

Hochschule RheinMain
Fachbereich Sozialwesen

Masterthesis:

Geschwister psychisch Kranker

Entwicklung eines quantitativen Fragebogens auf Grundlage einer Analyse eigener
und bereits vorliegender qualitativer Forschungsergebnisse und der Literatur

vorgelegt von

Dipl. Sozialpädagoge (FH) Holger Simon

Matrikelnummer:455693

Prüfer:

Prof. Dr. Reinhard Peukert

Prof. Dr. Petra Gromann

Inhaltsverzeichnis

Seite:

1. Einleitung	1
2. Stand der Forschung und Literatur (Darstellung und Erarbeitung von Thesen)	7
2.1. Eigene Ergebnisse: „...und plötzlich war alles anders“, Geschwister psychisch Kranker: Emotionale Belastungen, Ressourcenlage und Unterstützungen	7
2.1.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage.....	7
2.1.2. Methodisches Vorgehen.....	8
2.1.3. Ergebnisse.....	8
2.1.4. Zusammenfassung und Diskussion.....	11
2.1.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen.....	12
2.2. Rita Schmid: Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten	13
2.2.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage.....	13
2.2.2. Methodisches Vorgehen.....	13
2.2.3. Ergebnisse.....	13
2.2.4. Diskussion.....	16
2.2.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen.....	16
2.3. Thomas Bock, u.a.: Belastungen und Herausforderungen, Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten	18
2.3.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage.....	18
2.3.2. Methodisches Vorgehen.....	18
2.3.3. Ergebnisse.....	19
2.3.4. Diskussion.....	21
2.3.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen.....	21

2.4. Beate Schrank, u.a.: Zu unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen	24
2.4.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage	24
2.4.2. Methodisches Vorgehen	25
2.4.3. Ergebnisse	26
2.4.4. Diskussion	27
2.4.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen	28
2.5. Reinhard Peukert (Ergebnisse aus Geschwistertreffen,...)	31
2.5.1. Geschwistertreffen Hamburg	32
2.5.2. Geschwister teilen alles?	34
2.5.3. Geschwister sind auch Angehörige – aber anders!	36
2.5.4. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen	39
2.6. Publikationen weiterer Autoren	43
2.6.1. de Neu	43
2.6.2. Lotte Mucha	45
2.6.3. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen	45
3. Geschwisterbeziehungen und –bindungen	50
3.1. Begriffsdefinitionen	50
3.2. Dimensionen der Geschwisterbeziehung	52
3.2.1. Wärme, Nähe, Loyalität	52
3.2.2. Rivalität	53
3.2.3. Konflikt	56
3.2.4. Relative Macht	56
3.2.5. Relevante Aussagen	57
3.3. Geschwisterbeziehung im Lebensverlauf	57
3.3.1. Kindheit	57
3.3.2. Adoleszenz	61

3.3.3. frühes und mittleres Erwachsenenalter	69
3.3.4. spätes Erwachsenenalter	72
3.3.5. Geschwister in höherem Alter	73
3.3.6. Die Geschwisterbeziehung über die Lebensspanne betrachtet	77
3.4. Geschwisterkonstellationen	77
3.4.1. Geburtsrang	78
3.4.2. Altersabstand	79
3.4.3. Geschlechterkonstellation	79
3.5. Verwirrte Familien	81
3.6 Relevante Aussagen	86
4. Entwicklung Fragebogen	88
4.1. Fragenentwicklung zur Literaturanalyse	89
4.1.1. Emotionale Belastungen	91
4.1.2. Umgang mit Geschwister	95
4.1.3. Beziehung zu dem Geschwister	96
4.1.4. Belastungen für die eigene Lebenssituation	98
4.1.5. Gesundheitliche Belastungen	98
4.1.6. Auswirkungen auf das soziale Umfeld	99
4.1.7. Ressourcen	100
4.1.8. Erfahrungen mit dem System der psychosozialen Hilfen	101
4.1.9. Veränderungen in der Familie	102
4.1.10. Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem	104
4.1.11. Veränderungen in der Biografie	107
4.2. Fragenentwicklung zu Geschwisterbeziehungen	107
4.2.1. Dimensionen	108
4.2.2. Geschwisterbeziehungen in der Kindheit und Adoleszenz	110
4.2.3. Frühes Erwachsenenalter	110

4.2.4. Auswirkungen von Krankheit und Behinderung.....	112
4.3. Soziodemografische Daten.....	112
5. Fazit und Ausblick.....	114
6. Literatur.....	117
7. Anlage (Fragenbogen).....	119
Erklärung.....	142

1. Einleitung

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeuten die Familie und die Angehörigen eine wichtige Ressource an Unterstützung und Rückhalt. Diese Angehörigen sind durch die Erkrankung eines Angehörigen jedoch auch starken Belastungen unterworfen und diese, oftmals chronischen Erkrankungen, bedeuten einen tiefen Eingriff in das persönliche Leben der Angehörigen. Die hohe Bedeutung, welchen Angehörigen im Rahmen der Behandlung und psychosozialen Betreuung, zukommt wurde zwischenzeitlich erkannt. So liegen zunehmend Forschungsergebnisse über die Gruppe der Angehörigen allgemein vor.

Unter allen Angehörigen stellen die Geschwister die Gruppe dar, welche in der Regel den erkrankten Menschen am längsten begleiten. Sie stehen zeitliche oftmals über die gesamte Biographie mit Ihren Geschwistern in Verbindung und erleben die Erkrankung mit allen Höhen und Tiefen. Der Beginn der Erkrankung geht oftmals mit einer Veränderung der gesamten Familienstruktur und der innerfamiliären Beziehungen einher. Das „gesunde“ Geschwister wechselt die Rolle innerhalb der Familie, es kann zu Veränderungen der Beziehungen zu den Eltern und den weiteren Familienangehörigen kommen. Oftmals sind diese Veränderungen mit Konflikten belastet.

Diese lang andauernde Begleitung über die Lebenszeit hinweg und die erlebten Veränderungen innerhalb der Familie, bedeuten für die Geschwister oftmals eine hohe Belastung. Es ist daher umso verwunderlicher, dass über diese Gruppe der Angehörigen bisher äußerst wenige Forschungsergebnisse vorliegen.

Ebenso wenig Beachtung finden die Geschwister im Rahmen der psychosozialen Hilfen. Sicherlich stehen alle Angebote der Angehörigenarbeit grundsätzlich auch Geschwistern offen. Häufig werden aber Eltern, Kinder und Lebenspartner vorwiegend angesprochen und die Konzepte auf diese Personengruppen abgestimmt. Eigene Konzepte für Unterstützungsangebote für Geschwister psychisch Kranker liegen nicht vor.

In bisher vorgelegten qualitativen Untersuchungen wurden bereits verschiedene Belastungsmomente und Auswirkungen der Erkrankung dargestellt. Eine quantitative Bestätigung dieser Ergebnisse steht jedoch noch aus.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird daher der aktuelle Stand der Forschung und deren Thesen dargestellt.

Die Verschiebung der Rollen innerhalb der Familien und die damit einhergehenden tief greifenden Folgen für die Geschwister wurden bisher noch nicht in die wissenschaftliche Betrachtung mit einbezogen. Bekannt ist jedoch aus allgemeinen medizinischen Forschungen, dass die Erlebnisse in Jugend und Kindheit auch eine Auswirkung auf die seelische Gesundheit im Erwachsenenalter haben. Daher wird ein Überblick über die theoretischen Grundlagen zu Geschwistern und deren Positionen gegeben um zu erarbeiten, wie weit diese Grundlagen mit in das Forschungsinstrument einbezogen werden müssen.

Nach jedem Abschnitt werden die für die Fragebogenentwicklung relevanten Kernaussagen und Thesen in einer Auflistung zusammengefasst und in erste thematische Blöcke kategorisiert. Diese Liste wird im Verlauf der Arbeit ständig fortgeschrieben und neue Punkte werden entsprechend ergänzt. Dies dient dazu, dass nach der Vorstellung der aktuellen Literatur und Forschungsergebnisse, sowie der Erkenntnisse der Geschwisterpositionen, bereits eine Auflistung der relevanten Punkte vorliegt, welche abschließend noch in Fragebogenfragen formuliert werden müssen. Zur besseren Übersicht, werden neu hinzugekommene Punkte in kursiver Schrift dargestellt.

Der dritte Teil der Arbeit beinhaltet dann die Entwicklung und Erstellung des eigentlichen Fragebogens.

2. Stand der Forschung und aktuellen Publikationen

2.1. Eigene Ergebnisse: „...und plötzlich war alles anders“, Geschwister psychisch Kranker: Emotionale Belastungen, Ressourcenlage und Unterstützungen¹

2.1.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Im Rahmen eines eigenen Forschungsprojektes wurden bereits die Belastungen von Geschwistern psychisch Kranker untersucht. Eingesetzt wurden Interviews, welche mithilfe eines strukturierten Interviewleitfadens geführt wurden. Ziel dieser Untersuchung war es zunächst einen erste Bestandsaufnahme über die Situation der Geschwister zu erlangen.

Hierzu wurden im eigenen beruflichen Umfeld (Angehörigengruppe der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikum des Saarlandes und Verband Angehöriger psychisch Kranker) Interviewteilnehmer akquiriert. Es erfolgte daher bei der zugrunde liegenden Grundgesamtheit keine nähere Differenzierung nach Krankheitsdauer oder Geschwisterstatus. Lediglich Geschwister von Suchterkrankten und altersbedingten psychischen Störungen waren ausgeschlossen. Ebenso wurden nur Geschwister befragt, deren Angehörige sich derzeit nicht in stationärer Behandlung befanden. Eine genauere Differenzierung nach Krankheitsbildern erfolgte nicht, es meldeten sich jedoch nur interessierte Angehörige von Menschen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis.

Der verwendete strukturierte Interviewleitfaden gliederte sich nach Leitfragen, welche nach den Belastungen und auch den Ressourcen fragten. Weiter wurde speziell nach den Erfahrungen mit dem professionellen Hilfesystem und den Auswirkungen auf das eigene Leben gefragt.

¹ Holger Simon: „...und plötzlich war alles anders“ Geschwister psychisch Kranker: Emotionale Belastungen, Ressourcenlage und Unterstützungen“, 2009

2.1.2. Methodisches Vorgehen

Es wurden insgesamt 4 Interviews geführt. Die Interviewteilnehmer waren zwischen 29 und 53 Jahre alt, die Ersterkrankung lag zwischen 10 und 20 Jahren zurück.

Die Interviews wurden transkribiert und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Verwendet wurde hierzu ein Kategoriensystem mit 5 Oberkategorien, welche in 52 Einzelkategorien unterteilt waren.

2.1.3. Ergebnisse

Es zeigte sich, dass besonders den emotionalen Belastungen eine hohe Bedeutung zukam. Es konnte unterschieden werden zwischen Gefühlen und Empfindungen, welche rückblickend zum Zeitpunkt der Ersterkrankung eine Rolle spielten und Gefühlen und Empfindungen zur aktuellen Situation.

Scham wurde in den Interviews nur in Bezug auf aktuelle Exazerbationen der Erkrankung benannt: *„macht irgendwelchen komischen Dingen und zum anderen geht er dann mal das Haus raus und weiß nicht, zieht sich halt einen Cowboyhut auf und läuft durchs Dorf rum“*. Keine Rolle spielte dagegen eine allgemeine Scham der Geschwister darüber, dass ihr Bruder oder ihre Schwester an einer psychischen Erkrankung leidet. Scham wurde nur im Kontext aktueller Verhaltensauffälligkeiten berichtet.

Über den gesamten Verlauf der Erkrankung spielt eine besonders belastende Hilflosigkeit eine Rolle. Diese Hilflosigkeit schilderten die Interviewten über den gesamten Zeitraum der Erkrankung: *„weil man war ja völlig hilflos, wenn er jetzt so einen Ausbruch gehabt hat man es war ihm ja gar nicht beizukommen, man konnte ja mit Engelszungen auf ihn einreden, es war absolut nicht beizukommen“*. Die Geschwister fühlten sich verbunden und dazu angehalten zu helfen. Die Erkenntnis, mit Worten nicht viel erreichen zu können, förderte das Gefühl der Hilflosigkeit weiter. Ebenso begründeten die Interviewten ihre Hilflosigkeit auch mit einer mangelnden Einbindung in die Behandlung und das psychosoziale Hilfesystem.

Im Laufe der Erkrankungsdauer folgte das Gefühl der Hilflosigkeit, die Überforderung: *„Und dann habe ich mit der Zeit bin ich eigentlich auf Distanz, weil ich gemerkt habe das überfordert mich sonst. Denn ich lebe mein Leben und lasse*

ihn sein Leben leben und äh helfe ihm halt dann in gewissen Situationen“. Die Überforderung stand häufig im Kontext mit der eigenen Lebensführung und -planung. Die Tatsache, dass es nun zusätzlich eine neue sehr fordernde Aufgabe zu meisten galt, wurde als äußerst belastend empfunden.

Erst nach einer gewissen Erkrankungsdauer tritt bei den Geschwistern ein Gefühl der Trauer auf. Eine Trauer, einen wichtigen Menschen „verloren“ zu haben, weil die Psychose ihn derart veränderte, dass er oder sie fast nicht wieder zu erkennen war: *„Und ich meine es ist ja ganz ganz schade um einen solchem Menschen, der wirklich ja ein wertvoller Mensch war“.*

Hingegen zu Zeiten der Ersterkrankung und nur zu diesem Zeitpunkt wurde über Wut und Aggressionen berichtet. Im späteren Verlauf spielten diese keine Rolle mehr. Diese Emotionen wurden darauf zurückgeführt, dass in einer frühen Phase oftmals noch nicht klar ist um „was es sich handelt“. Die Kranken machten seltsame Dinge, waren oftmals aggressiv. Die Geschwister konnten diese Verhaltensweisen nicht einordnen und werteten diese als persönliche Angriffe o.ä.

Betroffenheit und ein „Mit-leiden“ beschreiben die Geschwister über die gesamte Dauer der Erkrankung. Betroffenheit und Trauer sind hier sicherlich eng verbunden zu sehen. Das Mit-tragen der Leiden, welche durch die Erkrankung entstehen werden als sehr belastend empfunden: *„Es tut mir einfach leid für ihn. Weil ich habe ihn ja früher gekannt und weiß wie er jetzt ist. Was die Krankheit eigentlich aus ihm gemacht hat“.*

Unter Hinblick auf die empfunden emotionale Belastung wurden auch Vorwürfe geäußert. Hier spielte die „Bad-Mad-Problematik“ sicherlich eine Rolle. Vorwürfe wurden über die gesamte Erkrankungsdauer geäußert und standen häufig im Kontext mit traumatisierenden Erlebnissen der Ersterkrankung und akuter Ausbrüche: *„Und in dem Moment, wenn ich bei Ihr bin und sie hat dann einen Weinkrampf oder es geht ihr ganz schlecht und manchmal versucht sie uns dann unter Druck zu setzen um das dann zu bekommen was sie will, dann muss man dann sich immer abwägen, wie man dann reagiert in so einer Situation“.*

Sehr umfassend wurden verschiedenste Ängste geschildert. Die Geschwister schienen unter den verschiedensten Ängsten erheblich zu leiden, weswegen diese unter Hinblick auf den Zeitpunkt und auf ihre Bezugsrichtung untersucht wurden.

Eine dauerhafte Belastung stellten die Ängste vor einem möglichen Suizid des Geschwisters dar. Die bezogen sich häufig auf frühere Erlebnisse, wie Suizidversuche oder –androhungen: *„Dann immer so ein bisschen mit Angst gehabt, dass er das irgendwann einmal macht, was er da versuchte.“* Zeitlich wurde über die gesamte Erkrankungsdauer von diesen Ängsten berichtet.

Als ebenso sehr belastend wurde über Aggressionen des Geschwisters berichtet. Diese erlebten Ängste standen zeitlich immer im Bezug zu einer akuten Exazerbation der Psychose. Sie stellten eine punktuelle starke Belastung dar, wurden aber nicht über einen längeren Zeitraum berichtet.

Weiter spielten Zukunftsängste eine große Rolle. Diese treten bei den Geschwistern aber erst nach einer gewissen Krankheitsdauer auf. Erst nach einer gewissen Dauer konnten die Interviewten erkennen, welche Auswirkungen diese Erkrankung auf das gesamte Leben und Umfeld der Familie hat. In der frühen Erkrankungsphase konnte die gesamte Tragweite nicht erkannt werden. Diese Zukunftsängste steigerten sich zum Teil zu manifesten Existenzängsten und Ängsten über die eigene wirtschaftliche Situation: *„wenn er dann sagen wir mal die Krankheit bei ihm ausbricht und er dann furchtbar Unruhe, sage ich mal äh lässt mich vielleicht nachts nicht schlafen, so dass ich meine Arbeit nicht machen kann, ob das mal so extrem werden kann.“*

Diese zukunftsgerichteten Ängste wurden häufig berichtet, im Zusammenhang mit dem Bewusstwerden der Endlichkeit der betreuenden Eltern. Ein weiterer Bezugspunkt war hier die Ungewissheit über den Verlauf der Erkrankung.

Ebenso zukunftsgerichtet und häufig erst nach einer gewissen Krankheitsdauer wurde die Angst vor Vererbung berichtet. Sowohl bezogen auf eine mögliche eigene Vulnerabilität, als auch auf eine mögliche Erkrankung der eigenen Kinder.

Neben den Belastungen war ein weiteres Augenmerk der Untersuchung auf die positiven Ressourcen und Gewinne durch die Erkrankung gerichtet. So berichteten die Geschwister davon, durch die Herausforderungen der Erkrankung sich stärker, in ihrer Person gefestigter fühlten und an den Anforderungen gewachsen zu sein. Sie

erlebten durch das Meistern der Anforderungen und der Aufgaben durch die Erkrankung eine positive Bestätigung ihres Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld. Das „für jemanden da zu sein“ und jemandem zu helfen erlebten sie positiv und aufwertend.

Deutlich wurde, dass häufig die Familien stärker zusammengewachsen seien und dass sogar entzweite Familien wieder zueinander fanden: „... *dass das einfach noch mehr zusammengeschweißt hat. Manche Familien zerbrachen an so was, bei uns ist es nicht so, wir sind eher stärker zusammengewachsen. Einfach aus der Hilfsbereitschaft heraus meiner Schwester gegenüber.*“

Eine weitere positive Entwicklung ausgelöst durch die Erkrankung war, dass die Geschwister ihre Sichtweise auf das Leben positiv verändert hätten und materielle Dinge deutlich mehr in den Hintergrund getreten seien.

Daneben erfolgte eine Auswertung der Erfahrungen der Geschwister mit dem medizinischen und dem psychosozialen Hilfesystem.

Die berichteten Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem waren durchweg negativ. Sie seien weder in die Behandlung mit eingebunden worden, noch seien sie über die Erkrankung informiert worden. Obwohl die Geschwister das Gefühl hatten, sehr gute Antennen für die gesundheitlich Situation ihres Bruders oder ihrer Schwester zu haben, wurde diese wichtigen Informationen von Seiten der Behandler nicht genutzt worden. Weiter sogar erlebten Sie in akuten Notsituationen Abweisungen und Zurückweisungen. Lediglich auf erhebliche Eigeninitiativen wurden sie eingebunden.

Ähnlich gestalteten sich die Erfahrungen mit dem psychosozialen Hilfesystem. Trotz der Tatsache, dass Hilfe ausdrücklich gewünscht wurde, hatte keiner der Interviewten zuvor Kontakt mit dem psychosozialen Hilfesystem. Lediglich von Angeboten von Angehörigengruppen während des stationären Aufenthaltes und Unterstützung durch den gesetzlichen Betreuer wurde berichtet.

2.1.4. Zusammenfassung und Diskussion

Im Rahmen dieser Untersuchung, welche ausdrücklich darauf ausgelegt war eine erste Bestandsaufnahme zu leisten, wurde deutlich, dass die Geschwister

verschiedene emotionale Belastungen erleben. Weiter zeigte sich, dass diese Belastungen abhängig von der Dauer der Erkrankung sind. Diese These wird sicherlich im Rahmen einer quantitativen Untersuchung zu überprüfen sein.

Weiter zeigte sich, dass alle Interviewten nicht in die medizinische Behandlung integriert wurden und fast keinerlei Hilfe von Seiten des psychosozialen Hilfesystems erhielten.

Da die gesamte Studie auf lediglich vier Interviews basiert erscheint es sinnvoll die erzielten Ergebnisse mithilfe einer Fragebogenuntersuchung mit mehreren Probanden zu überprüfen.

2.1.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen

Emotionalen Belastungen

- kommt eine hohe Bedeutung zu
- Emot. Belastungen unterscheiden sich abhängig vom Zeitabstand zur Ersterkrankung
- Scham in Bezug auf aktuelle Exazerbation. Keine dauerhafte Scham wegen der Erkrankung.
- Hilflosigkeit
- Überforderung
- Trauer
- Wut und Aggressionen
- Betroffenheit und ein „Mit-leiden“
- Vorwürfe
- Ängste:
 - Dauerhaft: Angst vor Suizid, Aggressionen (während Exazerbation),
 - Nach Zeit: Zukunftsängste, Existenzängste
 - Zukunftsgerichtet: Angst vor Vererbung

Positive Ressourcen

- Stärkung der eigenen Person durch die Herausforderung
- Positive Bestätigung des eigenen Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld
- Für jemanden da sein
- Familien stärker zusammen gewachsen
- Andere Sichtweise des Lebens

Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem

- durchweg negativ
- Keine Nutzung der Erfahrungen und Einsichten der Geschwister
- zu geringe Einbindung in die Behandlung. Nur Einbezug durch Eigeninitiative
- wenig Informationen
- Abweisung in Notsituationen

Erfahrungen mit dem psychosozialen Hilfesystem

- Nicht präsent. Keine Kontakte.
- Psychoedukationsgruppe der Klinik und gesetzlicher Betreuer einzige Hilfen

2.2. Rita Schmid u.a.: Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten²³⁴

2.2.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Schmidt untersuchte an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg die spezifischen Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten. Grundlage war auch hier die Erkenntnis, dass Geschwister als eine Gruppe „der vergessenen Angehörigen“ gesehen werden. „Nur eine Schwester bzw. ein Bruder zu sein wird fälschlicherweise häufig mit nicht direkt betroffen sein bzw. außen vor zu sein assoziiert“ (Schmidt 2004, 225).

2.2.2. Methodisches Vorgehen

Die Stichprobe wurde festgelegt, in dem alle konsekutiv aufgenommenen Patienten mit einer schizophrenen Psychose entsprechend ICD-10 F20.x in einem Zeitraum von 3,5 Monaten um ihre Einwilligung zur Befragung eines Geschwisters gebeten wurden. Somit wurden mit insgesamt 37 Geschwistern narrative Interviews geführt. Die Eingangsfrage lautete: „Welche Belastungen ergaben bzw. ergeben sich für Sie durch die Erkrankung Ihrer Schwester/Ihres Bruders?“ Abschließend wurden soziodemografische Daten erhoben. Die Interviews wurden transkribiert und anschließend entsprechend eines qualitativ inhaltsanalytischen Verfahrens nach Mayring ausgewertet.

2.2.3. Ergebnisse

Es wurden 492 Aussagen der Geschwister identifiziert und diese in 26 globale Statements zusammengefasst. Diese wurden nun fünf Lebensbereichen zugeordnet

² Schmid, Spießl, Peukert: „„Außen vor und doch mitten drin“ – Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker“, 2004

³ Schmid, Schielen, Spießl, Cording: „Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten“, 2005

⁴ Schmid: „Das Besondere am Miterleben einer psychischen Erkrankung als Schwester oder Bruder“

und als entsprechende Kategorie benannt. In der Darstellung der Ergebnisse wurden zum Teil die Aussagen prozentual den Kategorien zugeordnet und zum Teil angegeben wie viele Probanden die entsprechende Kategorien oder Aussage benannten. Diese prozentualen Aufteilungen werden im Folgenden nicht berücksichtigt, da es in der vorliegenden Arbeit um die Entwicklung eines Forschungsinstrumentes zur Bestätigung der bereits vorliegenden Erkenntnisse geht. Alle Ergebnisse werden abschließen unabhängig ihres quantitativen Vorliegens Berücksichtigung finden.

- Belastungen für die persönliche Lebenssituation des gesunden Geschwisters „Neben dem zeitlich-organisatorischen Arbeitsaufwand für die Unterstützung des Geschwisters und eigene gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen infolge der Erkrankung des Geschwisters werden insbesondere emotionale Belastungen von allen Geschwistern genannt“ (Schmidt 2005, 4). Dies sind im Einzelnen:

- Zukunftsängste betreffend dem weiteren Verlauf der Erkrankung und der Frage, wer nach dem Tod der Eltern die Sorge übernimmt,
- Hilflosigkeit und Ohnmacht,
- Angst vor Rückfall oder Suizid, Fremdgefährdung und Straftaten
- Unsicherheit und Fassungslosigkeit zu Beginn der Erkrankung
- Trauer und Verlust
- Auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung
- Ärger, Wut, Enttäuschung
- Schuldgefühle, Einsamkeit und Alleinverantwortung
- Sorge um das Wohlergehen der Eltern
- Angst vor Vererbung
- Entmutigungen durch professionelle Helfer

- Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister

Alle befragten Geschwister berichteten von Belastungen im Umgang mit dem Geschwister. Häufig benannt wurden Probleme mit der vorliegenden Minussymptomatik (Antriebslosigkeit, Interessensverlust, sozialer Rückzug), welche auch zu Schuldgefühlen angesichts der eigenen Aktivitäten führten. Verstärkt wurden diese Belastungen durch die Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit

des erkrankten Geschwisters. Eine weitere Belastung stellte die fehlende Krankheitseinsicht, die mangelnde Compliance und der Umgang damit da. Darüber hinaus wurde oftmals über Abgrenzungsprobleme berichtet: Wie weit muss man sich einbinden lassen, darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen,... Ein weiterer Gesichtspunkt, welcher den Belastungen im Umgang zugeordnet wurde, war der Umgang mit der Unsicherheit, ob das Verhalten des erkrankten Geschwisters nun Teil der Erkrankung ist oder ob er etwas nur nicht machen will: Die sogenannte Mad-or-Bad-Problematik.

- Belastungen im Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern

Wie in anderen Studien ebenso festgestellt bedeuten mangelnde Informationen bezüglich Erkrankung, Therapie, Medikation und Verlauf eine erhebliche Belastung für die gesunden Geschwister. Weiter wünschen diese sich Verhaltenstipps zum Umgang mit der Erkrankung. Eine mangelnde Unterstützung durch die Institutionen, Schwierigkeiten bei dringend notwendigen Klinikaufnahmen, fehlende Nachbetreuung und Integrationshilfe wurde ebenso benannt.

- Belastungen im sozialen Umfeld

Sowohl Unverständnis und Ablehnung durch das soziale Umfeld, als auch Ängste vor Stigmatisierung und Hemmung bei eigenen neuen sozialen Kontakten belasteten die Geschwister. Der Versuch die Erkrankung zu verheimlichen führte zu neuen Belastungen.

- Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie

Belastungen dieser Kategorie werden im Zusammenhang mit einer vorliegenden starken Belastung oder Überforderung der Eltern benannt und eines damit einhergehenden Wunsches nach Unterstützung und Entlastung der Eltern durch die gesunden Geschwister. In dieser Situation werden häufig wieder Abgrenzungsprobleme geschildert.

Weiter beschreiben die Geschwister das inkonsequente Verhalten der Eltern und die Tatsache, dass sie in die Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister gedrängt werden, als belastend. Ferner erleben die Geschwister die ungleiche Verteilung der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern als belastend.

2.2.4. Diskussion

Schmidt u.a. stellen abschließend fest, dass die Datenlage zur Belastung von Geschwistern aktuell unbefriedigend ist. Sie verweisen insbesondere auf vier Fragen für welche weiterhin Forschungsbedarf besteht:

- „1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?
2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?
3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?
4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt 2004, 227).

2.2.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen

Emotionalen Belastungen

- kommt eine hohe Bedeutung zu
- Emot. Belastungen unterscheiden sich abhängig vom Zeitabstand zur Ersterkrankung
- Scham in Bezug auf aktuelle Exazerbation. Keine dauerhafte Scham wegen der Erkrankung.
- Hilflosigkeit **und Ohnmacht**
- Überforderung
- Trauer **und Verlust**
- Wut und Aggressionen
- Betroffenheit und ein „Mit-leiden“
- Vorwürfe
- Ängste:
 - **Unsicherheit und Fassungslosigkeit zu Beginn der Erkrankung**
 - Dauerhaft: Angst vor Suizid, Aggressionen (whd. Exazerbation),
 - **Angst vor Fremdgefährdung und Straftaten**
 - **Angst vor Rückfall**
 - Nach Zeit: Zukunftsängste, Existenzängste
 - Zukunftsgerichtet: Angst vor Vererbung, **Angst vor der Frage nach der Versorgung nach dem Tod der Eltern**
- **Auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung**
- **Ärger, Enttäuschung**
- **Schuldgefühle, Einsamkeit und Alleinverantwortung**
- **Sorge um das Wohlergehen der Eltern**
- **Entmutigungen durch professionelle Helfer**

Belastungen für die persönliche Lebenssituation des gesunden Geschwisters

- *zeitlich-organisatorischen Arbeitsaufwand*
- *gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen*

Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister

- *Belastungen im Umgang mit dem Geschwister bei vorliegender Minussymptomatik*
- *Schuldgefühle*
- *Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des erkrankten Geschwisters*
- *Belastungen durch fehlende Krankheitseinsicht, die mangelnde Compliance*
- *Abgrenzungsprobleme: Wie weit muss man sich einbinden lassen, darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen,...*
- *Mad-or-Bad-Problematik*

Belastungen im sozialen Umfeld

- *Unverständnis und Ablehnung*
- *Ängste vor Stigmatisierung*
- *Hemmung bei eigenen neuen sozialen Kontakten*
- *Belastung durch Verheimlichung*

Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie

- *Belastung und Überforderung der Eltern und die Erwartung der Unterstützung und Entlastung*
- *inkonsequente Verhalten der Eltern*
- *Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister*
- *ungleiche Verteilung der der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern*

Positive Ressourcen

- *Stärkung der eigenen Person durch die Herausforderung*
- *Positive Bestätigung des eigenen Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld*
- *Für jemanden da sein*
- *Familien stärker zusammen gewachsen*
- *Andere Sichtweise des Lebens*

Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem

- *durchweg negativ*
- *Keine Nutzung der Erfahrungen und Einsichten der Geschwister*
- *zu geringe Einbindung in die Behandlung. Nur Einbezug durch Eigeninitiative*
- *wenig Informationen **bezüglich Erkrankung, Therapie, Medikation und Verlauf***
- *Abweisung in Notsituationen*
- ***fehlende Nachbetreuung und Integrationshilfe***

Erfahrungen mit dem psychosozialen Hilfesystem

- *Nicht präsent. Keine Kontakte.*
- *Psychoedukationsgruppe der Klinik und gesetzlicher Betreuer einzige Hilfen*

Offene Forschungsfragen

- *„1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?*
- *2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?*
- *3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?*
- *4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt u.a. S. 227).*

2.3. Thomas Bock, u.a.: Belastungen und Herausforderungen, Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten ⁵

2.3.1. Erkenntnissinteresse und Forschungsfrage

Auf Grundlage der Erkenntnis, dass zu diesem Thema sehr wenige Forschungsergebnisse vorliegen und ein deutlicher Forschungsbedarf besteht, wurde von Thomas Bock eine Pilotstudie vorgelegt, welche die subjektive Perspektive und die psychosoziale Situation von Geschwistern schizophrener Patienten betrachtet.

2.3.2. Methodisches Vorgehen

Es wurden insgesamt 17 Geschwister zum Teil narrativ und zum Teil problemzentriert interviewt. Anschließend wurden die Interviews transkribiert, verdichtet und analysiert. Die genaue Methode wurde nicht benannt. Ebenso wurde keine Aussage darüber getroffen, wie die Untersuchungsgruppe akquiriert wurde.

„Die Erhebung hat den Charakter einer qualitativ hypothesenbildenden Pilotstudie,, (Bock, 29). Neben der psychosozialen Situation sollte die subjektive Perspektive auf die Familie, Erkrankung und Behandlung untersucht werden.

Im problemzentrierten Teil der Interviews wurde zu Themenkomplexen systemtisch nachgefragt. Dies waren im Einzelnen: Wahrnehmung der Psychose, subjektive

⁵ Bock, Fritz-Krieger, Stielow: „Belastungen und Herausforderungen - Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten“, 2008

Erklärungen, eigenes seelischen Befinden, Erleben der Behandlung und eigene Bewältigungsstrategien. Auf diese Weise sollte eine minimale Vergleichbarkeit der Ergebnisse und eine quantitative Auswertbarkeit erzielt werden. Wie bereits bei oben vorgestellten Studien, werden die quantifizierten Ergebnisse nicht im einzelnen dargestellt werden.

2.3.3. Ergebnisse

Im Rahmen der Darstellung der sozialen und demografischen Daten der Geschwister viel auf, dass fast die Hälfte psychosoziale Berufe ausübten oder gerade erlernte.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte unter fünf Oberkategorien:

- Subjektives Erleben der Familie

Die Familie wurde sehr konträr von den Geschwistern erlebt: Belastende Bedingungen und guter Zusammenhalt, Präsenz der Eltern und Eltern wenig verfügbar. Weiter wurde eine Diskrepanz der Außen- und Innensicht der Familie beklagt und die eigene Rolle als problematisch empfunden: „Sonnenscheinchen, Familiendiplomatin, Rebellin, Rivalin“ (a.a.O., 29). Häufig empfanden die Geschwister auch einen besonderen Druck zum Erfolg und damit verbunden sehen sie sich als sehr auf Pflichtprinzipien orientiert, sogar soweit, dass sie sich als eigentliche Mutter oder Partnerersatz beschrieben.

- Beziehung zum Geschwister

Die Beziehung unter den Geschwistern wurde als nah oder durch die Erkrankung dichter geworden beschrieben. Die Geschwisterbeziehungen wurden durch die Erkrankung modifiziert. Dies bedeutet jedoch nicht, dass grundsätzlich eine Verschlechterung der Beziehung zu beobachten war, sondern vielmehr, dass Beziehungen, welche früher eher distanziert waren, zu Bemühungen führten, die Beziehung wieder zu verbessern. „Die Qualität der Beziehung vor Ausbruch der Psychose ist offenbar entscheidend für die Kontaktmöglichkeit in der Krise“ (a.a.O., 29). Folgende Gefühle wurden in Bezug auf die Geschwisterbeziehung typischerweise benannt: Sorge, Scham, Überforderung, Bemühen um Normalisierung, Verpflichtung als Vertrauensperson, Verantwortung für die Einleitung der Behandlung.

- Erlebend der Psychose

Das akute Auftreten der Psychose löste verschiedenste zum Teil gegensätzliche Gefühle aus:

- Verantwortung und Überforderung
- Angst selbst zu erkranken
- Trauer über den Verlust der normalen Geschwisterbeziehung
- Schuldgefühle
- Anpassungs- und Anforderungsdruck
- Übernahme von Verantwortung
- Konflikte mit den Eltern

Beschrieben wurde ein typischer Verlauf über die Krankheitsdauer hinweg: Hoffnung und Illusion helfen zu können → Akzeptanz der Erkrankung → Entwicklung eigener Autonomie und Vertiefung der Beziehung aufgrund der größeren Unabhängigkeit.

- Erleben der Psychiatrie

Die Geschwister empfanden in der Psychiatrie vorwiegend eine unbefriedigende Einbindung in der Behandlung und kritisierten auch die Art und Weise der Behandlung. Sie fühlten sich nicht wahrgenommen, weiter sogar als lästiges Anhängsel. Es wurden Hilfen versagt, selbst in Angehörigengruppen fühlten sie sich nicht wahrgenommen. Sie wünschten sich von der Psychiatrie einen respektvolleren Umgang mit Patienten und Angehörigen.

- Eigene Kompensation, eigene Ressourcen

Unterstützung und Hilfe suchten sich die Geschwister vorwiegend bei Freunden und Partnern. Professionelle Therapeuten spielten eine untergeordnete Rolle, wurden aber auch erwähnt. Die geführten Interviews stellten für manche auch die erstmalige Möglichkeit dar, über dieses Thema und ihre Erfahrungen zu sprechen. Beschriebene Gefühle sind:

- Angst verrückt zu werden oder Verrücktheit weiterzugeben (Frauen, Vererbung)
- Schuldgefühle für die eigenen Erfolge
- Druck eine perfekte Familie zu präsentieren

- Geschwisterbeziehung erst nach professioneller Hilfe gleichberechtigt

Es wurden aber auch Ressourcen benannt, welche durch die Erkrankung entstanden. So wurde die Belastung durch die Erkrankung nicht nur als solche gesehen, sondern mehr als Herausforderung, deren Meisterung sich positiv auf das weitere Lebens auswirkte.

Das Gelingen einer gesunden Abgrenzung scheint abhängig von der Stärke der Beziehung vor der Erkrankung und die zusätzlich Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie.

2.3.4. Diskussion

Bock stellt abschließend fest, dass mangelhafte Gesprächsbereitschaft innerhalb der Familie und mangelhafte Gesprächsbereitschaft auf Seiten der Behandler zu erheblichen Belastungen bei den Geschwistern führt. Weiter wird die Situation von weiteren äußeren Ereignissen maßgeblich geprägt.

Ein Behandlungsbeginn stellt für die Geschwister einerseits eine Entlastung da, fördert aber andererseits die Angst vor Stigmatisierung und davor selbst zu erkranken. Weiter wird die Psychiatrie als allgemein nicht hilfreich empfunden.

Bock stellt fest, dass noch nicht geklärt ist, welche Rolle Alter, Altersunterschied und Zeitpunkt der Erkrankung spielt.

2.3.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen

Emotionalen Belastungen

- kommt eine hohe Bedeutung zu
- Emot. Belastungen unterscheiden sich abhängig vom Zeitabstand zur Ersterkrankung
- Scham in Bezug auf aktuelle Exazerbation. Keine dauerhafte Scham wegen der Erkrankung.
- Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Überforderung
- Trauer und Verlust
- Wut und Aggressionen
- Betroffenheit und ein „Mit-leiden“
- Vorwürfe
- Ängste:
 - Unsicherheit und Fassungslosigkeit zu Beginn der Erkrankung
 - Dauerhaft: Angst vor Suizid, Aggressionen (whd. Exazerbation),
 - Angst vor Fremdgefährdung und Straftaten
 - Angst vor Rückfall
 - Nach Zeit: Zukunftsängste, Existenzängste
 - Zukunftsgerichtet: Angst vor Vererbung, Angst vor der Frage nach der

Versorgung nach dem Tod der Eltern

○ **Angst selbst zu erkranken**

- Auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung
- Ärger, Enttäuschung
- Schuldgefühle, Einsamkeit und Alleinverantwortung
- Sorge um das Wohlergehen der Eltern
- Entmutigungen durch professionelle Helfer
- **Sorge**
- **Trauer über den Verlust der normalen Geschwisterbeziehung**
- **Anpassungs- und Anforderungsdruck**

Belastungen für die persönliche Lebenssituation des gesunden Geschwisters

- zeitlich-organisatorischen Arbeitsaufwand
- gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen

Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister

- Belastungen im Umgang mit dem Geschwister bei vorliegender Minussymptomatik
- Schuldgefühle
- Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des erkrankten Geschwisters
- Belastungen durch fehlende Krankheitseinsicht, die mangelnde Compliance
- Abgrenzungsprobleme: Wie weit muss man sich einbinden lassen, darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen,...
- Mad-or-Bad-Problematik
- **Geschwisterbeziehung erst nach professioneller Hilfe gleichberechtigt**
- **Gelingen der Abgrenzung abhängig von der Stärke der Beziehung vor der Erkrankung und dem Grad der Unterstützung durch die Familie**

Belastungen im sozialen Umfeld

- Unverständnis und Ablehnung
- Ängste vor Stigmatisierung
- Hemmung bei eigenen neuen sozialen Kontakten
- Belastung durch Verheimlichung

Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie

- Belastung und Überforderung der Eltern und die Erwartung der Unterstützung und Entlastung
- inkonsequente Verhalten der Eltern
- Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister
- ungleiche Verteilung der der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern
- **Konflikte mit den Eltern**

Positive Ressourcen

- Stärkung der eigenen Person durch die Herausforderung
- Positive Bestätigung des eigenen Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld
- Für jemanden da sein
- Familien stärker zusammen gewachsen
- Andere Sichtweise des Lebens
- **guter Zusammenhalt, Präsenz der Eltern**
- **nahes oder durch die Erkrankung dichter gewordenes Verhältnis zum Bruder/Schwester**

Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem

- durchweg negativ
- Keine Nutzung der Erfahrungen und Einsichten der Geschwister
- zu geringe Einbindung in die Behandlung. Nur Einbezug durch Eigeninitiative
- wenig Informationen bezüglich Erkrankung, Therapie, Medikation und Verlauf
- Abweisung in Notsituationen
- fehlende Nachbetreuung und Integrationshilfe
- ***Kritik an der Art und Weise der Behandlung.***
- ***Wunsch nach respektvollerem Umgang mit Patienten und Angehörigen.***
- ***Behandlungsbeginn stellt Entlastung da, fördert auch Angst vor Stigmatisierung***

Erfahrungen mit dem psychosozialen Hilfesystem

- Nicht präsent. Keine Kontakte.
- Psychoedukationsgruppe der Klinik und gesetzlicher Betreuer einzige Hilfen
- ***Hilfe vorrangig durch Freunde und Bekannte***

Offene Forschungsfragen

- „1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?
- 2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?
- 3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?
- 4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt u.a. S. 227).
- ***Welche Rolle spielt Alter, Altersunterschied und Zeitpunkt der Erkrankung?***

Biografische Auswirkungen

- ***Häufige Berufswahl der gesunden Geschwister in sozialen Berufen***

Subjektiver Erleben der Familie

- ***Eltern wenig verfügbar***
- ***Diskrepanz der Außen- und Innensicht der Familie***
- ***eigene Rolle als problematisch: auf Pflichtprinzipien orientiert, besonderen Druck zum Erfolg, Ersatzmutterrolle***

Beziehung zum Geschwister

- ***wurde modifiziert, keine grundsätzliche Verschlechterung***
- ***Bemühen um Normalisierung***
- ***Verpflichtung als Vertrauensperson***
- ***Verantwortung für die Einleitung der Behandlung, allgemein Verantwortung***

typischer Verlauf über die Krankheitsdauer

- *Hoffnung und Illusion helfen zu können → Akzeptanz der Erkrankung → Entwicklung eigener Autonomie und Vertiefung der Beziehung aufgrund der größeren Unabhängigkeit.*

2.4. Beate Schrank, u.a.: Zu unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen⁶

2.4.1. Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Grundlage der Studie war die Erkenntnis, dass Angehörige von Menschen mit einer schizophrenen Psychose unter umfassenden Belastungen leiden und diese Belastungen ihre eigene psychische Gesundheit erheblich gefährdet. Ausgehend von den Annahmen, dass Geschwister in Familien mit psychisch Kranken eine besondere Rolle innehaben und somit spezifischen Belastungen ausgesetzt sind, sollte mit vorliegender Untersuchung die Situation von Geschwistern psychisch Kranker, mit der anderer Angehöriger, insbesondere von Eltern und Partnern, untersucht werden. Gestützt wurde diese Annahme von bereits vorliegenden Studien, welche zeigten, dass eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu Veränderungen in allen Beziehungen des Erkrankten führt, die zu den Geschwistern jedoch am umfassendsten betroffen sind.

Untersucht wurden Unterschiede hinsichtlich der Nutzung von Informationen, von Hilfen und der im Rahmen der Klinik stattfindenden expertengeleiteten Angehörigengruppen. Weiter wurden die Unterschiede in den Belastungen der Angehörigen untersucht und es wurden die Einschränkungen in der Lebensqualität verglichen. „Bei den gesunden Geschwistern führt der Ausbruch der Erkrankung zu verschiedenen negativ besetzten Gefühlen, wie Schuld, Traurigkeit, Sorge, Wut, Neid, Scham, Kränkung und dem Wunsch zu fliehen bei gleichzeitiger Identifikation mit dem/r erkrankten Bruder/Schwester und dem Gefühl von Liebe und Verbundenheit“ (Schrank u.a., 217). Darüber hinaus seinen Ängste Selbst zu erkranken und die Krankheit zu vererben, beschrieben worden. Weiter leiden Sie

⁶ Schrank, Sibitz, Schaffer, Amering: „Zu unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen“, 2007

unter dem Gefühl der Stigmatisierung und unter einem verminderten Selbstwertgefühl. Geschwister wünschten sich mehr Hilfe und schätzen die Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs.

2.4.2. Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung wurde im Rahmen der Universitätsklinik in Wien durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patienten, welche sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung der Universitätsklinik befanden. Weitere Voraussetzung war die Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10 F20.0-9) oder einer schizoaffektiven Psychose (ICD 10 F25.0-9).

Zunächst wurde von den Patienten eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt und danach die Geschwister um den Entlassungszeitpunkt zunächst telefonisch kontaktiert und ihnen dann den Fragebogen zuzusenden. Der Termin der Kontaktaufnahme rund um den Entlassungszeitpunkt, wurde so gewählt, dass die Geschwister ausreichend Zeit hatten, an der Angehörigengruppe teilzunehmen. Der Fragebogen bestand aus vier Teilen: Dem Fragebogen zur Nutzung von Hilfsangeboten. Dieser bestand aus insges. 39 Items und war angelehnt an den „Wiener Angehörigenfragebogen“. Weiter 34 Items stammten aus dem Fragebogen zu Problemen der Familie (FPQ). Daneben war der Fragebogen zum gesundheitlichen Wohlbefinden (GHQ-12) und der Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-BREF) Bestandteil des Befragungsinstrumentes.

Daneben wurden die behandelnden Ärzte befragt. Sie sollten alle ihnen bekannte Angehörige benennen und ob und in welchem Stil diese zur Angehörigengruppe eingeladen waren.

2.4.3. Ergebnisse

Insgesamt wurden 379 Angehörige von 109 prinzipiell mit der Teilnahme an der Untersuchung einverständenen Patienten erhoben. 46 dieser Angehörigen wurden explizit von den Patienten ausgeschlossen, wovon 14 Geschwister benannt wurden. 217 Fragebögen wurden verschickt die Rücklaufzeiten betrug 67,7% und somit wurden 147 Fragebögen retourniert. Davon waren 19,7 von Geschwistern.

Betreffend die Angehörigengruppe, gaben 82,3% der Eltern, 83,3% der Partner/innen, aber nur 41,4% der Geschwister an, zur Gruppe eingeladen worden zu sein. Auch die Befragung der Ärzte ergab, dass nur 41,4% der Geschwister eingeladen wurden. Der häufigste Grund hierfür sei gewesen, dass die Ärzte nie Kontakt zu den Geschwistern gehabt hätten. Auffallend war vor allem, dass laut Aussagen der Geschwister und der Ärzte, kein Geschwister eine persönliche Einladung erhalten habe. Die Einladungen seien immer über die Patienten ausgesprochen worden.

Befragt nach der Teilnahme an der Angehörigengruppe, gaben nur 7% der Geschwister an, die Gruppe besucht zu haben. Bei den Eltern bejahten etwa die Hälfte und bei den Partner/innen etwa ein Drittel diese Frage. Als Gründe für das nichtbesuchen, wurde von den Geschwistern benannt: Zeitmangel, nicht eingeladen worden, Angst, Unsicherheit, räumliche Distanz, Teilnahme eines anderen Familienmitgliedes und die Angst vor zusätzlicher Belastung.

Die Auswertung der Items zur subjektiven Belastung ergab, dass Geschwister eine wenig geringere Belastung angaben. Es konnte ein schwacher, aber statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Belastung der Angehörigen und der Kontaktzeit mit den Patienten festgestellt werden. Geschwister verbrachten signifikant weniger Zeit mit dem Kranken, als Eltern und Partner/innen.

„Geschwister waren außerdem die Gruppe, die im Krankheitsverlauf am wenigsten Informationen und bei weitem am wenigsten Hilfe erhalten hat“ (a.a.O., 221). Die Geschwister wünschten sich mehr und bessere Informationen:

- Umgang mit dem psychisch kranken Geschwister
- Therapiemöglichkeiten
- Krankheitsursachen
- Prognosen
- Medikamenten und Nebenwirkungen

Gesundheitliche Beeinträchtigungen gaben insges. 44,4% der Angehörigen an. Die Gruppe der Geschwister betrachtet, gaben dort 34,5% eine gesundheitliche Beeinträchtigung an. Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant.

Die höchsten Belastungen zeigten die Geschwister bei den Items „Gefühl, unter Druck zu stehen“ und „sich unglücklich und deprimiert fühlen“.

Zur Auswertung des Bereiches der innerfamiliären Probleme, konnten aufgrund zum Teil fehlender Angaben, nur 97 Angehörige einbezogen werden. „Im Teilbereich der objektiven Belastungen erreichten die Eltern und PartnerInnen signifikant höhere Werte als die Geschwister“ (ebd.). Höhere Werte zeigten die Geschwister jedoch in den Bereichen der subjektiven Belastung, der Kritik am Verhalten des Patienten aber auch bei der positiven Einstellung gegenüber dem Patienten. Die Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

Für den Bereich der Lebensqualität ergab die Studie, dass eine starke Differenz besteht zwischen der Gruppe der Eltern und Partner/innen einerseits und den Geschwistern andererseits. Wobei die Werte der Geschwister die weit höchsten Werte ergaben.

2.4.4. Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie lassen die These zu, dass Geschwister für die psychisch Kranken eine wichtige Rolle spielen. Die Tatsache, dass die Geschwister, die Gruppe ist, welche am häufigsten ausgeschlossen wurde, deutet darauf hin, dass die Beziehung zwischen den Geschwistern eine besonders problematische ist. Dies bedeutet auch, dass die Geschwisterbeziehung, die am stärksten von der Erkrankung betroffene Beziehung ist.

Die Tatsache, dass eine relativ hohe Zahl an Geschwistern an der Untersuchung teilnahm, obwohl nur ein geringer Teil Kontakt zu den Ärzten hatte und zur Angehörigengruppe eingeladen wird, lässt den Schluss zu, dass die Geschwister einen weit stärkeren Anteil am Leben der der Patienten nehmen, als weithin berücksichtigt wird. Trotz dieser gewichtigen Rolle im Leben der erkrankten Geschwister, zeigen die Ergebnisse, „dass Geschwister in der Praxis der Angehörigenarbeit zu einer benachteiligten Gruppe gehören“ (a.a.O., 223).

Betrachtet man die Ergebnisse in den Bereichen der Belastungen, zeigt sich, dass Geschwister zwar grundsätzlich weniger Zeit mit den Betroffenen verbringen, aber

lediglich im Bereich der „objektiven Belastungen“ signifikant geringere Werte erreichen, als die anderen Gruppen.

Im Bereich der Lebensqualität erreichen Geschwister höhere Werte als Partner/innen und Eltern. Ausgehend von der Annahme, dass die Lebensqualität im Alter zusehends sinkt, ergibt sich hier eine erhebliche Belastung für die Partner/innen. „Bei den Geschwistern hingegen, ergibt sich kein Hinweis auf eine Beeinträchtigung der Lebensqualität“ (ebd.).

Hervorstechend aus den Ergebnissen, ist die Tatsache dass Geschwister am wenigsten Informationen über die Erkrankung und am wenigsten Hilfe erhalten. Dies kann entweder auf Kontakt- und Kommunikationsprobleme mit den Ärzten oder auf Berührungängste mit der Psychiatrie zurückzuführen sein.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen zum einen, wie komplex sich die Beziehungen zwischen den Geschwistern gestalten und zum anderen, dass ein spezifisches professionelles Hilfeangebot für Geschwister bisher fehlt. Ein abschließendes Augenmerk lenken die Autoren auf den Bedarf, die Kommunikation zwischen den professionellen Helfern, den Ärzten und den Geschwistern zu verbessern. Weiter werfen Sie die Frage auf, ob Geschwister überhaupt von gemischten Angehörigengruppen profitieren oder, ob spezifische Gruppenangebote für Geschwister benötigt werden.

2.4.5. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen

Emotionalen Belastungen

- kommt eine hohe Bedeutung zu
- Emot. Belastungen unterscheiden sich abhängig vom Zeitabstand zur Ersterkrankung
- Scham in Bezug auf aktuelle Exazerbation. Keine dauerhafte Scham wegen der Erkrankung.
- Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Überforderung
- Trauer und Verlust
- Wut und Aggressionen
- Betroffenheit und ein „Mit-leiden“
- Vorwürfe
- Ängste:
 - Unsicherheit und Fassungslosigkeit zu Beginn der Erkrankung
 - Dauerhaft: Angst vor Suizid, Aggressionen (whd. Exazerbation),
 - Angst vor Fremdgefährdung und Straftaten
 - Angst vor Rückfall
 - Nach Zeit: Zukunftsängste, Existenzängste
 - Zukunftsgerichtet: Angst vor Vererbung, Angst vor der Frage nach der

Versorgung nach dem Tod der Eltern

- Angst selbst zu erkranken
- Auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung
- Ärger, Enttäuschung
- Schuldgefühle, Einsamkeit und Alleinverantwortung
- Sorge um das Wohlergehen der Eltern
- Entmutigungen durch professionelle Helfer
- Sorge
- Trauer über den Verlust der normalen Geschwisterbeziehung
- Anpassungs- und Anforderungsdruck
- ***Zusammenhang zwischen der Belastung der Angehörigen und der Kontaktzeit mit den Patienten***
- ***Hohe subjektive Belastung, empfunden durch Kritik am Verhalten des Patienten***

Belastungen für die eigene Gesundheit

- ***psychische Gesundheit durch umfassende Belastungen gefährdet***
- ***besondere Belastung in den Bereichen „Gefühl, unter Druck zu stehen“ und „ sich unglücklich und deprimiert fühlen“.***
-

Belastungen für die persönliche Lebenssituation des gesunden Geschwisters

- zeitlich-organisatorischen Arbeitsaufwand
- gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen
- ***nur geringe Auswirkung auf die Lebensqualität des gesunden Geschwisters.***

Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister

- Belastungen im Umgang mit dem Geschwister bei vorliegender Minussymptomatik
- Schuldgefühle
- Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des erkrankten Geschwisters
- Belastungen durch fehlende Krankheitseinsicht, die mangelnde Compliance
- Abgrenzungsprobleme: Wie weit muss man sich einbinden lassen, darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen,...
- Mad-or-Bad-Problematik
- Geschwisterbeziehung erst nach professioneller Hilfe gleichberechtigt
- Gelingen der Abgrenzung abhängig von der Stärke der Beziehung vor der Erkrankung und dem Grad der Unterstützung durch die Familie

Belastungen im sozialen Umfeld

- Unverständnis und Ablehnung
- Ängste vor Stigmatisierung
- Hemmung bei eigenen neuen sozialen Kontakten
- Belastung durch Verheimlichung

Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie

- Belastung und Überforderung der Eltern und die Erwartung der Unterstützung und Entlastung
- inkonsequente Verhalten der Eltern
- Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister
- ungleiche Verteilung der Verantwortung unter den gesunden Geschwister

- Konflikte mit den Eltern

Positive Ressourcen

- Stärkung der eigenen Person durch die Herausforderung
- Positive Bestätigung des eigenen Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld
- Für jemanden da sein
- Familien stärker zusammen gewachsen
- Andere Sichtweise des Lebens
- guter Zusammenhalt, Präsenz der Eltern
- nahes oder durch die Erkrankung dichter gewordenes Verhältnis zum Bruder/Schwester

Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem

- durchweg negativ
- Keine Nutzung der Erfahrungen und Einsichten der Geschwister
- zu geringe Einbindung in die Behandlung. Nur Einbezug durch Eigeninitiative
- **wenig Informationen bezüglich Erkrankung und -ursachen, Therapie, Medikation und Verlauf, Prognose, Medikamenten und Nebenwirkungen**
- Abweisung in Notsituationen
- fehlende Nachbetreuung und Integrationshilfe
- Kritik an der Art und Weise der Behandlung.
- Wunsch nach respektvollerem Umgang mit Patienten und Angehörigen.
- Behandlungsbeginn stellt Entlastung da, fördert auch Angst vor Stigmatisierung
- **Kein Kontakt zu den Ärzten, keine Einladung zu Angehörigengruppen im Rahmen der klinischen Behandlung**
- **Angehörigengruppe wird nicht besucht wegen, Zeitmangel, nicht eingeladen worden, Angst, Unsicherheit, räumliche Distanz, Teilnahme eines anderen Familienmitgliedes und die Angst vor zusätzlicher Belastung**
- **Kontakt- und Kommunikationsprobleme mit den Ärzten und/oder Berührungspunkte mit der Psychiatrie**

Erfahrungen mit dem psychosozialen Hilfesystem

- Nicht präsent. Keine Kontakte.
- Psychoedukationsgruppe der Klinik und gesetzlicher Betreuer einzige Hilfen
- Hilfe vorrangig durch Freunde und Bekannte
- **Geschwister in der Praxis der Angehörigenarbeit eine benachteiligten Gruppe**

Offene Forschungsfragen

- „1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?
- 2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?
- 3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?
- 4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt u.a.

S. 227).

- Welche Rolle spielt Alter, Altersunterschied und Zeitpunkt der Erkrankung?
- ***Spezifisches professionelles Hilfeangebot für Geschwister?***

Biografische Auswirkungen

- Häufige Berufswahl der gesunden Geschwister in sozialen Berufen

Subjektiver Erleben der Familie

- Eltern wenig verfügbar
- Diskrepanz der Außen- und Innensicht der Familie
- eigene Rolle als problematisch: auf Pflichtprinzipien orientiert, besonderen Druck zum Erfolg, Ersatzmutterrolle

Beziehung zum Geschwister

- wurde modifiziert, keine grundsätzliche Verschlechterung
- Bemühen um Normalisierung
- Verpflichtung als Vertrauensperson
- Verantwortung für die Einleitung der Behandlung, allgemein Verantwortung
- ***Umfassende Veränderungen in den Beziehungen innerhalb der Familie***
- ***Geschwisterbeziehung ist, die am stärksten von der Erkrankung betroffene Beziehung.***

typischer Verlauf über die Krankheitsdauer

- Hoffnung und Illusion helfen zu können → Akzeptanz der Erkrankung → Entwicklung eigener Autonomie und Vertiefung der Beziehung aufgrund der größeren Unabhängigkeit.

2.5. Reinhard Peukert

Peukert leitete als Moderator, Referent und selbstbetroffener verschiedene bundesweit stattfindende Geschwistertreffen. Die Ergebnisse dieser Zusammenkünfte stellte er in Form einer „Anschluss-Überlegung“ zur Verfügung. Es handelt sich somit streng genommen um keine klassischen Forschungsergebnisse. Da diese Berichte und weitere Artikel aber einen guten Einblick in die Situation von Geschwistern psychisch Kranker liefern und somit zur Hypothesenbildung beitragen können, wurden sie für die vorliegende Arbeit herangezogen.

2.5.1. Geschwistertreffen Hamburg 19.04.08⁷

Zu diesem Geschwistertreffen liegt ein Text mit Anschluss Überlegungen vor, welcher im Nachgang zu der Veranstaltung verfasst wurde.

Ein Ergebnis aus diesem Treffen stellt die zeitliche Komponente in den Mittelpunkt: „Je nachdem, wie lange der Zeitabstand zur Ersterkrankung ist, und wie nahe das Ausscheiden der eigenen Eltern aus der Verantwortung zu erwarten oder bereits eingetreten ist wandeln sich die Einflüsse, die sich aus der Erkrankung des Geschwisters auf die eigene Biographie ergeben“ (Peukert, 1). Über den Zeitverlauf hinweg berichteten die Anwesenden über einen Wandel der Belastungen, des Hilfebedarfes, der Beziehung zum Geschwister und über einen eigenen Reifeprozess. So stehe zu Beginn der Erkrankung zunächst eine tiefe Verstörung mit den Gefühlen Schmerz, Trauer, Hilflosigkeit.

Diese erste Erkrankungsphase führt für die gesunden Geschwister zu einem ersten Wandel ihrer Rolle innerhalb der Familie. Sie werden als die „Unproblematischen“ gesehen und Wechseln in die Rolle des „starken Geschwisters“. Dieser Rollenwechsele wird gerade von den Frauen in der Gruppe als sehr belastend beschrieben, da sie sich einerseits schwach und hilflos der Situation gegenüber empfinden und gleichzeitig hohe Erwartungen von außen an sie herangetragen werden. Im weiteren biografischen Verlauf ziehen dann jüngere gesunde Geschwister an ihrem Bruder oder Schwester in Bezug auf Familie, Beruf, soziale Kontakte usw. vorbei. Dies kann vom erkrankten Geschwister mit Stolz aufgenommen werden, kann aber auch zu Neid und damit zu einem schlechten Gewissen führen. Weiter wurde deutlich, dass sich die Erfahrungswelten und Lebenswelten der Geschwister immer weiter voneinander entfernten. Dieses sich entfernen wurde sowohl vom gesunden wie auch kranken Geschwister als schmerzhaft empfunden. Diese Entwicklung stellt oft die gewachsene Kommunikation auf Augenhöhe in Frage: Kann und soll ich ihm/ihr von meinen Erfahrungen evtl. Erfolge erzählen?

Eine Veränderung der gesamten Situation und des Erlebens der Geschwister wurde berichtet für den Augenblick, als die Endlichkeit der Eltern in den Blick gerät oder

⁷ Peukert: „Endlich kommen auch wir zu Wort“ Nicht veröffentlichter Text

diese sogar ausfallen. Die Geschwister berichteten, dass sie auf diese Situation keinesfalls vorbereitet waren. Es wurde eine erhebliche Verantwortung auf sie übertragen, welche sie in unterschiedlicher Ausformung übernahmen. Man kann diese biografische Entwicklung als einen zweiten Rollenwechsel beschreiben: Vom Geschwister zur Rolle der „Ersatzeltern“. Zweifelsohne bedeutet diese Entwicklung eine erhebliche Belastung mit verschiedensten emotionalen Geschehen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte eine Vielzahl der teilnehmenden Geschwister keinen Kontakt zur Profiscene.

Als weitere zentrale Punkte dieses Geschwistertreffens wurden von Peukert folgende Themen benannt:

- Verantwortung: Wie viel Verantwortung kann oder muss ich übernehmen? Das Gefühl zu viel Verantwortung übertragen zu bekommen. Verpflichtung nach dem zweiten Rollenwechsel mehr Verantwortung zu übernehmen.
- Ängste: Die Geschwister berichteten von der erlebten Angst etwas falsch zu machen und somit die Krankheit erneut zum Ausbruch zu bringen, Aggressivität oder gar einen Suizid auszulösen. Angst vor Aggressionen, vor Vererbung und den Anforderungen nicht gerecht zu werden.
- Trauer: Um den Verlust eines nahe stehenden Menschen, durch die Veränderungen, welche die Erkrankung mit sich bringt.
- Umgang mit Stigmata: Muss man sich outen oder darf man sein Geschwister verheimlichen.
- Schuldgefühle: Warum ist er/sie krank geworden und nicht ich?
- Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen: Sie leiden oft unter der eigenen Zurückhaltung und die Unterdrückung von Wut und Ärger. Bad-Mad-Problematik.
- Wo bleibe ich selbst, wo sind meine Grenzen
- Verhältnis zu den eigenen Eltern
- Eigene Kinder: Angst vor der Vererbung, einzelne verzichteten auf die Gründung einer eigenen Familie.
- Soziale Unterschiede in der Entwicklung
- Hilfe durch professionelle Hilfesysteme: Die meisten verfügen über wenige oder keine Informationen und Zugänge.

- Gibt es positive Auswirkungen der Erkrankung?: Berichtet wird über eine Verbesserte Wahrnehmung seelischer Probleme im eigenen sozialen Umfeld und über eine Verbesserung der eigenen sozialen Kompetenzen.

2.5.2. Geschwister teilen alles?⁸

Auch in diesem Artikel berichtet Peukert von einem Treffen Angehöriger psychisch Kranker und fasst die Ergebnisse aus seiner subjektiven Sicht zusammen.

Im Rahmen dieses Treffen, kamen die Teilnehmer zu der These, dass Geschwister psychisch Kranker eine ähnliche Sozialisationsgeschichte haben: Sie verlassen im frühen Erwachsenenalter die Herkunftsfamilie und kehren später wieder mit erhöhtem Interesse an ihrem Geschwister in die Familie zurück. In der Gruppe wurde nicht Scham als Grund genannt, sondern vielmehr vermutet, dass es sich um einen Weg handelt, um wichtige Entwicklungsphasen ohne die Belastungen der Familie zu bewältigen. Daneben wurde diskutiert, dass es sich auch um Selbstschutz vor den schwierigen Familienbeziehungen handeln könnte. Typisch erscheint jedoch die engagierte Rückkehr in die Familie. Das engagierte Rückkehren gestaltete sich jedoch unterschiedlich und stellt sich in der Haltung gegenüber dem Hilfesystem da. Ein Teil ging davon aus, dass umfassende und passende Hilfe vorhanden sei und diese nur gefunden werden musste und suchte nach der richtigen Hilfe für den Bruder oder die Schwester. Ein anderer Teil begab sich durchaus in Konfrontation und Diskussion mit dem Hilfesystem unter der Annahme, dass eben noch keine passende Hilfe vorhanden sei und forderte diese für den Bruder oder die Schwester. Peukert formuliert hierzu die These, dass diese unterschiedliche Haltung darauf zurück geht, wie die Eltern zu Beginn der Erkrankung die Familie in die Diskussionen mit einbezogen haben: Zu differenzieren sind zum einen Eltern, welche versuchten die gesunden Geschwister zu schützen und die Belastungen durch die Erkrankung weit möglich fern zu halten. Dies hatte bei den gesunden Geschwistern zur Folge, dass ein hohes Maß an Unbehagen und Unsicherheit geschaffen wurde. In diesem Punkt seien Ähnlichkeiten zu Kindern psychisch kranker Eltern zu sehen. In der Folge seien Ambivalenzen zurückgeblieben, welche den gesunden Geschwistern

⁸ Peukert: „Geschwister teilen alles?“, 2003

Schwierigkeiten bereiteten, sichere und zufriedenstellende Entscheidungen für den eigenen Weg zu treffen.

Zum anderen berichtet Peukert über eine junge Frau, welche von ihren Eltern immer umfassend über die Entwicklung der Erkrankung informiert wurde. Sie zeichnete sich durch „ihre Bemühungen um eine hilfreiche Position in Bezug zu ihrem kranken Bruder“ (Peukert 2003, 36) aus.

Der Beginn der Krankengeschichte war für die teilnehmenden Geschwister durch starke seelische Nöte gekennzeichnet und durch die Tatsache, dass auch schon lange vor der eigentlichen Erkrankung vom Bruder bzw. der Schwester ein erheblicher Teil der elterlichen Aufmerksamkeit absorbiert wurde. Wobei dieser Aufmerksamkeitsschatten z.T. auch als positiv empfunden wurde.

Berichtet wird über verschiedene Ängste, welche alle Teilnehmer bestätigten:

- Angst selbst zu erkranken
- Angst vor Vererbung und damit verbunden die Angst davor sich aus Schutz für ein kinderloses Leben entscheiden zu müssen.
- Angst um das Geschwister: Wird es jemals glücklich leben können?
- Angst vor einem Suizid des Geschwisters

Neben den erlebten Ängsten, wurde auch über Bereicherungen durch die Erkrankung berichtet, welche sich aber erst im Lauf der Jahre einstellten oder erkannt wurden. Die Bereicherung liege „im geschwisterlichen Umgang, der von einer spezifischen Nähe bei gleichzeitiger unbedingter wechselseitiger Anerkennung der eigenständigen Persönlichkeit des anderen gekennzeichnet ist“ (a.a.O., 36). Dadurch seien für die „Gesunden“ Erfahrungen möglich, welche später die Bereiche Identität, Weltanschauung und Interpretation beeinflussten. Hieraus leitet Peukert die These ab, dass aufgrund dieser Erfahrungen viele soziale Berufe in den Geschwistertreffen vertreten seien.

Peukert verweist in seinem Text auf das Erleben der verschiedenen Statuspassagen in Verläufe der Biografie. Wie oben bereits beschrieben bestehen in der Anfangsphase Ähnlichkeiten zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern.

Nach dieser Lebensphase sind die Geschwister häufig in der Lage ein relativ unbelastetes Leben zu führen.

Werden die Eltern dann in betagtem Alter gebrechlicher und sterben irgendwann, wird ein hohes Maß an Verantwortung übertragen und sehen sich mit einer neuen Rolle konfrontiert, auf welche sie sich in keinster Weise vorbereiten können. Diese Situation wird dann häufig mit umfassender Hilflosigkeit erlebt: „Wir können so weit weg rennen wie wir wollen, wir können uns so viel abwenden wie wir wollen, unser kranker Bruder oder Schwester wird letztlich immer bei uns sein und uns immer auf dem Rücken sitzen [...] und das ist gut so“ (a.a.O., 37)

2.5.3. Geschwister sind auch Angehörige – aber anders!⁹

Dier Text wurde von Peukert für den Studiengang MAPS Gemeindepsychiatrie verfasst und wurde auch unter dem Titel „Geschwister sind auch Angehörige –wie die anderen auch, aber doch anders!“ in „Angehörigenarbeit und TRIALOG“ veröffentlicht. In der Vorrede verweist er darauf, dass der vorliegende „Beitrag alles andere als wissenschaftlich fundiert“ sei, sondern seine subjektive Perspektive als Bruder eines schizoaffektiv Kranken darstelle und durch Gespräche mit anderen Geschwistern geprägt sei.

Er berichtet zunächst über die gemeinsame Kindheit und den Ausbruch der Erkrankung, welche stark durch manische Exazerbationen geprägt waren und wiederholt zu stationären Aufenthalten führten. Durch die Erzählungen seines Bruders über die schlechten Versorgungsbedingungen in der Psychiatrie, lenkte Peukert sein berufliches Augenmerk vermehrt auf die Psychiatrie. Zuvor war er im Bereich der Jugend-, Arbeits- und Schulforschung tätig. Nach einer Phase der Distanz, re-intensivierte sich die Beziehung zum Bruder wieder.

Über ähnliche Biografien, Erkrankung des Geschwisters, Abwendung oder Abkehr von der Familie und anschließende Re-Intensivierung der Beziehung aus meist freien Stücken, berichteten andere Geschwister in Gesprächen und Treffen. Peukert sieht auch Parallelen in der beruflichen Biografie der Geschwister, in der Art, dass

⁹ Peukert: „Geschwister sind auch Angehörige – aber anders!“, 2008

überproportional viele Geschwister in sozialen Berufen tätig sind oder sich gar direkt in der Gemeindepsychiatrie betätigen. Die Erkrankung des Geschwisters habe zunächst eine unterschwellige Beschäftigung mit der Thematik zur Folge gehabt und somit letztendlich die Berufswahl beeinflusst.

Peukert berichtet über Fragen, welche Geschwister sich stellen:

- Welche Verpflichtungen erwachsen für mich als Bruder oder Schwester daraus?
- Muss ich ihn oder sie einmal finanziell unterstützen oder betreuen?
- Muss ich Rücksicht nehmen?

Peukert zitiert im Weiteren die Studie von Schmidt u.a. um dann Bezüge zu seiner eigenen Biografie zu erörtern. So berichtet er von seinem kleinen Bruder, welcher im Rahmen seiner kindlichen Entwicklung durch die Erkrankung des Bruders mit einer Veränderung der Aufmerksamkeit der Mutter konfrontiert war. „Seine emotionalen Bedürfnisse sind sicherlich hin und wieder ignoriert worden“ (Peukert/MAPS, 12). Als Folge wurden dem Jüngsten sehr viele Freiheiten eingeräumt, was zu einer Art Konkurrenzsituation mit dem älteren und erkrankten Bruder Ingo führte.

Es wird deutlich, dass psychische Erkrankungen zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Familienkonflikten führen, welche Langzeitwirkungen auf alle Beteiligten haben. So sah sich der kleine Bruder mit einer normativen Umkehr seiner Geschwisterrolle konfrontiert: Vom kleinen zum großen Bruder. Dies hatte auch zur Folge, dass eine Vielzahl der Erwartungen welche an den kranken Ingo nicht mehr herangetragen werden konnte, nun auf die Schultern des jüngeren Geschwisters übertragen wurden.

Als eine erhebliche Belastung für die Familien und Angehörigen beschreibt der Autor den „Wahn und die Ko-Evolution familiärer Biographien“ (a.a.O., 13). Dies bedeutet, dass das erlebte Wahnsystem des psychisch kranken Familienmitgliedes, nicht nur aus sich selbst produziert wird und die Angehörigen passiv darin integriert, sondern auf die eigenen biografischen Erfahrungen der Familienmitglieder anspielt und diese mit einbezieht. Der Wahninhalt des Kranken hat somit nicht nur eine Rollenzuschreibung, sondern hat etwas mit dem eigenen Erlebten zu tun und bezieht sich darauf.

Es wurde deutlich dass Geschwister unter spezifischen Belastungen durch die Erkrankung eines Bruders oder einer Schwester zu leiden haben. Somit stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit spezifischer Hilfsangebote. Auch wenn die Herausforderungen aus der Krankheit angenommen werden, Bewältigungsprozesse einleiten und Qualifikationen hervorbringen, würde ein entsprechendes Hilfesystem diese salutogenen Prozesse unterstützen. Angesprochen sind Kliniken als auch Gemeinde Mitarbeiter sich zu sensibilisieren für die Anliegen der Geschwister. Auch wenn weitere Geschwistertreffen notwendig sind, können folgende Wünsche für diejenigen Geschwister, deren Bruder oder Schwester gerade erst erkrankt ist benannt werden:

1. „Beratung für die Eltern, damit sie familiengerechte Antworten auf die eigene eingeschränkte Verfügbarkeit für das gesunde Geschwister finden können,
2. und damit sie Schutzvorkehrungen treffen gegen ihre überhöhte kompensatorischen Leistungserwartungen, die sie ggf. gegenüber den gesunden Kindern hegen;
3. Vor allem aber sollten die Eltern dabei unterstützt werden, die gesunden Geschwister offen in die eigene konflikthafte Auseinandersetzung mit der Erkrankung einzubeziehen, und von Schutzmaßnahmen absehen“ (a.a.O., 14).
4. Die Eltern sollte sensibilisiert werden, den gesunden Geschwistern frühzeitig mitzuteilen, dass diese diejenigen sein werden, die dem Erkrankten am längsten und beständigsten zur Seite stehen werden. Als geeigneter Zeitpunkt die „engagierte Rückkehr“ anzusehen.
5. Den Eltern sollte Trost zugesprochen werden, wenn gesunde Kinder die Familie verlassen.

Die gesunden Geschwister werden irgendwann in ihrem Leben mit der Situation konfrontiert werden, dass sie nach dem Ausscheiden der Eltern, die Versorgung und Verantwortung für ihren Bruder oder Schwester übernehmen müssen. Die Vorbereitung für diese Situation ist für die älteren Geschwister von großer Bedeutung. Hier erscheint vor allem die Unterstützung und Reflexion in den Geschwistergruppen als geeignet um sich vorzubereiten, wenn das überhaupt möglich ist.

Abschließend mahnt Peukert an die Professionellen, als Angehörige nicht nur Eltern und Partner zu berücksichtigen, sondern auch ein Augenmerk auf die Bedürfnisse der Geschwister zu werfen.

Jeder zehnte Bruder oder Schwester eines psychisch Kranken ist von einem Suizid des Angehörigen betroffen. Peukert schildert seine Erlebnisse zum Tod seines Bruders und stellt anschließend die Frage, kann man jemanden auf den möglichen Suizid eines Geschwisters vorbereiten? Eine Vorbereitung ist vermutlich nicht möglich, aber sicherlich wäre ein offenes Gesprächsangebote ohne Floskeln sinnvoll und hilfreich.

2.5.4. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen

Emotionalen Belastungen

- kommt eine hohe Bedeutung zu
- Emot. Belastungen **und Auswirkungen auf die eigene Biografie** unterscheiden sich abhängig vom Zeitabstand zur Ersterkrankung **und in Hinblick auf das Ausscheiden der eigenen Eltern**
- Scham in Bezug auf aktuelle Exazerbation. Keine dauerhafte Scham wegen der Erkrankung.
- Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Überforderung
- Trauer und Verlust
- Wut und Aggressionen
- Betroffenheit und ein „Mit-leiden“
- Vorwürfe
- Ängste:
 - Unsicherheit und Fassungslosigkeit zu Beginn der Erkrankung
 - Dauerhaft: Angst vor Suizid, Aggressionen (whd. Exazerbation),
 - Angst vor Fremdgefährdung und Straftaten, *Aggressionen*
 - Angst vor Rückfall
 - Nach Zeit: Zukunftsängste, Existenzängste
 - Zukunftsgerichtet: Angst vor Vererbung, Angst vor der Frage nach der Versorgung nach dem Tod der Eltern
 - Angst selbst zu erkranken
 - **Angst etwas falsch zu machen und somit Aggressivität oder gar einen Suizid auszulösen**
- Auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung
- Ärger, Enttäuschung
- Schuldgefühle, Einsamkeit und Alleinverantwortung
- Sorge um das Wohlergehen der Eltern
- Entmutigungen durch professionelle Helfer
- Sorge
- Trauer über den Verlust der normalen Geschwisterbeziehung
- Anpassungs- und Anforderungsdruck
- Zusammenhang zwischen der Belastung der Angehörigen und der Kontaktzeit mit

den Patienten

- Hohe subjektive Belastung, empfunden durch Kritik am Verhalten des Patienten
- **tiefe Verstörung**
- **Schmerz**
- **Erhebliche verschiedenste emotionale Belastungen während des Rollenwechsels in die Rolle der „Ersatzeltern“**
- **Zurückhaltung und die Unterdrückung von Wut und Ärger**

Belastungen für die eigene Gesundheit

- psychische Gesundheit durch umfassende Belastungen gefährdet
- besondere Belastung in den Bereichen „Gefühl, unter Druck zu stehen“ und „sich unglücklich und deprimiert fühlen“.

Belastungen für die persönliche Lebenssituation des gesunden Geschwisters

- zeitlich-organisatorischen Arbeitsaufwand
- gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen
- nur geringe Auswirkung auf die Lebensqualität des gesunden Geschwisters.
- **Offene Frage: Muss ich ihn oder sie einmal finanziell unterstützen oder betreuen?**

Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister

- Belastungen im Umgang mit dem Geschwister bei vorliegender Minussymptomatik
- Schuldgefühle
- Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des erkrankten Geschwisters
- Belastungen durch fehlende Krankheitseinsicht, die mangelnde Compliance
- Abgrenzungsprobleme: Wie weit muss man sich einbinden lassen, darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen, **wie viel Verantwortung muss ich übernehmen**
- **Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen**, Mad-or-Bad-Problematik
- Geschwisterbeziehung erst nach professioneller Hilfe gleichberechtigt
- Gelingen der Abgrenzung abhängig von der Stärke der Beziehung vor der Erkrankung und dem Grad der Unterstützung durch die Familie

Belastungen im sozialen Umfeld

- Unverständnis und Ablehnung
- Ängste vor Stigmatisierung, *Umgang mit Stigmata*
- Hemmung bei eigenen neuen sozialen Kontakten
- Belastung durch Verheimlichung

Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie

- Belastung und Überforderung der Eltern und die Erwartung der Unterstützung und Entlastung
- inkonsequente Verhalten der Eltern
- Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister
- ungleiche Verteilung der der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern
- Konflikte mit den Eltern
- **Wahn und die Ko-Evolution familiärer Biographien**

Positive Ressourcen

- Stärkung der eigenen Person durch die Herausforderung

- Positive Bestätigung des eigenen Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld
- Für jemanden da sein
- Familien stärker zusammen gewachsen
- Andere Sichtweise des Lebens
- guter Zusammenhalt, Präsenz der Eltern
- nahes oder durch die Erkrankung dichter gewordenes Verhältnis zum Bruder/Schwester
- **Verbesserte Wahrnehmung seelischer Probleme im eigenen sozialen Umfeld**
- **über eine Verbesserung der eigenen sozialen Kompetenzen**
- **Bereicherungen durch die Erkrankung stellen sich erst nach Jahren ein oder werden dann erst erkannt.**

Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem

- durchweg negativ
- Keine Nutzung der Erfahrungen und Einsichten der Geschwister
- zu geringe Einbindung in die Behandlung. Nur Einbezug durch Eigeninitiative
- wenig Informationen bezüglich Erkrankung und -ursachen, Therapie, Medikation und Verlauf, Prognose, Medikamenten und Nebenwirkungen
- Abweisung in Notsituationen
- fehlende Nachbetreuung und Integrationshilfe
- Kritik an der Art und Weise der Behandlung.
- Wunsch nach respektvollerem Umgang mit Patienten und Angehörigen.
- Behandlungsbeginn stellt Entlastung da, fördert auch Angst vor Stigmatisierung
- Kein Kontakt zu den Ärzten, keine Einladung zu Angehörigengruppen im Rahmen der klinischen Behandlung
- Angehörigengruppe wird nicht besucht wegen, Zeitmangel, nicht eingeladen worden, Angst, Unsicherheit, räumliche Distanz, Teilnahme eines anderen Familienmitgliedes und die Angst vor zusätzlicher Belastung
- Kontakt- und Kommunikationsprobleme mit den Ärzten und/oder Berührungspunkte mit der Psychiatrie

Erfahrungen *mit und Haltungen gegenüber* dem psychosozialen Hilfesystem

- Nicht präsent. Keine Kontakte.
- Psychoedukationsgruppe der Klinik und gesetzlicher Betreuer einzige Hilfen
- Hilfe vorrangig durch Freunde und Bekannte
- Geschwister in der Praxis der Angehörigenarbeit eine benachteiligten Gruppe
- ***umfassende und passende Hilfe sei vorhanden und müsse nur gefunden werden oder Konfrontation und Diskussionen mit dem Hilfesystem unter der Annahme, dass noch keine angemessene Hilfe vorhanden sei***
- ***Notwendigkeit spezifischer Hilfsangebote für Geschwister***
- ***Notwendige Unterstützung für Geschwister in der frühen Phase der Erkrankung: 1. Beratung der Eltern zum Umgang mit der eigenen Verfügbarkeit, 2. Schutzvorkehrungen gegenüber kompensatorischen Leistungserwartungen, 3. Unterstützung der Eltern die gesunden Geschwister mit einzubeziehen, 4. Eltern sensibilisieren, die Gesunden auf ihre lang andauernde Rolle vorzubereiten, 5. Eltern Trost aussprechen, wenn gesunde Kinder die Familie verlassen.***
- ***Besonderer Hilfebedarf zum Zeitpunkt des Ausscheidens der Eltern***
- ***Kann man jemanden auf den möglichen Suizid eines Geschwisters vorbereiten?***

Offene Forschungsfragen

- „1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?
- 2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?
- 3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?
- 4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt u.a. S. 227).
- Welche Rolle spielt Alter, Altersunterschied und Zeitpunkt der Erkrankung?
- Spezifisches professionelles Hilfeangebot für Geschwister?

Biografische Auswirkungen

- Häufige Berufswahl der gesunden Geschwister in sozialen Berufen
- *verzichteten auf die Gründung einer eigenen Familie aus Angst vor möglicher Vererbung*
- *ähnliche Sozialisationsgeschichte der Geschwister: Verlassen der Herkunftsfamilie im frühen Erwachsenenalter und spätere Rückkehr mit erhöhtem Interesse an ihrem Geschwister. These: Bewältigung von Entwicklungsphasen ohne die Belastungen der Familie oder Selbstschutz vor den schwierigen Familienbeziehungen*

Subjektiver Erleben der Familie *und Veränderungen der Beziehungen innerhalb der Familie*

- Eltern wenig verfügbar
- Diskrepanz der Außen- und Innensicht der Familie
- eigene Rolle als problematisch: auf Pflichtprinzipien orientiert, besonderen Druck zum Erfolg, Ersatzmutterrolle
- *Zu Zeiten der ersten Erkrankung, wechseln jüngere Geschwister in die Rolle des Größeren und es werden größere Erwartungen an sie herangetragen.*
- *Verhältnis zu den eigenen Eltern verändert sich, z.T. schon vor Ausbruch der eigentlichen Erkrankung. Aufmerksamkeitsschatten wird zum Teil positiv wahrgenommen.*
- *emotionalen Bedürfnisse insbesondere der jüngeren Geschwister stehen zurück, mit der Folge, dass jüngeren mehr Freiheiten eingeräumt werden, was zusätzlich zu Konkurrenz führen kann*
- *normativen Umkehr der Geschwisterrolle des Jüngeren*

Beziehung zum Geschwister

- wurde modifiziert, keine grundsätzliche Verschlechterung
- Bemühen um Normalisierung
- Verpflichtung als Vertrauensperson
- Verantwortung für die Einleitung der Behandlung, allgemein Verantwortung
- Umfassende Veränderungen in den Beziehungen innerhalb der Familie
- Geschwisterbeziehung ist, die am stärksten von der Erkrankung betroffene

Beziehung.

- *Art und Weise der Veränderung der Beziehung steht in Bezug auf die Erkrankungsdauer und das zu erwartende ausscheiden der Eltern*
- *Vorbeiziehen des jüngeren Geschwisters kann zu Stolz oder Neid und schlechtem Gewissen führen.*
- *Erfahrungswelten und Lebenswelten der Geschwister entfernen sich voneinander und damit wird die gewachsene Kommunikation auf Augenhöhe in Frage gestellt.*
- *Starke Veränderung der Beziehung nach Ausscheiden und/oder Tod der Eltern*

Unterschiedliche Haltung resultiert aus dem Grad der Einbeziehung durch die Eltern zum Zeitpunkt der Ersterkrankung: Schutz und Fernhalten von Belastungen → Unbehagen und Unsicherheit, Ambivalenzen sichere und zufriedenstellende Entscheidungen für den eigenen Weg zu treffen. Einbeziehung in die Entwicklung der Erkrankung → Ambitioniert und Engagiert um hilfreiche Position

typischer Verlauf über die Krankheitsdauer

- Hoffnung und Illusion helfen zu können → Akzeptanz der Erkrankung → Entwicklung eigener Autonomie und Vertiefung der Beziehung aufgrund der größeren Unabhängigkeit.

2.6. Publikationen weiterer Autoren

2.6.1. Joachim de Neu¹⁰

De Neu hält am 18.09.04 in Hannover einen Vortrag mit dem Titel „Unser Bruder – Mit psychischer Krankheit zu Hause alt werden“. Er berichtet über seine Erfahrungen als Bruder eines 69 Jahre alten chronisch psychisch und somatisch Kranken. Im Folgenden werden nur die Punkte des Vortrages herausgearbeitet, welche für die vorliegende Arbeit als relevant erscheinen. Auf die ausführlichen Beschreibungen des gesamten Krankheitsverlaufes wird verzichtet.

Nachdem der Bruder lange Jahre von der Mutter versorgt wurde, übernahm nach deren Tod zunächst die Schwester die Versorgung, bis er selbst dann zurück in seine Geburtsstadt zog um die Schwester und den Bruder zu unterstützen.

Er berichtet in seinem Vortrag von der erlebten Hilflosigkeit während einer ersten psychotischen Krise, welche er miterlebte.

¹⁰ De Neu: „Unser Bruder – Mit psychischer Krankheit zu Hause alt werden“, Vortrag 2004

Er schildert die negativen Erfahrungen, welche er erlebte: Ablehnung der Ärzte, den mangelnden Informationstransport bis hin zu massiven Vorwürfen der Behandler: „Warum wir nicht schon vor 40 Jahren gekommen wären?“ Die negativen Erfahrungen mit den Behandlern gingen so weit, dass die Geschwister auf einen Antrag auf Betreuung beim Amtsgericht gedrängt wurden, aber mit dem direkten Hinweis, dass sie als Betreuer aufgrund der familiären Spannungen nicht in Frage kämen. In der Folge wurden sie aus weiteren Entscheidungen über den weiteren Werdegang ausgeschlossen. Auch aus dem weiteren Betreuungsverfahren wurden die Geschwister ausgeschlossen und konnten lediglich mit Hilfe eines Anwaltes, das Betreuungsverfahren stoppen.

Auch verweist er auf die mangelnde Einbeziehung der Angehörigen in die Anamnese der Ärzte bei Klinikaufnahme. Weiter beschreibt er wiederholt seine negativen Erfahrungen mit Ärzten, welche die Geschwister oftmals außen vor lassen und nicht in die Behandlung und Planung mit einbeziehen, sie sogar aktiv ausgrenzen.

Hilflosigkeit und Verzweiflung erlebten die Geschwister über eine lange Zeit. Als besondere Belastung benennt er die akuten oftmals aggressiven und abweisenden Verhaltens- und Wesensänderungen.

De Neu berichtet im Weiteren über seine positiven Erfahrungen mit einer Selbsthilfegruppe. Hier hätte er erstmals Unterstützung und Hilfe in seiner Rolle als Angehöriger erfahren. Er wurde in die Lage versetzt sich umfassend über die Erkrankung seines Bruders und die Folgen zu informieren.

Er berichtet aber auch über die positiven Erfahrungen, welche ihm durch die Rolle als Bruder erfahren. Das Erleben der Dankbarkeit für die jahrelange Unterstützung und Begleitung welche er von seinem Bruder nach einer längeren Phase der Stabilisierung erfährt beschreibt de Neu als sehr positives Erlebnis.

2.6.2. Lotte Mucha „...nur eine Schwester?“¹¹

Lotte Mucha berichtet ihre Erfahrungen aus Sicht einer Schwester einer psychisch Kranken.

Über viele Jahre wurde die kranke Schwester von der Mutter versorgt und sie sah sich als Angehörige in zweiter Reihe und ihre Mutter als Angehörige in erster Reihe.

¹¹ Lotte Mucha „...nur eine Schwester?“, ohne Datum

Nach dem Wegfall der Mutter als Versorgungsperson wurde sie in die erste Reihe geschoben und sah sich großen Aufgaben ausgesetzt. Für sie war selbstverständlich, die Schwester zu versorgen, sie aufzunehmen und somit eine Heimaufnahme und die damit verbundenen Sozialhilfe zu vermeiden.

Belastend empfand sie die Aufgabe, dem Lebenspartner zu sagen, „Ich habe eine schizophrene Schwester, sie wird ein Leben lang auf meine Begleitung und Hilfe angewiesen sein.“ Die Frage wie die Integration in die Familie gelingen kann und wie sich das Zusammenleben mit den eigenen jugendlichen Kindern und den damit verbundene Krisen, Spannungen und Streitigkeiten gestalten kann beschreibt sie als sehr belastend. Sie empfinde zwar keine Schuld, wenn sie nicht allen Anforderungen von Kindern, Partner und Schwester gerecht werden kann, aber durchaus ein schlechtes Gewissen.

2.6.3. Auflistung relevanter Kernaussagen und Thesen

Emotionalen Belastungen

- kommt eine hohe Bedeutung zu
- Emot. Belastungen und Auswirkungen auf die eigene Biografie unterscheiden sich abhängig vom Zeitabstand zur Ersterkrankung und in Hinblick auf das Ausscheiden der eigenen Eltern
- Scham in Bezug auf aktuelle Exazerbation. Keine dauerhafte Scham wegen der Erkrankung.
- Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Überforderung
- Trauer und Verlust
- Wut und Aggressionen
- Betroffenheit und ein „Mit-leiden“
- Vorwürfe
- Ängste:
 - Unsicherheit und Fassungslosigkeit zu Beginn der Erkrankung
 - Dauerhaft: Angst vor Suizid, Aggressionen (wht. Exazerbation),
 - Angst vor Fremdgefährdung und Straftaten, Aggressionen
 - Angst vor Rückfall
 - Nach Zeit: Zukunftsängste, Existenzängste
 - Zukunftsgerichtet: Angst vor Vererbung, Angst vor der Frage nach der Versorgung nach dem Tod der Eltern
 - Angst selbst zu erkranken
 - Angst etwas falsch zu machen und somit Aggressivität oder gar einen Suizid auszulösen
- Auf und ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung
- Ärger, Enttäuschung
- Schuldgefühle, Einsamkeit und Alleinverantwortung
- Sorge um das Wohlergehen der Eltern
- Entmutigungen durch professionelle Helfer
- Sorge

- Trauer über den Verlust der normalen Geschwisterbeziehung
- Anpassungs- und Anforderungsdruck
- Zusammenhang zwischen der Belastung der Angehörigen und der Kontaktzeit mit den Patienten
- Hohe subjektive Belastung, empfunden durch Kritik am Verhalten des Patienten
- tiefe Verstörung
- Schmerz
- Erhebliche verschiedenste emotionale Belastungen während des Rollenwechsels in die Rolle der „Ersatzeltern“
- Zurückhaltung und die Unterdrückung von Wut und Ärger
- **Verzweiflung**

Belastungen für die eigene Gesundheit

- psychische Gesundheit durch umfassende Belastungen gefährdet
- besondere Belastung in den Bereichen „Gefühl, unter Druck zu stehen“ und „ sich unglücklich und deprimiert fühlen“.

Belastungen für die persönliche Lebenssituation des gesunden Geschwisters

- zeitlich-organisatorischen Arbeitsaufwand
- gesundheitliche, berufliche und finanzielle Belastungen
- nur geringe Auswirkung auf die Lebensqualität des gesunden Geschwisters.
- Offene Frage: Muss ich ihn oder sie einmal finanziell unterstützen oder betreuen?

Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister

- Belastungen im Umgang mit dem Geschwister bei vorliegender Minussymptomatik
- Schuldgefühle
- Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des erkrankten Geschwisters
- Belastungen durch fehlende Krankheitseinsicht, die mangelnde Compliance
- Abgrenzungsprobleme: Wie weit muss man sich einbinden lassen, darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen, wie viel Verantwortung muss ich übernehmen
- Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen, Mad-or-Bad-Problematik
- Geschwisterbeziehung erst nach professioneller Hilfe gleichberechtigt
- Gelingen der Abgrenzung abhängig von der Stärke der Beziehung vor der Erkrankung und dem Grad der Unterstützung durch die Familie
- **Besondere Belastung durch akute oftmals aggressive und abweisende Verhaltens- und Wesensänderungen**

Belastungen im sozialen Umfeld

- Unverständnis und Ablehnung
- Ängste vor Stigmatisierung, Umgang mit Stigmata
- Hemmung bei eigenen neuen sozialen Kontakten
- Belastung durch Verheimlichung

Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie

- Belastung und Überforderung der Eltern und die Erwartung der Unterstützung und Entlastung
- inkonsequente Verhalten der Eltern
- Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister
- ungleiche Verteilung der der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern
- Konflikte mit den Eltern

- Wahn und die Ko-Evolution familiärer Biographien
- ***Dem eigenen Partner mitzuteilen, dass man einen/eine psychisch kranken Bruder/Schwester hat und für diesen ein Leben lang Mitverantwortung trägt.***
- ***Angst vor dem Gelingen der Integration in die Familie des Geschwisters und dem Meistern in Zusammenhang mit den Anforderungen durch jugendliche Kinder***

Positive Ressourcen

- Stärkung der eigenen Person durch die Herausforderung
- Positive Bestätigung des eigenen Handelns und Tuns durch das soziale Umfeld
- Für jemanden da sein
- Familien stärker zusammen gewachsen
- Andere Sichtweise des Lebens
- guter Zusammenhalt, Präsenz der Eltern
- nahes oder durch die Erkrankung dichter gewordenes Verhältnis zum Bruder/Schwester
- Verbesserte Wahrnehmung seelischer Probleme im eigenen sozialen Umfeld
- über eine Verbesserung der eigenen sozialen Kompetenzen
- Bereicherungen durch die Erkrankung stellen sich erst nach Jahren ein oder werden dann erst erkannt.
- ***Das Erleben der Dankbarkeit für die jahrelange Unterstützung und Begleitung***

Erfahrungen mit dem medizinischen Hilfesystem

- durchweg negativ
- Keine Nutzung der Erfahrungen und Einsichten der Geschwister, ***mangelnde Einbeziehung der Angehörigen in die Anamnese***
- zu geringe Einbindung in die Behandlung. Nur Einbezug durch Eigeninitiative
- wenig Informationen bezüglich Erkrankung und -ursachen, Therapie, Medikation und Verlauf, Prognose, Medikamenten und Nebenwirkungen
- Abweisung in Notsituationen
- fehlende Nachbetreuung und Integrationshilfe
- Kritik an der Art und Weise der Behandlung.
- Wunsch nach respektvollerem Umgang mit Patienten und Angehörigen.
- Behandlungsbeginn stellt Entlastung da, fördert auch Angst vor Stigmatisierung
- Kein Kontakt zu den Ärzten, keine Einladung zu Angehörigengruppen im Rahmen der klinischen Behandlung
- Angehörigengruppe wird nicht besucht wegen, Zeitmangel, nicht eingeladen worden, Angst, Unsicherheit, räumliche Distanz, Teilnahme eines anderen Familienmitgliedes und die Angst vor zusätzlicher Belastung
- Kontakt- und Kommunikationsprobleme mit den Ärzten und/oder Berührungspunkte mit der Psychiatrie
- ***Ablehnung bis hin zu massiven Vorwürfen der Ärzte***
- ***Drängen der Ärzte auf eine fremde Person als Betreuer und somit Ausschluss der Geschwister aus allen weiteren Entscheidungen***
- ***Aktive Ausgrenzung aus der Behandlung durch Ärzte***
- ***Angehörige in zweiter Reihe***

Erfahrungen mit und Haltungen gegenüber dem psychosozialen Hilfesystem

- Nicht präsent. Keine Kontakte.

- Psychoedukationsgruppe der Klinik und gesetzlicher Betreuer einzige Hilfen
- Hilfe vorrangig durch Freunde und Bekannte
- Geschwister in der Praxis der Angehörigenarbeit eine benachteiligten Gruppe
- umfassende und passende Hilfe sei vorhanden und müsse nur gefunden werden oder Konfrontation und Diskussionen mit dem Hilfesystem unter der Annahme, dass noch keine angemessene Hilfe vorhanden sei
- Notwendigkeit spezifischer Hilfsangebote für Geschwister
- Notwendige Unterstützung für Geschwister in der frühen Phase der Erkrankung:
 1. Beratung der Eltern zum Umgang mit der eigenen Verfügbarkeit,
 2. Schutzvorkehrungen gegenüber kompensatorischen Leistungserwartungen,
 3. Unterstützung der Eltern die gesunden Geschwister mit einzubeziehen,
 4. Eltern sensibilisieren, die Gesunden auf ihre lang andauernde Rolle vorzubereiten,
 5. Eltern Trost aussprechen, wenn gesunde Kinder die Familie verlassen.
- Besonderer Hilfebedarf zum Zeitpunkt des Ausscheidens der Eltern
- Kann man jemanden auf den möglichen Suizid eines Geschwisters vorbereiten?
- ***Positive Erfahrungen durch Selbsthilfegruppe***
- ***Angehörige in zweiter Reihe***

Offene Forschungsfragen

- „1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?
- 2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?
- 3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?
- 4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt u.a. S. 227).
- Welche Rolle spielt Alter, Altersunterschied und Zeitpunkt der Erkrankung?
- Spezifisches professionelles Hilfeangebot für Geschwister?

Biografische Auswirkungen

- Häufige Berufswahl der gesunden Geschwister in sozialen Berufen
- verzichteten auf die Gründung einer eigenen Familie aus Angst vor möglicher Vererbung
- ähnliche Sozialisationsgeschichte der Geschwister: Verlassen der Herkunftsfamilie im frühen Erwachsenenalter und spätere Rückkehr mit erhöhtem Interesse an ihrem Geschwister. These: Bewältigung von Entwicklungsphasen ohne die Belastungen der Familie oder Selbstschutz vor den schwierigen Familienbeziehungen

Subjektiver Erleben der Familie und Veränderungen der Beziehungen innerhalb der Familie

- Eltern wenig verfügbar
- Diskrepanz der Außen- und Innensicht der Familie
- eigene Rolle als problematisch: auf Pflichtprinzipien orientiert, besonderen Druck zum Erfolg, Ersatzmutterrolle
- Zu Zeiten der ersten Erkrankung, wechseln jüngere Geschwister in die Rolle des Größeren und es werden größere Erwartungen an sie herangetragen.
- Verhältnis zu den eigenen Eltern verändert sich, z.T. schon vor Ausbruch der eigentlichen Erkrankung. Aufmerksamkeitsschatten wird zum Teil positiv

wahrgenommen.

- emotionalen Bedürfnisse insbesondere der jüngeren Geschwister stehen zurück, mit der Folge, dass jüngeren mehr Freiheiten eingeräumt werden, was zusätzlich zu Konkurrenz führen kann
- normativen Umkehr der Geschwisterrolle des Jüngeren

Beziehung zum Geschwister

- wurde modifiziert, keine grundsätzliche Verschlechterung
- Bemühen um Normalisierung
- Verpflichtung als Vertrauensperson
- Verantwortung für die Einleitung der Behandlung, allgemein Verantwortung
- Umfassende Veränderungen in den Beziehungen innerhalb der Familie
- Geschwisterbeziehung ist, die am stärksten von der Erkrankung betroffene Beziehung.
- Art und Weise der Veränderung der Beziehung steht in Bezug auf die Erkrankungsdauer und das zu erwartende Ausscheiden der Eltern
- Vorbeiziehen des jüngeren Geschwisters kann zu Stolz oder Neid und schlechtem Gewissen führen.
- Erfahrungswelten und Lebenswelten der Geschwister entfernen sich voneinander und damit wird die gewachsene Kommunikation auf Augenhöhe in Frage gestellt.
- Starke Veränderung der Beziehung nach Ausscheiden und/oder Tod der Eltern
Unterschiedliche Haltung resultiert aus dem Grad der Einbeziehung durch die Eltern zum Zeitpunkt der Ersterkrankung: Schutz und Fernhalten von Belastungen → Unbehagen und Unsicherheit, Ambivalenzen sichere und zufriedenstellende Entscheidungen für den eigenen Weg zu treffen. Einbeziehung in die Entwicklung der Erkrankung → Ambitioniert und Engagiert um hilfreiche Position

typischer Verlauf über die Krankheitsdauer

- Hoffnung und Illusion helfen zu können → Akzeptanz der Erkrankung → Entwicklung eigener Autonomie und Vertiefung der Beziehung aufgrund der größeren Unabhängigkeit.

3. Geschwisterbeziehungen und –bindungen

Aus den bisherigen Ausführungen wird bereits deutlich, dass eine psychische Erkrankung erhebliche Auswirkungen auf das gesamte System Familie hat. Es verschieben sich Rollen innerhalb der Familie, Aufmerksamkeitsschwerpunkte werden neu gesetzt und die gesamte Familie ist mit einer Situation konfrontiert, welcher sie zunächst häufig mit Hilflosigkeit begegnet.

Es ist daher unabdingbar auch das Augenmerk auf die Geschwisterbeziehung bzw. –bindung zu legen. Diese ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Identität, soziale Fertigkeiten usw. Die Geschwister beeinflussen und unterstützen sich in ihrer Entwicklung gegenseitig.

Nahe liegt daher, dass die Geschwisterbeziehungen durch eine schwerwiegende chronische Erkrankung welche mit weitgehenden Folgen für alle Beziehungen innerhalb der Familie einhergeht, Veränderungen oder Beeinflussungen erfährt. Daher wird im Folgenden zunächst nach einer Begriffsbestimmung, die Dimensionen der Geschwisterbeziehung und besonders die Veränderungen im Verlauf der Lebensspannen und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben betrachtet.

Abschließend werden Überlegungen und Thesen zu den Auswirkungen einer schweren chronischen Erkrankung oder Behinderung dargestellt.

3.1. Begriffsdefinitionen

„Mit dem Begriff „Geschwister“ bezeichnet man in den meisten Kulturen und Sprachgemeinschaften Individuen, die über eine (zumindest) teilweise identische genetische Ausstattung verfügen, weil sie dieselbe Mutter/denselben Vater/dieselben Eltern haben“ (Kasten 93, 8). Die Definition von Geschwistern hängt jedoch auch von kulturspezifischen Variablen ab. So werden in vielen Gesellschaften auch Cousinen und Cousins als Geschwister bezeichnet. Der Begriff Geschwisterbeziehung impliziert aber eine recht statische Sicht auf ein zwischenmenschliches Verhältnis.

Bank und Kahn nutzen daher den Begriff der Geschwisterbindung. Sie stellen fest, dass es „keine schlichte, althergebrachte, gesellschaftlich anerkannte, umfassende Geschwisterbeziehung [gibt], sondern eher eine Vielzahl von Bindungen, die sich zu einer bestimmten Anzahl von Mustern formen. Bindung kann bedeuten

- ein Band, das vereinigt,
- eine Verpflichtung oder Übereinkunft,
- eine Beziehung oder ein Beziehungssystem“ (Bank/Kahn, 21).

Weiter definieren die klinisch-psychoanalytisch Autoren Geschwisterbindung, als eine „intime wie öffentliche Beziehung zwischen dem Selbst von zwei Geschwistern“ (ebd.)

Eine nähere Verortung des Begriffes Geschwisterbeziehung ermöglicht die familiensystemtheoretische Sicht. Nach Walper bestehen zunächst Familien über die Grenzen eines Haushaltes hinweg und schließen Großeltern, Eltern und Kinder auch außerhalb des Haushaltes mit ein. Eine solche Sichtweise auf das System Familie bezieht neue familiäre Strukturen, unter Hinblick auf Haushalte nach Scheidung und Trennung, neuer Partnerschaft und Halbgeschwistern, mit ein. „In diesem Sinne werden [...] Geschwisterbeziehungen nicht nur als Subsysteme einer Haushaltsgemeinschaft betrachtet, sondern als Teil von Familien, die als intime Beziehungssystem durch den (variierenden) Grad ihrer Abgrenzung gegenüber der Außenwelt und eine spezifische Binnenstruktur beschreibbar sind“ (Walper, 14). Walper verweist darauf, dass innerhalb eines solchen Familiensystems Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung sind und sich entsprechend zirkulär beeinflussen. Rückschlüsse über rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind daher nur sehr bedingt möglich. Für Geschwisterbeziehungen scheint diese reziproke Beeinflussung besonders naheliegend zu sein, da diese „in aller Regel egalitärer sind als Eltern-Kind-Beziehungen und damit a priori stärker von Eigenschaften und Verhaltensweisen beider Beteiligter geprägt sind, statt nur von der einen, strukturell mächtigeren Seite“ (ebd.).

Geschwisterbeziehungen sind somit zunächst als innerfamiliäre Beziehungen zu sehen. Sohni konkretisiert dies: Geschwisterbeziehungen sind „horizontale

Beziehungen, zunächst im morphologischen Sinne von „innerhalb der gleichen Generation“, und grenzen sich innerfamilial von ebenfalls horizontalen Partnerbeziehungen sowie von vertikalen Eltern-Kind-Beziehungen ab, extrafamilial von horizontalen Peer-Beziehungen“ (Sohni, 14).

Relevante Aussagen:

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig

3.2. Dimensionen der Geschwisterbeziehung

Die Qualität einer Geschwisterbeziehung lässt sich aufgrund der Komplexität nicht mit gut oder schlecht beschreiben. Zur näheren Unterscheidung und Beschreibung der Qualität der Beziehungen haben Furman und Buhrmeister 4 Dimensionen identifiziert: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status. Walper ergänzt, dass es sich hierbei zwar um Beziehungsqualitäten handele, diese Begriffe sich jedoch auch auf Verhaltensweisen der Beteiligten beziehen und somit auch einer unterschiedlichen Wahrnehmung unterliegen (vgl. Walper, 23ff.).

3.2.1. Wärme, Nähe, Loyalität

Diese Dimension ist von hoher Wichtigkeit für die Geschwisterbeziehung. Viel Wärme und große Nähe sind Ressourcen, die für mehr Wohlbefinden der Beteiligten stehen und unterstützen somit eine günstigere Entwicklung. „Gekennzeichnet wird die Dimension „Wärme beziehungsweise Nähe“ nach Furman und Buhrmeister durch die Aspekte wahrgenommener Ähnlichkeit, Zuneigung, Wertschätzung und Bewunderung von und durch Geschwister, Intimität beziehungsweise Selbstöffnungsbereitschaft in der vertrauensvollen Kommunikation, unterstützend-prosoziales Verhalten und Freundschaft“ (a.a.O., 24).

Eine durch Nähe und Wärme geprägte Geschwisterbeziehung hat durchweg positive Auswirkungen. So konnten Kim et al. zeigen, dass eine wachsende Intimität in der

Geschwisterbeziehung bei Mädchen zu geringeren depressiven Symptomen führt und soziale Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen im Jugendalter fördert. Positive Gefühle und Wärme in der Beziehung der Geschwister, haben einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von Emotionen und Verhalten im Kindesalter.

Der Aspekt der Loyalität ist eng verbunden mit Nähe bzw. Wärme, bezieht sich jedoch mehr auf die Haltung und das Verhalten. Grundlage ist eine vertraute enge Beziehung zwischen den Geschwistern. Loyalität ist gekennzeichnet durch Kooperation und Hilfsbereitschaft und durch eine Abgrenzung und Verteidigung gegen Andere. Sie gestaltet sich in gemeinsamen Ritualen und zum Teil in der Entwicklung einer speziellen, exklusiven Sprache. Es lässt sich unterscheiden zwischen einseitiger und beidseitiger Loyalität(vgl. Walper, 24f.).

3.2.2. Rivalität

Rivalität hat, im Gegensatz zu den Begriffen Neid und Eifersucht, durchaus positive Potenziale, jedoch werden die Begriffe häufig austauschbar genutzt. Alle drei Begriffe bezeichnen ein Konkurrenzverhalten. Bei Neid handelt es sich um eine Dreieckssituation zwischen zwei Personen und einer Sache. Eifersucht hingegen entsteht immer zwischen drei Personen. Der Ursprung der Rivalität ist weitgehend ungeklärt. Während Freud die Geschwisterrivalität als etwas Selbstverständliches ansah, betonen andere Psychoanalytiker wie Adler, die Geschwisterrivalität als eine Art Entthronungstrauma des Erstgeborenen, bei der Geburt des Zweitgeborenen. Andere sehen die Motivation der Rivalität jedoch in von Geschwistern selbst initiierte Vergleiche, welche vom sozialen Umfeld aufgegriffen werden. Letztlich wird auch unterschiedliches Verhalten der Eltern gegenüber den Kindern als auslösendes Moment der Rivalität gesehen. Ungleichbehandlung und Bevorzugung durch die Eltern geben Anlass zu Rivalität und Konkurrenzgefühl.

Auch die Rivalität zwischen den Geschwistern unterliegt charakteristischen Schwankungen über die Lebensspanne hinweg: In Kindheit und Jugend ist die Rivalität am stärksten ausgeprägt und schwächt sich danach bei Verlassen des Elternhauses und Gründung eigener Familien deutlich ab. Die Rivalität kann jedoch, im Erwachsenenalter, abhängig von äußeren Faktoren wieder aufflammen. Ebenso verstärkt sich die Rivalität im Alter wieder. Wie bei der Loyalität zwischen Geschwistern kann man auch bei der Rivalität zwischen einseitiger und

wechselseitiger Rivalität unterscheiden. Hinzu kommt eine mit dem Geschlecht verknüpfte Geschwisterrivalität.

Ein gewisses Maß an Rivalität kann eine produktive Funktion übernehmen, ein Übermaß in Form von Neid bis hin zu rasender Eifersucht kann jedoch zu tiefen seelischen Wunden führen. „Neid-, Eifersuchts- und Rivalitätsgefühl sind wichtig für den Aufbau der eigenen Identität, für Abgrenzung, für Selbstbehauptung; dafür sich wehren zu können, für seine Einzigartigkeit“ (Ley nach Walper, 28).

Ross und Milgram berichten aus durchgeführten Gruppendiskussionen, dass für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Geschwisterrivalität in erster Linie die Eltern und deren Haltung verantwortlich gemacht werden. Die Rivalität wird von den Eltern durch verdeckte oder offene Vergleiche zwischen den Geschwistern ausgelöst und aufrechterhalten. Diese Vergleiche werden von den Geschwistern als Bevormundung und Benachteiligung erlebt. Die Geschwisterrivalität nimmt daher oftmals ihren Anfang bereits in der frühen Kindheit und besteht über den Tod der Eltern hinaus fort. Konkurrenz besteht sowohl um Anerkennung und Zuneigung der Eltern, als auch um Macht und Ansehen innerhalb der Geschwisterreihe. Die befragten Geschwister berichteten oft darüber, dass ein Konflikt ausgelöst wurde, durch das Übertragen der Aufsichtspflicht an einen Geschwisterteil.

Häufig schaffen es die Geschwister nicht, über das Thema Rivalität zu sprechen, so dass sich die verborgene Rivalität über die Jahre stabilisiert und an Eigengewicht gewinnt. Die Rivalität zwischen den Geschwistern kann aber nicht nur negativ betrachtet werden, sondern hat durchaus positive Effekte. So kann Rivalität anspornen und zu produktiveren Leistungen bewegen (vgl. Walper, 25ff.).

Inhaltlich und thematisch dreht sich die Geschwisterrivalität häufig um gesellschaftlich hochgeschätzte Werte, wie Leistung, körperliche Attraktivität, Intelligenz, zwischenmenschliche Kompetenzen und Reife. Leistung ist der am häufigsten benannte Faktor, welcher auch über die gesamte Lebensspanne hinweg Gültigkeit besitzt. Die Rivalität um körperliche Attraktivität nimmt gewöhnlich im mittleren Erwachsenenalter ab, während die Rivalität um Reife dann abnimmt, wenn es dem Unterlegenen gelang selbst privaten und beruflichen Erfolg zu erlangen. „Das Rivalitätsthema zwischenmenschliche Kompetenzen wurde nicht selten von den unterlegenen Geschwistern ins Spiel gebracht, wenn sie in anderen Bereichen bereits Niederlagen bezogen hatten, wenn also beispielsweise das überlegene und

dominieren Geschwister einen uneinholbaren Vorsprung im Hinblick auf Karriere und Ansehen erworben hatte (Motto: „Du mißachtetest ja die Gefühle andere, während ich es verstehe auf Menschen einzugehen““ (Kasten 98, 128).

Weiter gibt es Geschwisterrivalität, welche mit dem Geschlecht verknüpft ist. Zumeist wird diese Form von Frauen berichtet und hat seine Wurzeln in den Privilegien der männlichen Geschlechtsrolle. Schwestern beneiden ihre Brüder oft um die größeren Freiräume in Kindheit und Jugend (vgl. Kasten 98, 124ff.).

Tabelle 3 Entstehung und Aufrechterhaltung von individuell empfundener Geschwisterrivalität (nach Ross und Milgram 1982)

Bedingungen	Zahl der Fälle
Bedingungen der Entstehung	
von den Eltern eingeleitete Rivalität:	40
(1) Vergleiche finden offen statt	17
(2) Vergleiche werden verdeckt angestellt	23
von den Geschwistern eingeleitete Rivalität:	39
(1) von einem Bruder in Gang gebracht	19
(2) von einer Schwester in Gang gebracht	12
(3) von mehreren Geschwistern in Gang gebracht	4
(4) vom befragten Geschwister in Gang gebracht	4
Bedingungen der Aufrechterhaltung	
fortgesetzte Bevorzugung eines Geschwisters durch die Eltern	22
fortgesetztes Konkurrieren zwischen den Geschwistern	13
ein Geschwister fühlt sich ausgegrenzt	8
Rollenzuweisungen und Etikettierungen von Familienmitgliedern werden fortgesetzt	9
Rivalitätsgefühle werden nicht ausgedrückt, bleiben unterschwellig	9
Überdauernde, strukturelle Faktoren der Rivalität	
(1) Dimensionen:	19
– Leistung	12
– Körperliche Attraktivität	11
– Intelligenz	8
– Zwischenmenschliche Kompetenz	6
– Reife	
(2) Rivalitätstypen:	59
– einseitige Rivalität	11
– wechselseitige Rivalität	6
– mit dem Geschlecht verknüpfte Rivalität	

Quelle: Kasten 98, 126

3.2.3. Konflikt

Aufgrund der Abstimmungserfordernissen im Alltag bieten Geschwisterbeziehungen, wie alle Familienbeziehungen, ein beträchtliches Konfliktpotenzial. Die Konflikte zeigen sich im Ausmaß an Streit, Wettstreit und Widerspruch, können aber deutlich variieren. Geschwisterbeziehungen von etwa gleichaltrigen Geschwistern, sowie von gleichgeschlechtlichen Geschwistern mit einem größeren Altersunterschied, neigen zu mehr Konflikten. Weniger Konflikte ergeben sich zu sehr viel jüngeren Geschwistern. Neben diesen strukturellen Dispositionen haben jedoch auch Verhaltensdispositionen von Geschwistern erheblichen Anteil am Umfang von hervortretenden Konflikten.

Rivalität und Konflikte sind eng miteinander verbunden, es besteht aber kein absolutistischer Zusammenhang, dass jede Art von Rivalität zu offenen Konflikten führt. Vielmehr gibt es mehr andere Anlässe zu Konflikten wie eine reine Rivalität: Meinungsverschiedenheiten, divergierende Interessen oder Kritik am Verhalten des jeweils anderen. Aus diesem Grunde stellt Konflikthaftigkeit auch ein eigenes Charakteristikum der Geschwisterbeziehung da. Dies ist auch nicht im Gegensatz zu emotionaler Nähe zu sehen, da die Nähe eine überdauernde Beziehungsqualität der Geschwisterbeziehung darstellt und Konflikte zwar oft mit Wut und Ärger besetzt sind, diese aber nicht dauerhaft bestehen bleiben.

Kim et al. konnten zeigen, dass vermehrte Konflikte zwischen Geschwistern im Jugendalter mit verstärkten depressiven Symptomen einhergehen (vgl. Walper, 28f.).

3.2.4. Relative Macht

Zwischen Geschwistern bestehen Machtasymmetrien, welche in der jeweiligen Rollengestaltung Ausdruck finden und betreffen Macht beziehungsweise Status. Altersgefälle haben einen starken Einfluss auf die relative Macht. So fühlen ältere Geschwister mehr Fürsorge und Dominanz für ihre jüngeren Geschwister und umgekehrt, empfinden die Jüngeren stärkere Dominanz und Fürsorge durch die Älteren. Weiter werden ältere Geschwister mehr bewundert, wobei die Bewunderung mit dem Altersabstand der Geschwister steigt. Weiteren Einfluss üben die Familienkonstellation aus (vgl. Walper, 31).

3.2.5. Relevante Aussagen

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig
- ***Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status***
→Gibt es durch den Ausbruch einer Psychose Auswirkungen auf diese Dimensionen und wie sind diese gestaltet? Können sich diese Auswirkungen unterscheiden?

3.3. Geschwisterbeziehung im Lebensverlauf

Die Geschwisterbeziehungen durchlaufen im Lebensverlauf eine beschreibbare Entwicklung, welche jedoch nicht vollends normiert werden kann und im Einzelfall erheblich abweichen kann. „Dennoch liefern entwicklungsbezogene Modellvorstellungen und Befunde hilfreiche Hinweise für altersgradierte beziehungsweise phasentypische Besonderheiten auch von Geschwisterbeziehungen“ (Walper, 31). Jedoch fehlt eine umfassende Studie, die sich mit der Entwicklung der Geschwisterbeziehung über die gesamte Lebensspanne hinweg befasst, so dass die Erhebungen aus verschiedenen zahlreichen Untersuchungen zusammengetragen werden müssen um die Ergebnisse „Mosaiksteinchen für Mosaiksteinchen – zu einem Gesamtbild zusammensetzen“ (Kasten 98, 148).

Die Betrachtung der Geschwisterbeziehung über den Lebensverlauf kann helfen zu verstehen, wie sich eine psychische Erkrankung eines Geschwisters auswirkt und welche Entwicklungsaufgaben und lebensphasenspezifische Ereignisse entweder durch einen akuten Ausbruch in dieser Zeit oder durch eine bereits bestehende Erkrankung betroffen sind.

3.3.1. Kindheit

Die Geburt des zweiten Kindes bedeutet zunächst für die Eltern keine derart krisenhafte Umstellung, wie die Geburt des ersten Kindes. Der Übergang zur Elternschaft bedeutet für die Eltern große Veränderungen und Umstellungen.

Adler sah in der Geburt des Zweitgeborenen eine „Entthronungstrauma“ für den Erstgeborenen. Heute hat man von dieser Vorstellung Abstand genommen. Zwar kann die Geburt des Geschwisters durchaus krisenhafte Erlebnisse für das jüngere Geschwister bedeuten, jedoch entwickelt sich vorwiegend ein liebevolles und positives Verhältnis zwischen den Geschwistern. Wichtige Aufgabe der Eltern in dieser Phase ist es die erstgeborenen Kinder darin zu unterstützen und zu begleiten, ihre Rolle als älteres Geschwister zu finden. Schütz, Kreppern und Paulsen „versuchen in ihrer theoretischen Konzeption der Studie familientheoretische und entwicklungspsychologische Perspektiven miteinander zu verbinden und rekonstruieren die durch die Ankunft eines zweiten Kindes entstehenden familialen Veränderungsprozessen im Zusammenhang mit den Entwicklungsfortschritten des jüngeren Geschwisters als Drei-Phasen-Modell“ (Kasten 93, 20).

- Erste Phase bis zum 8. Lebensmonat: Den Eltern geht es darum, dass die Eltern zwei Kinder versorgen und zufrieden stellen und auch darum, die Beziehung zwischen den Geschwistern einzuleiten. Die Eltern entwickeln hierzu verschiedene Modelle entwickeln Haushalts- und Kinderversorgungsaufgaben zu verteilen. „Zentrale Bedeutung haben in dieser Phase die Bedürfnisse des älteren Kindes nach ungeteilter Zuwendung, dass seine Ansprüche zu wahren versucht und die Eltern u.U. vor schwierige Vermittlung- und Verteilungsprobleme stellt“ (a.a.O., 20).
- Zweite Phase bis zum 16. Lebensmonat: Der Aktionsradius des jungen Geschwisters wächst, was zu vermehrten Konflikten zwischen den Kindern führt. Es ist eine Zunahme von Rivalität und Eifersucht zu beobachten. Hieraus ergeben sich für die Eltern die Aufgaben die Beziehung der Geschwister untereinander zu regeln und den Ansprüchen der Kinder gerecht zu werden.
- Dritte Phase bis zum 24. Lebensmonat: Die Rivalitätskonflikte nehmen zusehends ab und es sind immer weniger elterliche Eingriffe notwendig. Beim jüngeren Kind wächst das Interesse am älteren und es wird gleichzeitig fähig, differenzierte, zu anderen Familienmitgliedern eigenständige Kontakte aufzunehmen und bestehende Bindungen auszubauen.

Im folgenden Lebensabschnitt bis zum 6. Lebensjahr, verbringen die Geschwister weiterhin einen großen Teil ihrer Zeit miteinander. Der geschwisterliche Umgang stellt daher einen wesentlichen Bestandteil der Sozialisation da und wirkt sich auf das Sozialverhalten in unterschiedlichen Lebensbereichen aus.

Die Geschwister sind in diesem Lebensabschnitt nun mehr ebenbürtige Spielpartner und sie nehmen mehr aneinander teil. „Mit vier oder fünf Jahren Verschärft sich ihre Fähigkeit, sich als ähnlich oder anders als Mutter, Vater und Geschwister wahrzunehmen. Die Entdeckung neuer Aspekte der eigenen Person ist ein kontinuierlicher Prozess, ein dialektischer Tanz mit den nahen, verfügbaren, bedeutsamen Anderen“ (Bank/Kahn, 50).

Durch die gemeinsam verbrachte Zeit mit dem Geschwister entwickelt sich Vertrauen und die Geschwister lernen die gegenseitigen Kenntnisse, Neigungen und Eigenschaften des anderen kennen. Diese Erfahrungen wirken sich auf spätere soziale Kontakte und Beziehungen aus.

Prosoziales Verhalten tritt häufiger bei den älteren Geschwistern auf, allerdings weniger unter Brüdern. „Geschlechtsunterschiede finden sich in mehrfacher Hinsicht. Während sich Mädchen durch mehr prosoziales Verhalten auszeichnen und ältere gegenüber ihren jüngeren Geschwistern den Fürsorge spendenden Part übernehmen, zeigen Brüder mehr aggressives Verhalten“ (Walper, 33). Im Verlaufe der Vorschuljahre des jüngeren Kindes reagieren diese vermehrt abwehrend und widerwillig auf prosoziales Verhalten und erscheinen mehr und mehr gleichwertige Interaktionspartner zu werden.

In der Lebensspanne vom 6. bis 12. Lebensjahr zeigen die Geschwisterbeziehungen eher eine geringe Stabilität. Die Beziehungen egalisieren sich zunehmend und sind weniger asymmetrisch. Gleichzeitig steigt die Kooperation und die Kinder können Konflikte besser alleine lösen, die Eltern treten in den Hintergrund und bei emotionalen Problemen werden eher die Geschwister zu Rate gezogen.

Die Geschwister sehen die Beziehung differenzierter und nehmen sich mehr als Individuen wahr. Dadurch treten Ambivalenzen stärker hervor und durch die Separations- und Individuationsprozesse kann es zu stärker asymmetrischen Gefühlen zwischen den Geschwistern kommen.

Die Lebenswelt verlagert sich stärker nach außerhalb der Familie in die Peer-Group und das Lehrer-Lernender-Rollenmuster nimmt ab dem Zeitpunkt des Schulbesuches stark an Bedeutung zu. Die älteren Geschwister übernehmen in der Beziehung häufig die Rolle des Lehrenden, die Geschwister helfen sich gegenseitig bei den Hausaufgaben (vgl. Kasten 93, 33f.).

Psychoanalytisch orientierte Autoren stimmen überein, dass die zentrale Entwicklungsaufgabe der mittleren und späten Kindheit die Bildung einer persönlichen Identität ist. Bank und Kahn beschreiben hierzu eine Reihe ihrer Ansicht nach wichtigen Einflussfaktoren und Entwicklungsbereiche u.a.:

- Soziale Vergleiche mit dem Geschwister
- Geburtenreihenfolge
- Einflüsse der Eltern, wie generationenübergreifende Familieneinflüsse, Projektionen der Eltern
- Identitätsebenen: Kern-, Subidentität und Persona
- Identifikationspersonen

Viele psychoanalytische Autoren legen den Fokus der Lebensspanne der mittleren und späten Kindheit auf den Aspekt der Geschwisterrivalität (siehe Punkt 3.2.2.) (vgl. Bank/Kahn, 50ff.).

Relevante Aussagen:

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig
- Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status
→Gibt es durch den Ausbruch einer Psychose Auswirkungen auf diese Dimensionen und wie sind diese gestaltet? Können sich diese Auswirkungen unterscheiden?
- ***Bildung der persönlichen Identität, Individuationsprozesse, Entwicklung von Sozialverhalten und Geschwisterrivalität sind wichtige Punkte der frühen und mittleren Kindheit.***

3.3.2. Adoleszenz

„Im Jungendalter [näheren sich] die Geschwisterbeziehungen - wie auch die Beziehungen zu den Eltern – im Idealfall einer individuierten Beziehung an, die durch zunehmende Autonomie bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung von Verbundenheit und Nähe gekennzeichnet ist“ (Walper, 34). Die Geschwisterbeziehung zeichnet sich in der Phase der Adoleszenz durch eine geringere Konflikthaftigkeit aus, die Distanz verringert sich nicht wesentlich und die Beziehung ist stärker durch Unterstützung und Gleichwertigkeit gekennzeichnet. Die Hierarchie zwischen den Geschwistern nimmt weiterhin ab. Im frühen Erwachsenenalter nimmt die Intensität der Geschwisterbeziehung nun deutlich ab und es erfolgt eine stärkere Zuwendung zum (Ehe)-Partner.

Wie auch in der mittleren und späten Kindheit ist in der Adoleszenz weiterhin die Entwicklung der Identität zentrale Entwicklungsaufgabe. Daneben spielt aber auch die Sexualentwicklung eine wichtige Rolle. Diese Annahme stützt sich auf das Konzept der sensiblen Phasen von Erikson. Erikson definiert Identität als zentralen Lerninhalt der Adoleszenz und Intimität als zentralen Lerninhalt für das frühe Erwachsenenalter. Die Gefahr in der Phase der Entwicklung der Ich-Identität liegt nach Erikson in der Rollenkonfusion. Die Unfähigkeit der jungen Menschen sich für eine Identität zu entscheiden fördert eine starke Beunruhigung. Die junge Liebe von Jugendlichen stellt daher einen Versuch da, seine diffusen Ich-Bilder auf andere zu übertragen und durch die Spiegelung allmählich klarer zu sehen. Daher besteht die jugendliche Liebe vorwiegend aus Gesprächen.

„Mit Intimität bezeichnet Erikson die Fähigkeit, „...sich echten Bindungen und Partnerschaften hinzugeben und die Kraft zu entwickeln, seinen Verpflichtungen treu zu bleiben, selbst wenn sie gewichtige Opfer und Kompromisse fordern. Körper und Ich müssen nun Organmodalitäten und Kernkonflikte beherrschen, um ohne Furcht vor dem Ich-Verlust Situationen begegnen zu können, die Hingabe verlangen“ (Kasten 93, 73).

Kasten versucht eine Kategorisierung und Quantifizierung der Geschwisterbeziehungen in dieser Lebensspanne nach einer Analyse von über 100 Artikeln zu diesem Themenkomplex. Er unterscheidet daher 5 Inhaltskategorien:

- Aggressives Sozialverhalten

Für die Annahme, dass die Spannungen zwischen den Geschwistern im Laufe der Kindheit stetig abnehmen und sie sich zu gleichberechtigten Partnern entwickeln, konnten empirische Nachweise erbracht werden (vgl. a.a.O., 75f.). Für den Bereich der Jugend und des frühen Erwachsenenalters liegen jedoch nur sehr wenige wissenschaftliche Ergebnisse vor. So zeigte eine Studie von Roscoe, Goodwin und Kennedy von 1987, dass einerseits Anhaltspunkte vorlagen, dass negative physische und verbale Gewalt während der Adoleszenz abnehmen, andererseits aber dass zwischen adoleszenten Geschwistern weit häufiger aggressive Auseinandersetzungen stattfinden als Beobachter meinen. Geschlechts- und Altersunterschiede konnten nicht dokumentiert werden. Lediglich hat sich gezeigt, dass Mädchen tendenziell weniger physische Gewalt zur Konfliktlösung verwenden.

Steinmetz verglich 1981 Konfliktlösungsformen von vier innerfamilialen Dyaden (Mutter-Vater, Vater-Jugendl., Mutter-Jugendl., Jugendl.-Jugendl.) in fünf Ländern (Finnland, Israel, Kanada, Puerto Rico und USA). Es konnten keine Zusammenhänge zwischen ehelicher Gewalt und Gewalt zwischen Geschwistern aufgezeigt werden. Mit Ausnahme von Kanada, verwendeten männliche Geschwister physische Aggression wie Diskussion zur Konfliktlösung. Ungleichgeschlechtliche Geschwister waren insgesamt aggressiver zueinander. Larson wertete in einer Studie 1989 insgesamt 1354 Geschwisterinteraktionen inhaltsanalytisch aus. Von diesen waren 42% negativ getönt. Die Interaktionen wurden einer amerikanischen Familienfernsehserie entnommen.

Kaum Arbeiten ordneten ihre Ergebnisse vor einem theoretischen Hintergrund ein. Lediglich Felson (1983) diskutiert zwei Modellvorstellungen zur Auftretungshäufigkeit der aggressiven Geschwisterinteraktionen. „Das Rivalitätsmodell postuliert, daß Geschwisteraggressionen der Ausdruck von Rivalität sind und nicht von realistischen Konflikten. Eine gewisse Affinität des Modells zu psychoanalytischen Theorievorstellungen und beispielsweise auch dem Schachter'schen De-identifikationsmodell ist nicht von der Hand zu weisen. Das Realistische-Konflikte-Modell dagegen behauptet, daß Aggressionen zwischen Geschwistern zustande kommen durch realistische Konflikte“ (Kasten 93, 76). Die Haltung der Eltern stellt ebenso eine wichtige intervenierende Variable dar. Intervenierende Maßnahmen zugunsten des jüngeren Geschwisters bewirken, dass

sich der Jüngere stärker fühlt und daher den Konflikt aufnehmen kann. Indifferente laissez-faire Haltung der Eltern führt zu weniger Konflikten. Kasten führt aus, dass die erhobene Daten eher das Realistische-Konflikte Modell stützen (vgl. a.a.O., 76f.). Andererseits weisen Untersuchungen auf das Zutreffen des Rivalitätsmodelles für bestimmte Geschwisterkonstellationen hin. Ilcheukwu untersuchte vier Einzelfälle von nigerianischen Studenten, welche einen extremen Leistungsabfall zeigten, nachdem ihre lernbehinderten älteren Geschwister in ihre Nähe zogen. Dieser Abfall erweiterte sich hin bis zu einer drohenden Umkehrung des Leistungsgefälles, je näher der Kontakt zu Geschwister wurde. Dies deutet die Autorin als unbewusste tiefverwurzelte Rivalitätsmotive zu Lasten des Jüngeren (vgl. Kasten 93, 77).

Bennet versuchte auf Grundlage der Literatur zur erlernten Hilflosigkeit zu belegen, dass eine elterliche Nicht-Intervention sich negativ auf die Geschwisteraggression auswirkt. Die aus der Nicht-Intervention resultierende Überlegenheit des älteren Geschwisters führe dazu, dass das unterlegene Kind lerne mit Hilflosigkeit zu reagieren (vgl. a.a.O., 77).

Eine naturalistische Analyse von Montemayor zeigte, dass das höchste Konfliktniveau in der Mutterbeziehung und der Beziehung unter gleichgeschlechtlichen Geschwistern bestand und drehte sich am häufigsten um zwischenmenschliche Belange.

„Diese widersprüchlichen Forschungsergebnisse lassen sich möglicherweise darauf zurückführen, dass sich Geschwisterpaare tatsächlich unterscheiden hinsichtlich der zwischen ihnen üblichen Aggressionen“ (Kasten 98, 111). Die Ergebnisse zum Zustandekommen der aggressiven Verhaltensweisen deutet darauf, dass Konflikte sowohl durch konkrete Anlässe ausgelöst werden, als auch durch langandauernde Rivalität.

- Sexualverhalten

„Mit der Frage, welcher Stellenwert Geschwistern beizumessen ist innerhalb der Sexualentwicklung von Jugendlichen hat sich die Wissenschaft bis heute allenfalls am Rande beschäftigt. Nur selten wurde untersucht, ob und wie sich die Geschwisterbeziehung auf die Sexualentwicklung auswirkt“ (a.a.O., 111). Auch finden sich kaum Studien, welche die Veränderungen untersuchten, die sich im Verhältnis zueinander während der Sexualentwicklung ergeben. Naheliegend

erscheint jedoch, dass die dramatischen und tiefgreifenden körperlichen und seelischen Veränderungen im Rahmen der Sexualentwicklung auch Veränderungen im Bereich der persönlichen Beziehungen und Bindungen nach sich ziehen. Die Beziehung der Geschwister erfährt im Verlauf der Pubertät möglicherweise vorübergehend Einschränkungen während der Phase des typischen zu beobachtenden Rückzuges in sich selbst. In einer späteren Phase der Jugend, welche mit einer Bereitschaft sich zu öffnen einhergeht, Verbessert sich auch das Verhältnis der Geschwister wieder. Zur Fundierung dieser Annahmen liegen leider noch keine ausreichend aussagekräftigen Forschungsergebnisse vor. Kasten verweist jedoch auf einige interessante Einzelbefunde. „In einer repräsentativen Erhebung von Roger und Rowe wurde nachgewiesen, daß jüngere Geschwister ihre älteren Geschwister auf derselben Altersstufe, was das Ausmaß sexueller Betätigung angeht, übertreffen“ (a.a.O., 112). Die Autoren führen dies zurück auf direkte Einflüsse, wie Empfehlungen, Ratschläge usw., und indirekte Einflüsse, wie Lernen am Vorbild und Modellverhalten. Direkte Einflüsse spielten verstärkt bei einem kleinen Altersabstand und indirekte Einflüsse bei einem größeren Altersabstand eine Rolle. In der Untersuchung wurde auch belegt, dass gleichaltrige Peers einen geringen Einfluss auf das Sexualverhalten haben.

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit dem Thema Sexualität zwischen Geschwistern. In Studien aus den USA und Deutschland geben zwischen 10% und 25% der Befragten sexuelle Aktivitäten zwischen Geschwistern an. Gewalt oder Androhung von Gewalt im Zusammenhang mit diesen sexuellen Aktivitäten wurden zwischen 5% und 25% benannt. Sexualpädagogen bemühen sich zunehmend um den Nachweis, dass sexuelle Aktivitäten zwischen nahezu gleichaltrigen Geschwistern in der Pubertät keine negativen Auswirkungen in Hinblick auf das spätere Sexualverhalten im Erwachsenenalter haben. Jedoch können weitere negative Effekte, wie das Auslösen von Schuldgefühlen, bestehen. Anders Verhält sich dies jedoch wenn Gewalt im Spiel ist. Hier ist von sexuellem Missbrauch auszugehen mit teilweise langwierigen gravierenden Folgen (vgl. a.a.O., 111f.).

- Geschlechtsrollenverhalten

Vermutlich aufgrund der Gesamtgesellschaftlichen Umbrüche und Prozesse in den 60er Jahren, rückte die Entwicklung geschlechtsrollenkongformen Verhaltens in den

70er Jahren in den Blickpunkt vieler sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Die gesellschaftlichen Umbrüche gingen in fast allen Industrieländern mit einem Wandel der Geschlechtsrollen einher. In wenigen Studien wurde die Rolle der Geschwister bei diesen Wandlungsprozessen untersucht.

Nachgewiesen wurde, dass Erstgeborene deutlich geringere Selbstöffnungsneigungen hatten, als später Geborene. Geschwister beider Geschlechter vertrauen sich am häufigsten einer annähernd gleichaltrigen Freundin an. Weibliche Jugendliche zeigten am meisten Selbstöffnungstendenzen, beide Geschlechter zeigten sich deutlich offener gegenüber Freunden und weniger offen gegenüber ihren Geschwistern.

Gezeigt wurde, dass jüngere Schwestern mit älteren Brüdern z.T. vom traditionellen Geschlechtsrollenstereotyp abweichen. Gelegentlich entwickelten die Schwestern, wenn sich der Bruder sehr dominant und reserviert verhält, ablehnende Einstellungen, welche sie auf andere Männer außerhalb der Familie übertrugen.

Eine tschechische Studie ergab, dass weibliche Jugendliche größere Verbundenheit und Nähe zu ihren Geschwistern fühlten und männliche Jugendliche zu ihren Freunden.

„Wie sich die Anwesenheit von gleich- bzw. nichtgleichgeschlechtlichen Geschwistern auswirkt auf die - geschlechtsrollenkonforme bzw. nichtkonforme - Berufsinteressenprägung und Berufswahl wurde in einigen weiteren Arbeiten untersucht. Die Ergebnisse sind widersprüchlich“ (a.a.O. 115). Es ist daher zu vermuten, dass die Geschlechterzusammenstellung innerhalb der Geschwister die Berufswahl nicht mitbestimmt. Vielmehr müssten weitere Einflussfaktoren stärker berücksichtigt werden. Auch gibt es keine Untersuchung, die den unterschiedlichen Einfluss, von eher durch Rivalität und eher durch Nähe charakterisierten Geschwisterbeziehungen, auf die Berufswahl untersucht (vgl. aa.O., 114ff.)

- Delinquentes Sozialverhalten

Abweichendes Verhalten rückt verstärkt in den Fokus der Forschung. Verhalten wie Bandenkriminalität, Drogenkonsum, Magersucht usw. werden zunehmend von Psychologen, Psychotherapeuten und Medizinern untersucht und in den USA wurde in einigen Studien der Stellenwert der Geschwister bei der Ausbildung delinquenten Verhaltens mitberücksichtigt.

So konnte festgestellt werden, dass der Vorbildfunktion und dem Modellverhalten des älteren Geschwisters beim Auftreten von Drogenkonsum und – abhängigkeit eine gewichtige Rolle zukommt. Die gewichtigste Rolle beim Auftreten von Drogenabhängigkeit kommt jedoch den gleichaltrigen Peers zu. Eltern haben vergleichsweise geringen Einfluss. Der gemeinsame Konsum von Drogen mit dem älteren Geschwister, stellt den wirksamsten Faktor zum Aufbau von Drogenkonsumgewohnheiten dar. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Konsumgewohnheiten des Älteren und der Verwendungshäufigkeit des Jüngeren konnte wissenschaftlich belegt werden.

Ähnliche Einflüsse konnten für den Bereich von Nicotin- und Alkoholabhängigkeit nachgewiesen werden. Je enger die Bindung und besser die Qualität der Beziehung ist, desto stärker wirken sich die Konsumgewohnheiten des älteren Geschwister auf den jüngeren aus. Selbst die Äußerungen eines nicht-konsumierenden älteren Geschwisters, der einen Konsum befürwortet, haben Auswirkungen auf den Jüngeren.

Ein Schutzfaktor stellen ältere, gleichgeschlechtliche Geschwister da, welche einen Drogenkonsum generell ablehnen und aus prinzipiellen Gründen missbilligen.

Zu den typischen medizinischen Formen des abweichenden Verhaltens gehören die Essstörungen Anorexie und Bulimie. „Eindeutige geschwisterbezogene Einflüsse konnten bei der Entstehung dieser Erkrankungen bis dato nicht nachgewiesen werden. Die klinische Forschung vermutet, dass am Zustandekommen der individuellen Krankheitsbilder verschiedene Einflussfaktoren beteiligt sind“ (a.a.O., 117). Daneben geht die amerikanische Psychotherapeutin Karen G. Lewis davon aus, dass sich Bulimie und Anorexie Patientinnen bewusst sind, dass die Krankheit mit ihren Geschwistern in Zusammenhang steht. Sie konnte fünf Arten von Nachrichten identifizieren, welche die Patienten mithilfe ihrer Krankheit den Geschwistern übermitteln wollten: Ablenkungsbotschaft, Friedensschluss - Botschaft, Gleichmachungs – Botschaft, Schmutziger – Kampf – Botschaft und Verknüpfungsbotschaft. Die Entschlüsselung dieser Botschaften stellt für Lewis einen wichtigen Aspekt in der Familientherapie da (vgl. a.a.O. 116ff.).

- Differentielle soziale Aspekte (Restkategorie)

Diesem Bereich ist eine Arbeit von Essmann zuzurechnen, welche Fähigkeiten ältere Geschwister aufbringen müssen, um eine Eltern (-ersatz) Rolle kompetent zu übernehmen. Die Studie ergab, dass ältere Geschwister seltener gewalthaltige disziplinierende Maßnahmen verwendeten, die Reaktionen zu 90% jedoch als unpassend, unwirksam oder nicht ausreichend eingestuft wurden und daher ältere Geschwister nur unzureichend die notwendigen Qualifikationen zur Übernahme der Elternrolle verfügten.

Eine israelische Forschergruppe untersuchte die Auswirkungen von Sozialbeziehungen auf den Vollzug hilfreichen Verhaltens. Es konnte gezeigt werden, dass je enger die Beziehung ist, umso größer ist die Hilfeerwartung und umso geringer ist die Erwartung von Dankbarkeit. Diese Ergebnisse lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass Geschwisterbeziehungen in frühen Jahren bereits zu den Sozialbeziehungen zu rechnen sind, aus denen wechselseitige Verpflichtungen und entsprechende Erwartungen ableitbar sind.

Montemayor untersuchte 1984 die Auswirkung mütterlicher Berufstätigkeit auf die Geschwister und ihre Beziehung: Männliche Jugendliche hatten längere und intensivere Streitigkeiten mit ihren Geschwistern. Für weibliche Jugendliche konnte dies nicht belegt werden.

Inhalte und Themen der Geschwisterbeziehung können im Rahmen von Übertragungsprozessen auf soziale Situationen außerhalb der Familie übertragen werden. Diese Übertragungsprozesse verlaufen in der Regel unbewusst und können noch bis ins Erwachsenenalter weiterwirken. Positive Geschwisterbeziehungen wirken sich auch positiv auf das Selbstbewusstsein und das Selbstkonzept der Jugendlichen aus. Amaton zeigte, dass Geschwister mit einer positiven Geschwisterbeziehung über gute soziale Kompetenzen, Anpassungsfähigkeit, Unabhängigkeit und Selbstkontrolle verfügen. Auf der Grundlage positiver Geschwisterbeziehungen können die erworbenen sozialen Fähigkeiten, wie etwa Einfühlungsvermögen usw., auch auf den Umgang mit Peers und anderen Bezugspersonen außerhalb der Familie eingesetzt werden.

Martin untersuchte die Auswirkungen von längeren Auslandsaufenthalten im späteren Jugendalter auf die Geschwisterbeziehung. Nach der Rückkehr zeigte sich, dass die Beziehung zu den Eltern und den Geschwistern sich insgesamt positiv

veränderte. Die Beziehungen zu den Peers entwickelte sich unterschiedlich, sowohl positiv als auch negativ (vgl. .a.a.O., 118ff.).

Relevante Aussagen:

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig
- Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status
→Gibt es durch den Ausbruch einer Psychose Auswirkungen auf diese Dimensionen und wie sind diese gestaltet? Können sich diese Auswirkungen unterscheiden?
- Bildung der persönlichen Identität, Individuationsprozesse, Entwicklung von Sozialverhalten und Geschwisterrivalität sind wichtige Punkte der frühen und mittleren Kindheit.

Adoleszenz

- *Die Geschwisterbeziehung zeichnet sich in der Phase der Adoleszenz durch eine geringere Konflikthaftigkeit aus, die Distanz verringert sich nicht wesentlich und die Beziehung ist stärker durch Unterstützung und Gleichwertigkeit gekennzeichnet.*
- *Entwicklung der Identität zentrale Entwicklungsaufgabe*
- *Sexualentwicklung*
- *Gefahr der Entwicklungsphase der Ich-Identität liegt in der Rollenkonfusion*
- *Auftreten aggressiver Geschwisterinteraktionen*
- *Aggressives Sozialverhalten: durch realistische Konflikte oder Rivalitätsmodell, Haltung der Eltern stellt ebenso eine wichtige intervenierende Variable da, widersprüchliche Forschungsergebnisse*
- *Sexualverhalten: Auswirkungen der Entwicklung des Sexualverhaltens auf die Geschwisterbeziehung, Auswirkungen der Rolle als Geschwister auf das Sexualverhalten (Lernmodelle,...)*
- *Geschlechtsrollenverhalten: Selbstöffnungstendenzen abhängig von Geschwisterposition und Geschlecht*
- *Delinquentes Sozialverhalten: Vorbildfunktion des Älteren bei Drogen und Alkohol*
- *Inhalte und Themen der Geschwisterbeziehung können im Rahmen von Übertragungsprozessen auf soziale Situationen außerhalb der Familie übertragen werden*
- *Durch längere Auslandsaufenthalte entwickelt sich die Beziehung eher positiv*

3.3.3. frühes und mittleres Erwachsenenalter

Für das Erwachsenenalter liegen zum Thema Geschwisterbeziehungen wenige Forschungsergebnisse vor. Hintergrund ist, dass in dieser Lebensphase Geschwisterbeziehungen faktisch in den Hintergrund treten und andere Beziehungen wie Ehepartner und eigene Kinder in den Vordergrund treten. Regelmäßige persönliche Kontakte zwischen den Geschwistern tragen zu einer Aufrechterhaltung von Gefühlen wie Verbundenheit bei.

Ross und Milgram haben in einer Studie 1982 75 Probanden zwischen 22 und 93 Jahren befragt, wie sich Nähe und gefühlsmäßige Verbundenheit in diesem Altersabschnitt verändern. Zusammenfassend bestätigte sich, dass die Geschwisterbeziehung in dieser Lebensphase, im Vergleich zu der vorhergehenden und nachfolgenden, in den Hintergrund tritt, zugunsten anderen Beziehungen (Ehe, Kinder). Nähe und gefühlsmäßige Verbundenheit wurde zurückgeführt auf das gemeinsame Aufwachsen. Längere Trennungsphasen während der Kindheit, größerer Altersabstand und elterliche Bevorzugung eines Geschwisters wirkten sich negativ auf das Gefühl von Nähe und Verbundenheit im Erwachsenenalter aus. Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen wie Scheidung der Eltern, Krankheit, Unfälle usw. können zur Entstehung von Gefühlen wie Verbundenheit und Nähe beitragen. Folgende Faktoren begünstigten eine besondere Verbundenheit im Erwachsenenalter: Gemeinsames Zimmer in Kindheit, gemeinsamer Schulweg, selbe Schule, gemeinsam in abgelegener Wohngegend aufwachsen, von den Eltern gleich behandelt zu werden. Übereinstimmend wird berichtet, dass nach dem Auszug aus dem elterlichen Haus die Nähe zunächst abnimmt und dann, wenn die Geschwister zu Studium oder Lehre in einer gemeinsamen Stadt ziehen sollten bzw. allgemein räumlich näher beieinander wohnen, das Verhältnis wieder enger wird.

Die Heirat eines Geschwisters kann das Gefühl der Nähe wieder verstärken. Hier ist jedoch von großer Bedeutung, wie der Bruder oder die Schwester zum Partner des Geschwisters steht: Eine Ablehnung der Partnerin, kann sogar zu starken Problemen und Streitigkeiten führen. Auch empfinden Brüder häufig ein Gefühl der Kränkung, fühlten sich zurückgesetzt und es wurde z.T. sogar eine ablehnende Haltung aufgebaut und es wurden dauerhafte Verschlechterungen der Beziehungen beschrieben.

Ross und Milgram untersuchten in ihrer Studie auch die Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen auf die Beziehung zwischen den Geschwistern. Sie unterschieden zwischen normativen (der normalen Entwicklung entsprechend) und nicht-normativen (nicht der normalen Entwicklung entsprechend) Ereignissen. Ein Wohnortwechsel eines der Geschwister und eine mit einhergehende zunehmende räumliche Distanz, wirkt sich derart aus, dass persönliche Treffen seltener stattfinden und somit die Intensität der Beziehung und das Gefühl des Verbunden-Seins geringer werden. Wenn sich Geschwister räumlich wieder nähern, führt dies in der Regel wieder zu vermehrtem Kontakt und das Gefühl von Nähe und Vertrautheit wird wieder bestärkt.

„Die Erkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit der alten Eltern trugen zum Teil dazu bei, daß Geschwister wieder intensivere Verbindungen zueinander aufbauten, sich häufiger trafen und bei der Versorgung der alten Eltern zusammenarbeitenden. Teilweise kühlte sich die Beziehung zwischen den Geschwistern auch ab, insbesondere dann, wenn sich die Geschwister bei der Pflege der Eltern nicht einigen konnten“ (Kasten 98, 131).

Eine Scheidung der Eltern wirkt sich allgemein negativ auf die Geschwisterbeziehung aus. Vermutlich begründet sich dies durch eine unterschiedliche Parteinahme der Geschwister. Im Laufe der Zeit harmonisiert sich die Beziehung jedoch häufig wieder.

Der Tod der Eltern wirkt sich teils positiv, teils negativ aus. Negativ wirkt sich aus, wenn sich ein Geschwister in den Vordergrund drängt und versucht die Rolle des verstorbenen Elternteils zu übernehmen. Positiv wirkt sich der Aspekt des gemeinsamen Trauerns und des sich Kümmerns um den zurückgebliebenen Elternteil.

Die Erkrankung und der Tod eines Geschwisters bedeutet auch ein kritisches Lebensereignis und wirkt sich jedoch derart aus, dass die verbleibenden Geschwister näher zusammenrücken.

Unterschiedliche Reaktionen ruft die Scheidung eines Geschwisters hervor. Gelegentlich erweisen sich die Geschwister in der Folgenden Trauer- und Scheidungsphase als hilfreich, teilweise ruft, insbesondere bei konservativ Erzogenen, eine Scheidung eine große Ablehnung hervor und bedeutet somit eine Belastung der Beziehung.

Milgram und Ross identifizierten fünf weitere kritische Ereignisse: *Hilfe an in Not geratene oder bedürftige Geschwister*. Insbesondere wenn materielle Hilfe gewährt wird und sich nicht an Vereinbarungen gehalten wird. *Diskrepanzen aufgrund unterschiedlicher beruflicher Entwicklungen* kann zu erneutem Aufflammen der Geschwisterrivalität führen. *Unterschiedliche Entwicklung der Wertorientierung*, führt oft zu Spannungen und Problemen zwischen den Geschwistern. *Enttäuschung von Erwartungen* hat Verbitterung, Entfremdung und oft auch eine zunehmende negative Haltung zur Folge. *Bevorzugung eines Geschwisters durch die Eltern* belastet das Verhältnis der Geschwister untereinander langfristig.

Die Ergebnisse der Studie von Ross und Milgram liefern interessante Einblicke in die Vorgänge und Ereignisse in der Geschwisterbeziehung im frühen und mittleren Erwachsenenalter. Aber „die Tatsache, daß jeweils nur von einem Geschwister Informationen erhoben worden sind, die Perspektive des anderen Geschwister also ausgeblendet blieb führt zu Begrenzungen“ (a.a.O., 135).

Gesamt betrachtet, lässt die Studie den vorsichtigen Schluss zu, dass während des Lebensabschnitt frühes und mittleres Erwachsenenalter, die Geschwister allgemein weniger Kontakt zueinander haben und daher die Beziehung weniger intensiv und gefühlsnah ausgestaltet ist. Andere Beziehungen zur Ehepartnern und Kindern rücken in den Vordergrund (vgl. Kasten 93, 66ff.).

Relevante Aussagen:

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig
- Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status
→Gibt es durch den Ausbruch einer Psychose Auswirkungen auf diese Dimensionen und wie sind diese gestaltet? Können sich diese Auswirkungen unterscheiden?
- Bildung der persönlichen Identität, Individuationsprozesse, Entwicklung von Sozialverhalten und Geschwisterrivalität sind wichtige Punkte der frühen und mittleren Kindheit.

Adoleszenz:

- Die Geschwisterbeziehung zeichnet sich in der Phase der Adoleszenz durch eine geringere Konflikthaftigkeit aus, die Distanz verringert sich nicht wesentlich und die Beziehung ist stärker durch Unterstützung und Gleichwertigkeit

gekennzeichnet.

- Entwicklung der Identität zentrale Entwicklungsaufgabe
- Sexualentwicklung
- Gefahr der Entwicklungsphase der Ich-Identität liegt in der Rollenkonfusion
- Auftreten aggressiver Geschwisterinteraktionen
- Aggressives Sozialverhalten: durch realistische Konflikte oder Rivalitätsmodell, Haltung der Eltern stellt ebenso eine wichtige intervenierende Variable da, widersprüchliche Forschungsergebnisse
- Sexualverhalten: Auswirkungen der Entwicklung des Sexualverhaltens auf die Geschwisterbeziehung, Auswirkungen der Rolle als Geschwister auf das Sexualverhalten (Lernmodelle,...)
- Geschlechtsrollenverhalten: Selbstöffnungstendenzen abhängig von Geschwisterposition und Geschlecht
- Delinquentes Sozialverhalten: Vorbildfunktion des Älteren bei Drogen und Alkohol
- Inhalte und Themen der Geschwisterbeziehung können im Rahmen von Übertragungsprozessen auf soziale Situationen außerhalb der Familie übertragen werden
- Durch längere Auslandsaufenthalte entwickelt sich die Beziehung eher positiv

Frühes Erwachsenenalter:

- ***Im frühen Erwachsenenalter treten Geschwisterbeziehungen in den Hintergrund***
- ***Kritische Lebensereignisse haben Einfluss auf die Beziehung:***
 - ***Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen wie Krankheiten kann zur Entstehung von Gefühlen wie Verbundenheit und Nähe beitragen. Die verbleibenden Geschwister rücken bei einer Erkrankung oder Tod eines Bruders oder Schwester näher zusammen.***
 - ***Die Heirat eines Geschwisters kann das Gefühl der Nähe wieder verstärken***
 - ***Die Erkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit der alten Eltern***
 - ***Tod der Eltern***
 - ***Kritische Ereignisse: Hilfe an in Not geratene oder bedürftige Geschwister, Diskrepanzen aufgrund unterschiedlicher beruflicher Entwicklungen, Bevorzugung eines Geschwisters durch die Eltern, Enttäuschung von Erwartungen, Unterschiedliche Entwicklung der Wertorientierung***

3.3.4. spätes Erwachsenenalter

Diese Lebensphase beginnt mit dem Auszug der eigenen Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt. Die zentrale Entwicklungsaufgabe dieser Lebensphase ist die Versorgung und Betreuung der alten Eltern. Einige Studien konnten zeigen, dass in der Regel ein Geschwister die Hauptverantwortung übernimmt. Zur Situation von Geschwistern im späten Erwachsenenalter gibt es insgesamt wenige Untersuchungen. Die wenigen Studien beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklungsaufgabe der Versorgung der Eltern.

Brody et al. untersuchten, wie sich die Geschwisterbeziehungen verändert, wenn diese sich zunehmend um die Pflege der Eltern kümmern müssen. Einbezogen wurden 100 Frauen, welche die Hauptverantwortung für die pflegebedürftige Mutter übernahmen. Die Frauen hatten einen Bruder und eine Schwester. Ein Geschwister wohnte in der Nähe, eines weiter weg.

Die erste Frage der Forscher beschäftigte sich mit der Wahrnehmung der Pflegebedürftigkeit der Mutter. Die Ergebnisse ergaben, dass in der Wahrnehmung keine Unterschiede zwischen denen der einzelnen Geschwister signifikant nachgewiesen werden konnten. Die zweite Frage wurde gestellt, nach dem Empfinden der Belastungen der hauptversorgenden Schwester durch die Pflege. Die Probandinnen und die in der Nähe wohnenden Schwestern empfanden den Müttern gegenüber häufig Schuldgefühle. „Die Mißstimmung zwischen den Geschwistern nahm zu, wenn die Pflegebedürftigkeit der Mutter anstieg, wenn die Hauptversorgerinnen mit der Beziehung zwischen sich und der Mutter unzufrieden waren, wenn sie von ihrer eigenen Familie wenig Hilfe bekamen und wenn die beiden Geschwister in etwas größerer Entfernung wohnten“ (Kasten 98, 139). Die Autoren diskutierten ihre Ergebnisse auch unter dem Augenmerk der Geschlechterrollenunterscheide. Es zeigte sich, dass Frauen unter der Rolle der zweitversorgenden erheblich mehr litten als Männer. Als Ursache ist die typische größere Nähe und Intimität von Mütter-Töchter-Beziehungen zu vermuten (vgl. a.a.O., 136ff.).

3.3.5. Geschwister in höherem Alter

Statistische Daten aus den USA sprechen dafür, dass Im Alter von über 65 Jahren, der Kontakt zwischen den Geschwistern aufrecht erhalten bleibt bzw. sich sogar erweitert. Sie befassen sich wieder intensiver miteinander, verstärken ihre Beziehung und gestalten diese teilweise neu. So haben im höheren Alter die Geschwister regelmäßigen Kontakt zueinander und rücken allgemein näher zusammen. Dies kann auch bedeuten, dass die Geschwister sich auch räumlich annähern und näher zusammenziehen. Es lässt sich jedoch eine gewisse Scheu beobachten einen gemeinsamen Haushalt zu gründen. So stellte D.C. Borland fest, dass im Alter nur die Hälfte der von ihr Befragten bereit seien ggf. mit dem Bruder oder der Schwester zusammenzuziehen. Die Bereitschaft wurde verstärkt durch ein gleiches

Bildungsniveau, Gefühl von Nähe und Vertrautheit, ein ähnliches Alter und fehlende oder wenige eigene Kinder.

Eine Entwicklungsaufgabe dieser Lebensphase ist die Aufarbeitung gemeinsamer vergangener Erfahrungen zu sehen. Weiter steigt im höheren Alter die Bedeutung der Beziehung erneut und die Geschwister sind bereit sich gegenseitig materiell und ideell zu unterstützen.

I.A. Connidis befragte 400 ältere Menschen nach den Bedingungen, welche dazu beitragen, dass die Geschwister im Alter wieder größere Nähe zueinander empfinden. Sie konnte folgende Faktoren ermitteln: Räumliche Nähe, Häufigkeit des Kontaktes, gegenseitiges Vertrauen, Familienstand und Geschlecht des Geschwisterpaares.

Deborah T. Gold fand Anhaltspunkte dafür, dass sich die Geschwisterbeziehungen auch noch in höherem Alter verändern. „Über einen Zeitraum von 2 Jahren betrachtet nahm zwischen den von ihr untersuchten Geschwistern gegenseitige Akzeptanz und Billigung sowie inneres-mit-dem-Anderen-befaßt-Sein noch zu. Konstant blieb die Häufigkeit der Kontakte und die individuelle zum Geschwister erlebte Nähe“ (a.a.O., 143). Ärger und Neid nahmen über den Untersuchungszeitraum ab. Die Befragten brachten weiter zum Ausdruck, dass Rivalität und negative Inhalte kaum noch eine Rolle spielen. Die Autorin vertritt daher die Ansicht, dass Geschwister in höherem Alter eher verzeihen und vergessen können. Aufgrund der langen gemeinsamen Lebensgeschichte, besitzen Geschwister im hohen Alter eine hohe Bedeutung füreinander zu Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, wie Tod von Angehörigen, Krankheit und die Beantwortung von Sinnfragen nach dem eigenen Leben. Weiter ergab sich aus der Studie von Gold ein Geschlechterunterschied: Für die positive Beziehung zwischen den Geschwistern sind Schwestern wichtiger als Brüder. Grund hierfür ist die Vermutung, dass Frauen in diesem Alter in die Fußstapfen der verstorbenen Mutter treten und im Sinne einer tradierten Geschlechterrolle für die Aufrechterhaltung der Kontakte untereinander, die gegenseitige Versorgung, die Nähe und zwischenmenschliche Wärme verantwortlich sind.

Moss und Moss untersuchten die Auswirkung durch den Tod eines Geschwisters. Die Ergebnisse waren geteilt. Die Hälfte der 20 interviewten Geschwister berichteten, dass sie emotional nicht sehr stark betroffen gewesen wären, während 6 andere ausführten, dass sie sehr stark betroffen gewesen wären. Die restlichen

Befragten berichteten von empfundener Trauer, konnten sich aber gefühlsmäßig nach kurzer Zeit wieder stabilisieren. Als Ursache für diese stark unterschiedliche Ausprägung der emotionalen Beteiligung, benennen die Autoren, die Nähe, die Ausmaße der Kontakte und wie weit die Geschwister ein voneinander unabhängiges Leben führten.

Die Befragten berichteten jedoch auch von positiven Auswirkungen des Geschwistertodes, wie z.B., dass sie sich stärker fühlten und mehr Lebenskraft verspürten.

Wenige Befragte redeten über eine Trauer, sich nicht mehr über vergangene Zeiten mit dem Geschwister austauschen zu können und darüber, dass ihnen die Anteilnahme und Fürsorge des Verstorbenen fehle. Trotz der Erwartung von Moss und Moss, dass sich die Befragten stärker mit dem Tod beschäftigen würden, konnte dies in der Studie nur bei wenigen Befragten bestätigt werden. Jedoch bestätigte sich die Vermutung, dass nach dem Tod des Geschwisters die vorhandenen familiären Beziehungen gestärkt wurden, man sich öfter traf und vermehrt Kontakte pflegte.

Moss und Moss kommen zu dem Schluss, dass Geschwister durch den Tod eines Geschwisters nicht wesentlich in Mitleidenschaft gezogen werden, sondern es sogar zu einer Festigung des Selbstwertgefühles und einer Stärkung noch bestehender Beziehungen zu anderen Familienangehörigen kommt (vgl. Kasten 93, 151ff.).

Relevante Aussagen:

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig
- Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status
→Gibt es durch den Ausbruch einer Psychose Auswirkungen auf diese Dimensionen und wie sind diese gestaltet? Können sich diese Auswirkungen unterscheiden?
- Bildung der persönlichen Identität, Individuationsprozesse, Entwicklung von Sozialverhalten und Geschwisterivalität sind wichtige Punkte der frühen und mittleren Kindheit.

Adoleszenz:

- Die Geschwisterbeziehung zeichnet sich in der Phase der Adoleszenz durch eine geringere Konflikthaftigkeit aus, die Distanz verringert sich nicht wesentlich und die Beziehung ist stärker durch Unterstützung und Gleichwertigkeit

gekennzeichnet.

- Entwicklung der Identität zentrale Entwicklungsaufgabe
- Sexualentwicklung
- Gefahr der Entwicklungsphase der Ich-Identität liegt in der Rollenkonfusion
- Auftreten aggressiver Geschwisterinteraktionen
- Aggressives Sozialverhalten: durch realistische Konflikte oder Rivalitätsmodell, Haltung der Eltern stellt ebenso eine wichtige intervenierende Variable da, widersprüchliche Forschungsergebnisse
- Sexualverhalten: Auswirkungen der Entwicklung des Sexualverhaltens auf die Geschwisterbeziehung, Auswirkungen der Rolle als Geschwister auf das Sexualverhalten (Lernmodelle,...)
- Geschlechtsrollenverhalten: Selbstöffnungstendenzen abhängig von Geschwisterposition und Geschlecht
- Delinquentes Sozialverhalten: Vorbildfunktion des Älteren bei Drogen und Alkohol
- Inhalte und Themen der Geschwisterbeziehung können im Rahmen von Übertragungsprozessen auf soziale Situationen außerhalb der Familie übertragen werden
- Durch längere Auslandsaufenthalte entwickelt sich die Beziehung eher positiv

Frühes Erwachsenenalter:

- Im frühen Erwachsenenalter treten Geschwisterbeziehungen in den Hintergrund
- Kritische Lebensereignisse haben Einfluss auf die Beziehung:
 - Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen wie Krankheiten kann zur Entstehung von Gefühlen wie Verbundenheit und Nähe beitragen. Die verbleibenden Geschwister rücken bei einer Erkrankung oder Tod eines Bruders oder Schwester näher zusammen.
 - Die Heirat eines Geschwisters kann das Gefühl der Nähe wieder verstärken
 - Die Erkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit der alten Eltern
 - Tod der Eltern
 - Kritische Ereignisse: Hilfe an in Not geratene oder bedürftige Geschwister, Diskrepanzen aufgrund unterschiedlicher beruflicher Entwicklungen, Bevorzugung eines Geschwisters durch die Eltern, Enttäuschung von Erwartungen, Unterschiedliche Entwicklung der Wertorientierung

spätes und hohes Erwachsenenalter:

- *Die zentrale Entwicklungsaufgabe dieser Lebensphase ist die Versorgung und Betreuung der alten Eltern*
- *Belastungen einer hauptversorgenden Person durch die Pflege der Eltern*
- *Im Alter von über 65 Jahren, der Kontakt zwischen den Geschwistern aufrecht erhalten bleibt bzw. sich sogar erweitert.*
- *Eine Entwicklungsaufgabe dieser Lebensphase ist die Aufarbeitung gemeinsamer vergangener Erfahrungen zu sehen*
- *Aufgrund der langen gemeinsamen Lebensgeschichte, besitzen Geschwister im hohen Alter eine hohe Bedeutung füreinander zu Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, wie Tod von Angehörigen, Krankheit und die Beantwortung von Sinnfragen nach dem eigenen Leben*

3.3.6. Die Geschwisterbeziehung über die Lebensspanne betrachtet

Aus Vorangegangenem wird deutlich, dass die Geschwisterbeziehung sich über die Lebensspanne hin verändert. Jedoch liegen keine umfassenden Forschungsergebnisse vor und umfassende Studien wurden noch nicht durchgeführt. Vielmehr müssen aus verschiedenen vorliegenden Arbeiten ein Gesamtbild erarbeitet werden.

Die Kontakthäufigkeit, welche als Indikator für den Faktor Nähe in der Geschwisterbeziehung betrachtet werden kann, verändert sich über die Lebensspanne wiederholt: Im Alter von 1 Jahr haben die Geschwister gleich häufig und lange Kontakt zueinander wie zu den Eltern. Mit 3 Jahren sind die Kontakte zueinander schon häufiger wie zu den Eltern. Mit Eintritt in den Kindergarten beginnt die Kontaktintensität dann abzunehmen, was sich in Jugend und Erwachsenenalter fortsetzt. Im späten Erwachsenenalter ist dann eine Wiedezunahme der Nähe zu beobachten.

Die Rivalität zwischen Geschwistern nimmt deutlich ab, wenn Jugendliche das Elternhaus verlassen, während es im Erwachsenenalter wieder zu einem Aufflammen der Rivalität kommen kann.

„Dennoch wird die Bedeutung, die Geschwister füreinander im Alltag besitzen im Vergleich mit der Rolle, die Eltern, Partner, Freunde, Lehrer, in der individuellen Entwicklung beigemessen wird, eher niedrig eingeschätzt“ (a.a.O., 151). Deutlich ist, dass Geschwister in Kindheit und Jugend in großem Umfang Einfluss aufeinander ausüben und Geschwister in mannigfacher Art und Weise voneinander in sozialen Belangen profitieren.

3.4. Geschwisterkonstellationen

Die Betrachtung der Auswirkungen von Geburtenrang, Altersabstand und Geschlechterkonstellation könne Hinweise auf die individuellen persönlichen Belastungen eines Geschwisters nach der Erkrankung dessen Schwester oder Bruders liefern.

3.4.1. Geburtsrang

Die wissenschaftliche Betrachtung von Geschwisterkonstellationen geht zurück auf A. Adlers Theorie zum Entthronungstraume des Erstgeborenen. Diese These, konnte jedoch in verschiedenen Studien in den 80er Jahren weitestgehend relativiert werden. Trotzdem scheint die Position des Erstgeborenen zu einer typischen Rollengestaltung einzuladen. In Bezug auf die Dimensionen der Geschwisterbeziehung, zeigen Ältere häufiger betreuendes und dominierendes Verhalten, was auch von den Jüngeren so empfunden wird (relative Macht). Die Rivalität ist bei älteren Geschwistern gegenüber jüngeren größer als umgekehrt. Auf Konflikthaftigkeit und Wärme/Nähe, hat die Geschwisterkonstellation keinen Einfluss. Aber auch dem Letztgeborenen werden typische Eigenschaften zugeschrieben, sie zeigen nach Klagsbrun ein ausgeprägtes Anspruchsdenken, ein höheres Maß an Unreife und seien eher verwöhnt. Die so genannte Sandwichposition ist nach Kidwell für eine problematische Entwicklung prädisponiert. Den mittleren Kindern fehle ein spezieller Status, was dazu beiträgt, dass die Kinder weniger Beachtung und Zuwendung der Eltern erhalten und sich daher eher benachteiligt fühlen. „Sie reagieren besonders empfindlich auf Ungerechtigkeiten seitens der Eltern und erfahren wie auch das Erstgeborenen einen Einbruch, wenn ein drittes Kind zur Welt kommt“ (Walper, 39).

Walper zeigt, dass sich zahlreiche Untersuchungen mit dem Zusammenhang zwischen Geburtenrangplatz und außerfamilialen Sozialverhalten befassen, jedoch kein einheitlich konsistentes Bild zeichnen können. Miller und Maruyama stellen fest, dass Erstgeborene seltener als Banknachbarn und Spielkameraden ausgesucht werden, was auf die unterschiedlichen kommunikativen Stile der Erst- und Zweitgeborenen zurückzuführen sei. Weiter beschreibt Sulloway Erstgeborene als eher konservativer, machtorientierter und verantwortungsbewusster. Zweitgeborene seien dagegen mehr durchsetzungsfähig, kooperativer, beliebter und stärker außerfamilial orientiert. Die Ergebnisse zu solchen Unterschieden im Sozialverhalten konnten aber nicht durchgängig gezeigt werden. Es fehlt jedoch noch an weiteren aussagekräftigen Längsschnittstudien. Aus den vorliegenden Querschnittstudien, bei denen Alter und Stellung in der Geschwisterreihe vermischt sind, lassen sich eher vorsichtige Interpretationen aufzeigen. Zusammenhänge zwischen Geburtsrang und

Persönlichkeitsmerkmalen, lassen sich daher nur sehr vage nachweisen (vgl. a.a.O., 38ff.).

3.4.2. Altersabstand

Geschwister mit einem geringen Altersabstand von weniger als 2 Jahren zeigen, einerseits eine besonders intensive Bindung auch aufgrund entwicklungsbedingter Ähnlichkeiten. Andererseits aber auch mehr Aggressivität, Eifersucht und Neid und streiten öfter miteinander, wie Geschwister mit größerem Altersabstand. Die Beziehung zwischen Geschwistern in ähnlichem Alter sind daher oftmals durch eine hohe emotionale Intensität gekennzeichnet und sind aber nicht unbedingt Konflikt- und Widerspruchsfrei. „Die Älteren in diesen Geschwisterpaaren mit geringem Altersabstand sind eher in ihrer Autonomie- und Individuationsentwicklung beeinträchtigt, die im Alter von zwei bis drei Jahren stattfindet“ (a.a.O., 40).

Ab einem Altersabstand von etwa drei bis sechs Jahren, übernehmen die Älteren bereits häufig Betreuungsaufgaben und fungieren als Vorbild. Je größer der Altersunterschied ist, desto weniger gemeinsame Interessen haben die Geschwister und entsprechend größer sind die Unterschiede. Grundsätzlich nehmen die Geschwister mit einem mittleren Altersabstand jedoch aufeinander Einfluss und erteilen sich Ratschläge und Empfehlungen, laden sich gegenseitig in die Freundschaftsquaden ein usw.

Bei einem größeren Altersabstand von mehr als sechs Jahren ist die Beziehung weniger intensiv und eher distanziert, aber auch weniger konfliktuell. Es gibt weiter kaum Konkurrenz zwischen den Geschwistern und auch kaum gemeinsame Interessen (vgl. a.a.O., 40).

3.4.3. Geschlechterkonstellation

Die Geschlechterkonstellation kann sich auf die Beziehung zwischen den Geschwistern auswirken, da Eltern dazu neigen Töchter und Söhne unterschiedlich zu behandeln und auch durch die Medien und Gleichaltrige geschlechtertypische Verhaltensmerkmale vermittelt werden. Aber auch Mädchen und Jungen selbst bringen unterschiedliche Verhaltensdispositionen in die Beziehungen mit ein.

Walper führt auf, dass einige Untersuchungsbefunde dafür sprechen, dass die Eltern unterschiedlich mit den Geschwistern umgehen, abhängig von Geschlecht und Alter.

So kommunizieren Mütter mehr mit der ältesten Tochter als mit den Söhnen und die Kommunikation mit den Söhnen ist stärker lenkend-kontrollierend.

Bei gleichgeschlechtlichen Geschwisterpaaren, werden Brüder strenger als Schwestern erzogen. Allgemein ist der Erziehungsstil von Eltern bei gleichgeschlechtlichen Geschwisterpaaren konsequenter und konsistenter und gleichgeschlechtliche Geschwisterpaare werden eher sich selbst überlassen, was auf die ähnlichen Spielvorlieben zurückzuführen ist.

Die Rollengestaltung wird häufig von den Eltern beeinflusst, jedoch agieren Geschwister ebenso im Sinne eines tradierten Geschlechterrollenstereotyps. So bekommen Mädchen, die das älteste Kind sind, häufiger die Betreuungsaufgaben der Jüngeren übertragen. Jüngere an sich wenden sich am ehesten mit Wünschen nach Trost, Zuwendung und Hilfe an ein älteres Geschwister, wenn dies ein Mädchen ist. Bei der Entwicklung verbaler und soziomoralischer Fähigkeiten profitieren Kinder mehr von einer älteren Schwester, wohingegen sie im Hinblick auf mathematisch-technisches Verständnis und sportlich-kreative Fähigkeiten mehr von einem älteren Bruder profitieren.

Auch hinsichtlich geschwisterlicher Aggressionen lassen sich Unterschiede ausmachen. So sind Jungs eher körperlich aggressiv, wohingegen Mädchen mit zunehmendem Alter stärker verbal aggressiv sind. Die Differenzierung tritt aber erst ab ca. dem zweiten Lebensjahr auf, da ab diesem Alter mehr die elterliche Ärgerregulation einsetzt. Im Entwicklungsverlauf lässt sich dann feststellen, dass sich die Aggressivität hinsichtlich Grad und Ausdrucksform zwischen den Geschlechtern angleicht. Innerhalb der Geschwisterbeziehung nimmt die Aggression ab. Bei der Geburt eines dritten Kindes, kann es jedoch wieder zu einem Anstieg kommen, insbesondere zwischen Jungen.

Die Geschlechterrollenzusammensetzung innerhalb der Geschwisterreihe hat Auswirkungen auf die Rollenorientierung. So kommen besonders feminine Mädchen oft aus rein weiblichen und ausgeprägt maskuline Jungs häufig aus rein männlichen Geschwisterreihen oder sind Einzelkinder. Verstärkt wird dieser Effekt durch einen geringen Altersabstand.

Als einziges andersgeschlechtliches Kind in einer Geschwisterreihe, kann es entweder zu einer Identifikation mit den anderen und der entsprechenden Übernahme

derer Interessen kommen, oder aber zu einer De-identifikation und entsprechenden Abgrenzungstendenzen.

Die Geschlechterzusammensetzung spielt für die Dimension Nähe und Wärme der Beziehungsqualität eine Rolle. So zeichnen sich weibliche Geschwisterpaare durch mehr Intimität und prosoziales Verhalten aus. Jedoch fällt auch das Konflikt- und Belastungspotenzial in gleichgeschlechtlichen Geschwisterdyaden merklich höher aus (vgl. a.a.O., 40f.).

Bei den hier vorgestellten Untersuchungen ist ausschließlich die Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehungen im Kindes- und Jugendalter beleuchtet. Auswirkungen im Erwachsenenalter wurden nicht untersucht. Da die als problematisch empfundenen Rollenwechsel vom jüngeren Geschwister zum „kleinen große“ Bruder/Schwester bereits oben von Peukert erkannt wurde, bedarf es an dieser Stelle keiner erneuten Aufnahme von Kernaussagen in die Auflistung. Lediglich später im Bereich der soziodemografischen Daten, sollte es Sinn machen, die Daten zu Geschwisterkonstellation mit aufzunehmen.

3.5. Verwirrte Familien

Bank und Kahn untersuchten die Beziehungen zwischen gesunden und kranken Geschwistern und versuchten zahlreiche Fragen zu beantworten und Thesen zu entwickeln. Augenmerk der Arbeit der Autoren liegt auf der Bedeutung der Identität für den Aufbau eines Selbstbildes als gesund oder krank.

Aufgrund der schwierigen Begrifflichkeiten krank und gesund, gestört oder normal, psychisch krank und psychisch gesund, definieren die Autoren den Begriff Störung oder Krankheit anhand von drei Merkmalen: „1. Die Probleme eines der Kinder verlangen von der Familie jahrelange, außergewöhnliche Aufmerksamkeit; 2. Diese Probleme werden von der Familie für ernster und wichtiger gehalten als die der gesunden Geschwister; 3. Das kranke Kind hat aufgrund seiner Störung mehr Hilfe zum Beispiel durch Ärzte, Psychiater oder Sozialarbeiter oder auch Justizangehörige in Anspruch nehmen müssen“ (Bank/Kahn, 193).

Zentrale These ist die Annahme, dass ein gesundes Kind durch die Anwesenheit eines kranken Geschwisters eine eigene befriedigende Subidentität erwirbt. Auch das kranke Kind erwirbt eine eigene, wenn auch unglückliche, Subidentität. Die Eltern spielen bei der Zuschreibung der Identitäten eine zentrale Rolle, indem sie die Leistungen des gesunden Kindes belohnen und durch ihren Einfluss festlegen, ob die Geschwisterbeziehung durch Mitleid und Anteilnahme oder durch Distanz und Ablehnung gekennzeichnet ist. Sie definieren früh die Rolle der Kinder und legen Muster für die Beziehung zwischen den Kindern fest.

„Gesunde Geschwister müssen zwei divergierende Identifikationen ausgleichen: die mit den Eltern und die mit dem kranken Geschwister. Neutralität ist in Familienbeziehungen unmöglich“ (a.a.O., 194). Diese gespaltenen Bindungen, gemischten Identifikationen und Loyalitätskonflikte, können entweder zu einer De-Identifikation mit dem kranken Geschwister führen oder aber, was häufiger auftritt, zu einer Vermittlerrolle zwischen Eltern und Geschwister. Diese Vermittlerrolle beinhaltet, dass die Kinder die Verletzungen und das Leid durch die Erkrankung sehen und versuchen alle zu heilen und somit die gesamte Last der Störung auf ihre Schultern nehmen.

Man kann drei Faktoren identifizieren, welche den Umgang zwischen den Geschwistern beeinflussen:

1. Alter und Entwicklungsstand des gesunden Geschwisters zum Zeitpunkt des manifesten Auftretens der Störung: Es ist ein Unterschied, ob eine Störung von Anfang an besteht (Bsp. Autismus,...) oder erst in der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter ausbricht (Bsp. Psychose,...).
2. Art und Dauer des Krankheitsausbruches: Manche Störungen kommen über Nacht und verschwinden auch schnell wieder. Andere Erkrankungen beginnen schleichend über eine lange Zeit und chronifizieren über Jahre. Der schleichende Beginn und die lange Krankheitsdauer sind von besonders negativer Bedeutung für die Geschwisterbeziehung, da die Auswirkungen erst langsam erkannt werden und die Beziehung von Hoffnungslosigkeit, Pessimismus und Zynismus gelähmt wird.
3. Stigma und Ausmaß an Peinlichkeit: Eine depressive Erkrankung ist leichter hinzunehmen, als eine Psychose, die im akuten Schub mit stark auffälligem Verhalten einhergeht. Letztlich entscheidet die Einstellung der Familie.

Das Ausmaß der Identifikation, zwischen Symbiose und Verleugnung, hat starke Auswirkungen auf das gesunde Geschwister. „Relativ undifferenzierte Geschwister sind an den Symptomen beteiligt, relativ wenig identifizierte können ihre eigenen Wege gehen. (a.a.O., 204). Bei Geschwistern, die einen hohen Zugang zueinander haben, kann es zu einer „gemeinsamen Verrücktheit mit tiefer Übereinstimmung der Symptome und Denkmuster kommen“ (ebd.), zu einer Symptom-Übertragung. Es gibt Berichte über fast gleichzeitige Zusammenbrüche bei Zwillingen, jedoch können Symptome auch nach Monaten oder Jahren imitiert werden bzw. auftreten. Die Symptomimitation kann sich auf viele verschiedene Verhaltensmuster beziehen, kann sich aber auch auf Ähnlichkeiten in der Persönlichkeit beziehen.

Shafi, Salguero und Finch berichten von zwei Mädchen, welche innerhalb von 2 Jahren magersüchtig wurden. Die Familien war durch einen autoritären Stil des Vaters gekennzeichnet und eine Mutter welche nicht mit Nähe umgehen konnte. Die Magersucht versetzte sie in die Lage ein nicht zu durchdringendes Subsystem aufzubauen und somit gegen die schlecht funktionierende Ehe zu protestieren.

Einigkeit macht Geschwister stark, sie befriedigen ihre Bedürfnisse untereinander und stellen sich gemeinsam gegen die Eltern. Die Eltern fühlen sich als Versager, da sie spüren, dass die die Kontrolle verloren haben. Für die Eltern ist zumeist ein Kind der Urheber des schlechten Einflusses. Die gesunden Geschwister nutzen jedoch dieses „schwierige“ Verhalten ihres Geschwisters durchaus. Bank und Kahn erläutern die am Beispiel der Geschwister Max und William. Im Umgang mit den Kindern der Umgebung verbündeten sich die Geschwister gegen andere. In der Familie, die aus einer alkoholkranken Mutter und einem erfolgreichen Manager mit übertriebenen Forderungen als Vater bestand, wagte es Max sich nie gegen die häufig betrunkene Mutter zu verbünden. William hingegen war der Sündenbock, der durch delinquentes Verhalten auffiel und sich häufig mit der Mutter stritt. Max hingegen gab durch sein Schweigen William die Erlaubnis den Krieg gegen die Mutter zu führen. Max nahm die Vorteile, die ihm durch das später kriminelle Verhalten seines Bruders zukamen, voll wahr. Die Bindung der beiden löste sich, als William ins Gefängnis musste.

In den Interviews von Bank und Kahn, wurde auch über die Angst berichtet, dass das gesunde Geschwister dieselbe Krankheit bekommt. Das statistische Risiko eines Geschwisters eine psychische Erkrankung zu erleiden ist erhöht, jedoch kann keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, ob dies nun aufgrund der genetischen Disposition, dem Elternverhalten oder dem wechselseitigen Einfluss der Geschwister aufeinander oder anderer äußerer Einflüsse der Fall ist. Eine Studie von Grossmann von 1972 ergab, dass die Angst besonders in der Adoleszenz auftritt und die gefunden Geschwister auf alle möglichen Arten versuchen andersartig zu sein. Eltern, die eigene schwer gestörte Geschwister haben, haben oft Angst, dass sich dies bei ihren Kindern wiederholt.

Menschen, die einen an verstörende Aspekte der eigenen Person erinnern, lösen oft heftige angstvolle Reaktionen aus. Diese projektive Identifikation führt bei Geschwister dazu, dass die Gesunden sich voller Ekel abwenden oder sich hinter willkürlich gesetzten Schranken von Normalität verschanzen. Geschwister leben oftmals in der Kindheit in einer eigenen verborgenen Welt, in der ihre primitiven Identitäten offenliegen, ohne die sozialen Masken, die sie den Eltern gegenüber vorzeigen. Die frühere Affinität zum kranken Geschwister wird dann im Erwachsenenalter geleugnet. „Der Gestörte kennt die früheren Unvollkommenheiten des Gesunden, weiß daß dieser vielleicht genauso verrückt, abhängig, schwach, größenwahnsinnig, depressiv oder sexuell zügellos war wie er selbst. Jetzt aber hüllt er sich mit Klugheit, Tricks und Verkleidung in den Mantel der Normalität und läßt den früheren Partner in der Pathologie zurück“ (a.a.O., 208). Der Kontakt mit dem kranken Geschwister erinnert, den Gesunden daran, dass er sich womöglich nicht so weit von zu Hause und dem Kranken entfernt hat, wie er glaubt und sich vielleicht wünscht. Der gesunde Geschwister wird daher dauerhaft auf der Hut sein müssen, eine sichere Distanz zu halten, um zu vermeiden, dass er eigene gestörte oder verbotene Anteile nicht im Anderen gespiegelt sieht.

„In einer Familie, in der psychische Störungen alle Mitglieder in ihren Bann ziehen, muß man Beziehungen abbrechen und starre Persönlichkeitsgrenzen errichten, um normal sein und bleiben zu können“ (a.a.O., 210). Hoover und Franz untersuchten 20 schizophrene Patienten und ihre 57 Geschwister, mit dem Ergebnis, dass die

Geschwister ihre Gesundheit nur erhalten konnten, indem sie sich von der Familie abschotteten und sich einen sicheren Ort schafften. Da die Familie oftmals einen erheblichen Sog entwickelte, mussten viele Geschwister starre Grenzen errichten um sich abschotten zu können. Die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Geschwisters, begründen die Autoren, durch die Unterdrückung der Aggressionen zwischen den Geschwistern. Aggressivität ist eine natürliche Interaktion zwischen Geschwistern, Aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung eines der Geschwister, muss der andere Geschwister lernen seine Aggressionen zu unterdrücken, da aggressive Hänseleien gegen einen behinderten oder kranken Bruder oder Schwester aufgrund gesellschaftlicher Normen nicht tolerierbar sind. Die Unterdrückung von Aggressionen bedeutet aber auch eine Unterdrückung von anderen Formen von Spontanität, wie z.B. Witz, Humor,..., und hat somit auch weitgehende Auswirkungen auf die Geschwisterbeziehung. Die gesunden Geschwister, welche nicht in der Lage sind ihre Gefühle frei herauszulassen, sind oft neidisch auf die zügellosen Gefühlsausdrücke des Geschwisters. Die an das gesunde Geschwister herangetragenen Erwartungen wie Zurückhaltung, Nächstenliebe usw. steigern den aufgestauten Ärger weiter an, so dass es zu hinterhältigen und brutalen Entladungen kommen kann.

„Geschwister beobachten ihr jeweiliges Leben sensibel und genau. Ein gesundes Kind zieht aus den Schmerzen und dem emotionalen Gemetzel aufgrund der Bindung zwischen Bruder oder Schwester und den Eltern seine eigenen Schlüsse“ (a.a.O., 212). Diese Erkenntnis, kann zum Antrieb werden aus der Familie auszubrechen. Die Eltern sind häufig mit dem kranken Kind beschäftigt und lassen diese Flucht zu. Der Kampf um wirksame Grenzziehungen dauert oft ein Leben lang und wird besonders schwierig im mittleren Erwachsenenalter, wenn die Eltern die Verantwortung aus Altersgründen nicht mehr tragen können. Die Abgrenzung von der Familie und ein eigenes normales Leben zu führen, führt bei den gesunden Geschwistern oftmals zu Schuldgefühlen, da sie das kranke Kind als ein Opfer der Störung der Eltern sehen, welcher sie nicht zum Opfer fielen. Newman untersuchte jüngere Brüder von Schizophrenen und fasste folgendes Ergebnis zusammen: „Weil ich von der Krankheit meines Bruders profitiert habe, bin ich verantwortlich und schuldig; weil ich seine Krankheit und Hilfsbedürftigkeit sehe und passiv bleibe, bin ich schuldig;

werde ich aber aktiv, verletze ich die Familienregeln und bin schuldig. [...] Diese jüngeren Geschwister von Schizophrenen wählten lieber den Weg der Selbstbestimmung mit Schuld als die pathologische Passivität der älteren Brüder“ (Newman zit. nach Bank/Kahn, S. 214). Schuldgefühle entstehen aber auch, durch die Ablehnung und Entwertung des Geschwisters, da solche Gefühle zu benachteiligten Menschen in direktem Gegensatz zur gesellschaftlichen Erwartung stehen.

Die offensichtlichen Ungleichheiten zwischen den Geschwistern führen dazu, dass die gesunden Geschwister teilweise, in das Leben des Kranken einbrechen und versuchen auf die Behandler und weiteren Profis des Hilfesystems einzuwirken. Dieser Einbruch kann als ein Versuch gesehen werden, die bestehenden Schuldgefühle abzuarbeiten und Wiedergutmachung zu leisten. „Bündnisse zur Rettung oder Unterstützung eines gestörten Geschwisters gibt es allerdings nur dann, wenn gewisse Grenzen akzeptiert werden, die dem Retter garantieren, daß er zwar belastet, aber nicht stigmatisiert oder in Verlegenheit gebracht wird. Sein eigenes Leben muß respektiert bleiben“ (a.a.O., 217). Weiter Grundlage für eine solche Unterstützung ist die positive Teilidentifikation mit dem kranken Geschwister. Bei zu großer Nähe würde die Belastung zu groß, bei zu großer Differenz, würde keine Unterstützung erwachsen. Die Unterstützung könne nach Bank/Kahn jedoch nur über einige Monate bis Jahre gewährt werden.

3.6. Relevante Aussagen

- Von Relevanz für eine zukünftige Forschungsarbeit, ist es die Unterschiedlichen Definitionen von Geschwistern zu berücksichtigen und diese in den entsprechenden kulturellen Hintergrund einzuordnen um eine relevante Grundgesamtheit definieren zu können.
- In Familiensystemen sind Verhaltensweisen einzelner Mitglieder für das gesamte System von Bedeutung und beeinflussen sich entsprechend zirkulär. Rein lineare Ursache-Wirkungs-Beziehung sind schwierig
- Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status
→Gibt es durch den Ausbruch einer Psychose Auswirkungen auf diese Dimensionen und wie sind diese gestaltet? Können sich diese Auswirkungen unterscheiden?
- Bildung der persönlichen Identität, Individuationsprozesse, Entwicklung von Sozialverhalten und Geschwisterivalität sind wichtige Punkte der frühen und mittleren Kindheit.

Adoleszenz:

- Die Geschwisterbeziehung zeichnet sich in der Phase der Adoleszenz durch eine geringere Konflikthaftigkeit aus, die Distanz verringert sich nicht wesentlich und die Beziehung ist stärker durch Unterstützung und Gleichwertigkeit gekennzeichnet.
- Entwicklung der Identität zentrale Entwicklungsaufgabe
- Sexualentwicklung
- Gefahr der Entwicklungsphase der Ich-Identität liegt in der Rollenkonfusion
- Auftreten aggressiver Geschwisterinteraktionen
Aggressives Sozialverhalten: durch realistische Konflikte oder Rivalitätsmodell, Haltung der Eltern stellt ebenso eine wichtige intervenierende Variable da, widersprüchliche Forschungsergebnisse
- Sexualverhalten: Auswirkungen der Entwicklung des Sexualverhaltens auf die Geschwisterbeziehung, Auswirkungen der Rolle als Geschwister auf das Sexualverhalten (Lernmodelle,...)
- Geschlechtsrollenverhalten: Selbstöffnungstendenzen abhängig von Geschwisterposition und Geschlecht
- Delinquentes Sozialverhalten: Vorbildfunktion des Älteren bei Drogen und Alkohol
- Inhalte und Themen der Geschwisterbeziehung können im Rahmen von Übertragungsprozessen auf soziale Situationen außerhalb der Familie übertragen werden
- Durch längere Auslandsaufenthalte entwickelt sich die Beziehung eher positiv

Frühes Erwachsenenalter:

- Im frühen Erwachsenenalter treten Geschwisterbeziehungen in den Hintergrund
- Kritische Lebensereignisse haben Einfluss auf die Beziehung:
 - Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen wie Krankheiten kann zur Entstehung von Gefühlen wie Verbundenheit und Nähe beitragen. Die verbleibenden Geschwister rücken bei einer Erkrankung oder Tod eines Bruders oder Schwester näher zusammen.
 - Die Heirat eines Geschwisters kann das Gefühl der Nähe wieder verstärken
 - Die Erkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit der alten Eltern
 - Tod der Eltern
 - Kritische Ereignisse: Hilfe an in Not geratene oder bedürftige Geschwister, Diskrepanzen aufgrund unterschiedlicher beruflicher Entwicklungen, Bevorzugung eines Geschwisters durch die Eltern, Enttäuschung von Erwartungen, Unterschiedliche Entwicklung der Wertorientierung

spätes und hohes Erwachsenenalter:

- Die zentrale Entwicklungsaufgabe dieser Lebensphase ist die Versorgung und Betreuung der alten Eltern
- Belastungen einer hauptversorgenden Person durch die Pflege der Eltern
- Im Alter von über 65 Jahren, der Kontakt zwischen den Geschwistern aufrecht erhalten bleibt bzw. sich sogar erweitert.
- Eine Entwicklungsaufgabe dieser Lebensphase ist die Aufarbeitung gemeinsamer vergangener Erfahrungen zu sehen
- Aufgrund der langen gemeinsamen Lebensgeschichte, besitzen Geschwister im hohen Alter eine hohe Bedeutung füreinander zu Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, wie Tod von Angehörigen, Krankheit und die Beantwortung von Sinnfragen nach dem eigenen Leben

Auswirkungen von Krankheit und Behinderung

- *Zentrale These ist die Annahme, dass ein gesundes Kind durch die Anwesenheit eines kranken Geschwisters eine eigene befriedigende Subidentität erwirbt*
- *Die Eltern spielen bei der Zuschreibung der Identitäten eine zentrale Rolle*
- *divergierende Identifikationen zwischen Eltern und krankem Geschwister und Loyalitätskonflikte: Mögliche De-Identifikation mit dem Geschwister oder Vermittlerrolle mit der Folge der Übernahme der gesamten Last und Heilungsversuche*
- *Umgang zwischen den Geschwistern abhängig von: Alter und Entwicklungsstand, Art und Dauer der Erkrankung, Ausmaß Stigma und Peinlichkeit*
- *Mögliche Symptomimitation oder -übertragung abhängig vom Identifikationsgrad*
- *Nutzen der Störung durch das gesunde Geschwister*
- *Angst selbst zu erkranken*
- *Projektive Identifikation kann zu starker Ablehnung des Kranken führen*
- *Unterdrückung der Aggressionen zwischen den Geschwistern bedeutet auch eine Unterdrückung von anderen Formen von Spontanität und kann zu hinterhältigen und brutalen Entladungen führen*
- *Ausbruch aus der Familie um eine eigenes Leben zu führen führt zu Schuldgefühlen und kann im weiteren Lebensverlauf zu einem Einbrechen in das Leben des Kranken führen, um die Schuld abzugleichen.*

4. Entwicklung Fragebogen

Im Folgenden Teil der Arbeit sollen nun aus den herausgearbeiteten Kernaussagen und Thesen Fragebogenfragen entwickelt und diese in thematische Blöcke gegliedert werden.

Zu den von Bank/Kahn aufgeworfenen Fragen zu den Themen Subidentität, divergierende Identifikationen, Loyalitätskonflikte, mögliche De-Identifikation und projektive Identifikation werden in dieser Arbeit keine Fragen aufgenommen werden. Diese hochspezifischen psychologischen Annahmen und Fragestellungen würden den Rahmen dieser Arbeit übersteigen und bedürfen einer eigenen detaillierten Untersuchung mit speziellen Instrumenten.

Ein vollständiger Fragebogenentwurf ist abschließend im Anhang beigelegt. Bei einer Anpassung des Fragebogens an ein entsprechendes Forschungsdesign ist auf die Spannungskurve der Aufmerksamkeit zu achten und die entsprechend

wichtigsten Fragen in das zweite Drittel des Fragebogens zu legen. Weiter sollte eine Eröffnungsfrage konstruiert werden, um den Befragten zum Thema zu führen und das Interesse zu wecken. Als geeignet erscheint eine Frage aus dem Themenblock der „Ressource“. Weiter ist Eingangs ein kurzer Text mit Hinführung zum Thema, Erläuterung des Forschungsinteresses und allgemein Informationen zu Datenverwertung und den durchführenden Personen (vgl. Raithel, 64ff., Diekmann, 479ff.).

4.1. Fragenentwicklung zur Literaturanalyse

Die folgenden Fragebogenfragen werden aus der fortgeschriebenen Liste, der Kernaussagen und Thesen der vorliegenden Literatur, gebildet. Die letzte und umfassendste Auflistung findet sich unter Punkt 2.6.3. dieser Arbeit. Dort wurden relevante Punkte bereits unter Oberbegriffe subsumiert. Aus dieser ersten Gliederung konnten folgende thematischen Blöcke gebildet werden:

- Emotionale Belastungen
- Umgang mit Geschwister
- Beziehung zu dem Geschwister
- Belastungen für die eigene Lebenssituation
- Gesundheitliche Belastungen
- Auswirkungen auf das soziale Umfeld
- Ressourcen
- Erfahrungen mit dem System der psychosozialen Hilfen
- Veränderungen in der Familie → unter diesem Punkt wurden die Gliederungspunkte „Belastungen im Umgang mit der eigenen Familie“ und „Subjektives erleben der Familie und Veränderungen der Beziehungen innerhalb der Familie“ zusammengefasst.
- Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem
- Veränderungen in der Biografie
- Soziodemografische Daten

Zu den offenen Forschungsfragen wird im Ausblick dieser Arbeit nochmals Bezug genommen. Einzelne Aspekte werden auch im Fragenblock aufgegriffen werden. An entsprechender Stelle werden nähere Anmerkungen folgen.

Die Thesenformulierung ergibt sich weitestgehend aus den dargestellten Untersuchungen und Studien. Ziel des zu erarbeitenden Fragenbogens ist die Verifizierung der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse. Auf die Formulierung von Thesen, kann daher weitestgehend verzichtet werden und die entsprechenden Ergebnisse zur Fragenformulierung herangezogen werden.

Aus den vorgestellten Forschungen war eine These, dass die emotionalen Belastungen sich abhängig vom zeitlichen Abstand zur Ersterkrankung verändern. Eine Möglichkeit diese Veränderung zu erfassen, wäre im Fragebogen die zeitliche Dimension mit einzubeziehen und die Probanden zu bitten, die Fragen zur emotionalen Belastung retrospektiv zu beantworten. Auf diese Möglichkeit möchte ich jedoch verzichten, da eine retrospektive Beantwortung sicherlich eine verzerrte Darstellung liefern würde. Die retrospektiven Antworten wären auch nur sehr bedingt vergleichbar, da erhebliche zeitliche Differenzen zu erwarten sind. Die Erinnerungen wären bei einem Geschwister, welches die Erkrankung „erst“ wenige Jahre miterlebt, vermutlich deutlicher und präsenter, als bei einem Krankheitsverlauf von 10 und mehr Jahren.

Die Aspekte der emotionalen Belastung soll daher zum aktuellen Zeitpunkt erhoben werden und die entsprechenden soziodemografischen Daten, wie Alter und Krankheitsdauer können in der Auswertung Rückschlüsse auf die unterschiedlichen Ausprägungen der emotionalen Belastungen im Verlauf der Lebensspanne erhoben werden. Voraussetzung ist eine möglichst breite Stichprobe, was Alter der Probanden und Erkrankungsdauer des Geschwisters betrifft. Dies gilt für die anderen Themenblöcke entsprechend.

Zur Erfassung des Grades Ausmaßes der Belastung habe ich mich dazu entschieden, dies über Antwortmöglichkeiten in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens der Belastungen zu erheben. Hierdurch erscheinen mir die Variablen am besten vergleichbar zu sein. Eine weitere Möglichkeit der Erfassung wäre eine Skalierung

des subjektiven Empfindens der Belastung gewesen. Bei dieser Antwortmöglichkeit wären aber Verzerrungen aufgrund der subjektiven Bewertung zu erwarten gewesen und eine Vergleichbarkeit der Variablen wäre nur eingeschränkt möglich gewesen. Eine Untersuchung des subjektiven Empfindens wäre sicherlich effektiver mithilfe einer qualitativen Befragung zu erheben.

Durch die Verwendung der Antwortkategorien „manchmal“ und „oft“ sind sicherlich auch Verzerrungen zu erwarten, da diese Antwortmöglichkeiten auf einer subjektiven Einschätzung des Probanden beruhen. Diese erwartete Verzerrung erscheint mir jedoch geringer, als im Falle einer Skalierung.

Anmerkungen zur Fragenformulierung sind in *kursiver Schrift* eingefügt.

4.1.1. Emotionale Belastungen

Wie intensiv empfinden Sie zum jetzigen Zeitpunkt allgemein eine gefühlsmäßige Belastung durch die Erkrankung Ihres Geschwisters?

1 keine 2 wenig 3 mäßig 4 stark 5 sehr stark

Antwortmöglichkeiten die sich auf die Häufigkeit beziehen sind hier schlecht möglich.

Empfinden Sie ein Gefühl der Scham für Ihren Bruder oder Ihre Schwester und der psychischen Erkrankung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Kennen Sie das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit und wie stark ausgeprägt empfinden Sie dies aktuell?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Fühlen Sie sich überfordert im Umgang mit der Erkrankung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Eine psychische Erkrankung geht oftmals mit einer Veränderung der erkrankten Person einher. Empfinden Sie daher Trauer und Verlust?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Die durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen Auswirkungen auf die gesamte Familie und die Veränderungen des Bruders oder der Schwester können zu Gefühlen von Aggression und Wut führen. Kennen Sie diese Gefühle aktuell?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Geschwister haben oft ein nahes Verhältnis zueinander und erleben daher eine Erkrankung oftmals sehr nahe mit, sind betroffen und können die Symptome mitfühlen oder mit-erleiden. Treffen die Empfindungen auf Sie jetzt zu?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Müssen Sie Wut und Ärger über den Bruder oder die Schwester unterdrücken oder zurückhalten?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Empfinden Sie Unsicherheit im Umgang mit dem kranken Geschwister?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Kennen Sie aktuell das Gefühl der Fassungslosigkeit?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Haben Sie derzeit Ängste vor Aggressionen des Geschwisters?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Fürchten Sie einen Suizid des Bruders oder der Schwester?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Es besteht die Möglichkeit, dass in einer psychischen Ausnahmesituation es auch zu einer Fremdgefährdung oder zu Straftaten des Kranken kommen kann. Wie weit fürchten Sie solche Situationen und Geschehnisse?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Haben Sie Angst vor einem erneuten Ausbruch der Erkrankung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Hegen Sie auf Ihre eigene Situation bezogen Zukunfts- oder Existenzängste aufgrund der psychischen Krankheit des Bruders oder der Schwester?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Haben Sie Angst, dass Sie die Erkrankung an Ihre Kinder weitervererben könnten?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Ängstigt Sie die Frage nach der Versorgung Ihres Geschwisters nach dem altersbedingten Wegfall der Eltern als Versorgungspersonen?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Sind Ihre Eltern als Hauptversorgungsperson bereits ausgefallen und wenn ja, welche Gefühle verbinden Sie damit, als Sie die Verantwortung für den Bruder oder die Schwester übertragen bekamen?

1 nein 2 ja, _____

Haben Sie Angst selbst an einer Psychose zu erkranken?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Befürchten Sie, dass Sie durch ein falsches Verhalten einen Suizid oder Aggressionen des Geschwister auszulösen?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

"Es ist so ein ganz starkes auf und ab, es geht ihr besser und dann geht es ihr wieder schlechter." Kennen Sie diese Erfahrung von Ihrem Geschwister?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Empfinden Sie Schuldgefühle bezüglich der Situation Ihres Geschwisters?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Belastet Sie ein Gefühl der Alleinverantwortung für Ihren Bruder oder Ihre Schwester?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Sorgen Sie sich um das Wohlergehen Ihrer Eltern?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Sorgen Sie sich um Ihren Bruder oder Ihre Schwester?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Empfinden Sie Trauer über den Verlust einer "normalen" Geschwisterbeziehung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Spüren Sie einen hohen Druck durch die an Sie herangetragenen Anforderungen?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Wenn jemand Ihre Schwester oder Ihren Bruder kritisiert, empfinden Sie das auch als Belastung für sich selbst?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Wie sehr empfinden Sie das Gefühl "Schmerz" in Verbindung mit Ihrem Geschwister?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Empfinden Sie zeitweise eine tiefe Verstörung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Spüren Sie eine Verzweiflung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Haben Sie den Eindruck, dass Sie unter Druck stehen?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Haben Sie einmal Entmutigung durch professionelle Helfer erfahren?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

4.1.2. Umgang mit Geschwister

Im thematischen Bereich, den Umgang mit dem Geschwister betreffend, war es notwendig die Antwortkategorien z.T. zu erweitern um den Aspekt, dass etwas „nicht auftritt“.

Eine psychische Erkrankung geht oftmals einher mit einer Verminderung des Antriebes, Interessenverlust, Verlangsamung, verminderte Leistungsfähigkeit, weniger soziale Kontakte, bis hin zu einer mangelnden Körperhygiene. Empfinden Sie diese so genannte Minus-Symptomatik als eine besondere Belastung im persönlichen Umgang?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 tritt bei meinem Geschwister nicht auf

Bei psychischen Erkrankungen erkennen die Erkrankten nicht immer, dass sie an einer Krankheit leiden und verneinen dies. In der Folge kann es u.a. zu einer Verweigerung der Behandlung und der Medikation kommen. Empfinden Sie dies als Belastung?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 tritt bei meinem Geschwister nicht auf

Empfinden Sie eine Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des/der Kranken?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Wie belasten Sie Fragen wie etwa: Wie weit muss ich mich einbinden lassen? Darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen? Wie viel Verantwortung muss ich übernehmen?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

Oftmals fällt es schwer zu unterscheiden, ob schwierige Verhaltensweisen (z.B. Antriebslosigkeit) Folge der Krankheit sind oder, ob sie eine Eigenschaft der Person sind (z.B. Faulheit). Wie belastet Sie diese Problematik im Umgang mit Ihrer Schwester oder Ihrem Bruder?

- 1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 tritt bei meinem Geschwister nicht auf
-

Wie schätzen Sie die Unterstützung von Ihrer Familie auf einer Skala von 1 (wenig) bis 5 (viel) ein?

_____ Unterstützung

Wie wurde die Beziehung zu Ihrem Geschwister durch aggressive oder abweisende Verhaltens- und Wesensveränderungen belastet?

- 1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer
-

4.1.3. Beziehung zu dem Geschwister

Hat sich durch die Erkrankung Ihre Beziehung zu dem Geschwister verändert?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

Wie würden Sie auf einer Skala von 1 (niedrig) bis 10 (hoch) die Veränderung der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem erkrankten Geschwister beurteilen?

_____ Grad der Veränderung der Beziehung

Wie würden Sie die Veränderungen zwischen Ihnen beschreiben?

Fühlen Sie dich dazu verpflichtet, für Ihren Bruder oder Ihre Schwester als eine Art Vertrauensperson zur Verfügung stehen zu müssen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Fühlen Sie sich in der Verantwortung während eines akuten Krankheitsschubes die Behandlung einzuleiten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie jünger als Ihr erkranktes Geschwister sind. Kam es im Laufe Ihrer Lebensgeschichte aufgrund Ihrer beruflichen und privaten Entwicklung zwischen Ihnen und Ihrem Bruder/Ihrer Schwester zu (mehrfach Nennung möglich)

1 Neid aufgrund Ihrer Entwicklung

2 war Ihr Geschwister stolz auf Sie

3 Sie empfanden ein schlechtes Gewissen

4 sonstiges: _____

Haben Sie das Gefühl, dass durch eine professionelle Unterstützung, die Beziehung zu Ihrem Geschwister verbessert oder verändert werden konnte?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Geschwister vor der Erkrankung beschreiben?

1 nah und vertraut

2 distanziert

3 durch Rivalität und Konflikte gekennzeichnet

4.1.4. Belastungen für die eigene Lebenssituation

Die Belastungen dieser Kategorie sind nicht ausreichend mit einem zeitlichen Parameter aufzunehmen. Daher wurde hier auf eine Skala subjektiver Einschätzung zurückgegriffen.

Empfinden Sie eine durch die Erkrankung verursachte zeitliche und organisatorische Belastung?

1 keine 2 geringe 3 mäßige 4 starke 4 sehr
starke

Wie stark sehen Sie die negativen Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität?

1 keine 2 geringe 3 mäßige 4 starke 4 sehr
starke

Hat die Erkrankung Ihres Geschwisters finanzielle Auswirkungen für Sie?

1 keine 2 geringe 3 mäßige 4 starke 4 sehr
starke

Hat die Erkrankung Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit? Wenn ja, in welcher Form?

1 nein 2 ja, welche: _____

4.1.5. Gesundheitliche Belastungen

Fühlen Sie sich unglücklich oder deprimiert?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

Leiden Sie an psychosomatischen Erkrankungen?

1 nein 2 ja, welche: _____

Leiden Sie selbst an einer psychischen oder seelischen Erkrankung?

1 nein 2 ja, welche: _____

Leiden Sie an anderen körperlichen oder chronischen Erkrankungen?

1 nein 2 ja, welche: _____

4.1.6. Auswirkungen auf das soziale Umfeld

Haben Sie von Freunden, Bekannten, Nachbarn oder sonstigen Personen aus Ihrem sozialen Umfeld Unverständnis und Ablehnung erfahren?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Haben Sie Angst vor einer möglichen Diskriminierung und Vorurteilen gegen Sie, aufgrund der Erkrankung des Geschwisters?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

Fühlen Sie sich gehemmt, wenn Sie neue soziale Kontakte knüpfen, weil sie Ablehnung befürchten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Verheimlichen Sie die psychische Krankheit Ihrer Schwester oder Ihres Bruders?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

Wenn Sie die Krankheit verheimlichen, empfinden Sie dies als belastend?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer 5 trifft nicht zu

4.1.7. Ressourcen

Sind Sie an den Herausforderungen durch die psychische Krankheit gewachsen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Haben Sie durch die geleistete Unterstützung Bestätigung aus dem sozialen Umfeld erhalten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Ist es für Sie eine positive Bestätigung, dass Sie für jemanden da sein können und jemandem helfen können?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Ist durch die Erkrankung Ihre Familie insgesamt stärker zusammengewachsen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Haben Sie durch diesen Schicksalsschlag eine andere Sichtweise auf das Leben kennengelernt und erworben?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Bei einer Bejahung der Frage könnte an dieser Stelle Platz für eine freie Antwort eingefügt werden.

Ist die Beziehung zu Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester durch die Krankheit enger geworden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Auch hier besteht die Möglichkeit eine freie Antwortmöglichkeit einzufügen.

Haben Sie aus Ihren eigenen Erfahrungen in der Familie gelernt, psychische Probleme bei Menschen in Ihrem sozialen Umfeld besser wahrzunehmen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Konnten Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen mit dem Geschwister, Ihre sozialen Kompetenzen stärken und verbessern?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Erfahren Sie von Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester Dankbarkeit für Ihre lange Unterstützung?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

4.1.8. Erfahrungen mit dem System der psychosozialen Hilfen

Hatten Sie Kontakte zum psychosozialen Hilfesystem (ambulante Betreuungen, Werkstätten, Wohnheime,...)?

1 nein 2 ja, mit welcher: _____

Erhalten Sie Unterstützung und Beratung von einem gesetzlichen Betreuer Ihres Geschwisters?

1 ja 2 nein 3 trifft nicht zu

Durch wen erhalten Sie selbst Unterstützung (mehrfach Nennung möglich)?

1 Freunde und Bekannte 2 Psychotherapie
3 Familie 4 Ärzte
5 andere: _____

Stehen aus Ihrer Sicht ausreichende Angebote zur Verfügung um Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester zu helfen?

1 ja 2 nein, es fehlt: _____

Sind Sie der Ansicht, dass die Hilfsangebote für Sie als Angehörige ausreichend zur Verfügung stehen oder sehen Sie einen Bedarf an speziellen Angeboten für Geschwister psychisch Kranker?

1 ja, Angebote ausreichend
2 nein, spezielle Angebote für Geschwister werden benötigt
3 weiß nicht

Wenn aus Ihrer Sicht neue Angebote notwendig sind, wie sollten diese aussehen, was sollten sie leisten, welche Informationen oder Unterstützungen bedürfen Sie?

Besteht an einem speziellen Zeitpunkt Ihrer Lebensspanne ein besonderer Hilfebedarf?

4.1.9. Veränderungen in der Familie

Wie stark sind oder waren Ihre Eltern aus Ihrer Sicht durch die Erkrankung überfordert?

1 nicht 2 wenig 3 mäßig 4 stark 5 sehr stark

Wie viel Unterstützung erwarteten die Eltern von Ihnen als gesundes Kind?

1 keine 2 wenig 3 mäßig 4 viel 5 sehr viel

Empfanden Sie das Verhalten Ihrer Eltern Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester gegenüber besonders inkonsequent?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie zwischen Bruder/Schwester und den Eltern eine Art Vermittlerrolle einnehmen mussten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Eltern Verantwortung zwischen den gesunden Geschwistern ungleich verteilten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Gab es zwischen Ihnen und Ihren Eltern nach dem Ausbruch der Erkrankung häufiger Konflikte?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Bedeutete es für Sie eine Belastung Ihrem jetzigen oder einem früheren Partner mitzuteilen, dass sie ein psychisch krankes Geschwister haben, für den Sie Ihr ganzes Leben eine Mitverantwortung tragen werden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Waren Ihre Eltern nach dem Ausbruch der Erkrankung weniger für Sie und Ihre Bedürfnisse verfügbar?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie nach der Erkrankung Ihres Bruders oder Schwester, eine andere Rolle übernehmen mussten und damit auch höhere Erwartungen an Sie herangetragen wurden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Haben Sie nach Krankheitsausbruch weniger Aufmerksamkeit Ihrer Eltern erhalten? Wie haben diesen Aufmerksamkeitsmangel empfunden?

- 1 trat nicht auf
 - 2 negativ und als Belastung empfunden
 - 3 zum Teil positiv und zum Teil negativ
 - 4 positiv empfunden
 - 5 weiß nicht
-

Wurden Ihnen nach dem Erkranken des Geschwisters von den Eltern mehr Freiräume eingeräumt?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Wenn ja, führten diese zu verstärkten Konflikten und Konkurrenz mit dem kranken Bruder/der kranken Schwester?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

4.1.10. Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem

Werden Sie von den behandelnden Ärzten zur Anamnese befragt?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Nutzen die Ärzte Ihre Erfahrungen und Einsichten?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

Wie empfinden Sie die Einbindung in die Behandlung?

1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend 4 gut

Wie empfinden Sie die Informationen über die Medikation?

1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend 4 gut

Wie empfinden Sie die Informationen über Verlauf der Erkrankung Ihres Geschwisters?

1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend 4 gut

Wie empfinden Sie die Informationen über die Prognose der Erkrankung Ihres Geschwisters?

1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend 4 gut

Wie empfinden Sie die Informationen über Nebenwirkungen der Medikamente?

1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend 4 gut

Wie empfinden Sie die Informationen über mögliche Therapien?

1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend 4 gut

Wurden Sie in einer Notsituation bereits von einem Arzt zurückgewiesen?

1 nein 2 ja, wie oft: _____

Wurden Sie ausreichend über Nachbetreuung informiert?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Sind Sie mit der medizinischen Versorgung Ihres Angehörigen zufrieden?

1 ja 2 nein, weil: _____

Sehen Sie im Rahmen der stationären und ambulanten Behandlung die Notwendigkeit eines respektvolleren Umgangs mit den Patienten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Sehen Sie die Notwendigkeit eines respektvolleren Umgangs mit den Angehörigen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Empfinden Sie die stationäre Aufnahme Ihres Geschwisters in eine psychiatrische Klinik zur Behandlung als eine Entlastung?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Fürchten Sie aufgrund der stationären Aufnahme stärker mit Diskriminierung und Vorurteilen konfrontiert zu werden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Wurden Sie während einer stationären Behandlung zu einer Angehörigengruppe eingeladen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Kam ein Arzt während einer stationären Behandlung auf Sie zu um ein Gespräch mit Ihnen zu führen?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

Haben Sie bereits an einer Angehörigengruppe teilgenommen (mehrfach Nennung möglich)?

- 1 ja
2 nein, wegen Zeitmangel
3 nein, wegen Unsicherheit
4 nein, wegen zu großer räumlicher Distanz
5 nein, weil ein anderes Familienmitglied bereits an der Gruppe teilnahm
6 nein, wegen Angst vor einer zusätzlichen Belastung
7 nein, wegen/weil _____
-

Haben Sie Berührungängste mit der Institution Psychiatrie? Fühlen Sie sich bspw. unwohl dort oder hegen Befürchtungen?

- 1 ja, in welcher Art: _____
2 nein
3 weiß nicht
-

Wurden Ihnen von Ärzten einmal Vorwürfe gemacht?

- 1 ja, in welcher Art: _____
2 nein
3 weiß nicht
-

Hatten Sie einmal das Gefühl aktiv von Seiten der Ärzte aus der Behandlung ausgeschlossen zu werden?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

Wurden Sie von Behandler einmal zur Einrichtung eine gesetzliche Betreuung gedrängt, damit im Anschluss alle Dinge mit diesem Betreuer besprochen und entschieden werden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Fühlen Sie sich manchmal wie Angehörige in zweiter Reihe?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

4.1.11. Veränderungen in der Biografie

Spielte bei Ihrer persönlichen Familienplanung eine Angst vor einer möglichen Vererbung eine Rolle?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Hatten Sie für eine Zeit Abstand zu Ihrer Herkunftsfamilie hergestellt (für Studium, Arbeit, persönliche Entscheidung)? Wenn ja wann und wie lange war diese Phase?

1 ja: _____

2 nein

3 weiß nicht

Wie stark setzen Sie sich für Ihre Schwester oder Ihren Bruder ein und versuchen sie/ihn zu unterstützen?

1 nicht 2 wenig 3 mäßig 4 stark 5 sehr stark

4.2. Fragenentwicklung zu Geschwisterbeziehungen

Im Unterschied zur Fragenformulierung unter Punkte 4.1., liegen zur Auswirkung von psychischen Erkrankungen auf die Geschwisterbeziehung nur sehr weniger bis keine Ergebnisse vor. Die Ergebnisse welche aus Literatur und Forschung zu

Geschwistern psychisch Kranker vorliegen, wurden bereits unter Punkt 4.1.3. in entsprechende Fragen umgeformt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich nun auf die finale Auflistung der Kernaussagen unter Punkt 3.6..

4.2.1. Dimensionen

Es kann die These formuliert werden, dass sich der Ausbruch einer psychischen Erkrankung eines Geschwisters auf die Geschwisterbeziehung auswirkt.

Unklarheit besteht darüber in welcher Form und welchem Umfang, sich die Erkrankung auf die einzelnen Dimensionen Wärme/Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht/Status der Beziehung auswirkt.

Die Dimension Wärme/Nähe ist gekennzeichnet durch: Selbstöffnungsbereitschaft in der vertrauensvollen Kommunikation, unterstützend-prosoziales Verhalten und Freundschaft, Aspekte wahrgenommener Ähnlichkeit, Zuneigung, Wertschätzung und Bewunderung. Als mögliche Antwortkategorien scheinen Einschätzungen auf einer Skala nicht zutreffend bis voll zutreffend sinnvoll. Zu beachten ist hierbei wieder die zu erwartende Verzerrung durch die subjektiven Einschätzungen.

Eine Bewertung der Erhebung kann auch nur dazu dienen einen Überblick über die Qualität der Geschwisterbeziehung nach einer psychischen Erkrankung zu erhalten. Aussagen über eine mögliche Veränderung durch eine Erkrankung wären nur mithilfe einer Kontrollgruppe möglich.

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit innerhalb des Fragebogens zu gewährleisten, sollen sich die Fragen, entsprechend Punkt 4.1. den jetzigen Zeitpunkt beziehen:

„Im Gespräch mit meiner Schwester/meinem Bruder kann ich mich ihr/ihm anvertrauen und offen über meine Belange sprechen“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

„Mir ist es wichtig meine Schwester/meinen Bruder möglichst umfassend zu unterstützen“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

„Meine Schwester/mein Bruder ist eine wichtige Person in meinem Leben, die mir viel bedeutet“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

„Meine Schwester/mein Bruder ist eine gute Freundin/ein guter Freund für mich“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

„Wir sind uns oft sehr ähnlich“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

„Ich bewundere meinen Bruder/meine Schwester“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

„Ich empfinde eine tiefe Zuneigung zu Ihr/Ihm“: Diese Aussage trifft auf mich

1 nicht zu 2 teilweise zu 3 voll zu

Die Dimension Rivalität dreht sich inhaltlich und thematisch häufig um Werte wie: Leistung, körperliche Attraktivität, Intelligenz, zwischenmenschliche Kompetenzen und Reife.

Da diese Themen zwischen Geschwistern oftmals lange Jahre oder sogar über den Tod des einen hinaus nicht angesprochen werden, erscheint es nicht sinnvoll, solche höchst intime Fragen, detailliert in Form eines Fragebogens zu erfassen. Besser geeignet sind hierzu sicherlich qualitative Methoden. Daher wird zur Dimension Rivalität lediglich eine Einschätzungsfrage mit einer skalierten Antwortmöglichkeit aufgenommen. Diese dient dazu eine erste sehr grobe Einschätzung zu gewinnen um evtl. nachfolgend diesen Aspekt näher zu betrachten.

Wie stark schätzen Sie auf einer Skala von 1 (gering) bis 5 (hoch) die Rivalität zwischen Ihnen und dem psychisch kranken Geschwister ein: _____

Die Dimension Konflikte lässt sich über die Erfassung der Häufigkeit von offenen Konflikten darstellen. Die Ergebnisse sind sicherlich in Bezug auf die Häufigkeit der persönlichen Kontakte zu bewerten:

Wie oft haben Sie offene Konflikte und Streitigkeiten mit Ihrer Schwester/Ihrem Bruder?

- 1 täglich
 - 2 mehrmals wöchentlich
 - 3 einmal wöchentlich
 - 4 14 tägig
 - 5 einmal monatlich oder weniger
 - 6 nie
-

Die Dimension relative Macht ist ähnlich der Dimension Rivalität sehr schwer im Rahmen eines Fragebogens zu erfassen, so dass auf diese Dimension gänzlich verzichtet wird. Eine vorausgehende qualitative Untersuchung erscheint unabdingbar.

4.2.2. Geschwisterbeziehungen in der Kindheit und Adoleszenz

Da bei den dargestellten Untersuchungen zu Geschwistern psychisch Kranker vorwiegend Probanden ab dem Erwachsenenalter untersucht wurden, werden zu den Altersgruppen Kindheit und Adoleszenz keine Fragen aufgenommen werden.

4.2.3. Frühes Erwachsenenalter

In dieser Lebenszeitspanne und auch der folgenden Lebensphase spielen kritische Lebensereignisse in Bezug auf die Geschwisterbeziehung eine wichtige Rolle. Von zentraler Bedeutung erscheint hier die zunehmende Pflegebedürftigkeit und der Tod der Eltern zu sein. Unter Punkt 4.1.1. wurden hierzu bereits Fragen formuliert. Ergänzend kann an dieser Stelle die These formuliert werden, dass die Erkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit und der Tod der Eltern die Geschwisterbeziehung beeinflusst. Da anzunehmen ist, dass dieses Ereignis dauerhafte Auswirkungen auf die Beziehung haben wird (siehe oben), können

Korrelationen zwischen den Antworten auf die Fragen zu den Beziehungsdimensionen und der Frage zum Ausfallen der Eltern als Bezugsperson hergestellt werden. Zu ergänzen ist daher lediglich noch eine Konkretisierungsfrage zur Situation der Eltern:

Wie beschrieben Sie die gesundheitliche Situation Ihrer Eltern?

- 1 gesund und agil 2 altersbedingt eingeschränkt
3 pflegebedürftig 4 bereits verstorben
-

Aus der Literatur zu Geschwisterbeziehung ist zu entnehmen, dass die Heirat eines Geschwisters das Gefühl der Nähe verstärken kann. In Verbindung mit einem chronisch psychisch kranken Geschwister, kann eine Heirat jedoch auch zu Neid und Rivalität führen (These). Familienstand des Interviewten wird im Block der soziodemografischen Daten erfasst:

Wie hat sich die Beziehung zu Ihrem Geschwister nach Ihrer Heirat entwickelt?

- 1 nicht verheiratet
2 näher geworden
3 hat sich distanziert
3 vermehrt durch Rivalität und Konflikte gekennzeichnet
3 sonstiges: _____
-

Die Versorgung der pflegebedürftigen Eltern lastet oftmals auf den Schultern einer hauptverantwortlichen Person. Vermutlich ist dies auf Geschwister psychisch Kranker zu übertragen. Die weiteren Kernaussagen dieser Altersphase bedingen lediglich einer Verifizierung:

Trifft es zu, dass die Pflege der gemeinsamen Eltern vorwiegend auf den Schultern einer hauptverantwortlichen Person lastet, und wenn ja auf wessen?

- 1 trifft nicht zu, Eltern sind nicht Pflegebedürftig
 - 2 auf meinen Schultern
 - 3 auf den Schultern des erkrankten Geschwisters
 - 4 auf den Schultern einer anderen Person: _____
-

Bitte beantworten Sie die nächsten beiden Fragen nur, wenn Sie das 65. Lebensjahr bereits erreicht habe:

Hat sich seit Ihrem 65. Lebensjahr, die Beziehung zu Ihrem kranken Geschwister angenähert?

- 1 trifft nicht zu, noch nicht über 65 Jahre
 - 2 ja, hat sich angenähert
 - 3 nein, hat sich nicht verändert
 - 4 nein, hat sich sogar weiter distanziert
-

Können Sie im späten Erwachsenenalter mit Ihrem kranken Geschwister über Fragen des Lebenssinnes unterhalten?

- 1 ja
 - 2 nein
 - 3 ist nicht in meinem Interesse
-

4.2.4. Auswirkungen von Krankheit und Behinderung

Die Kernaussagen aus diesem Kapitel wurden bereits an anderen Stellen in den Fragebogen aufgenommen und es besteht somit kein Bedarf separate Fragen zu formulieren.

4.3. Soziodemografische Daten

Der Erhebung der soziodemografischen Daten kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Wie Eingangs diskutiert, kommt dem zeitlichen Aspekt eine wichtige Rolle zu. Auch ist derzeit noch nicht klar, ob Geschwisterposition und Entwicklungsstufe während der Erstexazerbation eine Rolle spielen. Um diese Thesen abschließend untersuchen und auswerten zu können, ist es dienlich umfassende Daten auch über Geschwisterzahl und deren Alter aufzunehmen.

Wie alt sind Sie? _____

Wie alt ist Ihr psychisch krankes Geschwister? _____

Wer ist erkrankt?

1 Bruder

2 Schwester

Weitere Geschwister, mit Altersangabe (Bsp.: Bruder x Jahre, Schwester x Jahre,..):

Welchen Beruf haben Sie? _____

In welchem Bereich sind Sie derzeit tätig? _____

Wie häufig haben Sie zu Ihrer Schwester/ zu Ihrem Bruder persönlichen Kontakt?

1 täglich

2 mehrmals wöchentlich

3 einmal wöchentlich

4 14 tägig

5 einmal monatlich oder weniger

6 nie

Wie ist Ihr Familienstand?

1 verheiratet

2 ledig

3 geschieden

4 verwitwet

Haben Sie Kinder?

1 ja. Wie viele? _____

1 nein

Welche Diagnose wurde bei Ihrem Geschwister gestellt?

5. Fazit und Ausblick

Aus den Darstellungen der aktuellen wissenschaftlichen Publikationen wird deutlich, dass eine Verifizierung der bisher vorgelegten qualitativen Ergebnisse notwendig ist, da vorwiegend mit kleinen Probandengruppen gearbeitet wurde, welche oftmals im Kontext der klinischen Behandlung akquiriert wurden. Methodisch wird eine solche wissenschaftliche Untersuchung sicherlich Hürden beim Zugang zur Grundgesamtheit der Geschwister psychisch Kranker zu nehmen haben. Denkbar wären bspw. die Nutzung von Fachzeitschriften, Internet und die Kontaktmöglichkeiten der Angehörigenverbände und der zwischenzeitlich entstandenen Geschwistertreffen. Eine konsequente Randomisierung und eine Repräsentanz werden nicht zu erreichen sein. Sinnvoll erscheint jedoch eine Studie mit einer möglichst großen Stichprobe zu entwerfen, damit die vorliegenden

qualitativen Ergebnisse durch eine möglichst große Anzahl an Probanden empirisch überprüft werden können.

Weitere methodische Schwierigkeiten sind in der Eingrenzung der Grundgesamtheit zu sehen. Den Geschwistern ist nicht unbedingt bekannt, an welcher Erkrankung nun genau ihr Geschwister erkrankt ist. Eine Eingrenzung nur auf Angehörige von Menschen mit schizophrenen Psychosen erscheint daher methodisch schwierig. Sicherlich ist in diesem Kontext zu diskutieren, wie weit sich die Belastungen und die Auswirkungen abhängig von der genauen Diagnose der psychischen Erkrankung unterscheiden.

Aus der Betrachtung der Literatur zu Geschwisterbeziehungen entwickeln sich die Fragen nach den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Geschwisters auf Kinder und Jugendliche und auf die Bewältigung der entsprechenden Entwicklungsaufgaben.

Weitere offene Forschungsfragen sind u.a.:

- „1. Welche Aspekte in der Beziehung zu ihren psychisch erkrankten Geschwistern und welche Konflikte und Rollenverschiebungen bez. ihrer Eltern erleben die gesunden Geschwister als besonders belastend?
- 2. Welche Risikofaktoren bez. einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bedürfen bei Geschwistern psychisch Erkrankter besonderer Beachtung?
- 3. Welche konkreten Einflüsse hat die Erkrankung auf Familiengründung bzw. die Familie des gesunden Geschwisters?
- 4. Inwieweit fordern die gesunden Geschwister institutionelle Unterstützung zu ihrer Entlastung ein bzw. wie können professionelle Helfer die besonderen Bedürfnisse von Geschwistern psychisch Kranker berücksichtigen?“ (Schmidt u.a. S. 227).
- Welche Rolle spielt Alter, Altersunterschied und Zeitpunkt der Erkrankung?
- Wird ein spezifisches professionelles Hilfeangebot für Geschwister benötigt?
- Bildung der persönlichen Identität, Individuationsprozesse, Entwicklung von Sozialverhalten und Geschwisterrivalität sind wichtige Punkte der frühen und mittleren Kindheit und der Adoleszenz → können Störungen entstehen?

- Welche Auswirkungen auf Aggressives Sozialverhalten, delinquentes Sozialverhalten, Geschlechtsrollenverhalten, Sexualverhalten können erfasst werden?
- Dimensionen der Geschwisterbeziehungen sind: Wärme bzw. Nähe, Rivalität, Konflikt und relative Macht bzw. Status → welche Auswirkungen hat eine Erkrankung?
- Welche Auswirkungen haben kritische Lebensereignisse auf die Beziehung zwischen einem gesunden und einem kranken Geschwister: Krankheiten, Heirat eines Geschwisters, Erkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit der alten Eltern, Tod der Eltern, Hilfe an in Not geratene oder bedürftige Geschwister, Diskrepanzen aufgrund unterschiedlicher, beruflicher Entwicklungen, Bevorzugung eines Geschwisters durch die Eltern, Enttäuschung von Erwartungen, Unterschiedliche Entwicklung der Wertorientierung
- Wie wirkt sich die zentrale Entwicklungsaufgabe der Versorgung und Betreuung der alten Eltern auf die Beziehung aus und welche besonderen Belastungen bestehen für die Beteiligten?

Zusammenfassend kann man feststellen, dass bezüglich der Gruppe der Geschwister psychisch Kranker weiterhin ein deutlicher Forschungsbedarf besteht und eine Vielzahl an wissenschaftlichen Fragen derzeit noch nicht beantwortet werden können.

6. Literatur

- Bock T., Fritz-Krieger S., Stielow K.: „Belastungen und Herausforderungen - Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten“, 2008 in Zs. Sozialpsychiatrische Informationen Nr. 01/2008, S. 28-31
- Bank S., Kahn M.: „Geschwister-Bindung“. München, 1994
- de Neu J.: „Unser Bruder – Mit psychischer Krankheit zu Hause alt werden“, Vortrag 18.09.2004 Hannover
- Diekmann A.: „Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen“. Hamburg, (20. Auflage) 2009
- Kasten H.: „Die Geschwisterbeziehung Band 1“. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1993
- Kasten H.: „Geschwister – Vorbilder, Rivalen, Vertraute“. München, Basel, (2. Auflage) 1998
- Mucha L.: „...nur eine Schwester?“, Quelle MAPS Modul GP1, ohne weitere literarische Angaben
- Peukert R.: „Endlich kommen auch wir zu Wort“, 2008, nicht veröffentlichter Text
- Peukert R.: „Geschwister teilen alles?“, 2003 in Zs. Psychosoziale Umschau, Nr. 4/2003, S. 35-37
- Peukert: „Geschwister sind auch Angehörige – aber anders!“ in: Binder W. und Bender W.: „Angehörigenarbeit und TRIALOG. Auf dem Weg zu einer Trialogischen Psychiatrie“. Köln. 2008 S. 105 – 127
- Raithel J.: „Quantitative Forschung Ein Praxiskurs“. Wiesbaden, 2006

- Schmid R., Spießl H., Peukert R.: „Außen vor und doch mitten drin“ – Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker“, 2004 in Zs. Psychiat Prax, Nr. 31, S. 225-227
- Schmid R., Schielen T., Spießl H., Cording C.: „Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten“, 2005 in Zs. Psychiat Prax, Nr. 32, S. 1-8
- Schmid: „Das Besondere am Miterleben einer psychischen Erkrankung als Schwester oder Bruder“ Quelle: MAPS Modul GP1, ohne weitere bibliografische Angaben
- Schrank B., Sibitz I., Schaffer M., Amering M.: „Zu unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen“, 2007 in Zs. Neuropsychiatrie, Band 21, Nr. 3/2007, S. 216-225
- Simon, Holger „...und plötzlich war alles anders“ Geschwister psychisch Kranker: Emotionale Belastungen, Ressourcenlage und Unterstützungen“, Studiengang MAPS Handlungsforschungsprojekt 2009, nicht veröffentlicht
- Sohni H.: „Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie“. Göttingen, 2004
- Walper S., Thönnissen C., Wendet E., Bergau B.: „Geschwisterbeziehungen in riskanten Familienkonstellationen“. München, 2009

7. Anhang

Geschwister psychisch kranker Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vorab bedanken wir uns bei Ihnen, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Wie Sie aus Ihrer eigenen Erfahrung wissen, bedeutet eine psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes umfassende Veränderungen für die gesamte Familie und somit auch für Sie als Schwester oder Bruder. Ziel dieser Untersuchung ist es den aktuellen Wissensstand zum Erleben und zu den Belastungen von Geschwistern psychisch Kranker zu festigen. Wir bitten Sie daher die nun folgenden Fragen zu beantworten. Bei den meisten Fragen ist eine Antwortmöglichkeit vorgesehen. Sind Mehrfachnennungen möglich, wir dies extra in der Frage vermerkt.

Der Fragebogen ist in thematische Blöcke unterteilt. Am Ende finden Sie eine Block zu ihren sozialstatistischen Angaben, welche wir zur Auswertung benötigen. Es sind im gesamten Fragenbogen keine Namensnennungen notwendig, so dass Ihre Anonymität geschützt ist. Natürlich ist es Ihnen auch freigestellt einzelne Fragen nicht zu beantworten.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen aus Ihrer persönlichen Sicht und in Bezug auf Ihre aktuelle Situation:

-
1. Ist es für Sie eine positive Bestätigung, dass Sie für einen Menschen, der wie Ihre Schwester oder Ihre Bruder schwer erkrankt ist, da sein können und jemandem helfen können?
- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

Ressourcen

Aus bereits vorliegenden Untersuchungen ist bekannt, dass eine psychische Erkrankung eines Geschwisters nicht zwangsläufig nur negative Konsequenzen und Belastungen zur Folge hat, sondern durchaus auch positive Effekte haben kann.

2. Sind Sie an den Herausforderungen durch die psychische Krankheit gewachsen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

3. Haben Sie durch die geleistete Unterstützung Bestätigung aus dem sozialen Umfeld erhalten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

4. Ist durch die Erkrankung Ihre Familie insgesamt stärker zusammengewachsen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

5. Haben Sie durch diesen Schicksalsschlag eine andere Sichtweise auf das Leben kennengelernt und erworben?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

6. Ist die Beziehung zu Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester durch die Krankheit enger geworden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

7. Haben Sie aus Ihren eigenen Erfahrungen in der Familie gelernt, psychische Probleme bei Menschen in Ihrem sozialen Umfeld besser wahrzunehmen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

8. Konnten Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen mit dem Geschwister, Ihre sozialen Kompetenzen stärken und verbessern?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

9. Erfahren Sie von Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester Dankbarkeit für Ihre lange Unterstützung?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Emotionale Belastungen

Leider geht eine Erkrankung nicht nur mit positiven Effekten einher, sondern ist oftmals mit zum Teil erheblichen Belastungen verknüpft. Diese wirken sich auch auf die Gefühlswelt des Einzelnen aus.

10. Wie intensiv empfinden Sie zum jetzigen Zeitpunkt allgemein eine gefühlsmäßige Belastung durch die Erkrankung Ihres Geschwisters?

- 1 keine 2 wenig 3 mäßig 4 stark 5 sehr stark

11. Empfinden Sie ein Gefühl der Scham für Ihren Bruder oder Ihre Schwester und der psychischen Erkrankung?

- 1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

12. Kennen Sie das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit und wie stark ausgeprägt empfinden Sie dies aktuell?

- 1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

13. Fühlen Sie sich überfordert im Umgang mit der Erkrankung?

- 1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

14. Eine psychische Erkrankung geht oftmals mit einer Veränderung der erkrankten Person einher. Empfinden Sie daher Trauer und Verlust?

- 1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer
-

15. Die durch die psychische Erkrankung hervorgerufenen Auswirkungen auf die gesamte Familie und die Veränderungen des Bruders oder der Schwester können zu Gefühlen von Aggression und Wut führen. Kennen Sie diese Gefühle aktuell?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

16. Geschwister haben oft ein nahes Verhältnis zueinander und erleben daher eine Erkrankung oftmals sehr nahe mit, sind betroffen und können die Symptome mitfühlen oder mit-erleiden. Treffen die Empfindungen auf Sie jetzt zu?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

17. Müssen Sie Wut und Ärger über den Bruder oder die Schwester unterdrücken oder zurückhalten?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

18. Empfinden Sie Unsicherheit im Umgang mit dem kranken Geschwister?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

19. Kennen Sie aktuell das Gefühl der Fassungslosigkeit?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

20. Haben Sie derzeit Ängste vor Aggressionen des Geschwisters?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

21. Fürchten Sie einen Suizid des Bruders oder der Schwester?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

22. Es besteht die Möglichkeit, dass in einer psychischen Ausnahmesituation es auch zu einer Fremdgefährdung oder zu Straftaten des Kranken kommen kann. Wie weit fürchten Sie solche Situationen und Geschehnisse?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

23. Haben Sie Angst vor einem erneuten Ausbruch der Erkrankung?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

24. Hegen Sie auf Ihre eigene Situation bezogen Zukunfts- oder Existenzängste aufgrund der psychischen Krankheit des Bruders oder der Schwester?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

25. Haben Sie Angst, dass Sie die Erkrankung an Ihre Kinder weitervererben könnten?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

26. Ängstigt Sie die Frage nach der Versorgung Ihres Geschwisters nach dem altersbedingten Wegfall der Eltern als Versorgungspersonen?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

27. Sind Ihre Eltern als Hauptversorgungsperson bereits ausgefallen und wenn ja, welche Gefühle verbinden Sie damit, als Sie die Verantwortung für den Bruder oder die Schwester übertragen bekamen?
1 nein 2 ja, _____

28. Haben Sie Angst selbst an einer Psychose zu erkranken?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

29. Befürchten Sie, dass Sie durch ein falsches Verhalten einen Suizid oder Aggressionen des Geschwister auszulösen?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

30. "Es ist so ein ganz starkes auf und ab, es geht ihr besser und dann geht es ihr wieder schlechter." Kennen Sie diese Erfahrung von Ihrem Geschwister?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

31. Empfinden Sie Schuldgefühle bezüglich der Situation Ihres Geschwisters?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

32. Belastet Sie ein Gefühl der Alleinverantwortung für Ihren Bruder oder Ihre Schwester?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

33. Sorgen Sie sich um das Wohlergehen Ihrer Eltern?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

34. Sorgen Sie sich um Ihren Bruder oder Ihre Schwester?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

35. Empfinden Sie Trauer über den Verlust einer "normalen" Geschwisterbeziehung?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

36. Spüren Sie einen hohen Druck durch die an Sie herangetragenen Anforderungen?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

37. Wenn jemand Ihre Schwester oder Ihren Bruder kritisiert, empfinden Sie das auch als Belastung für sich selbst?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

38. Wie sehr empfinden Sie das Gefühl "Schmerz" in Verbindung mit Ihrem Geschwister?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

39. Empfinden Sie zeitweise eine tiefe Verstörung?
1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

40. Spüren Sie eine Verzweiflung?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

41. Haben Sie den Eindruck, dass Sie unter Druck stehen?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

42. Haben Sie einmal Entmutigung durch professionelle Helfer erfahren?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Umgang mit Geschwister

Neben den emotionalen Belastungen, entwickeln sich Veränderungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister, da sich dessen gesundheitliche Verfassung, Belastbarkeit und Erlebenswelt oftmals deutliche verändert.

43. Eine psychische Erkrankung geht oftmals einher mit einer Verminderung des Antriebes, Interessenverlust, Verlangsamung, verminderte Leistungsfähigkeit, weniger soziale Kontakte, bis hin zu einer mangelnden Körperhygiene. Empfinden Sie diese so genannte Minus-Symptomatik als eine besondere Belastung im persönlichen Umgang?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 tritt bei meinem Geschwister nicht auf

44. Bei psychischen Erkrankungen erkennen die Erkrankten nicht immer, dass sie an einer Krankheit leiden und verneinen dies. In der Folge kann es u.a. zu einer Verweigerung der Behandlung und der Medikation kommen. Empfinden Sie dies als Belastung?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 tritt bei meinem Geschwister nicht auf

45. Empfinden Sie eine Unsicherheit betreffend der Belastungsfähigkeit des/der Kranken?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

46. Wie belasten Sie Fragen wie etwa: Wie weit muss ich mich einbinden lassen? Darf ich mich trotz eigener Überlastung zurückziehen? Wie viel Verantwortung muss ich übernehmen?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

47. Oftmals fällt es schwer zu unterscheiden, ob schwierige Verhaltensweisen (z.B. Antriebslosigkeit) Folge der Krankheit sind oder, ob sie eine Eigenschaft der Person sind (z.B. Faulheit). Wie belastet Sie diese Problematik im Umgang mit Ihrer Schwester oder Ihrem Bruder?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 tritt bei meinem Geschwister nicht auf

48. Wie schätzen Sie die Unterstützung von Ihrer Familie auf einer Skala von 1 (wenig) bis 5 (viel) ein?

_____ Unterstützung

49. Wie wurde die Beziehung zu Ihrem Geschwister durch aggressive oder abweisende Verhaltens- und Wesensveränderungen belastet?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

Beziehung zu dem Geschwister

Geschwister verbringen von allen Verwandten die längste Zeit in der Lebensspanne miteinander und es verbindet sie vieles. In der gemeinsamen Kindheit und Jugend hat sich eine Beziehung zwischen ihnen entwickelt, die in der Regel über das gesamte Leben bestehen bleibt und sich entwickelt. Diese Entwicklung kann durch eine schwere Erkrankung gestört und Verändert werden.

50. Hat sich durch die Erkrankung Ihre Beziehung zu dem Geschwister verändert?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

51. Wie würden Sie auf einer Skala von 1 (niedrig) bis 10 (hoch) die Veränderung der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem erkrankten Geschwister beurteilen?

_____ Grad der Veränderung der Beziehung

52. Wie würden Sie die Veränderungen zwischen Ihnen beschreiben?

53. Fühlen Sie dich dazu verpflichtet, für Ihren Bruder oder Ihre Schwester als eine Art Vertrauensperson zur Verfügung stehen zu müssen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

54. Fühlen Sie sich in der Verantwortung während eines akuten Krankheitsschubes die Behandlung einzuleiten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

55. Beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie jünger als Ihr erkranktes Geschwister sind. Kam es im Laufe Ihrer Lebensgeschichte aufgrund Ihrer beruflichen und privaten Entwicklung zwischen Ihnen und Ihrem Bruder/Ihrer Schwester zu (Mehrfachnennung möglich)

1 Neid aufgrund Ihrer Entwicklung

2 war Ihr Geschwister stolz auf Sie

3 Sie empfanden ein schlechtes Gewissen

4 sonstiges: _____

56. Haben Sie das Gefühl, dass durch eine professionelle Unterstützung, die Beziehung zu Ihrem Geschwister verbessert oder verändert werden konnte?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

65. Wie stark schätzen Sie auf einer Skala von 1 (gering) bis 5 (hoch) die Rivalität zwischen Ihnen und dem psychisch kranken Geschwister ein: _____

66. Wie oft haben Sie offene Konflikte und Streitigkeiten mit Ihrer Schwester/Ihrem Bruder?

- 1 täglich
 - 2 mehrmals wöchentlich
 - 3 einmal wöchentlich
 - 4 14 tägig
 - 5 einmal monatlich oder weniger
 - 6 nie
-

67. Wie hat sich die Beziehung zu Ihrem Geschwister nach Ihrer Heirat entwickelt?

- 1 nicht verheiratet
 - 2 näher geworden
 - 3 hat sich distanziert
 - 3 vermehrt durch Rivalität und Konflikte gekennzeichnet
 - 3 sonstiges: _____
-

68. Bitte beantworten Sie die nächsten beiden Fragen nur, wenn Sie das 65. Lebensjahr bereits erreicht habe:

Hat sich seit Ihrem 65. Lebensjahr, die Beziehung zu Ihrem kranken Geschwister angenähert?

- 1 trifft nicht zu, noch nicht über 65 Jahre
 - 2 ja, hat sich angenähert
 - 3 nein, hat sich nicht verändert
 - 4 nein, hat sich sogar weiter distanziert
-

69. Können Sie im späten Erwachsenenalter mit Ihrem kranken Geschwister über Fragen des Lebenssinnes unterhalten?

1 ja

2 nein

3 ist nicht in meinem Interesse

Gesundheitliche Belastungen

Emotionale Belastungen und Stress können die Gesundheit belasten und sogar zu Erkrankungen führen.

70. Fühlen Sie sich unglücklich oder deprimiert?

1 nicht

2 manchmal

3 oft

4 immer

71. Leiden Sie an psychosomatischen Erkrankungen?

1 nein

2 ja, welche: _____

72. Leiden Sie selbst an einer psychischen oder seelischen Erkrankung?

1 nein

2 ja, welche: _____

73. Leiden Sie an anderen körperlichen oder chronischen Erkrankungen?

1 nein

2 ja, welche: _____

Auswirkungen auf das soziale Umfeld

Leider bedeutet eine psychische Erkrankung ein gewisses Stigma für den Betroffenen. Diese Vorurteile können aus dem sozialen Umfeld herangetragen werden oder aber das soziale Umfeld kann auch als Stütze und Entlastung bestehen.

74. Haben Sie von Freunden, Bekannten, Nachbarn oder sonstigen Personen aus Ihrem sozialen Umfeld Unverständnis und Ablehnung erfahren?

1 nein 2 manchmal 3 oft 4 immer

75. Haben Sie Angst vor einer möglichen Diskriminierung und Vorurteilen gegen Sie, aufgrund der Erkrankung des Geschwisters?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

76. Fühlen Sie sich gehemmt, wenn Sie neue soziale Kontakte knüpfen, weil sie Ablehnung befürchten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

77. Verheimlichen Sie die psychische Krankheit Ihrer Schwester oder Ihres Bruders?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer

78. Wenn Sie die Krankheit verheimlichen, empfinden Sie dies als belastend?

1 nicht 2 manchmal 3 oft 4 immer
5 trifft nicht zu

Die eigene Biografie und Lebenslauf

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Leben und eventuell aufgetretene Veränderungen durch die Erkrankung Ihrer Schwester oder Ihres Bruders.

79. Spielte bei Ihrer persönlichen Familienplanung eine Angst vor einer möglichen Vererbung eine Rolle?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

80. Hatten Sie für eine Zeit Abstand zu Ihrer Herkunftsfamilie hergestellt (für Studium, Arbeit, persönliche Entscheidung)? Wenn ja wann und wie lange war diese Phase?

- 1 ja: _____
2 nein
3 weiß nicht
-

81. Wie stark setzen Sie sich für Ihre Schwester oder Ihren Bruder ein und versuchen sie/ihn zu unterstützen?

- 1 nicht 2 wenig 3 mäßig 4 stark 5 sehr stark
-

Veränderungen in der Familie

Wie Eingangs bereits dargestellt, wirkt sich eine seelische Erkrankung nicht nur auf den Betroffenen selbst aus, sondern auf sein gesamtes Umfeld und hier in besonderem Maße auf die Familie.

82. Wie stark sind oder waren Ihre Eltern aus Ihrer Sicht durch die Erkrankung überfordert?

- 1 nicht 2 wenig 3 mäßig 4 stark 5 sehr stark
-

83. Wie viel Unterstützung erwarteten die Eltern von Ihnen als gesundes Kind?

- 1 keine 2 wenig 3 mäßig 4 viel 5 sehr viel
-

84. Empfanden Sie das Verhalten Ihrer Eltern Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester gegenüber besonders inkonsequent?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

85. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie zwischen Bruder/Schwester und den Eltern eine Art Vermittlerrolle einnehmen mussten?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

86. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Eltern Verantwortung zwischen den gesunden Geschwistern ungleich verteilten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

87. Gab es zwischen Ihnen und Ihren Eltern nach dem Ausbruch der Erkrankung häufiger Konflikte?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

88. Bedeutete es für Sie eine Belastung Ihrem jetzigen oder einem früheren Partner mitzuteilen, dass sie ein psychisch krankes Geschwister haben, für den Sie Ihr ganzes Leben eine Mitverantwortung tragen werden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

89. Waren Ihre Eltern nach dem Ausbruch der Erkrankung weniger für Sie und Ihre Bedürfnisse verfügbar?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

90. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie nach der Erkrankung Ihres Bruders oder Schwester, eine andere Rolle übernehmen mussten und damit auch höhere Erwartungen an Sie herangetragen wurden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

91. Haben Sie nach Krankheitsausbruch weniger Aufmerksamkeit Ihrer Eltern erhalten? Wie haben diesen Aufmerksamkeitschwächen empfunden?

1 trat nicht auf
2 negativ und als Belastung empfunden
3 zum Teil positiv und zum Teil negativ
4 positiv empfunden
5 weiß nicht

92. Wurden Ihnen nach dem Erkranken des Geschwisters von den Eltern mehr Freiräume eingeräumt?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

93. Wenn ja, führten diese zu verstärkten Konflikten und Konkurrenz mit dem kranken Bruder/der kranken Schwester?

- 1 ja 2 nein 3 weiß nicht
-

94. Wie beschrieben Sie die gesundheitliche Situation Ihrer Eltern?

- 1 gesund und agil 2 altersbedingt eingeschränkt
3 pflegebedürftig 4 bereits verstorben
-

95. Trifft es zu, dass die Pflege der gemeinsamen Eltern vorwiegend auf den Schultern einer hauptverantwortlichen Person lastet, und wenn ja auf wessen?

- 1 trifft nicht zu, Eltern sind nicht Pflegebedürftig
2 auf meinen Schultern
3 auf den Schultern des erkrankten Geschwisters
4 auf den Schultern einer anderen Person: _____
-

Belastungen für die eigene Lebenssituation

Da Sie ein sehr naher Verwandter des oder der Betroffenen sind, kann auch Ihre Lebenssituation durch die Krankheit belastet oder betroffen sein.

96. Empfinden Sie eine durch die Erkrankung verursachte zeitliche und organisatorische Belastung?

- 1 keine 2 geringe 3 mäßige 4 starke
4 sehr starke
-

97. Wie stark sehen Sie die negativen Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität?

- 1 keine 2 geringe 3 mäßige 4 starke
4 sehr starke
-

98. Hat die Erkrankung Ihres Geschwisters finanzielle Auswirkungen für Sie?

- 1 keine 2 geringe 3 mäßige 4 starke
4 sehr starke
-

99. Hat die Erkrankung Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit? Wenn ja, in welcher Form?

1 nein 2 ja, welche: _____

Erfahrungen mit dem System der psychosozialen Hilfen

Bei seelischen Krankheiten erfolgt eine Versorgung häufig nicht nur durch das klassische medizinische Versorgungssystem (Krankenhäuser, Ärzte usw.) sondern auch durch sogenannte psychosoziale Hilfen. Dies können Beratungsstellen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, ambulante Dienste, Wohnheime, Tageszentren oder Tagesstätten usw. sein, um nur einige Beispiele zu nennen.

100. Hatten Sie Kontakte zum psychosozialen Hilfesystem?

1 nein 2 ja, mit welcher: _____

101. Erhalten Sie Unterstützung und Beratung von einem gesetzlichen Betreuer Ihres Geschwisters?

1 ja 2 nein 3 trifft nicht zu

102. Durch wen erhalten Sie selbst Unterstützung (mehrfach Nennung möglich)?

1 Freunde und Bekannte 2 Psychotherapie
3 Familie 4 Ärzte
5 andere: _____

103. Stehen aus Ihrer Sicht ausreichende Angebote zur Verfügung um Ihrem Bruder oder Ihrer Schwester zu helfen?

1 ja 2 nein, es fehlt: _____

104. Sind Sie der Ansicht, dass die Hilfsangebote für Sie als Angehörige ausreichend zur Verfügung stehen oder sehen Sie einen Bedarf an speziellen Angeboten für Geschwister psychisch Kranker?

1 ja, Angebote ausreichend

2 nein, spezielle Angebote für Geschwister werden benötigt

3 weiß nicht

105. Wenn aus Ihrer Sicht neue Angebote notwendig sind, wie sollten diese aussehen, was sollten sie leisten, welche Informationen oder Unterstützungen bedürfen Sie?

106. Besteht an einem speziellen Zeitpunkt Ihrer Lebensspanne ein besonderer Hilfebedarf?

Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem

Neben den psychosozialen Hilfen spielt natürlich auch die Medizin mit ihren Arztpraxen und Krankenhäusern eine wichtige Rolle in der Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen.

107. Werden Sie von den behandelnden Ärzten zur Anamnese befragt?

1 nein

2 manchmal

3 oft

4 immer

108. Nutzen die Ärzte Ihre Erfahrungen und Einsichten?

- 1 nein 2 manchmal 3 oft
4 immer
-

109. Wie Empfinden Sie die Einbindung in die Behandlung?

- 1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend
4 gut
-

110. Wie Empfinden Sie die Informationen über die Medikation?

- 1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend
4 gut
-

111. Wie empfinden Sie die Informationen über Verlauf der Erkrankung Ihres Geschwisters?

- 1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend
4 gut
-

112. Wie empfinden Sie die Informationen über die Prognose der Erkrankung Ihres Geschwisters?

- 1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend
4 gut
-

113. Wie empfinden Sie die Informationen über Nebenwirkungen der Medikamente?

- 1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend
4 gut
-

114. Wie empfinden Sie die Informationen über mögliche Therapien?

- 1 nicht vorhanden 2 schlecht 3 ausreichend
4 gut
-

115. Wurden Sie in einer Notsituation bereits von einem Arzt zurückgewiesen?

- 1 nein 2 ja, wie oft: _____

116. Wurden Sie ausreichend über Nachbetreuung informiert?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

117. Sind Sie mit der medizinischen Versorgung Ihres Angehörigen zufrieden?

1 ja 2 nein, weil: _____

118. Sehen Sie im Rahmen der stationären und ambulanten Behandlung die Notwendigkeit eines respektvolleren Umgangs mit den Patienten?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

119. Sehen Sie die Notwendigkeit eines respektvolleren Umgangs mit den Angehörigen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

120. Empfinden Sie die stationäre Aufnahme Ihres Geschwisters in eine psychiatrische Klinik zur Behandlung als eine Entlastung?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

121. Fürchten Sie aufgrund der stationären Aufnahme stärker mit Diskriminierung und Vorurteilen konfrontiert zu werden?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

122. Wurden Sie während einer stationären Behandlung zu einer Angehörigengruppe eingeladen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

123. Kam ein Arzt während einer stationären Behandlung auf Sie zu um ein Gespräch mit Ihnen zu führen?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

124. Haben Sie bereits an einer Angehörigengruppe teilgenommen (Mehrfachnennung möglich)?

- 1 ja
 - 2 nein, wegen Zeitmangel
 - 3 nein, wegen Unsicherheit
 - 4 nein, wegen zu großer räumlicher Distanz
 - 5 nein, weil ein anderes Familienmitglied bereits an der Gruppe teilnahm
 - 6 nein, wegen Angst vor einer zusätzlichen Belastung
 - 7 nein, wegen/weil _____
-

125. Haben Sie Berührungängste mit der Institution Psychiatrie? Fühlen Sie sich bspw. unwohl dort oder hegen Befürchtungen?

- 1 ja, in welcher Art: _____
 - 2 nein
 - 3 weiß nicht
-

126. Wurden Ihnen von Ärzten einmal Vorwürfe gemacht?

- 1 ja, in welcher Art: _____
 - 2 nein
 - 3 weiß nicht
-

127. Hatten Sie einmal das Gefühl aktiv von Seiten der Ärzte aus der Behandlung ausgeschlossen zu werden?

- 1 ja
 - 2 nein
 - 3 weiß nicht
-

128. Wurden Sie von Behandler einmal zur Einrichtung eine gesetzliche Betreuung gedrängt, damit im Anschluss alle Dinge mit diesem Betreuer besprochen und entschieden werden?

- 1 ja
 - 2 nein
 - 3 weiß nicht
-

129. Fühlen Sie sich manchmal wie Angehörige in zweiter Reihe?

- 1 ja
 - 2 nein
 - 3 weiß nicht
-

Soziodemografische Daten

Zuletzt benötigen wir noch einige sozialstatistische Grunddaten von Ihnen

130. Wie alt sind Sie? _____

131. Wie alt ist Ihr psychisch krankes Geschwister? _____

132. Wer ist erkrankt?

1 Bruder

2 Schwester

133. Weitere Geschwister, mit Altersangabe (Bsp.: Bruder x Jahre, Schwester x Jahre,..): _____

134. Welchen Beruf haben Sie? _____

135. In welchem Bereich sind Sie derzeit tätig? _____

136. Wie häufig haben Sie zu Ihrer Schwester/ zu Ihrem Bruder persönlichen Kontakt?

1 täglich

2 mehrmals wöchentlich

3 einmal wöchentlich

4 14 tägig

5 einmal monatlich oder weniger

6 nie

137. Wie ist Ihr Familienstand?

- 1 verheiratet
 - 2 ledig
 - 3 geschieden
 - 4 verwitwet
-

138. Haben Sie Kinder?

- 1 ja. Wie viele? _____
 - 1 nein
-

139. Welche Diagnose wurde bei Ihrem Geschwister gestellt?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen zu bearbeiten und an uns zurück zu senden. Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen und Anmerkungen zu diesem Fragebogen oder der Untersuchung zur Verfügung. Am Ende haben wir weiter einen Freiraum vorgesehen, wo Ihre Ergänzungen oder Mitteilungen Platz finden.

Mit freundlichen Grüßen,

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig erstellt und außer den angegebenen Hilfsmitteln und Quellen keine weiteren Hilfsmittel und Quellen benutzt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)