $p < 0,000$ ) niedriger aus als die Vergleichswerte von Parker et al. (1979). Dasselbe hochsignifikante Ergebnis fand sich für die männliche Stichprobe (Mütter:  $p < 0,001$ ; Väter:  $p < 0,000$ ). Es fiel auf, dass die weibliche Stichprobe ihre Mütter noch weniger fürsorglich bewertete ( $\underline{M}$ =17,36) als die männliche Stichprobe ( $\underline{M}$ = 24,66). Hinsichtlich der Kontroll-Skala fand sich für die weibliche Stichprobe, dass die Mütter hochsignifikant und Väter als signifikant überkontrollierend (Mütter:  $p < 0,007$ ; Väter:  $p < 0,030$ ) erinnert wurden. Für die Mütter der männlichen Stichprobe fand sich kein signifikantes Ergebnis für die Kontroll-Skala ( $p < 0,745$ ). Die Väter der männlichen Stichprobe wurden im Gegensatz zu den Angaben der weiblichen Psychose-Stichprobe als signifikant unterkontrollierend beschrieben ( $p < 0,022$ ).

Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse für die Stichprobe der alkoholabhängigen Patienten berechnet.

**Tabelle 20: Deskriptive Statistiken der Alkohol-Stichprobe für die einzelnen PBI-Skalen nach Geschlecht getrennt**

	<i>Geschlecht</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standard-abweichung</i>
<b>Fürsorge Mutter</b>	Männlich	107	5,00	36,00	25,23	8,52
	Weiblich	47	1,00	36,00	17,87	10,51
<b>Kontrolle Mutter</b>	Männlich	107	,00	29,00	11,77	6,49
	Weiblich	47	,00	35,00	13,77	8,36
<b>Fürsorge Vater</b>	Männlich	104	,00	36,00	18,64	9,68
	Weiblich	41	1,00	36,00	18,94	10,51
<b>Kontrolle Vater</b>	Männlich	105	,00	31,00	10,80	6,31
	Weiblich	41	,00	32,00	13,28	8,66

*Anmerkung.* Die Kodierung der Items reicht von 0 bis 3, so dass bei 12 Items für die Fürsorge-Skala das erreichbare Minimum bei 0, der maximale Skalensummenscore bei 36 liegt.  
Für die Kontroll-Skala mit 13 Items ergibt sich ein Minimum von 0 und ein Maximum von 39

**Tabelle 21: Ergebnisse der alkoholabhängigen Stichprobe, getrennt nach Geschlecht; t-Test für eine Stichprobe im Vergleich zu den cut-off-Werten von Parker et al. (1979)**

<i>PBI-Dimension</i>	<i>Fürsorge</i>				<i>Kontrolle</i>			
	<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>		<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>
<b>UKE 2008: Alkohol-abhg.keit</b>	25,23*	17,87**	18,64**	18,94**	11,77**	13,77	10,80**	13,28
<b>Parker et al. (1979)</b>	<b>27,0</b>		<b>24,0</b>		<b>13,5</b>		<b>12,5</b>	

*Anmerkung.* *m*= männliche Stichprobe; *w*= weibliche Stichprobe

\* signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,05$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

\*\* hoch signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,01$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

Bei den alkoholkranken Teilnehmern bewertete die weibliche Stichprobe beide Elternteile als hochsignifikant weniger fürsorglich (Mütter:  $p < 0,000$ ; Väter:  $p < 0,000$ ). In der männlichen Stichprobe fielen die Mittelwertsunterschiede in der Skala *Fürsorge* für die Mütter signifikant, für die Väter hochsignifikant (Mütter:  $p < 0,034$ ; Väter:  $p < 0,000$ ) geringer aus als die entsprechenden Grenzwerte von Parker et al. (1979). Auch in der Stichprobe der alkoholabhängigen Patienten fiel der sehr viel niedrigere Fürsorge-Wert für die Mütter der weiblichen Stichprobe im Vergleich zur männlichen alkoholabhängigen Stichprobe auf. Hinsichtlich der Kontroll-Skala zeigte sich für die weibliche Stichprobe kein statistisch signifikantes Ergebnis (Mütter:  $p < 0,826$ ; Väter:  $p < 0,568$ ). Die männliche Stichprobe beschrieb beide Elternteile als hochsignifikant unterdurchschnittlich kontrollierend (Mütter:  $p < 0,007$ ; Väter:  $p < 0,007$ ).

### **Fazit zu Hypothese 2**

Für die weibliche Psychose-Stichprobe fand sich ein nach Parker et al. (1979) erwartbares Ergebnis: Die Eltern wurden als wenig fürsorglich, aber stark kontrollierend beschrieben. Dies entspricht nach Parker et al. (1979) dem Erziehungsstil der *lieblosen Kontrolle*. Gerade für Psychose-Stichproben wurde ein solches Ergebnis bereits häufig in der Literatur beschrieben (Parker et al., 1982, 1988). Allerdings war das Ergebnis für die männliche Stichprobe ein etwas anderes: Zwar beschrieben die männlichen Psychose-Patienten dieser Studie ihre Eltern ebenfalls als wenig fürsorglich. Aber hinsichtlich der Kontroll-Dimension wurden nur die Ergebnisse für die Väter statistisch signifikant: Die Väter wurden dabei als eher gering kontrollierend beschrieben. Dies Ergebnis entspricht also nur zum Teil der aufgestellten Hypothese.

Für die alkoholabhängigen Patienten zeigte sich ein ähnliches Bild: Die Eltern wurden von beiden Geschlechtern als wenig fürsorglich beschrieben. Die Kontroll-Skala fiel für die weiblichen Alkoholabhängigen unauffällig aus, die männlichen Alkoholabhängigkeitserkrankten beschrieben sowohl die Mütter als auch die Väter als signifikant unterdurchschnittlich kontrollierend.

Somit fanden sich zwar wie erwartet suboptimale Erziehungsstile in beiden psychopathologischen Stichproben. Allerdings wurden eher überkontrollierende Eltern für beide Stichproben erwartet, was sich in dieser Studie nicht bestätigen ließ. Lediglich

die weiblichen Psychose-Patienten berichteten von überkontrollierenden Eltern. Die Hypothese konnte nur zum Teil bestätigt werden. Ob es zwischen den beiden psychopathologischen Stichproben statistisch relevante Unterschiede in der Beurteilung der Eltern mittels des PBI gibt, wird nun im Folgenden zu klären sein.

### 3.2.4 Hypothese 3

*Die PBI-Ergebnisse werden sich teilweise störungsspezifisch voneinander unterscheiden: Die durchschnittlichen Scores der Stichprobe Psychose-Patienten werden für den Faktor Kontrolle signifikant höher ausfallen als die der Stichprobe alkoholkranker Patienten. Hinsichtlich des Faktors Fürsorge werden keine Unterschiede zwischen den Störungsgruppen erwartet.*

Zur Klärung dieser Frage wurde folgendermaßen vorgegangen: Für die beiden Stichproben Alkoholabhängigkeit und Psychose wurden getrennt nach Geschlecht der Teilnehmer die deskriptiven Statistiken für die einzelnen Skalen gebildet. Die ermittelten Skalenmittelwerte wurden dann mittels der univariaten Varianzanalyse gegeneinander getestet.

**Tabelle 22: Deskriptive Statistiken der beiden weiblichen Stichproben**

<i>Stichprobe</i>		<i>Fürsorge Mutter</i>	<i>Kontrolle Mutter</i>	<i>Fürsorge Vater</i>	<i>Kontrolle Vater</i>
<i>Psychose</i>	<b>Mittelwert</b>	<b>17,36</b>	<b>16,93</b>	<b>17,86</b>	<b>15,38</b>
	N	47	47	44	44
	Standardabweichung	9,37	8,35	8,57	8,49
<i>Alkohol- abhängigkeit</i>	<b>Mittelwert</b>	<b>17,87</b>	<b>13,77</b>	<b>18,94</b>	<b>13,28</b>
	N	47	47	41	41
	Standardabweichung	10,51	8,36	10,51	8,66
<i>Insgesamt</i>	<b>Mittelwert</b>	<b>17,62</b>	<b>15,35</b>	<b>18,38</b>	<b>14,37</b>
	N	94	94	85	85
	Standardabweichung	9,91	8,46	9,51	8,59

*Anmerkung.* Die Kodierung der Items geht von 0 bis 3, so dass bei 12 Items für die Fürsorge-Skala das erreichbare Minimum bei 0, der maximale Skalensummenscore bei 36 liegt.

Für die Kontroll-Skala mit 13 Items ergibt sich ein Minimum von 0 und ein Maximum von 39

**Tabelle 23: Einfaktorielle Varianzanalyse für die weiblichen Stichproben**

		<i>Quadrat- summe</i>	<i>df</i>	<i>Mittel der Quadrate</i>	<i>F</i>	<i>Signifikanz</i>
<b>Fürsorge Mutter</b>	Zwischen den Gruppen	6,09	1	6,09	,061	,805
	Innerhalb der Gruppen	9118,05	92	99,11		
	Gesamt	9124,15	93			
<b>Kontrolle Mutter</b>	Zwischen den Gruppen	235,16	1	235,16	3,372	,070
	Innerhalb der Gruppen	6416,00	92	69,74		
	Gesamt	6651,16	93			
<b>Fürsorge Vater</b>	Zwischen den Gruppen	24,58	1	24,58	,269	,605
	Innerhalb der Gruppen	7576,38	83	91,28		
	Gesamt	7600,96	84			
<b>Kontrolle Vater</b>	Zwischen den Gruppen	93,73	1	93,73	1,274	,262
	Innerhalb der Gruppen	6105,48	83	73,56		
	Gesamt	6199,21	84			

*Anmerkung.* \* signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,05$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

\*\* hoch signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,01$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

Im Ergebnis wurde kein Unterschied signifikant. Es lässt sich allenfalls ein statistischer Trend ausmachen: Die Mütter der Psychose-Patientinnen wurden im Vergleich zu den alkoholabhängigen Patientinnen als überkontrollierender beschrieben (M Psychose: 16,93; M Alkoholabhängigkeit: 13,77). Weitere statistische Unterschiede zwischen den beiden Stichproben fanden sich nicht. Es folgen die Ergebnisse für die männlichen Stichproben.

**Tabelle 24: Deskriptive Statistiken der beiden männlichen Stichproben**

<i>Stichprobe</i>		<i>Fürsorge Mutter</i>	<i>Kontrolle Mutter</i>	<i>Fürsorge Vater</i>	<i>Kontrolle Vater</i>
<i>Psychose</i>	<b>Mittelwert</b>	<b>24,66</b>	<b>13,75</b>	<b>19,68</b>	<b>10,83</b>
	N	93	93	87	87
	Standardabweichung	6,87	7,34	8,29	6,66
<i>Alkoholabhängigkeit</i>	<b>Mittelwert</b>	<b>25,23</b>	<b>11,77</b>	<b>18,64</b>	<b>10,80</b>
	N	107	107	104	105
	Standardabweichung	8,52	6,49	9,68	6,31
<i>Insgesamt</i>	<b>Mittelwert</b>	<b>24,97</b>	<b>12,69</b>	<b>19,11</b>	<b>10,81</b>
	N	200	200	191	192
	Standardabweichung	7,78	6,95	9,07	6,45

*Anmerkung.* Die Kodierung der Items geht von 0 bis 3, so dass bei 12 Items für die Fürsorge-Skala das erreichbare Minimum bei 0, der maximale Skalensummenscore bei 36 liegt.

Für die Kontroll-Skala mit 13 Items ergibt sich ein Minimum von 0 und ein Maximum von 39

**Tabelle 25: Einfaktorielle Varianzanalyse für die männlichen Stichproben**

		<i>Quadratsumme</i>	<i>df</i>	<i>Mittel der Quadrate</i>	<i>F</i>	<i>Signifikanz</i>
<b>Fürsorge Mutter</b>	Zwischen den Gruppen	16,34	1	16,34	,269	,605
	Innerhalb der Gruppen	12041,89	198	60,82		
	Gesamt	12058,23	199			
<b>Kontrolle Mutter</b>	Zwischen den Gruppen	194,76	1	194,76	4,095	<b>,044*</b>
	Innerhalb der Gruppen	9416,56	198	47,56		
	Gesamt	9611,32	199			
<b>Fürsorge Vater</b>	Zwischen den Gruppen	51,82	1	51,82	,629	,429
	Innerhalb der Gruppen	15564,25	189	82,35		
	Gesamt	15616,07	190			
<b>Kontrolle Vater</b>	Zwischen den Gruppen	,03	1	,03	,001	,978
	Innerhalb der Gruppen	7956,75	190	41,88		
	Gesamt	7956,78	191			

*Anmerkung.* \* signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,05$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

\*\* hoch signifikantes Ergebnis: Wert unterscheidet sich auf  $p < 0,01$ -Niveau von cut-off-Werten von Parker et al. (1979)

Für die männlichen Stichproben fand sich ein ähnliches Ergebnis wie für die weiblichen Stichproben: Lediglich die Skala *Kontrolle Mutter* wurde signifikant. Beim Vergleich der Mittelwerte zeigte sich, dass die alkoholabhängigen Männer ihre Mütter als deutlich weniger kontrollierend beschrieben haben als die psychotischen Männer. Die anderen Skalen unterschieden sich statistisch nicht voneinander.

### **Fazit zu Hypothese 3**

Die beiden psychopathologischen Stichproben, die in der vorliegenden Studie untersucht wurden, unterschieden sich zwar in verschiedener Hinsicht signifikant von den von Parker et al. (1979) festgelegten Grenzwerten für eine Normalstichprobe (s. Ergebnis zu Hypothese 2) und unterstützen somit Parkers Hypothese von suboptimal erlebten Erziehungsstilen bei psychopathologisch auffälligen Personen. Allerdings zeigten die Ergebnisse zu Hypothese 3, dass sich die beiden Stichproben untereinander nicht signifikant unterschieden. Lediglich der Skalensummenwert für die Skala *Kontrolle Mutter* unterschied sich für die Männer signifikant voneinander. Dabei werteten die psychotischen Männer ihre Mütter als „normal“ kontrollierend, während die männlichen alkoholabhängigen Patienten ihre Mütter eher als unterkontrollierend einordneten. Für die weiblichen Stichproben fand sich die statistische Tendenz, dass die Mütter der psychotischen Stichprobe eher überkontrollierend im Vergleich zu eher „normal“ kontrollierenden Müttern der alkoholabhängigen Patientinnen waren. Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und Patienten mit einer Psychose unterschieden sich also weitestgehend nicht hinsichtlich des subjektiv erinnerten elterlichen Erziehungsstils, gemessen mit dem „Parental Bonding Instrument“.

### **3.2.5 Hypothese 4**

*Es wird aufgrund der dargelegten Datenlage vermutet, dass soziodemographische Variablen einen Einfluss auf die PBI-Ergebnisse haben. Insbesondere ein Effekt des Geschlechts der Teilnehmer wird erwartet.*

Um zu bestimmen, ob es einen statistisch relevanten Einfluss der verschiedenen soziodemographischen Variablen auf die Skalensummen des „Parental Bonding Instruments“ in der vorliegenden Untersuchung gab, wurde eine mehrfaktorielle

Varianzanalyse für den PBI berechnet. Dazu wurde zunächst die Altersvariable gruppiert (s. Tabelle 26).

**Tabelle 26: Gruppierung der Altersvariable**

<i>Alter</i>	<i>Altersgruppe</i>
18-28	1
29-38	2
39-48	3
49-58	4
59-65	5

Der erreichte Schulabschluss wurde in zwei Kategorien eingeteilt: in „*niedrige Bildung*“ und „*höhere Bildung*“ (s. Tabelle 27).

**Tabelle 27: Gruppierung der Schulabschlussvariable**

<i>Schulabschluss</i>	<i>Gruppierung</i>
(noch) kein Abschluss, Sonder-, Hauptschulabschluss	Niedrige Bildung (1)
Mittlere Reife, Fachabitur/Abitur	Höhere Bildung (2)

Zunächst die Ergebnisse hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Altersgruppe und Bildung (s. Tabelle 28). Es finden sich hochsignifikante Haupteffekte bei allerdings nur niedrigen Effektstärken (partielles Eta-Quadrat < 0,10 oder nur geringfügig über 0,10) für die Variable Geschlecht bei drei von vier untersuchten Skalen: *mütterliche Fürsorge* und *Kontrolle* sowie *väterliche Kontrolle*.

Die Altersgruppe hatte lediglich auf die Skala *väterliche Kontrolle* einen schwach signifikanten Effekt, auch hier bei marginaler Effektstärke. Schulbildung hingegen hatte in der vorliegenden Studie keinen statistischen Einfluss auf die Ergebnisse im PBI.

**Tabelle 28: Ergebnisse der multifaktoriellen Varianzanalyse: Haupteffekte**

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Geschlecht	Fürsorge Mutter	2270,57	1	2270,57	30,27	,000	,117
	Kontrolle Mutter	530,80	1	530,80	9,71	,002	,041
	Fürsorge Vater	102,36	1	102,36	1,27	,260	,006
	Kontrolle Vater	471,59	1	471,59	9,31	,003	,039
Altersgruppe	Fürsorge Mutter	392,22	4	98,05	1,31	,268	,022
	Kontrolle Mutter	149,23	4	37,31	,68	,605	,012
	Fürsorge Vater	609,22	4	152,31	1,89	,112	,032
	Kontrolle Vater	499,91	4	124,98	2,47	,046	,042
Bildung	Fürsorge Mutter	258,11	1	258,11	3,44	,065	,015
	Kontrolle Mutter	173,14	1	173,14	3,17	,076	,014
	Fürsorge Vater	150,70	1	150,70	1,87	,172	,008
	Kontrolle Vater	12,20	1	12,20	,24	,624	,001

Anmerkung. signifikantes Ergebnis: auf  $p < 0,05$ -Niveau signifikant; hoch signifikantes Ergebnis: auf  $p < 0,01$ -Niveau signifikant

Graphisch stellen sich die Haupteffekte hinsichtlich des Geschlechts und Stichprobenzugehörigkeit folgendermaßen dar:

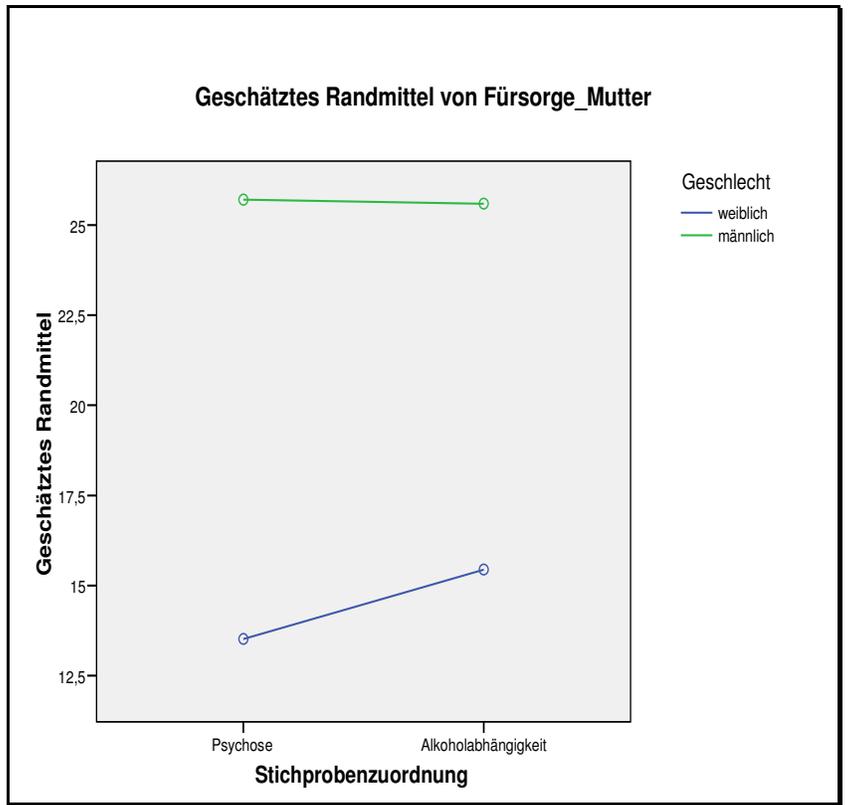


Abbildung 3: Haupteffekt Geschlecht und PBI-Skala *mütterliche Fürsorge*

Deutlich erkennbar ist, dass die weiblichen Stichproben – unabhängig von der Art der psychischen Erkrankung – geringere Fürsorge-Werte angaben als die männlichen Stichproben. Dies war bereits bei der Auswertung der anderen Hypothesen aufgefallen; dass sich die Geschlechter allerdings signifikant voneinander unterschieden, bestätigte sich erst in dieser Berechnung. Im Folgenden nun die Darstellung für die Skala *mütterliche Kontrolle*.

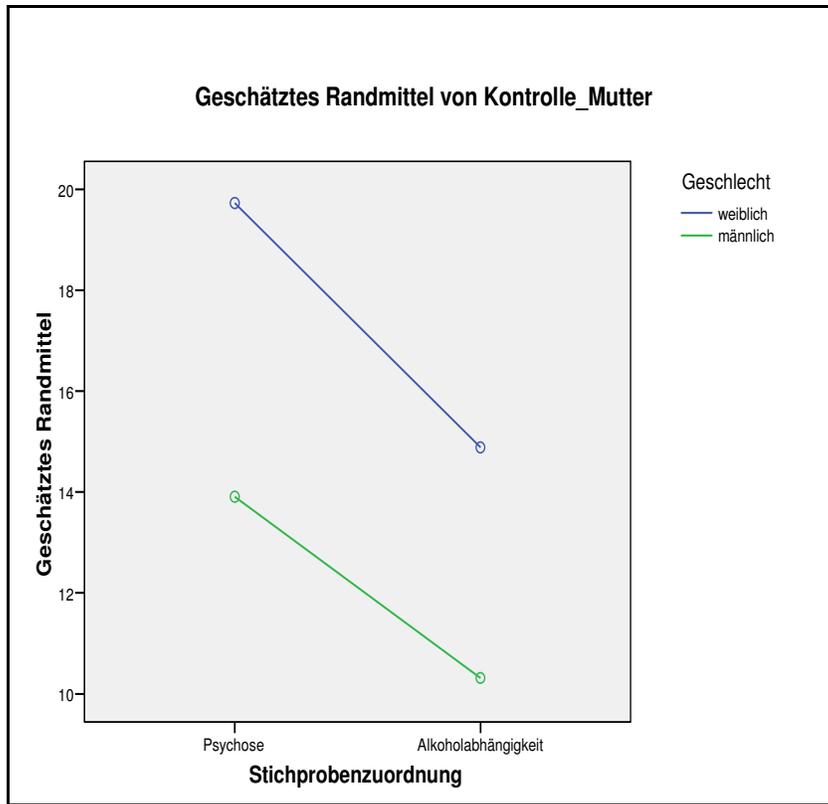


Abbildung 4: Haupteffekt Geschlecht und PBI-Skala *mütterliche Kontrolle*

Der Haupteffekt zwischen Geschlecht der Teilnehmer und der PBI-Skala Kontrolle der Mutter geht in die Richtung, dass die Männer – unabhängig von der Stichprobenzugehörigkeit – ihre Mütter als deutlich weniger kontrollierend beschrieben als die Frauen. Dabei fallen auch große Unterschiede zwischen den psychopathologischen Stichproben auf: Die untersuchten alkoholabhängigen Männer beschrieben ihre Mütter als signifikant weniger kontrollierend als die Männer, die an einer Psychose erkrankt waren; dieser Effekt ist auch signifikant (s. Hypothese 3). Der Unterschied zwischen alkoholabhängigen Frauen und psychotischen Patientinnen ist allerdings nach Auswertung der Hypothese 3 nur als statistischer Trend zu sehen.

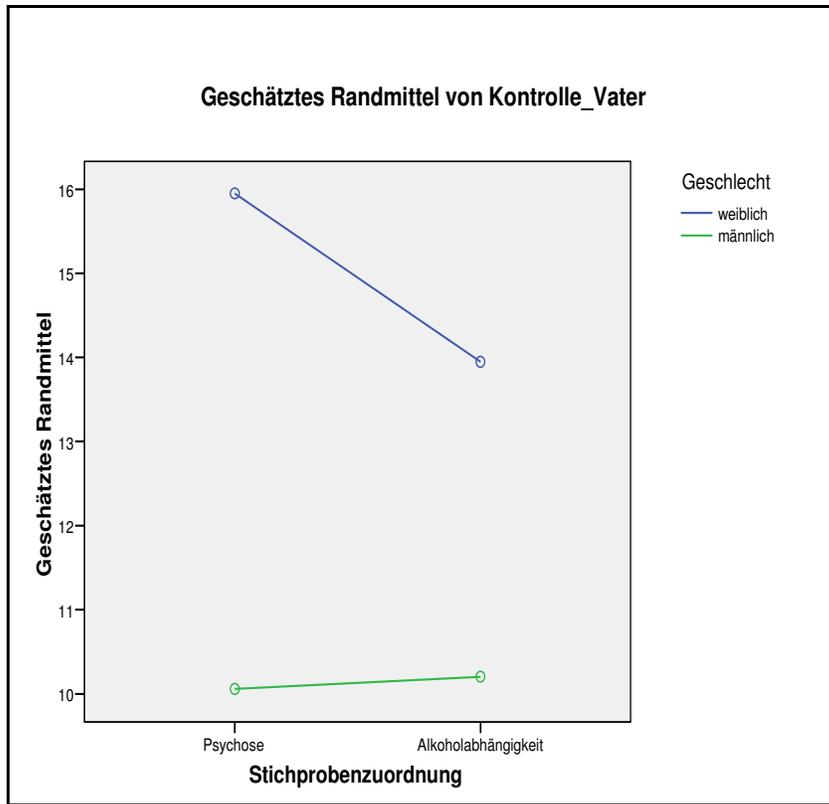


Abbildung 5: Haupteffekt Geschlecht und PBI-Skala väterliche Kontrolle

Hinsichtlich der erlebten Kontrolle durch die Väter lässt sich erkennen, dass die männlichen Stichproben – unabhängig von der Art der psychischen Störung – ihre Väter als deutlich weniger kontrollierend beschrieben als die weiblichen Teilnehmer der Studie. Ersichtlich wird auch, dass die Psychose-Patientinnen die höchsten Kontrollwerte für ihre Väter berichteten.

Es fanden sich nur wenige nennenswerte Interaktionseffekte in den Ergebnissen der multivariaten Varianzanalyse: Ein Interaktionseffekt findet sich für die Testung der Variablen „Stichprobenzugehörigkeit“ und „Altersgruppe“ bei der Skala *Fürsorge Vater*, d.h., in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu einer der beiden untersuchten klinischen Stichproben (Alkoholabhängigkeit und Psychose) und dem Alter der Teilnehmer fielen die Ergebnisse statistisch bedeutsam unterschiedlich aus. Allerdings ist die Effektstärke (partielles Eta-Quadrat < 0,10) als klein zu bezeichnen (Cohen, 1988).

Ebenfalls mit lediglich kleiner Effektstärke, aber signifikanten bis hochsignifikanten

Interaktionseffekten fiel der Einfluss von Geschlecht und Altersgruppe auf die Skala *Fürsorge Vater* auf sowie Geschlecht und Bildung auf die *mütterliche Fürsorge*. Aufgrund dieser recht isolierten Ergebnisse unterbleibt hier eine genauere Aufarbeitung dieser Effekte.

**Tabelle 29: Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse: Interaktionseffekte**

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat	
Stichprobe *	Fürsorge Mutter	243,05	4	60,76	,81	,520	,014	
	Altersgruppe	Kontrolle Mutter	62,17	4	15,54	,28	,888	,005
		Fürsorge Vater	835,05	4	208,76	2,60	,037	,044
		Kontrolle Vater	227,23	4	56,81	1,12	,347	,019
Geschlecht *	Fürsorge Mutter	189,60	4	47,40	,63	,640	,011	
	Altersgruppe	Kontrolle Mutter	198,98	4	49,75	,91	,459	,016
		Fürsorge Vater	1089,15	4	272,29	3,39	,010	,056
		Kontrolle Vater	187,06	4	46,77	,92	,451	,016
Geschlecht * Bildung	Fürsorge Mutter	594,38	1	594,38	7,93	,005	,034	
	Kontrolle Mutter	378,95	1	378,95	6,93	,009	,030	
	Fürsorge Vater	40,39	1	40,39	,50	,479	,002	
	Kontrolle Vater	47,63	1	47,63	,94	,333	,004	

Anmerkung. signifikantes Ergebnis: auf  $p < 0,05$ -Niveau signifikant; hoch signifikantes Ergebnis: auf  $p < 0,01$ -Niveau signifikant

#### Fazit zu Hypothese 4

Es scheint bedeutsame Einflussfaktoren auf die Ergebnisse im PBI zu geben. Hinsichtlich der einzelnen Betrachtung der möglichen beeinflussenden soziodemographischen Variablen fiel vor allem dem Geschlecht der Teilnehmer eine bedeutsame Rolle zu: In der vorliegenden Untersuchung bewerteten die weiblichen

Stichproben ihre Mütter als statistisch signifikant weniger fürsorglich als die männlichen Teilnehmer. Auch die Kontrollskalenergebnisse im PBI unterschieden sich in Abhängigkeit vom Geschlecht der Teilnehmer. Dabei bewerteten die Männer ihre Eltern als deutlich weniger kontrollierend als die weiblichen Stichproben. Der Einfluss der Variablen *Alter* und *Bildung* hingegen kann vernachlässigt werden.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Diskussion der Methodik**

Hinsichtlich der Vorgehensweise gibt es zwei Punkte, die in den folgenden Abschnitten diskutiert werden sollen:

1. Forschungsansatz und Studiendesign
2. Stichprobe

#### **4.1.1 Forschungsansatz und Studiendesign**

Das „Parental Bonding Instrument“ hat einige bereits in der Methodendarstellung dargelegte Schwächen, die auch die vorliegende Untersuchung mit betreffen. Hier sollen bezüglich des eingesetzten Instruments nochmals drei Aspekte (Retrospektivität der Daten, Einfluss der Psychopathologie auf die Befunde und Vollständigkeit des PBI) näher beleuchtet werden. Des Weiteren soll das Studiendesign kritisch betrachtet werden.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung beruhen auf subjektiv erinnerten, retrospektiven Angaben der Probanden zum erinnerten elterlichen Erziehungsstil. Dabei ist der Erziehungsstil ein über lange Zeit der kindlichen und jugendlichen Entwicklung einwirkender Faktor. Das PBI hingegen ist eine Momentaufnahme der Erinnerungen an die ersten 16 Lebensjahre zu einem Zeitpunkt, da Kindheit und Jugend schon einige Zeit in der Vergangenheit liegen. Somit ist nicht auszuschließen, dass es sich bei den Repräsentationen um bewusste und/oder unbewusste Gedächtnisäuschungen handelt (Richter-Appelt et al., 2004). Aufgrund des hohen Ranges in der Altersspanne in der vorliegenden Untersuchung (18–65 Jahre) lag die zu erinnernde Zeit mehr oder weniger lang zurück und war dadurch eventuell auch mehr oder weniger präsent und gut erinnerlich. In dem Zusammenhang sollte auch weiterführend diskutiert werden, ob es zukünftig nicht auch notwendig wäre, den Entwicklungsverlauf des wahrgenommenen Erziehungsstils mit zu berücksichtigen. Denkbar wäre, dass sich die Wahrnehmung des elterlichen Erziehungsstils im Laufe der Entwicklung verändert, da in den ersten 16 Jahren, die das PBI erfassen möchte, tiefgreifende körperliche, kognitive und emotionale Entwicklungsprozesse vonstatten gehen, die die Wahrnehmung des Erziehungsstils durchaus beeinflussen werden. Zudem ist davon auszugehen, dass der Erziehungsstil der Eltern keine „statische“ Eigenschaft ist bzw. dass der Erziehungsstil

in der Interaktion mit dem Kind veränderbar ist. So ist denkbar, dass sich die Angaben der Probanden im PBI von der aktuellen Beziehung bzw. der aktuellen Wahrnehmung der Eltern beeinflussen lassen. Diese Überlegungen hatten z.B. Lebell et al. (1993) in einer Studie gezielt mit bearbeitet. Es wären auch weiterführende Untersuchungen denkbar, die explorieren, wie sich die Beziehungen zwischen den aktuellen Wahrnehmungen bezüglich der Eltern und zum anderen retrospektiven Angaben zum vergangenen Erziehungsstil darstellen. Somit wäre ein Zusammenhang zwischen eher momentan erlebten Zuständen und überdauernden Eigenschaften im Erziehungsstil der Eltern herstellbar.

Weiterhin kann bislang nicht ausgeschlossen werden, dass eine psychische Erkrankung einen Einfluss auf die Bewertungen der Teilnehmer im PBI hat (z.B. Brewin et al., 1993). Hierzu gab es bereits viele Untersuchungen mit unterschiedlichen Resultaten: Die meisten Studien fanden sich zur Störungsgruppe *Depression*. Hier konnte mehrfach dargelegt werden, dass sich PBI-Ergebnisse von erkrankten Patienten nicht signifikant zwischen Akutphase und Remissionsphase unterschieden (z.B. Gerlsma et al., 1992; Gerlsma, 1994; Lizardi & Klein, 2005). Allerdings fanden sich auch Studien mit diskrepanten Ergebnissen bzw. signifikante Beziehungen zwischen PBI-Ergebnis und Veränderungen in der Depressivität der Teilnehmer (z.B. Gillham et al., 2007). Auch einige andere Störungsgruppen, wie z.B. Patienten mit Schizophrenie, wurden hinsichtlich des Einflusses der akuten Symptomatik auf PBI-Ergebnisse getestet: So fanden z.B. Rankin et al. (2005) keinen Einfluss psychotischer Symptome auf die PBI-Ergebnisse, hingegen berichteten Willinger et al. (2002) in einer Studie, in Geschwister hinsichtlich der PBI-Ergebnisse miteinander verglichen wurden (wobei eines der Geschwister psychotisch erkrankt, das andere Geschwister psychisch gesund war) von signifikant verschiedenen PBI-Angaben. Zunächst einmal könnte dies auf einen Einfluss der Psychopathologie auf die subjektive Wahrnehmung der Probanden in Bezug auf ihre Eltern zurückgeführt werden. Es ist aber ebenso wenig auszuschließen, dass die psychische Störung einen Einfluss auf das elterliche Verhalten hatte und die Eltern sich also wirklich anders gegenüber dem erkrankten Kind als gegenüber dem gesunden Geschwister verhalten haben. Letztlich ist ein komplexes systemisch-interaktionales Modell wahrscheinlich, in dem sowohl die Wahrnehmung des Betroffenen als auch das tatsächliche Verhalten der Eltern mit berücksichtigt werden

müssten. Deutlich wird, dass der Einfluss momentaner oder auch dauerhafterer psychischer Zustände auf Ergebnisse des PBI nicht ausgeschlossen werden kann. Eine gezielte Überprüfung der Validität des Instruments für klinische Fragestellungen wurde noch nicht hinreichend, z.B. durch übergreifende Meta-Analysen, durchgeführt und sollte zukünftig nachgeholt werden. Die Befunde in klinischen Studien mit PBI-Daten, so auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dürfen nur vorsichtig interpretiert werden.

Zudem stellte sich immer wieder die Frage, ob die 25 Items des „Parental Bonding Instruments“, die nach Parker et al. (1979) die Dimensionen *Fürsorge* und *Kontrolle* des elterlichen Erziehungsstils ermitteln, tatsächlich allumfassend den elterlichen Erziehungsstil abbilden: So plädierten einige Autoren dafür, die bekannten 25 Items in 3 statt 2 Faktoren einzuteilen (s. 2.4.2.1), andere (z.B. Richter-Appelt et al., 2004) ergänzten die ursprüngliche PBI-Version um weitere Inhalte, z.B. um „*Belohnungs- und Bestrafungsskalen*“. Parker et al. (1997) haben in neueren Überarbeitungen das PBI um eine weitere Skala zu Missbrauchserfahrungen in Kindheit und Jugend ergänzt („*Measurement of Parental Style*“, *MOPS*, 1997). Diese Skala wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht mit berücksichtigt.

Hinsichtlich des gewählten Studiendesigns ist kritisch anzumerken, dass die vorliegende Untersuchung zum Vergleich keine eigentliche Kontrollgruppe ohne psychopathologische Auffälligkeit mit einbezogen hat. Für eine Kontrollstichprobe wäre nach Parker et al. (1979) ein *optimaler Erziehungsstil* zu erwarten gewesen. Mit einer empirischen Replikation dieses erwartbaren Befundes wäre der statistische Vergleich zu den eher als suboptimal erinnerten Erziehungsstilen der beiden hier untersuchten klinischen Stichproben noch aussagekräftiger gewesen. Andererseits haben Parker et al. (1979) die ursprünglichen Skalenkennwerte an einer Normalstichprobe ermittelt, und bis heute gelten diese als Ausdruck einer gesunden Vergleichsgruppe (z.B. Byrne et al., 1990). Des Weiteren konnte mehrfach repliziert werden, dass die ermittelten Skalenkennwerte reliabel und robust sind (z.B. Murphy et al., 2010). Insofern ist das Fehlen einer Kontrollstichprobe in der vorliegenden Untersuchung akzeptabel, in weiteren klinischen Vergleichsstudien zum PBI sollten Kontrollgruppen allerdings regelhaft eingesetzt werden.

#### **4.1.2 Stichprobe**

Im Hinblick auf die hier untersuchte Stichprobe ist anzumerken, dass zwar im Vergleich zu einigen anderen PBI-Vergleichsstudien hier deutlich höhere Teilnehmerzahlen vorlagen und somit aussagekräftigere Befunde gewonnen werden konnten. Allerdings sind die Teilnehmerzahlen z.B. unter den Frauen noch immer relativ gering (in beiden psychopathologischen Stichproben befanden sich jeweils nur 47 Frauen), womit die Repräsentativität weiterhin begrenzt bleibt. Zudem war entgegen der epidemiologischen Erwartung die Anzahl der weiblichen Psychose-Patienten deutlich geringer als die der teilnehmenden psychotisch erkrankten Männer. Hier wären ausgeglichene Fallzahlen entsprechend der tatsächlichen klinischen Verteilung wünschenswert gewesen.

#### **4.2 Diskussion der Befunde**

In der vorliegenden Untersuchung konnten Erinnerungen an einen suboptimalen Erziehungsstil für beide psychopathologischen Stichproben nachgewiesen werden. Im Folgenden sollen die Ergebnisse für die beiden Skalen (*Fürsorge* und *Kontrolle*) des „Parental Bonding Instruments“ noch einmal nacheinander kritisch beleuchtet werden.

Sowohl die alkoholkranken Teilnehmer als auch die an einer Psychose erkrankten Probanden erinnerten eine im Vergleich zu den Normalwerten von Parker et al. (1979) signifikant unterdurchschnittlich ausgeprägte *Fürsorge* beider Elternteile. Die Ergebnisse auf der Fürsorge-Skala unterschieden sich nicht signifikant zwischen den beiden psychopathologischen Gruppen. Anhand der Fürsorge-Werte ist eine Diskrimination zwischen alkoholabhängigen und psychotischen Patienten also nicht möglich. Aber es zeigte sich ein Geschlechtereffekt: Die Frauen beider klinischer Populationen beschrieben ihre Mütter als signifikant noch weniger fürsorglich als die männlichen Stichproben. Die Väter wurden zwar ebenfalls als signifikant wenig fürsorglich beschrieben (im Vergleich zu den Normwerten von Parker et al., 1979), aber diese Ergebnisse zeigten sich vom Geschlecht unbeeinflusst.

Das Ergebnis, dass die Frauen ihre Mütter als deutlich weniger fürsorglich beschrieben, überrascht. Denn in einigen Studien wurde gerade der gegenteilige Effekt berichtet, in

dem also die Frauen tendenziell positivere Fürsorge der Eltern erinnerten als die Männer (z.B. Cubis et al., 1989). Allerdings wurden diese Befunde an klinisch gesunden Kontrollstichproben gewonnen. Für die Untersuchungen mit klinischen Stichproben ist zu berücksichtigen, dass zwar bereits in den meisten Studien in der Regel die Ergebnisse getrennt nach Geschlecht dargestellt wurden (s.o.), aber ein statistischer Vergleich zwischen den Geschlechtern bislang unterblieb, so dass es denkbar wäre, dass solch ein Unterschied bislang nicht aufgefallen ist. Möglicherweise ist das hier gefundene Ergebnis darauf zurückzuführen, dass die Frauen, die an der vorliegenden Untersuchung teilgenommen haben, tatsächlich in dem Ausmaß weniger Fürsorge durch ihre Mütter erlebt haben. Dabei wäre weiterführend zu klären, was genau die negativen Erinnerungen beinhalten, ob es z.B. eventuell Hinweise auf traumatische Ereignisse gab. Dies könnte z.B. mit dem neueren Fragebogen von Parker et al. (1997), dem „Measurement of Parental Style“ (MOPS) untersucht werden, mit dem auch potenzielle physische oder sexuelle Traumata des Kindesalters sowie andere traumatische Erfahrungen (z.B. verbale Aggressionen der Eltern, Gewalt zwischen den Eltern) mit erhoben werden können. Dies wäre eine bedeutsame Zusatzinformation, da Patienten mit einer psychischen Erkrankung häufiger eine Missbrauchserfahrung berichten (Schäfer et al., 2005). Eine andere Erklärungsmöglichkeit für die niedrigen Fürsorge-Werte bei den Frauen wäre, dass die hier untersuchte weibliche Stichprobe zu extremeren Wertungen neigte. Dann allerdings wären auch Unterschiede in der Bewertung der Väter zu erwarten gewesen, was zumindest in der vorliegenden Untersuchung nicht der Fall ist. Es erfordert weiterführende Untersuchungen, um den Sachverhalt der geringer empfundenen mütterlichen Fürsorge bei den weiblichen psychisch erkrankten Stichproben im Vergleich zur männlichen Stichprobe zu klären.

Insgesamt besehen stellt – unabhängig vom Geschlecht – das Fehlen, bzw. eine lediglich geringgradig ausgeprägte *Fürsorge* in der elterlichen Erziehung wohl einen unspezifischen Risikofaktor für die psychosoziale Entwicklung des Kindes dar. Wie bereits in zahlreichen Untersuchungen beschrieben, liegt bei Patienten mit einer psychischen Störung eher eine Erinnerung an wenig fürsorgliche Eltern vor.

Hinsichtlich der Kontroll-Skala gab es ebenfalls überraschende Befunde: Bei den Psychose-Patientinnen fielen im Vergleich zu den Normwerten von Parker et al. (1979)

überkontrollierende Mütter und Väter auf, die männlichen Psychose-Patienten hingegen berichteten von unterkontrollierenden Vätern. Die Mütter werden als „normal“ kontrollierend erinnert. In der Stichprobe der alkoholabhängigen Patienten wurden nur die Werte für die Männer signifikant: Demnach wurden beide Elternteile als signifikant unterkontrollierend im Vergleich zu den Normwerten von Parker et al. (1979) wahrgenommen. Vergleicht man die beiden Störungsgruppen hinsichtlich der PBI-Ergebnisse nun direkt miteinander, so findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Stichproben: Die alkoholkranken Männer beschrieben ihre Mütter als deutlich weniger kontrollierend als die Männer aus der Psychose-Stichprobe. Die Ergebnisse der Kontroll-Skala zeigen zudem einen weiteren Geschlechtereffekt, der in der Untersuchung auch signifikant wurde: Die Männer in der vorliegenden Untersuchung schätzten beide Elternteile als weniger kontrollierend ein als die Frauen. Für die alkoholranke Stichprobe drängt sich als Erklärungsansatz die Hypothese auf, dass diese in der Kindheit mit Vernachlässigung, vielleicht sogar mit emotionaler Verwahrlosung konfrontiert waren. Dies deckt sich mit Grundannahmen zur Entwicklung der Störung und den Befunden in der Literatur (z.B. Vaillant, 1995). Schwieriger zu erklären ist, wie innerhalb desselben Störungsbildes, der Psychose, die Männer zumindest die Väter als unterkontrollierend beschrieben, wohingegen die psychotisch erkrankten Frauen von überkontrollierenden Eltern berichteten. Konzepte wie die der *expressed emotions* betonen immer die emotionalen Verstrickungen und somit eher den überkontrollierenden Aspekt in psychotischen Familien. In dem Zusammenhang wäre es, wie bereits weiter oben diskutiert, empfehlenswert, nicht nur retrospektiv Daten zum erinnerten Erziehungsstil zu erheben, sondern, wie z.B. bei Lebell et al. (1993), auch momentane Beziehungsmuster zu klären. Beziehungsweise wäre eine andere zu klärende Frage, ob die Männer eventuell im Laufe der Entwicklung doch auch eher überkontrollierende Eltern gehabt haben könnten und sich der Erziehungsstil dann verändert hat. Denkbar wäre der Einfluss präorbider Persönlichkeitscharakteristika auf die Erziehungseinstellungen und -verhaltensweisen der Eltern. Solche eher komplexen Fragestellungen können mit dem PBI allein nicht bearbeitet werden. Hier wären aufwendigere Langzeitstudien, Verhaltensbeobachtungen und qualitativere Forschungsansätze (z.B. über biographische Interviews) weiterführend.

Festzuhalten bleibt, dass sich nach den Ergebnissen dieser Studie die Erinnerungen an

den Erziehungsstil nicht störungsspezifisch unterscheiden ließen, sondern dass eher das Geschlecht im Zusammenhang mit den berichteten Ergebnissen stand. Auf Grundlage der hier gefundenen Resultate, insbesondere den deutlichen Unterschieden in den Erinnerungen an den elterlichen Erziehungsstil in Abhängigkeit vom Geschlecht der Teilnehmer, erscheint es für zukünftige Studien unerlässlich, die Ergebnisse für Männer und Frauen jeweils getrennt voneinander darzulegen. Eine Auswertung über beide Geschlechter hinweg könnte zu deutlichen Ergebnis-Verzerrungen führen bzw. aufschlussreiche Befunde kaschieren. Es wäre aufgrund der hier gefundenen statistisch relevanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen auch zu diskutieren, ob nicht getrennt für die beiden Geschlechter unterschiedliche Grenzwerte im PBI bestimmt werden müssten.

## **5 Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit hat die Erinnerungen an den elterlichen Erziehungsstil, gemessen anhand des „Parental Bonding Instruments“, an zwei Störungsgruppen – Alkoholabhängigkeit und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis – untersucht.

Dabei zeigte sich, dass die Ergebnisse weniger störungs- als vielmehr geschlechtsspezifisch ausfallen: Beide Stichproben berichteten von signifikant unterfürsorglichen Eltern. Die beiden psychopathologischen Stichproben unterschieden sich aber nicht signifikant im Ausmaß der erlebten niedrigen Fürsorge. Hinsichtlich der Dimension Kontrolle erinnerten die psychotischen Frauen überkontrollierende Eltern, die psychotischen Männer hingegen unterkontrollierende Väter. Die alkoholranke männliche Stichprobe bezeichnete beide Elternteile als eher unterkontrollierend. Die alkoholabhängigen Frauen bezeichneten beide Eltern als „normal“ kontrollierend. Vergleicht man die beiden psychischen Störungsgruppen direkt miteinander, ergab sich nur ein signifikanter Unterschied: Die alkoholabhängigen Patienten gaben weniger erlebte mütterliche Kontrolle an als die psychotische Stichprobe.

Allerdings wurde der Einfluss des Geschlechts auf die Ergebnisse bedeutsam: Die Frauen beider psychopathologischen Stichproben berichteten von signifikant weniger Fürsorge durch die Mütter als die männlichen Teilnehmer. Hinsichtlich des Ausmaßes der erlebten Kontrolle hingegen wurde von den Männern ein signifikant weniger kontrollierender Erziehungsstil beider Elternteile im Vergleich zu den Frauen angegeben. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass zukünftig der Einfluss des Geschlechts der Teilnehmer mit in der PBI-Auswertung berücksichtigt werden sollte, z.B. wären getrennte Grenzwerte für Männer und Frauen weitergehend zu diskutieren.

Insgesamt zeigten sich erwartbar suboptimale erinnerte Erziehungsstile für die hier untersuchten Stichproben. Die weitere Klärung, warum z.B. die Frauen in dieser Untersuchung ihre Eltern als deutlich weniger fürsorglich erlebten als die Männer, steht noch aus. Weiterführend könnte der Bezug zwischen erinnertem Erziehungsstil und erlebten Traumata in der Kindheit und Jugend näher beleuchtet werden, z.B. mit der Weiterentwicklung des „Parental Bonding Instruments“, dem „Measurement of Parental Style“ (MOPS; Parker et al., 1997).

## **6 Abkürzungsverzeichnis**

EMBU	Egna Minnen Beträffande Uppfostran
FEE	Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten
FEPS	Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken
IRQ	Influential Relationships Questionnaire
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test
MOPS	Measurement of Parental Style
PBI	Parental Bonding Instrument
PANSS	Positive and Negative Scale for Schizophrenia
SKID	Strukturiertes klinisches Interview für das DSM-IV
STI	Strukturiertes Trauma-Interview

## **7 Literaturverzeichnis**

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. & Stayton, D.J. (1975). *Infant-mother attachment and social development: "Socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals*. In: *The Integration of the Child into a Social World*. P.M. Richards (Ed.), Cambridge: Cambridge University Press, 99-135.

Arrindell, W.A., Hanewald, G.J.F.P. & Kolk, A.M. (1989). Cross-national constancy of dimensions of parental rearing style: the Dutch version of the Parental Bonding Instrument (PBI). *Personality and Individual Difference*, 10(9), 949-956.

Baker, B., Helmes, E. & Kazarian, S.S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 144(3), 263-269.

Bernardi, E., Jones, M. & Tennant, C. (1989). Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts. *British Journal of Psychiatry*, 154, 677-682.

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

Bowlby, J. (1951). Maternal Care and Maternal Health. *Bulletin of the World Health Organization (WHO Bulletin)*, 3(3), 355-533.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Routledge: London.

Braus, D.F. (2005). *Schizophrenie: Bildgebung – Neurobiologie – Pharmakotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Brewin, C., Firth-Cozens, J., Furnham, A. & McManus, C. (1992). Self-criticism in adulthood and recalled childhood experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 561-566.

Brewin, C., Andrews, B. & Gotlib, I.H. (1993). Psychopathology and early experience:

A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.

Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. & Wing, J.K. (1962). Influences of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *The International Journal of Eating Disorder*, 28(2), 139-47.

Buss, A.H. & Durkee, A. (1957). An Inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.

Byrne, C.P., Velamoor, V.R., Cernovsky, Z.Z., Cortese, L. & Losztyn, S. (1990). A comparison of Borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(7), 590-595.

Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y. & Bachar, E. (2008). Anorexia Nervosa and Parental Bonding: The Contribution of Parent-Grandparent Relationships to Eating Disorder Psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716.

Cavedo, L.C. & Parker, G. (1994). Parental Bonding Instrument. Exploring for links between scores and obsessiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(2), 78-82.

Clare, A. (1979). The causes of alcoholism. *British Journal of Hospital Medicine*, 21, 403-411.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cox, B.J., Enns, M.W. & Clara, I.P. (2000). The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in

the National Comorbidity Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(8), 353-357.

Cubis, J., Lewin, T. & Dawes, F. (1989). Australian adolescents perception of their parents. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23(1), 35-47.

Cummings, E. & Cummings, J. (2002). Parenting and attachment. In Bornstein, M. (Ed.). *Handbook of Parenting*. London: Erlbaum.

Davison, G.C. & Neale, J.M. (1996). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Derogatis, L.R. & Spencer, P.M. (1982). *Administration and Procedures: BSI. Manual I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Draijer, N. (1989). *Structured Trauma Interview (STI)*. Amsterdam, Vrije Universiteit, Department of Psychiatry.

Enns, M.W., Cox, B.J. & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 32, 997-1008.

Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.

Faravelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S., Grecu, L.M. & Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(1), 6-8.

Favaretto, E. & Torresani, S. (1997). [Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders]. *Epidemiologia Psichiatria Sociale*, 6(2), 124-138.

Favaretto, E., Torresani, S. & Zimmermann, C. (2001). Further results on the reliability of the Parental Bonding Instrument (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 119-129.

Fossati, A., Donati, D., Donini, D., Novella, L., Bagnato, M. & Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 390-402.

Fosse, G.K. & Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(4), 404-409.

Frank, G.H. (1965). The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 64(3), 191-205.

Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273.

Gau, S.S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 688-696.

Gerlsma, C., Das, J. & Emmelkamp, P.M.G. (1992). Depressed patients' parental representations: stability across changes in depressed mood and specificity across diagnoses. *Journal of Affective Disorder*, 27(2), 173-181.

Gerlsma, C. (1994). Parental rearing styles and psychopathology: Notes on the validity of questionnaires for recalled parental behavior. In: *Parenting and Psychopathology*. C. Perris, W.A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.). Chichester: Wiley, 75-105.

Gerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bertacca, S., Santoro, G., Gardini, S., Caccavari, R. & Nicoli, M.A. (2004). Substance Use Among High-School-Students: Relationships with Temperament, Personality Traits and Parental Care Perception. *Substance Use & Misuse*, 39(2), 345-367.

Gillham, J.E., Putter, P. & Kash, V.M. (2007). The Effects of Sad Mood on Reports of Parents' Caregiving Behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(2), 125-133.

Goldstein, M.J. & Rodnick, E.H. (1975). The family's contribution to the etiology of schizophrenia: Current status. *Schizophrenic Bulletin*, 14, 48-63.

Gomez, J. (1984). Learning to drink: The influence of impaired psychosexual development. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(5), 403-410.

Hafner, R.J. (1988). Obsessive-compulsive disorder: a Questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry*, 34(4), 310-315.

Hafner, R.J. & Miller, R.M. (1991). Predicting schizophrenia outcome with self-report measures of family interaction. *Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 33-41.

Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Vilagut, G., Martinez-Alonso, M., Dietrich, S., & Angermeyer, M.C.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2005). Empirical evidence for an invariant three-factor structure of the Parental Bonding Instrument in six european countries. *Psychiatry Research*, 35(3), 237-247.

Heider, D., Bernert, S., Matschinger H., Haro, J.M., Alonso. J. & Andermeyer, M.C.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2007). Parental bonding and suicidality in adulthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(1), 66-73.

Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Brugha, T.S., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Dietrich, S. & Angermeyer, M.C.; The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2008). Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders. A study in six European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 266-272.

Helgeland, M.I. & Torgersen, S. (1997). Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal*

of *Psychology*, 38(1), 39-43.

Herrmann, T. (Hrsg.) (1966). *Psychologie der Erziehungsstile*. Göttingen: Hogrefe.

Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer, 94-117.

Joyce, P.R., Sellman, D., Wells, E., Frampton, C.M., Bushnell, J.A., Oakley-Browne, M. & Hornblow, A.R. (1994). Parental bonding in men with alcohol disorders: a relationship with conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(3), 405-411.

Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(2), 261-276.

Kendler, K.S., Sham, P.C. & MacLean, C.J. (1997). The determinants of parenting: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine*, 27(3), 549-563.

Krohne, H.W. (1988). Erziehungsstilforschung: Neuere theoretische Ansätze und empirische Befunde. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 2, 157-172.

Lebell, M.B., Marder, S.R., Mintz, J., Mintz, L.I., Tompson, M., Wirshing, W., Johnston-Cronk, K. & McKenzie, J. (1993). Patients perception of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162(6), 751-754.

Leon, C.A. & Leon, A. (1990). Panic disorder and parental bonding. *Psychiatric Annals*, 20, 503-508.

Lieberman, R.P., Neuchterlein, K.H. & Wallace, C. (1982). Social Skills Training and the nature of schizophrenia. In: *Social Skills Training*. J.P. Curran & P.M. Monti (Eds.). New York, London: The Guildford Press, 5-56.

Liem, J.H. (1980). Family studies of schizophrenia: an update and commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 429-455.

Livianos-Aldana, L. & Rojo-Moreno, L. (1999). On the convergent validity of two Parental Rearing Behaviour Scales: EMBU and PBI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(4), 263-269.

Lizardi, H. & Klein, D.N. (2005). Long-Term Stability of Parental Representations in Depressed Outpatients Utilizing the Parental Bonding Instrument. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(3), 183-188.

Lopez, F.G. (1995). Contemporary attachment theory: An introduction with implications for counseling psychology. *Counseling Psychologist*, 23(3), 395-415.

Lukesch, H. (Hrsg.) (1975). *Auswirkungen elterlicher Erziehungsstile*. Göttingen: Hogrefe.

Lutz, R., Heyn, C. & Kommer, D. (1995). *Fragebogen zur elterlichen Bindung – FEB*. In: *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. C. Lutz & N. Mark (Hrsg.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 183-199.

Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R. & Duncan-Jones, P. (1989). The Parental Bonding Instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychological Medicine*, 19(4), 1023-1034.

Mackinnon, A.J., Henderson, A.S. & Andrews, G. (1993). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: a risk factor refined. *Psychological Medicine*, 23, 135-141.

Modestin, J., Soult, J. & Malti, T. (2004). Correlates of coping styles in psychotic illness. *Psychopathology*, 37(4), 175-180.

Moos, R.H. & Moos, B.S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Consulting

Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Murphy, E., Brewin, C.R. & Silka, L. (1997). The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors?. *Psychological Medicine*, 27(2), 333-341.

Murphy, E., Wickramaratne, P. & Weissman, M. (2010). The stability of parental bonding reports: A 20-year follow up. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 307-315.

Myhr, G., Sookman, D. & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 447-456.

Narita, T., Sato, T., Hirano, S., Gota, M., Sakado, K. & Uehara, T. (2000). Parental child-rearing behavior as measured by the Parental Bonding Instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 229-234.

Nitta, M., Narita, T., Umeda, K., Hattori, M., Naitoh, H. & Iwata, N. (2008). Influence of negative cognition on the parental bonding instrument (PBI) in patients with major depression. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(3), 244-246.

Oerter, R. & Montada, L. (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Onstad, S., Skre, I., Torgersen, S. & Kringlen, E. (1993). Parental representations in twins discordant for schizophrenia. *Psychological Medicine*, 23(2), 335-340.

Onstad, S., Skre, I., Torgersen, S. & Kringlen, E. (1994). Family interaction: parental representation in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(384), 67-70.

Paris, J., Brown, R. & Nowlis, D. (1987). Long term follow up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-535.

Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Parker, G. & Lipscombe, P. (1979). Parental characteristics of Jews and Greeks in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13(3), 225-229.

Parker, G. (1981). Parental reports of depressives. *Journal of Affective Disorders*, 3, 131-140.

Parker, G., Fairley, M., Greenwood, J, Jurd, S. & Silove, D. (1982). Parental representations of schizophrenics and their associations with onset and course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 141, 573-581.

Parker, G. (1983 a). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune & Stratton.

Parker, G. (1983 b). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.

Parker, G. (1984). The measurement of pathogenetic parental style and its relevance to psychiatric disorders. *Social Psychiatry*, 19, 75-81.

Parker, G., Johnston, P. & Hayward, L. (1988). Prediction of schiziphrenic relapse: using the Parental Bonding Instrument. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22(3), 283-292.

Parker, G. (1989). The Parental Bonding Instrument: Psychometric properties reviewed. *Psychiatric Developments*, 4, 317-335.

Parker, G. (1996). Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin

sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 22-27.

Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K. & Austin, M.P. (1997). The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1193-1203.

Patton, G.C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J.B. & Wolfe, R. (2001). Parental 'affectionless control' in adolescent depressive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(10), 475-480.

Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., von Knorring, L. & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61(4), 265-274.

Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In: *Parenting and Psychopathology*. C. Perris, W.A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), New York: Wiley, 3-32.

Philip, E.P. (1973). Assessing Punitiveness with the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ). *The British Journal of Psychiatry*, 123(575), 435-439.

Plantes, M.M., Prusoff, B.A., Brennan, J. & Parker, G. (1988). Parental representations of depressed outpatients from a U.S.A. sample. *Journal of Affective Disorders*, 15(2), 149-155.

Rankin, P., Bentall, R., Hill, J. & Kinderman, P. (2005). Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants. *Psychopathology*, 38(1), 16-25.

Richman, J.A. & Flaherty, J. (1986). Sex differences in drinking among medical students: Patterns and psychosocial correlates. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 47(4), 283-289.

Richman, J.A. & Flaherty, J. (1990). Alcohol-related problems of future physicians prior to medical training. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 51(4), 296-300.

Richter-Appelt, H., Schimmelmann, B.G. & Tiefensee, J. (2004). Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS). Eine erweiterte Version des Parental Bonding Instruments (PBI). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 54(1), 23-33.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D. & Reiger, D.A. (1984). Life-time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 942-949.

Robinson, D. (1977). Factors influencing alcohol consumption. In: *Alcoholism: New Knowledge and New Responses*. G. Edwards & M. Grant (Eds.). London: Croom Helm, 60-77.

Rodgers, B. (1996 a). Reported parental behaviour and adult affective disorders. 1. Associations and moderating effects. *Psychological Medicine*, 26, 51-61.

Rodgers, B. (1996 b). Reported parental behaviour and adult affective disorders. 2. Mediating factors. *Psychological Medicine*, 26, 63-77.

Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., McKay, J.R., Cook, T.J. (1998). Young men`s perceived quality of parenting based on familiar history of alcoholism. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6(3), 43-56.

Schäfer, I. & Aderhold, V. (2005). Traumaforschung bei Menschen mit psychotischen Störungen. *Schizophrenie*, 21, 58-66.

Schilder, P. (1940). The Psychogenesis of Alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2, 277-292.

Schneewind, K.A. & Herrmann, T. (Hrsg.) (1980). *Erziehungsstilforschung. Theorien,*

*Methoden und Anwendung der Psychologie elterlichen Erziehungsverhaltens.* Bern: Huber.

Schumacher, J., Eisemann, M. & Brähler, E. (1999). Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). *Diagnostica*, 45(4), 194-204.

Schumacher, J., Hinz, A. & Brähler, E. (2002). Zur Validität retrospektiver Datenerhebungen: Das elterliche Erziehungsverhalten in der Erinnerung junger Erwachsener und ihrer Eltern im Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 459-474.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653-1658.

Simpson, J.A., Rholes, W.S. & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434-446.

Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.

Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (2002). *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse.* Stuttgart, New York: Schattauer.

Sullivan, H.S. (1927). The Onset of Schizophrenie. *The American Journal of Psychiatry*, 84(1), 105-134.

Terra, L., Hauck, S., Schestatsky, S., Fillipon, A.P., Sanchez, P., Hirakata, V. & Ceitlin, L.H. (2009). Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Brazilian female population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 348-354.

Torgersen, S. & Alnæs, R. (1992). Differential perceptions of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 34-38.

Truant, G.S., Donaldson, L.A., Herscovitch, J. & Lorenz, J.G. (1987). Parental representations in two Canadian groups. *Psychological Reports*, 61, 1003-1008.

Urban, M. & Hartmann, H.P. (2005). *Bindungstheorie in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vaillant, G.E. (1995). *The natural history of alcoholism – Revisited*. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press.

van Wel, F., Linssen, H. & Abma, R. (2000). The parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 307–318.

Vaughn C.E. & Leff J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125–137.

Warner, R. & Atkinson, M. (1988). The relationship between schizophrenic patients perception of their parents and the course of their illness. *British Journal of Psychology*, 153(3), 344-353.

Wilhelm, K. & Parker, G. (1990). Reliability of the PBI and IBM scales. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(2), 199-202.

Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine*, 35(3), 387-393.

Willinger, U., Heiden, A.M., Meszaros, K., Formann, A.K. & Aschauer, H.N., (2002). Maternal bonding behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder, considering

premorbid personality traits. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 663-668.

Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM –IV. Achse I. Psychische Störungen*. Göttingen, Hogrefe.

Wolff, P.H. (1972). Ethnic differences in alcohol sensitivity. *Science*, 175(4020), 449-450.

Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y. & Fukui, K. (2005). Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(5), 533-538.

Zuckerman, M. (1978). *Sensation Seeking*. In: London, H. & Exner, J. (Eds.). *Dimension of Personality*. New York: Wiley, 487-559.

## 6 Anhang

### I Parental Bonding Instrument

In diesem Fragebogen sind verschiedene Einstellungen und Verhaltensweisen von Eltern aufgelistet. Lesen Sie bitte die folgenden Sätze einen nach dem anderen sorgfältig durch und kreuzen diejenige Antwort an, welche am ehesten mit Ihrer Erinnerung an Ihren Vater/Mutter während Ihrer ersten 16 Lebensjahre übereinstimmt.

	Mutter				Vater				
	Stimmt genau	Stimmt in etwa	Nein, kaum	Nein, überhaupt nicht	Stimmt genau	Stimmt in etwa	Nein, kaum	Nein, überhaupt nicht	
1. Sprach mit einer warmen und freundlichen Stimme zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sprach mit einer warmen und freundlichen Stimme zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Half mir nicht so sehr, wie ich es brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Half mir nicht so sehr, wie ich es brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ließ mich die Dinge machen, die ich tun wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Ließ mich die Dinge machen, die ich tun wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wirkte gefühlsmäßig kalt auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Wirkte gefühlsmäßig kalt auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schien meine Probleme und Sorgen zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Schien meine Probleme und Sorgen zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. War liebevoll zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. War liebevoll zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mochte es, wenn ich meine eigenen Entscheidungen traf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Mochte es, wenn ich meine eigenen Entscheidungen traf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wollte nicht, dass ich erwachsen wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Wollte nicht, dass ich erwachsen wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Versuchte, alles, was ich tat, zu lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Versuchte, alles, was ich tat, zu lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Drang in meine Intimsphäre ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Drang in meine Intimsphäre ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Genoss es, Dinge mit mir zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Genoss es, Dinge mit mir zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lächelte mich häufig an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Lächelte mich häufig an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Neigte dazu, mich wie ein Baby zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Neigte dazu, mich wie ein Baby zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Schien nicht zu verstehen, was ich brauchte oder wünschte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Schien nicht zu verstehen, was ich brauchte oder wünschte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ließ mich Dinge selber entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ließ mich Dinge selber entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gab mir das Gefühl, nicht gewollt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Gab mir das Gefühl, nicht gewollt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Konnte mich erheitern, wenn ich bestürzt war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Konnte mich erheitern, wenn ich bestürzt war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sprach nicht sehr viel mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Sprach nicht sehr viel mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Versuchte, mich von ihr abhängig zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Versuchte, mich von ihm abhängig zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hatte das Gefühl, ich könnte nicht auf mich achten, wenn sie nicht anwesend war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Hatte das Gefühl, ich könnte nicht auf mich achten, wenn er nicht anwesend war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Gab so viel Freiheiten, wie ich brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Gab so viel Freiheiten, wie ich brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ließ mich ausgehen, so oft ich es wünschte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Ließ mich ausgehen, so oft ich es wünschte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. War überfürsorglich und beschützend mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. War überfürsorglich und beschützend mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lobte mich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Lobte mich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ließ mich anziehen, was mir gefiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Ließ mich anziehen, was mir gefiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken

In diesem Fragebogen sind verschiedene Einstellungen und Verhaltensweisen von Eltern aufgelistet. Lesen Sie bitte die folgenden Sätze einen nach dem anderen sorgfältig durch und kreuzen Sie diejenige Antwort an, welche am ehesten mit Ihrer Erinnerung an Ihren Vater/Mutter während Ihrer ersten 16 Lebensjahre übereinstimmt.

	Mutter					Vater			
	Stimmt genau	Stimmt in etwa	Nein, kaum	Nein, überhaupt nicht		Stimmt genau	Stimmt in etwa	Nein, kaum	Nein, überhaupt nicht
1. Sprach mit einer warmen und freundlichen Stimme mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sprach mit einer warmen und freundlichen Stimme mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Half mir nicht so viel, wie ich es brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Half mir nicht so viel, wie ich es brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ließ mich die Dinge machen, die ich mochte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Ließ mich die Dinge machen, die ich mochte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wirkte mir gegenüber emotional kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Wirkte mir gegenüber emotional kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verstand meine Probleme und Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Verstand meine Probleme und Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ging liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ging liebevoll mit mir um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ließ mich meine eigenen Entscheidungen gerne selbst treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ließ mich meine eigenen Entscheidungen gerne selbst treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wollte nicht, dass ich erwachsener wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Wollte nicht, dass ich erwachsener wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Versuchte, alles, was ich tat, zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Versuchte, alles, was ich tat, zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Drang in meine Intimsphäre ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Drang in meine Intimsphäre ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Besprach gerne Dinge mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Besprach gerne Dinge mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Lächelte mich häufig an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Lächelte mich häufig an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Behandelte mich wie ein Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Behandelte mich wie ein Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Verstand nicht, was ich brauchte oder wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Verstand nicht, was ich brauchte oder wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ließ mich Dinge selber entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ließ mich Dinge selber entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gab mir das Gefühl, nicht erwünscht zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Gab mir das Gefühl, nicht erwünscht zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Konnte dafür sorgen, dass ich mich besser fühlte, wenn es mir schlecht ging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Konnte dafür sorgen, dass ich mich besser fühlte, wenn es mir schlecht ging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Redete nicht sehr viel mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Redete nicht sehr viel mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Versuchte, mich von ihr abhängig zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Versuchte, mich von ihm abhängig zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hatte das Gefühl, ich könnte nur auf mich aufpassen, wenn sie da war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Hatte das Gefühl, ich könnte nur auf mich aufpassen, wenn er da war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Gab so viel Freiheiten, wie ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Gab so viel Freiheiten, wie ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quälte mich mit Worten					Quälte mich mit Worten				
22. Ließ mich so oft ausgehen, wie ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Ließ mich so oft ausgehen, wie ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. War mir gegenüber überfürsorglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. War mir gegenüber überfürsorglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lobte mich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Lobte mich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ließ mich anziehen, was ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Ließ mich anziehen, was ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Demütigte mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Demütigte mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ging auf meine Wünsche nach Körperkontakt ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Ging auf meine Wünsche nach Körperkontakt ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **8 Danksagung**

*Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die an dieser Doktorarbeit beteiligt gewesen sind.*

*Zunächst herzlichen Dank an Herrn Prof. Dr. Naber, der als Doktorvater diese Arbeit überhaupt ermöglicht hat.*

*Weiterhin großen Dank an Herrn PD Dr. Schäfer, der diese Arbeit betreut hat und mich von der Konzeption der Fragestellung bis zur Klärung der letzten formalen Fragen hilfreich unterstützt hat.*

*Lieben Dank an Sybille Gussmann und Marcus Albert für die gute Zusammenarbeit während der Phase der klinischen Interviews.*

*Für die Hilfe bei statistischen Fragen ein Dankeschön an Kathrin Wormitt.*

*Alexandra Kell danke ich für den emotionalen Beistand.*

*Und noch ein Riesendank an mein Endlektorat, bestehend aus Elke Mühlhoff und Mike Tamayo.*

*Ein ganz besonderes Dankeschön widme ich meinen Eltern. Im Hinblick auf die Inhalte dieser Arbeit möchte ich anmerken: Mama, Papa, ihr habt alles richtig gemacht!*

### ***10 Eidesstattliche Versicherung***

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr der Erscheinung), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: \_\_\_\_\_