

Universität Kassel
Fachbereich 01
Institut für Psychologie

Claudia Bach

Masterarbeit

„Auswirkungen von Psychose-Erkrankungen auf die
Geschwister der Erkrankten: Belastungen, Konflikte,
Wünsche und Bewältigungsformen. Eine qualitative
Studie.“

Abgabedatum: 19.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
ZUSAMMENFASSUNG.....	6
ABSTRACT	6
1 EINFÜHRUNG.....	7
1.1 Geschwisterbeziehungen im Kontext psychischer Erkrankungen.....	7
1.2 Belastungen der gesunden Geschwister durch die Erkrankung.....	8
1.3 Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge der Erkrankung des Geschwisters.....	8
1.4 Forschungsbedarf zu den Auswirkungen und zu Bewältigungsformen der Erkrankung.....	9
1.5 Das methodische Vorgehen	10
2 THEORIE.....	11
2.1 Bewältigung als transaktionales und subjektives Geschehen.....	11
2.2 Die Zentralen Beziehungs- Konfliktthemen (ZBKT) und das Beziehungsepisoden- Interview (BEI)	13
2.3 Anpassungen der Methode: Der Krankheitsfokus und die systematische Erhebung der subjektiven Bewertung.....	15
2.4 Die Forschungsfragen.....	16
2.5 Zusammenfassung	16
3 METHODE	18
3.1 Überblick über das methodische Vorgehen.....	18
3.2 Beschreibung der Stichprobe	18
3.3 Die Durchführung der Interviews.....	19
3.4 Die Transkription der Interviews.....	20
3.5 Die qualitative Auswertung der Interviews	21
3.5.1 Die Auswertung mit der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse.....	21
3.5.2 Die Auswertung mit der Methode des ZBKT_LU entsprechend dem Manual.....	22
3.5.3 Die nachträgliche Rückführung der Prädikate auf die tailormade-Formulierungen zur Lösung von Anwendungsproblemen bei den ZBKT_LU	24
3.6 Die Reliabilität der qualitativen Methoden	25
3.6.1 Die Intracoder-Reliabilität bei der Qualitativen Inhaltsanalyse.....	26
3.6.2 Die Intercoder-Reliabilität bei der ZBKT_LU-Methode	26
3.6.2.1 Die Reliabilität bei der Festlegung der Beziehungsepisoden.....	28

3.6.2.2	Die Reliabilität bei der Erstellung der tailormade-Formulierungen	29
3.6.2.3	Die Reliabilität bei der Festlegung der Wunsch-, Reaktions- und Bewertungskomponenten	30
3.6.2.4	Die Reliabilität bei der Bestimmung der Standardkategorien	30
3.6.3	Zusammenfassung des methodischen Vorgehens	31
4	ERGEBNISSE	33
4.1	Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse	33
4.1.1	Bewältigungsanforderungen von Geschwistern Psychose-Erkrankter	36
4.1.2	Durch die Erkrankung beeinträchtigte Beziehungen innerhalb der Familie	36
4.1.3	Spezifische aversive Emotionen der gesunden Geschwister	38
4.1.4	Verstörende, destabilisierende und intrusive Einflüsse auf die gesunden Geschwister	39
4.1.5	Langfristige Auswirkungen der Erkrankung auf die gesunden Geschwister	43
4.1.6	Spezifische Formen der Bewältigung bei den gesunden Geschwistern	44
4.2	Zusammenhänge zwischen Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und Langfristigen Auswirkungen	46
4.3	Zentrale Beziehungs-Konfliktthemen von Geschwistern Psychose-Erkrankter	48
4.3.1	Ähnlichkeiten und Unterschiede bei den Konfliktbeschreibungen	58
4.3.2	Die Wünsche der Geschwister Psychose-Erkrankter	60
4.3.3	Die nachträgliche Bewertung der erlebten Situationen	61
5	DISKUSSION	63
5.1	Traumatisierende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Erkrankung	63
5.1.1	Die Aufdeckung von Aggressionen und Gewalt mit dem BEI der ZBKT_LU- Methode	65
5.1.2	Aggressionen und Gewalt im Kontext der Psychiatrie	66
5.1.3	Die befürchtete Stigmatisierung führt zur Tabuisierung von Aggressionen und Gewalt	67
5.2	Konflikte und belastete Beziehungen in der Familie	68
5.2.1	Verschiebungen der Verantwortung und Umkehr der Rollen	69
5.2.2	Verschiebungen in der Kommunikation	69
5.2.3	Wiederkehrende hohe Emotionalität in den Familien	72
5.3	Die Regulation von Nähe und Distanz als Bewältigungsform und lebenslange Herausforderung der gesunden Geschwister	73
5.4	Die Bedeutung verschiedener Phasen im Krankheitsverlauf	76
5.5	Die spezifischen Bedeutungszusammenhänge von Geschwistern	78
5.6	Die Bewältigungsanforderungen aus Perspektive der Geschwister – Hinweise für die Entwicklung spezifischer Angebote für Betroffene	79

5.7	Familie, Beziehungen und die Regulation von Nähe und Distanz – Ein Ausblick auf die Forschung zur Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter.....	82
5.8	Methodenkritik	83
5.8.1	Limitierungen der Stichprobe	83
5.8.2	Limitierungen durch die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse.....	83
5.8.3	Limitierungen bei der Methode der ZBKT_LU	84
6	FAZIT	86
7	LITERATUR	87
8	SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	94
9	APPENDIX.....	95
A1.	Instruktion zum Beziehungsepisoden-Interview	95
A2.	Kurzfragebogen Personendaten.....	95
A3.	Halbstrukturierter Interview-Leitfaden	97
A4.	Kategoriensystem zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter.....	98
A5.	Häufigkeiten der Prädikate	123
A6.	Dokumentenportraits	125

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Grundmodell zu den Zusammenhängen zwischen Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und Langfristigen Auswirkungen.....	47
<i>Abbildung 2:</i>	Wechselwirkungen zwischen Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und Langfristigen Auswirkungen.	48
<i>Abbildung 3:</i>	Phasenmodell zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter.....	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	<i>Beispiel für die tailormade-Formulierungen der Komponenten WS und RO</i>	23
Tabelle 2:	<i>Beispiel für die Struktur des Standardkategoriensystems nach Albani et al. (2008), hier die disharmonische Kategorie L mit ihren Unterkategorien und Prädikaten.</i>	23
Tabelle 3:	<i>Beispiel für die Vorgehensweise bei der Auswertung</i>	25
Tabelle 4:	<i>Kategorien zu den Bewältigungsanforderungen, den Auswirkungen der Erkrankung sowie den Bewältigungsformen bei Geschwistern von Psychose-Erkrankten</i>	34
Tabelle 5:	<i>Beispiel für die Darstellung der Ergebnisse.</i>	49
Tabelle 6:	<i>ZBKT der Interviews B1 bis B7 mit absoluten Häufigkeiten, tailormade-Formulierungen und Konfliktbeschreibungen.</i>	51
Tabelle 7:	<i>Am häufigsten genannte Prädikate der Komponenten.</i>	59

Abkürzungsverzeichnis

<i>AE</i>	<i>Aversive Emotionen</i>
B1, B2, B3,..., B7	Bezeichnungen für Interview 1 bis Interview 7
BEI	Beziehungsepisoden-Interview
<i>BF</i>	<i>Bewältigungsformen</i>
<i>DE</i>	<i>Destabilisierende Einflüsse</i>
<i>IE</i>	<i>Intrusive Einflüsse</i>
<i>LA</i>	<i>Langfristige Auswirkungen</i>
NB	Nachträgliche Bewertung
RO	Reaktion Objekt
RS	Reaktion Subjekt
<i>VE</i>	<i>Verstörende Einflüsse</i>
WO	Wunsch Objekt
WS	Wunsch Subjekt
ZBKT_LU	Zentrales Beziehungs-Konfliktthema (Leipzig Ulm)

ZUSAMMENFASSUNG

Geschwister von psychisch erkrankten Personen sind auf spezifische Weise durch die Erkrankung der Schwester oder des Bruders belastet. In der Forschung zur Bewältigung psychischer Erkrankungen durch Eltern, Partner oder Kinder sind sie unterrepräsentiert. In der vorliegenden Studie wird daher untersucht, welche Bewältigungsanforderungen und Bewältigungsformen spezifisch für Geschwister sind. Das Vorgehen dieser Studie ist explorativ und basiert auf qualitativen Methoden. Anhand von sieben Interviews wird eine Qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt, und die Zentralen Beziehungs-Konfliktthemen (ZBKT) werden ermittelt. Die Stichprobe besteht aus sechs Frauen und einem Mann zwischen 37 und 78 Jahren ($M=48.86$, $SD=12.69$), die ein Geschwister mit einer länger als 10 Jahre andauernden Psychose-Erkrankung haben. Es zeigt sich, dass die Geschwister von Psychose-Erkrankten Personen mit traumatisierenden Erlebnissen und mit aggressiven Verhaltensweisen des Erkrankten konfrontiert sind. Durch die krankheitsbedingt veränderte Beziehungsgestaltung in der Herkunftsfamilie erfahren sie zusätzliche Belastungen. Bei der Bewältigung ist für die Geschwister Psychose-Erkrankter die Fähigkeit zur Regulierung von Nähe und Distanz von besonderer Bedeutung. Zukünftige Forschung sollte stärker die Beziehungen innerhalb der Familie untersuchen und dabei verschiedene Phasen im Krankheitsverlauf berücksichtigen.

ABSTRACT

Siblings of mentally ill persons are burdened in a specific way by the illness of their sister or brother. They are underrepresented in research on parents, partners or children coping with mental illness. The present study therefore examines which coping demands and coping skills are specific for siblings. The procedure of this study is explorative and based on qualitative methods. Based on seven interviews, a Qualitative Content Analysis will be conducted and the Core Conflict Relationship Themes (CCRT) will be identified. The sample consists of six women and one man between the ages of 37 and 78 ($M=48.86$, $SD=12.69$) who have siblings that have been diagnosed with a psychotic illness for more than 10 years. It turns out that the siblings of psychosis sufferers are confronted with traumatizing experiences and with aggressive behavior of the patient. Due to the disease-related changes in the relationship in the birth family, they experience additional burdens. In coping, the ability to regulate closeness and distance is of particular importance to the siblings of psychosis sufferers. Future research should focus more on family relationships, taking into account different stages of the disease process.

1 EINFÜHRUNG

Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, gerät die ganze Familie unter Druck. Die Nöte und Problemlagen von Eltern und Partnern psychisch erkrankter Menschen sind umfangreich erforscht und beschrieben worden (u.a. Gater et al., 2014; Jungbauer, Bischof, & Angermeyer, 2001; Schmid, Spießl, & Cording, 2005a; Krautgartner et al., 2005). Auch die Kinder psychisch kranker Eltern stehen mittlerweile im Fokus des Forschungsinteresses (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017; Lenz, 2014). Sehr wenig untersucht ist dagegen die Situation von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen (Schmid, Spießl, & Cording, 2005b; Schmid, Schielein, Spießl, & Cording 2006). Geschwister wurden von wissenschaftlicher Seite bislang am ehesten als „Hochrisikogruppe“ in den Blick genommen, mit der eine höhere Wahrscheinlichkeit verbunden ist, selbst psychisch zu erkranken. Diese High-Risk-Forschung zielt darauf ab, die Rolle von biologischen und genetischen Ursachen psychischer Erkrankungen zu untersuchen (Rietkerk, Boks, Sommer, Liddle, Ophoff, & Kahn, 2008). Sie ist weniger dazu geeignet, die psychosoziale Situation - hier von Geschwistern - psychisch Erkrankter besser zu verstehen, um beispielsweise deren Belastungen reduzieren und gezielte Hilfeangebote entwickeln zu können.

1.1 Geschwisterbeziehungen im Kontext psychischer Erkrankungen

Geschwisterbeziehungen gehören zu den intensivsten und am längsten andauernden Beziehungen überhaupt, und ihnen sind eigene Qualitäten, Funktionen und Bedeutungen inhärent (Seiffge-Krenke, 2001). Im Vergleich zu ihren Eltern sind Geschwister psychisch erkrankter Menschen schon sehr früh in ihrer Entwicklung und Biographie mit der psychischen Erkrankung ihres Bruders oder ihrer Schwester konfrontiert. Sie sind am meisten davon betroffen und hoch vulnerabel, wenn ihr Geschwister psychisch erkrankt (Friedrich, Lively, & Rubenstein, 2008; Lively, Friedrich, & Buckwalter, 1995).

Jungbauer et al. (2001) machen darauf aufmerksam, dass die gleichen Belastungsthemen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung für unterschiedliche Personengruppen jeweils andere Bedeutungen haben. Wasow (1985) verglich beispielsweise die Verlusterfahrung von Eltern, Ehepartnern und Kindern psychisch kranker Menschen. Sie zeigt auf, dass der Verlust für die Eltern eher zukunftsgerichtet ist und sich auf verlorene Hoffnungen und Perspektiven für ihre Kinder bezieht, während er für Ehepartner mit der Gegenwart verbunden ist und Einschnitte im gemeinsamen Alltag bedeutet (Wasow, 1985). Für Geschwister könnte die

Verlusterfahrung im Kontext der Geschwisterfunktionen von Bedeutung sein, wie sie von Seiffge-Krenke (2001) beschrieben sind. Das könnte beispielsweise der Verlust von Vorbildfunktionen des älteren Geschwisters sein, der Verlust eines Vergleichsmaßstabs von Ähnlichkeit und Differenz zwischen Geschwistern, oder eine Intensivierung des Verantwortungsgefühls gegenüber erkrankten jüngeren Geschwistern, die zum Verlust von eigenen Freiheiten führt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich durch die spezifische Geschwisterbeziehung besondere Konfliktlagen und Auswirkungen, aber auch Chancen im Sinne von Persönlichkeitswachstum für die gesunden Geschwister¹ ergeben, die möglicherweise prägend für das gesamte weitere Leben sind.

1.2 Belastungen der gesunden Geschwister durch die Erkrankung

Während es zu den subjektiven Bedeutungen der Erkrankung für die Geschwisterbeziehung bislang keine differenzierte Forschung gibt, haben einige Studien die spezifischen Belastungen der gesunden Geschwister untersucht. Barak & Solomon (2005) fanden bei Geschwistern psychisch Erkrankter höhere objektive und subjektive Belastungen als bei einer Kontrollgruppe. Lively, Friedrich und Rubenstein (2004) fanden eine hohe Belastung der gesunden Geschwister besonders durch Wahn, Halluzinationen, Störungen in der Haushaltsroutine und dem Nichteinhalten der Medikation seitens der erkrankten Geschwister. Schmid et al. (2005b) konnten die Belastungen nach einer Medline-Datenbankrecherche im Hinblick auf die Beziehungen zum erkrankten Geschwister, auf die Beziehungen zu den Eltern und den anderen Geschwistern, sowie im Hinblick auf die eigene Lebenssituation der gesunden Geschwister unterscheiden.

Obwohl sich für die Geschwister besondere Beziehungen zu den Erkrankten und spezifische Belastungen im Kontext der Erkrankung aufzeigen lassen, und obwohl die Arbeit mit Angehörigen nachweislich wichtig für den Verlauf der Erkrankung ist, werden Geschwister bei der Planung von Hilfeangeboten weitgehend ignoriert (Schrank, Sibitz, Schaffer, & Amering, 2007; Bowman et al., 2014; Sin, Moone, Harris, Scully, & Wellmann, 2012).

1.3 Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge der Erkrankung des Geschwisters

Schrank et al. (2007) weisen darauf hin, dass bei etwa einem Drittel der von ihnen untersuch-

¹ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit und des Textverständnisses zwischen erkrankten Geschwistern auf der einen Seite und gesunden Geschwistern auf der anderen Seite unterschieden. Inhaltlich ist diese Unterscheidung allerdings kaum zutreffend: Weder sind die erkrankten Geschwister ausschließlich krank, noch sind die gesunden Geschwister ausschließlich gesund.

ten Geschwister Hinweise auf gesundheitliche Beeinträchtigungen vorlagen. Auch aus der Studie von Sin, Henderson, Pinfold und Norman (2013) geht hervor, dass Geschwister psychisch Erkrankter in erhöhtem Maße selbst gefährdet sind, psychisch zu erkranken. Die Autoren entwickelten ein Interventions-Projekt zur Unterstützung von Geschwistern, deren Bruder oder Schwester zum ersten Mal eine psychotische Episode erlebte. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen stehen bei diesen Studien aber nicht im Zusammenhang mit genetischen Ursachen, sondern werden als Folge der hohen Belastungen diskutiert.

1.4 Forschungsbedarf zu den Auswirkungen und zu Bewältigungsformen der Erkrankung

Insgesamt ist die Literatur zur Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter sehr begrenzt. Bei den Studien zur Belastung der Geschwister ist meist nicht abgebildet, inwiefern die Belastungsthemen sich in ihrer Bedeutung für die Geschwister von der Bedeutung für die Eltern unterscheiden. Es gibt weiterhin keine systematischen Untersuchungen zu den subjektiven Sichtweisen der Geschwister. Auch fehlen Studien zu den *Auswirkungen* der Belastungen auf die gesunden Geschwister bislang völlig (Schmidt et al., 2005b). Bei der *Bewältigung* der Belastungen werden die Geschwister nicht nur von den psychiatrischen Hilfeeinrichtungen alleine gelassen (Schrank et al., 2007), auch die Studien zur Bewältigung sind extrem begrenzt (Lively et al., 2004).

Das Anliegen dieser Arbeit ist es daher, die langfristigen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Lebenssituation des gesunden Geschwisters zu explorieren. Damit verbunden sind die Fragen, welche Bewältigungsanforderungen sich für die gesunden Geschwister daraus ergeben, und ob sich hilfreiche Aspekte oder besondere Formen der Bewältigung bei ihnen auffinden lassen. Dabei sollen vor allem die subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen der Geschwister ins Zentrum gerückt werden, um ihre spezifische Situation genauer erfassen und beschreiben zu können.

Psychosen als eine schwere Form psychischer Erkrankungen verursachen enormes Leid. Sie sind sowohl für die Betroffenen als auch für deren Angehörige besonders schwer zu bewältigen (Lively et al., 2004; Scharfetter, 1990). Für diese Untersuchung wird daher angenommen, dass die Belastungen bei Geschwistern von *Psychose*-Erkrankten besonders hoch sind und die zu erhebenden Daten bei dieser Personengruppe besonders aussagekräftig sind. Es werden

daher ausschließlich Geschwister von Psychose-erkrankten Personen untersucht. Zusätzlich soll die Erkrankung vor mehr als zehn Jahren ausgebrochen sein und einen chronischen Verlauf genommen haben. Dadurch können auch langfristige Auswirkungen auf die Geschwister erkennbar werden. Zudem besteht aufgrund der langen Dauer der Erkrankung die Möglichkeit, die in dieser Zeit entwickelten eigenen Formen der Bewältigung zu erheben.

1.5 Das methodische Vorgehen

Das methodische Vorgehen dieser Studie ist explorativ und qualitativ. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Interviews mit Geschwistern Psychose-Erkrankter, die mit zwei qualitativen Methoden ausgewertet werden: Mit der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010b; 2015; Schreier, 2012) können besonders die subjektiven Bedeutungszusammenhänge von Bewältigungsanforderungen, langfristigen Auswirkungen und des Bewältigungsverhalten erfasst werden. Mit der Methode der Zentralen Beziehungs- und Konfliktthemen (Luborsky, 1977; Albani, Pokorny, Blaser, & Kächele, 2008) ist es möglich, intrapsychische Aspekte wie Wünsche und Konfliktthemen zu erfassen, sowie interpersonelle Beziehungsmuster im Kontext der Erkrankung des Geschwisters zu ermitteln.

Die Ergebnisse der Studie werden anschließend im Zusammenhang mit psychologischen Konzepten und Theorien ausführlich diskutiert und sowohl für die zukünftige Forschung in diesem Bereich, als auch für die Entwicklung von Hilfeangeboten für Geschwister von Psychose-Erkrankten fruchtbar gemacht.

2 THEORIE

Einführend wurde ein Überblick über die begrenzte Literatur gegeben, in die die vorliegende Studie eingebettet ist. Im Folgenden wird das Thema Bewältigung für die Zwecke dieser Studie eingegrenzt und definiert (Kap. 2.1). Anschließend wird die Methode der Zentralen Beziehungs-Konfliktthemen in seiner Relevanz für die vorliegende Arbeit dargestellt (Kap. 2.2) und die notwendigen Anpassungen der Methode im Sinne des Forschungsinteresses erläutert (Kap. 2.3). Daraus werden die konkreten Forschungsfragen abgeleitet (Kap. 2.4) und das Erkenntnisinteresse dieser Studie zusammengefasst (Kap. 2.5).

2.1 Bewältigung als transaktionales und subjektives Geschehen

Objektive Belastungsfaktoren, subjektives Belastungserleben und Konzepte zur Bewältigung stehen in engem Zusammenhang zueinander (Jungbauer et al., 2001). Viele Studien haben gezeigt, dass es erhebliche Unterschiede zwischen objektiven Belastungsfaktoren und subjektivem Belastungserleben gibt. Eine objektiv hohe Belastung muss nicht mit einem subjektiv hohen Belastungserleben korrelieren (Jungbauer et al., 2001). Insbesondere das subjektive Belastungserleben wirkt sich aber im Gegensatz zu objektiven Belastungsfaktoren auf das psychische Wohlbefinden von Angehörigen psychisch Kranker aus (Noh & Turner, 1987).

Neben der Unterscheidung von objektiven und subjektiven Belastungen werden in der Belastungsforschung auch die komplexen Wechselwirkungen von Belastungsfaktoren, Belastungserleben, verfügbaren Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren in den Fokus genommen (Jungbauer et al., 2001). Das grundlegende Modell, mit dem sich die Wechselwirkungen darstellen lassen, ist das Transaktionale Modell der Stressbewältigung von Lazarus und Folkman (1984). Im Transaktionalen Modell wird Bewältigung als ein Prozess verstanden, bei dem die subjektive Einschätzung und Bewertung einer Situation ausschlaggebend dafür ist, ob sie zu Stresserleben führt und bewältigt werden muss. Eine Person nimmt demnach zuerst eine Bewertung einer Situation vor und unterscheidet, ob die Situation stressreich, irrelevant oder positiv ist (primary appraisal). Wenn die Situation beispielsweise als bedrohlich oder herausfordernd wahrgenommen und somit als stressreich eingestuft wird, findet im nächsten Schritt eine Einschätzung der zur Bewältigung der Situation verfügbaren eigenen Ressourcen zur Bewältigung der Situation statt (secondary appraisal). Werden die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten als zu gering eingeschätzt, entsteht potentiell Stress und macht ein Bewältigungsverhalten erforderlich. In einem dritten Schritt kommt es nach dem Bewältigungsverhalten zu einer Neueinschätzung der Ausgangssituation (reappraisal). Die Person bewertet,

ob sie die Situation immer noch als stressreich wahrnimmt, oder ob sie aufgrund des Bewältigungsverhaltens als nicht mehr relevant oder sogar als positiv angesehen wird (Lazarus & Folkman, 1984; Nusko, 1986).

Das Transaktionale Modell von Lazarus und Folkman (1984) zeigt die Subjektivität des Belastungserlebens sowie des Bewältigungsverhaltens. Jede Situation, die subjektiv als stressreich betrachtet wird, und die eigenen Bewältigungskapazitäten zu übersteigen scheint, ist demnach eine Bewältigungsanforderung. Und jede Handlungsweise, Sichtweise oder Kognition, die einer Person potentiell dazu verhilft, die Ausgangssituation in der Neubewertung als nicht mehr stressreich zu bewerten, ist demnach eine Möglichkeit der Bewältigung. Es gibt in der Bewältigungsforschung kaum einen Aspekt des Erlebens und Verhaltens, der noch nicht im Hinblick auf erfolgreiche Bewältigung untersucht wurde (Filipp & Aymanns, 2010). Da sich subjektive Einschätzungen oder kognitive Bewältigungsprozesse jedoch nicht beobachten lassen, wird die Bedeutung der Qualitativen Inhaltsanalyse als Methode zur Analyse von solchen Belastungs-Bewältigungs-Prozessen betont (Brüderl, 1988), sowie die Bedeutung qualitativer Methoden für die Belastungsforschung bei den Angehörigen psychisch kranker Menschen herausgestellt (Jungbauer et al., 2001).

Die Forschungslage zur Bewältigung von Belastungen, kritischen Lebensereignissen oder Lebenskrisen ist äußerst umfangreich und komplex (Filipp & Aymanns, 2010). Während das Bewältigungsgeschehen aus einer stresstheoretischen Perspektive Krankheit verursachen kann, eröffnet es aus einer entwicklungstheoretischen Perspektive die Chance zu persönlichem Wachstum. Bewältigung lässt sich außerdem als mentales Geschehen beschreiben, als sozial-interaktives Geschehen, oder auch als personales Geschehen (Filipp & Aymanns, 2010). Aus der Perspektive der Klinischen Psychologie werden vor allem die Prozesse von Stress- und Affektregulation (Znoj, Herpertz, & Mundt, 2008) bzw. Emotionsregulation (Holodynski, 2006; Benecke, Vogt, Bock, Koschier, & Peham, 2008) und deren Entwicklung im Kontext der Bindungstheorie (Rass, 2012; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004) erforscht und in einen Zusammenhang mit der Bewältigung von Belastungen gestellt.

Der Facettenreichtum dieser Forschungsgebiete zeigt die erwartbaren vielfältigen Perspektiven, von denen aus sich die subjektiven Bewältigungsformen der Geschwister psychisch Erkrankter beleuchten und erklären lassen. Zugunsten eines explorativen Vorgehens werden jedoch im Vorfeld dieser Studie keine bestimmten Aspekte favorisiert und im Interview beson-

ders erfragt. Bewältigungsanforderungen und Bewältigungsformen werden im Sinne des Transaktionalen Modells zunächst grundlegend als Prozess verstanden, dem subjektive Bewertungen zugrunde liegen, die über das Ausmaß der Belastung und die Notwendigkeit zur Bewältigung entscheiden. Ziel dieser Studie ist es, diese subjektiven Bewertungen und Sinnzusammenhänge bei Geschwistern psychisch erkrankter Menschen zu evaluieren, sowie für diese Gruppe spezifische Bewältigungsformen zu identifizieren. Erst daran anschließend soll entschieden werden, welche Theorien und Konzepte zur Interpretation und Erklärung der Ergebnisse herangezogen werden sollten.

In Anlehnung an Filipp und Aymanns (2010) wird Bewältigung daher sehr allgemein als Versuch definiert, einen aversiven Anfangszustand mental oder aktional in einen erwünschten oder besseren Endzustand zu transformieren (S. 127).

2.2 Die Zentralen Beziehungs- Konfliktthemen (ZBKT) und das Beziehungsepisoden-Interview (BEI)

Die Methode der Zentralen Beziehungs-Konfliktthemen (ZBKT) wird hier für die Erforschung der Sichtweisen von Geschwistern gewählt, da sie die Möglichkeit bietet, intrapsychische Strukturen auf einer interpersonellen Ebene abzubilden (Albani et al., 2008). Die Methode wurde ursprünglich zur Erfassung von Beziehungsmustern in psychoanalytischen Therapien entwickelt (Luborsky 1977). Luborsky (1994) bezog sich bei der Beschreibung von Beziehungsmustern bei seinen Patienten hauptsächlich auf drei Komponenten, die auch Freud bei seiner Beschreibung des Übertragungskonzeptes verwendet hatte: (1) Dem Wunsch oder Bedürfnis des Subjekts, (2) die Reaktion seines Gegenübers auf diesen Wunsch, und (3) die dadurch entstehende Reaktion des Subjektes. Diese drei Komponenten (Wunsch, Reaktion Objekt und Reaktion Subjekt) legte er seiner Methode zugrunde und operationalisierte damit das Übertragungskonzept von Freud (Kächele & Dahlbender, 1993).

Die Methode basiert auf der Annahme, dass die Schilderungen von Beziehungserfahrungen charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthalten und damit typische, sich wiederholende Muster abbilden, die so sichtbar gemacht werden können (Kächele & Dahlbender, 1993). Aus psychodynamischer Perspektive verstehen Albani et al. (2008) die Beziehungsmuster als konflikthafte Resultante, die zwischen den Wünschen einerseits und den Reaktionen des Interaktionspartners andererseits entsteht.

Luborsky (1988) geht davon aus, dass eine Anzahl von sechs Beziehungsepisoden² ausreicht, um Zentrale Beziehungs-Konfliktthemen zu ermitteln (S.110). Basierend auf seiner Beschreibung des Relationship Anecdotes Paradigm (Luborsky, 1998) entwickelten Dahlbender, Torres, Reichert, Stübner, Frevert und Kächele (1993) für den deutschsprachigen Raum das „Beziehungsepisoden-Interview“ (BEI). Mit der Methode des BEI können Beziehungsepisoden auch außerhalb von Psychotherapiestunden generiert und für die Forschung zugänglich gemacht werden (Dahlbender et al., 1993).

Mittlerweile wurde die ZBKT-Methode vielfach modifiziert und in unterschiedlichsten Bereichen angewendet. In der Forschung ermöglicht sie beispielsweise die Analyse von Beziehungs- und Konfliktmustern im Zusammenhang mit Bindungsvariablen, Krankheitsbildern und Prozessverläufen von Therapien (Albani et al., 2008). Im klinischen Bereich können die Zentralen Beziehungs-Konfliktthemen u.a. zu einem besseren Verständnis von Übertragungsbeziehungen, Objektbeziehungen und Bindungsrepräsentanzen beitragen und die Entwicklung eines Therapiefokus in psychodynamischen Therapien unterstützen bzw. empirisch absichern (Albani et al., 2008). Außerdem hat eine Arbeitsgemeinschaft der Universitäten Leipzig und Ulm die ZBKT-Methode in Kooperation mit Luborsky weiterentwickelt und ein überarbeitetes und vereinheitlichtes Kategoriensystem zur Verfügung gestellt (Albani et al., 2008). Diese weiterentwickelte ZBKT_LU-Methode³ wird der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt. Sie basiert weiterhin auf den drei oben genannten Komponenten Wunsch (W), Reaktion Objekt (RO) und Reaktion Subjekt (RS) und ermöglicht eine standardisierte Zuordnung der Komponenten in das Kategoriensystem, wodurch die Zentralen Beziehungs-Konfliktmuster miteinander vergleichbar werden. Die Komponenten wurden von der Arbeitsgruppe zu Forschungszwecken zusätzlich differenziert und für verschiedene Auswertungsmöglichkeiten manualisiert (Albani et al., 2008).

Durch die Möglichkeit zur standardisierten Auswertung können die Zentralen Beziehungs-Konfliktmuster bei Geschwistern Psychose-Erkrankter ermittelt und die Beziehungsstrukturen einer qualitativen Beschreibung zugänglich gemacht werden. Dabei liegt das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit insbesondere bei solchen Beziehungsstrukturen, die von den gesunden Geschwistern im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung berichtet werden. Ein weiteres Anliegen ist es, etwas darüber zu erfahren, wie die Geschwister das Erlebte

² Dementgegen empfehlen Albani et al. (2008) eine höhere eine Anzahl von zehn Beziehungsepisoden.

³ Der Zusatz _LU steht dabei für die Arbeitsgruppe Leipzig-Ulm ebenso wie für „Logically Unified“ (Albani et al., 2008, S.11)

verarbeiten und konflikthafte Beziehungen oder Situationen bewältigen. Dies führt zu zwei Anpassungen der Methode, die im Folgenden erläutert werden.

2.3 Anpassungen der Methode: Der Krankheitsfokus und die systematische Erhebung der subjektiven Bewertung

Um zukünftige Forschungen mit dem BEI besser vergleichbar zu machen, entwickelten Dahlbender et al. (1993) eine standardisierte Instruktion zur Erhebung von Beziehungsepisoden (Dahlbender et al., 1993). Sie erklärten dazu, dass die Vorgehensweise im BEI je nach der verfolgten Zielsetzung anzupassen sei. In der vorliegenden Arbeit wird die Instruktion im Sinne der interessierenden Fragestellung deshalb zunächst dahingehend verändert, dass sich die Beziehungsepisoden inhaltlich auf Erlebnisse im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung des Geschwisters beziehen sollen. Die Instruktion beginnt nicht mit dem Hinweis, dass es im Folgenden um Beziehungen geht, wie bei Dahlbender et al. (1993), sondern lautet: „Im Folgenden Teil geht es um konkrete Erlebnisse im Zusammenhang mit der Erkrankung Ihrer Schwester bzw. Ihres Bruders“ (siehe Appendix A1).

Die zweite Anpassung macht sich den großen Vorteil der Methode zunutze, dass mit dem BEI einzelne Situationen erfragt und dabei gleichzeitig verschiedene Komponenten systematisch erhoben werden können. Im Hinblick auf das hier vorliegende Interesse an den Formen der Bewältigung wird daher eine zusätzliche Komponente eingefügt: Die Interviewten werden gebeten, bei jeder Beziehungsepisode abschließend zu berichten, wie sie die Situation nachträglich einschätzen oder bewerten (siehe Appendix A1). Diese zusätzliche Komponente zur nachträglichen Bewertung lehnt sich an dem Transaktionsmodell zur Stressbewältigung an und entspricht der Neueinschätzung der Ausgangssituation, dem „reappraisal“ (Lazarus & Folkman, 1984). Im Kontext der ZBKT_{LU}-Methode kann die Komponente möglicherweise charakteristische, sich wiederholende Muster sichtbar machen, die bei der Verarbeitung und Bewältigung des Erlebten eine Rolle spielen.

Die Auswertung nach der ZBKT_{LU}-Methode bezieht sich insgesamt also auf die drei ursprünglichen Komponenten W, RO und RS, sowie auf die zusätzliche Komponente der nachträglichen Bewertung (NB). Dies ermöglicht vielfältige Aussagen zu den Fragestellungen dieser Arbeit: Zunächst können die Wünsche der gesunden Geschwister im Hinblick auf das erkrankte Geschwister sichtbar gemacht werden. Weiterhin können Konflikte, die sich im psychodynamischen Sinn zwischen den Wünschen des Subjektes auf der einen Seite und den

Reaktionen des Objektes auf der anderen Seite ergeben, abgebildet werden. Möglicherweise geben die ermittelten Zentralen Beziehungs-Konfliktmuster außerdem Hinweise auf qualitative Aspekte der Geschwisterbeziehungen. Und durch die Erhebung der zusätzlichen Komponente zur nachträglichen Bewertung können zudem subjektive Betrachtungsweisen zur Bewältigung erfasst werden.

2.4 Die Forschungsfragen

Aus den bisherigen Ausführungen ergeben sich folgende Fragestellungen für die Masterarbeit:

- I) Lassen sich Bewältigungsanforderungen und langfristige Auswirkungen der Belastungen aufgrund der Psychose-Erkrankung des Geschwisters auf die Lebenssituation der gesunden Geschwister beschreiben?
- II) Welche zentralen Beziehungs- oder Konfliktmuster finden sich bei den gesunden Geschwistern in Beziehungen zu ihrem sozialen Umfeld in Situationen, die durch die Psychose-Erkrankung des Geschwisters belastet sind?
- III) Auf welche hilfreichen Aspekte oder besonderen Formen von Bewältigung seitens der gesunden Geschwister kann aufgrund dieser Erkenntnisse geschlossen werden?

2.5 Zusammenfassung

Obwohl Geschwister psychisch erkrankter Menschen eine bedeutende Rolle für die Erkrankten spielen und im Kontext der Erkrankung von Belastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen betroffen sind, werden sie sowohl in der Forschungsliteratur als auch im psychiatrischen Hilfesystem kaum wahrgenommen. Ziel dieser Arbeit ist es, die subjektiven Belastungen und Bewältigungsanforderungen der Geschwister zu ermitteln und die langfristigen Auswirkungen der Erkrankung zu explorieren. Dabei werden mit der Methode der Zentralen Beziehungs-Konfliktmuster die interpersonellen Prozesse genauer betrachtet, die diesen Belastungen und Auswirkungen zugrunde liegen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Wünschen und subjektiven Einschätzungen der Situation und dem Bewältigungsverhalten der Geschwister.

Insgesamt soll die vorgelegte Studie dazu beitragen, die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Geschwister der Erkrankten, sowie das damit verbundene Bewältigungsverhalten dieser Geschwister auf interpersoneller und intrapsychischer Ebene besser zu verste-

hen. Aus diesen Erkenntnissen werden Ansatzpunkte für die weitere Erforschung der spezifischen Situation der Geschwister, sowie Implikationen und Handlungsbedarfe für (sozial-)psychiatrische Einrichtungen und Angehörigenverbände abgeleitet. Die Arbeit trägt außerdem dazu bei, eine wesentliche Lücke in der Literatur zu den Familien und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen etwas mehr zu schließen.

3 METHODE

3.1 Überblick über das methodische Vorgehen

Wenn ein Gegenstandsbereich bislang nicht oder wenig erforscht ist und sich deshalb noch keine präzisen Fragestellungen oder Hypothesen zu ihm entwickeln lassen, ist ein qualitatives und exploratives Forschungsdesign angezeigt (Mayring, 2010a). Einführend wurde das explorative methodische Vorgehen in dieser Studie skizziert und das Erkenntnisinteresse an den subjektiven Sichtweisen der Geschwister Psychose-Erkrankter, sowie an intrapsychischen Aspekten und interpersonellen Beziehungsmustern erläutert.

Da diese Studie mit zwei qualitativen Methoden durchgeführt wird, und eine der beiden Methoden zusätzlich angepasst wurde, ist das folgende Kapitel umfangreich: Zunächst werden die Stichprobe (Kap. 3.2) und die Durchführung der Interviews (Kap. 3.3) näher beschrieben, sowie die Transkriptionsregeln dargestellt (Kap. 3.4). Danach wird das Vorgehen bei der qualitativen Auswertung erläutert (Kap. 3.5) und die konkreten Auswertungsschritte bei der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kap. 3.5.1) und bei der ZBKT_{LU}-Methode (Kap. 3.5.2) veranschaulicht. Zudem wurde bei der Verwendung des manualisierten Auswertungsschemas von Albani et al. (2008) eine Anpassung notwendig, die genauer erörtert wird (Kap. 3.5.3).

Ein weiterer Schwerpunkt dieses Kapitels bezieht sich auf die Bestimmung der Reliabilitäten der qualitativen Methoden (Kap. 3.6). Diese werden für die Qualitative Inhaltsanalyse (Kap. 3.6.1) und die ZBKT_{LU}-Methode (Kap. 3.6.2) auf unterschiedliche Weise erhoben, und außerdem bei der ZBKT_{LU}-Methode für vier verschiedene Bereiche differenziert (Kap. 3.6.2.1 bis 3.6.2.4). Es erfolgt dann abschließend eine Zusammenfassung (Kap. 3.6.3).

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe wird absichtsvoll und kriterienorientiert ausgewählt, um einen möglichst hohen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf das Forschungsinteresse zu erreichen (Schreier, 2010). Wie einführend beschrieben, sind die Kriterien a) eine hohe Belastung der Geschwister und b) ein ausreichend langer Zeitraum der Erkrankung, um langfristige Auswirkungen und Bewältigungsformen ermitteln zu können. Dafür wird festgelegt, dass nur Geschwister von Psychose-erkrankten Personen mit einem chronischen Verlauf der Erkrankung von mehr als zehn Jahren untersucht werden.

Bei der Akquise der Geschwister sind sozialpsychiatrische Hilfeinrichtungen und Kliniken, sowie zwei der drei zum Zeitpunkt der Interviews bundesweit existierenden Selbsthilfegruppen für Geschwister angesprochen worden. Drei der Interviewten sind im Kontext der Hilfeinrichtungen akquiriert, die anderen vier waren oder sind in Selbsthilfegruppen engagiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Engagement in der Selbsthilfe u.a. auch von der eigenen Belastung bzw. dem eigenen Leidensdruck motiviert ist, daher kann dies als ein weiterer Hinweis auf eine hohe Belastung der Interviewten gewertet werden.

Die Stichprobe besteht aus sechs Frauen und einem Mann ($N=7$) im Alter zwischen 37 und 78 Jahren ($M=48.86$, $SD=12.69$). Die Erkrankungsdauer der Geschwister liegt zwischen 17 und 51 Jahren ($M=28.43$, $SD=10.20$). Bei sechs der Erkrankten liegt eine schizophrene Erkrankung vor, bei einem eine bipolare Störung. Ferner sind sechs der sieben Geschwister männlich und nur eines weiblich. Fünf leben alleine, einer in einer Einrichtung, und einer ist obdachlos.

3.3 Die Durchführung der Interviews

Insgesamt werden sieben Interviews à 60 Minuten durchgeführt. Die Interviews bestehen aus einem halbstrukturierten Teil in der ersten Hälfte, und einem BEI in der zweiten Hälfte, das die Basis für die ZBKT darstellt.

Vor der Durchführung werden den Teilnehmenden organisatorische und datenschutzrechtliche Hinweise gegeben und sie werden auf die Instruktionen für den zweiten Teil hingewiesen. Ihnen wird erläutert, dass im ersten Teil des Interviews ein freies Erzählen von ihnen erwartet würde, während der zweite Teil etwas formalisierter und strukturierter sei. Damit soll den Teilnehmenden einerseits eine Orientierung über den Ablauf gegeben werden, andererseits sollen sie bereits zu Beginn wissen, dass sie ihnen wichtige Gedanken oder Überlegungen eher im ersten Teil des Interviews unterbringen können, als im zweiten Teil. Anschließend werden sie gebeten, einen Kurzfragebogen auszufüllen, mit dem einige biographische und krankheitsbezogene Daten erfasst werden (siehe Appendix A2).

Der Interview-Leitfaden für den halbstrukturierten Teil umfasst fünf Fragen (siehe Appendix A3). Er wird mit einer offenen Frage und einer Erzählaufforderung zu den Erlebnissen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Geschwisters begonnen. Dadurch sollen auch solche Aspekte der Geschwistersituation erfasst werden können, die möglicherweise nicht im Fokus dieser Studie liegen, wohl aber für die teilnehmenden Geschwister subjektive Bedeutung ha-

ben und Hinweise auf weitere Forschungsbereiche geben können. Es folgen dann drei weitere offene Fragen über Begebenheiten, die in der Vergangenheit besonders schwierig zu bewältigen waren, die heute schwierig zu bewältigen sind, und auf welche Weise die Teilnehmenden mit diesen Situationen jeweils umgegangen sind. Den Abschluss bildet eine Frage zu den persönlichen Veränderungen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Geschwisters. Die Reihenfolge und die Wortwahl der Fragen werden im Interview zugunsten einer ungezwungenen Gesprächsatmosphäre flexibel gehandhabt und dem Gesprächsverlauf angepasst (Kruse, 2014). Der Übergang zum zweiten Teil des Interviews wird so rechtzeitig angekündigt, dass den Teilnehmenden die Möglichkeit zu abschließenden Bemerkungen bleibt, oder diese werden ansonsten erfragt.

Der zweite Teil des Interviews beginnt mit den Instruktionen zum BEI (siehe Appendix A1). Die Instruktionen basieren auf einer standardisierten Form von Dahlbender et al. (1993) und sind für die vorliegenden Fragestellungen angepasst (vgl. Kap. 2.4). Die Teilnehmenden werden gebeten, etwa zehn Situationen zu erzählen, die sie im Zusammenhang mit der Erkrankung ihres Geschwisters erlebt haben. Dazu sollen sie erzählen, wann und wo die Situation stattgefunden hat, wer daran beteiligt war, was das Gegenüber gesagt oder getan hat, was sie selbst gesagt oder getan haben, und wie die Situation ausgegangen ist. Abschließend werden sie gebeten, die Situation nachträglich einzuschätzen bzw. zu beurteilen (siehe Appendix A1). Die interviewende Person achtet bei der Durchführung des Interviews darauf, dass jeweils alle Aspekte von den Teilnehmenden genannt werden und die Beziehungsepisoden⁴ vollständig sind. Gegebenenfalls wird gezielt nachgefragt.

3.4 Die Transkription der Interviews

Bei der Transkription der Interviews wird das „einfache Transkriptionssystem“ nach Dresing und Pehl (2013) angewendet. Vorhandene Satzabbrüche, Überlappungen beim Sprechen, Dialekte oder Akzente werden dabei nicht mit transkribiert, sondern geglättet (Dresing & Pehl, 2013). Darüber hinaus wird bei der Transkription im Zweifelsfall grundsätzlich zugunsten der Lesbarkeit des Interviews entschieden, um die inhaltliche Auswertung zu vereinfachen. Bereits während der Transkription werden alle Namen, Ortsangaben und Bezeichnungen von Gruppen, Vereinen, psychiatrischen Kliniken oder anderen Einrichtungen anonymisiert. Den

⁴ Da die Personen im Interview *nicht* instruiert werden, etwas über Beziehungen zu erzählen, sondern über Situationen im Kontext der Erkrankung, ist der Ausdruck „Beziehungsepisode“ im eigentlichen Sinn nicht mehr zutreffend. Er wird aber beibehalten, da bei der Auswertung dennoch das interpersonelle Geschehen abgebildet wird.

Teilnehmenden wurden die Transkripte vor der Weiterverwendung vorgelegt, damit sie die Glättungen und Vereinfachungen auf ihre Richtigkeit und die Anonymisierung auf ihre Vollständigkeit überprüfen konnten. Die bestätigten Interviewtexte bilden die Grundlage der Auswertungen.

3.5 Die qualitative Auswertung der Interviews

Die transkribierten Interviews bestehen aus zwei Teilen: Dem halbstrukturierten ersten Teil für die Qualitative Inhaltsanalyse und den zehn Beziehungsepisoden im zweiten Teil des Interviews. Bei der Auswertung werden jedoch beide Interviewteile mit beiden Methoden ausgewertet. Einerseits können auch im halbstrukturierten Teil bereits konkrete Situationen beachtet werden, die als Beziehungsepisode auswertbar sind, andererseits kann die qualitative Inhaltsanalyse ohne weiteres auch auf die Beziehungsepisoden im zweiten Teil angewendet werden.

3.5.1 Die Auswertung mit der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse

Die Entwicklung eines deduktiv-induktiven Kategoriensystems wird in mehreren Schritten vollzogen und lässt sich nach Mayring (2010b) als zirkuläres Vorgehen beschreiben: Zunächst werden die Transkripte inhaltsanalytisch kodiert und aus den Kodierungen werden Kategorien gebildet. Die Kategorien werden dabei sowohl induktiv, im Sinne einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse gebildet, als auch deduktiv mithilfe theoretischer Erwägungen (Mayring, 2015). Die Bezeichnungen der Kategorien stellen den Inhalt der Kodierungen in einer abstrahierten Form dar.

Für diese Arbeit wird außerdem definiert, dass eine Analyseeinheit (Kodierung) möglichst klein sein und den Inhalt der zugeordneten Kategorie möglichst eindeutig aufzeigen soll. Die kodierten Textsegmente haben daher unterschiedliche Längen, sollen aber mindestens einen vollständigen Satz umfassen. Im nächsten Schritt werden dann für alle Kategorien Kodierregeln entwickelt und Ankerbeispiele zugeordnet (siehe Appendix A4). In einem zweiten Durchgang der Transkripte werden sämtliche Kodierungen überprüft, sowie die Bezeichnungen der Kategorien und die Kodierregeln präzisiert. Hierbei werden außerdem zusätzliche Kriterien festgelegt, nach denen sich besonders ähnliche Kategorien besser unterscheiden lassen. Am Ende dieses Durchgangs sollen möglichst alle Äußerungen der interviewten Person kodiert sein.

Textsegmente, die auch im zweiten Durchgang keiner eigenen Kategorie zuzuordnen sind, werden darauf überprüft, inwiefern sie als Kontextinformation der nachfolgenden Kodierung genutzt werden können, oder ob weitere Kategorien entwickelt werden müssen. Dadurch kann sich die Größe der Analyseeinheiten erheblich verändern und die Eindeutigkeit der Kodierung lässt an diesen Textstellen möglicherweise etwas nach. Um den Inhalt besser verdeutlichen zu können, werden die Kontextinformationen in der Ergebnisdarstellung daher nicht berücksichtigt.

Grundsätzlich ist eine doppelte Kodierung von Analyseeinheiten zu vermeiden. Wenn die *Kontextinformationen* eine wichtige Rolle zum Verständnis bei mehr als einer Kodierung spielen, können diese aber doppelt kodiert werden, so lange die *Analyseeinheit* weiterhin eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden kann. Es folgt abschließend eine Überprüfung und gegebenenfalls weitere Abstrahierungen und Präzisierungen der Kategorien bzw. des Kategoriensystems.

3.5.2 Die Auswertung mit der Methode des ZBKT_{LU} entsprechend dem Manual

Aufgrund der geringen Datenlage wird für die Auswertung der Interviews das etwas vereinfachte *klinische* Auswertungsschema verwendet, bei dem es nur *eine* zusätzliche Differenzierung der Komponenten gibt: Dabei wird die Komponente Wunsch (W) danach unterschieden, ob sie sich auf einen Anderen, das Objekt (WO), oder auf sich selbst, das Subjekt (WS), bezieht. Alle weiteren Unterscheidungen, ob die Wünsche explizit oder implizit geäußert wurden, ob die Valenz der Reaktionen positiv oder negativ zu bewerten sind etc. können bei der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden. Für solche differenzierteren Auswertungen werden wesentlich mehr Beziehungsepisoden als die hier erhobenen zehn Episoden (Albani et al., 2008) benötigt.

Das Auswertungsschema sieht zunächst die Identifizierung der Beziehungsepisoden im Transkript vor, danach werden alle Komponenten (WO, WS, RO, RS und NB), innerhalb der Beziehungsepisode markiert und *tailormade* (textnah) umformuliert (Albani et al., 2008), siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: *Beispiel für die tailormade-Formulierungen der Komponenten WS und RO*

Textstelle aus einem Interview	Komponenten mit tailormade-Formulierung
Also ich habe ihn, als ich Kind war, verehrt, und ich wollte immer in seiner Nähe sein, und mit ihm unterwegs sein.	(WS) Ich möchte, dass mein Bruder Interesse an mir hat.
Aber da war ein Riegel vor.	(RO) Mein Bruder lässt keine Nähe zu.

Das Kategoriensystem von Albani et al. (2008) verfügt über vier hierarchische Ebenen (siehe Tabelle 2), die eine Komponente zunächst in *harmonisch* versus *disharmonisch* unterscheiden und auf der nächstunteren Ebene bereits 13 Unterscheidungen trifft (von *A sich zuwenden* bis *M sich zurückziehen*). Auf der dritten Ebene sind diese Unterscheidungen in 30 Unterkategorien aufgeteilt (*A1 explorieren, bewundern* bis *M3 krank sein*), denen auf der vierten und untersten hierarchischen Ebene etliche mögliche Emotionen, Gefühlsinhalte, Verhaltensweisen u.ä. zugeordnet sind (*A11 neugierig sein, interessieren* u.a. bis *M34 sterben, sich umbringen*). Albani et al. (2008) sprechen dabei jeweils von *Prädikaten*.

Tabelle 2: *Beispiel für die Struktur des Standardkategoriensystems nach Albani et al. (2008), hier die disharmonische Kategorie L mit ihren Unterkategorien und Prädikaten.*

Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	Ebene 4
disharmonisch	L ärgern, angreifen	L1 jemanden ärgern	L11 kränken, beleidigen, blamieren, lächerlich machen, demütigen
			L12 schadenfroh sein, zynisch sein, auslachen
			L13 ärgern, belästigen, hemmen, jemanden belasten
			L14 stören, ablenken
	L2 angreifen		L21 Angst machen, bedrohen, angreifen, provozieren
			L22 quälen, körperlich verletzen, feindselig sein, kaputt machen
			L23 bestrafen, rächen, zerstören, Gewalt anwenden
			L24 missbrauchen, vergewaltigen

Die Zuordnung der tailormade-Formulierungen zu den Standardkategorien findet entsprechend dem Manual von Albani et al. (2008) in drei Schritten statt. Zuerst werden die Komponenten top-down bis zur dritten hierarchischen Ebene kategorisiert und aus den jeweils häufigsten Kategorien bei den einzelnen Komponenten WO, WS, RO, RS die vorläufigen ZBKT_{LU} formuliert. Dabei ist davon auszugehen, dass die vierte hierarchische Ebene zu differenziert ist, um bei durchschnittlich zehn Beziehungsepisoden eine ausreichende Anzahl von Häufigkeiten zur Formulierung eines ZBKT_{LU} zu erreichen. Im zweiten Schritt wird die Auswertung auf Basis der Ergebnisse überprüft und ein endgültiges ZBKT_{LU} formuliert.

3.5.3 Die nachträgliche Rückführung der Prädikate auf die tailormade-Formulierungen zur Lösung von Anwendungsproblemen bei den ZBKT_{LU}

Bei der Anwendung des Manuals stellte sich heraus, dass es bei diesem Vorgehen meist zwei oder sogar mehr Kategorien gibt, die bei einer Komponente gleich häufig sind, was sich auch nach der Überprüfung des ZBKT_{LU} nicht veränderte. Außerdem waren die Kategorien wenig aufschlussreich und die Ergebnisse erschienen zum Teil inhaltlich widersprüchlich: Beispielsweise ist nicht nachvollziehbar, warum das Subjekt zuversichtlich, sinnlich vergnügt u.ä. reagiert, nachdem sich das Objekt feindselig verhält bzw. das Subjekt ärgerte (siehe Tabelle 3, Spalte „Manualisiertes Vorgehen“).

Es wurde daher ein weiterer Auswertungsschritt entwickelt, der mehr Informationsgehalt zulässt und die inhaltlichen Widersprüche auflöst: Die jeweils häufigsten Komponenten werden auf der vierten hierarchischen Ebene differenziert und die Komponenten werden in der Ergebnisdarstellung auf die Objekte und die tailormade-Formulierungen zurückgeführt (siehe Tabelle 3, Spalte „Zusätzlicher Auswertungsschritt“). Dadurch werden die ZBKT_{LU} informativer und es wird außerdem sichtbar, dass sich die häufigsten Reaktionen des Subjektes auf andere Objekte beziehen als auf die Objekte, deren Reaktionen am häufigsten sind. Durch dieses Vorgehen wird auch die Häufigkeitsverteilung auf der vierten Hierarchieebene sichtbar und würde teilweise zum Verwerfen einer Kategorie auf der dritten hierarchischen Ebene führen. Allerdings scheint dies bei den ohnehin meist geringen Häufigkeiten auf der dritten Ebene kein angemessenes Vorgehen und wird deshalb unterlassen.

Tabelle 3: *Beispiel für die Vorgehensweise bei der Auswertung*

Manualisiertes Vorgehen	Zusätzlicher Auswertungsschritt
Reaktion des Objektes	
Der andere ärgert mich (L1) und ist feindselig (L2).	Mein Bruder beleidigt und blamiert meine Mutter und mich (L11), ist feindselig (L22), macht uns Angst oder bedroht uns (L21).
Reaktion des Subjektes	
Ich bin zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt (C3).	Ich bin erleichtert, dass mein Bruder durch Medikamente friedlich wurde, mein Freund mich versteht und ich über die Krankheit reden kann (C32). Ich fühle mich bei meinem Freund geborgen (C31).

L1, L2 und L3 stellen die Bezeichnungen der Prädikate nach Albani et al. (2008) auf der dritten Hierarchieebene dar, und L11, L22, L21, C32 und C31 beziehen sich auf die Prädikate der vierten Hierarchieebene.

3.6 Die Reliabilität der qualitativen Methoden

Zur Bestimmung der Reliabilität wird bei qualitativen Forschungsmethoden üblicherweise die Intercoder-Reliabilität errechnet (Mayring, 2015). Dazu ist es notwendig, verschiedene Personen zu schulen, in das Kategoriensystem einzuweisen und anschließend mit der Kodierung des gleichen Materials zu beauftragen. Ein solches Vorgehen ist im Rahmen dieser Arbeit nur begrenzt möglich und kann jedoch zumindest bei der ZBKT_{LU}-Methode im Ansatz umgesetzt werden. Das ist dort vor allem deshalb möglich, weil die ZBKT_{LU}-Methode bereits über ein praxiserprobtes Kategoriensystem und insbesondere über ein Manual zur Schulung von Ratern verfügt. Im Unterschied dazu wird das Kategoriensystem zur Situation der Geschwister psychisch Erkrankter wie beschrieben zu explorativen Zwecken neu erstellt, ist noch nicht sehr ausgereift und verfügt über kein Manual. Für die Reliabilitätsmessung bei der Qualitativen Inhaltsanalyse wird daher die *Intracoder*-Reliabilität ermittelt, wie es ebenfalls von Mayring (2015) vorgeschlagen wird. Dabei muss der gleiche Inhaltsanalytiker am Ende der Analyse das Material oder relevante Ausschnitte daraus erneut kodieren (Mayring, 2015). Das unterschiedliche Vorgehen bei den beiden Methoden zur Bestimmung der Reliabilität wird im Folgenden genauer erläutert.

3.6.1 Die Intracoder-Reliabilität bei der Qualitativen Inhaltsanalyse

Für die Intracodierung wurden vier Interviews ausgewählt, die inhaltlich möglichst unterschiedlich sein sollten. Daraus wurden Ausschnitte von 15-20 Minuten zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Interviews (Anfang, Mitte und Ende) ausgewählt. Mit dem größtmöglichen zeitlichen Abstand von fünf Wochen zwischen dem Abschluss der Arbeiten am Kategoriensystem und der Ermittlung der Intracoder-Reliabilität wurden diese Ausschnitte von der gleichen Kodiererin erneut kodiert.

Da die Festlegung der Analyse- und Kontexteinheiten im Verlauf der Entwicklung des Kategoriensystems verändert wurde (vgl. Kap. 3.5.1), ist bei der Auswertung von einer geringeren Einheitlichkeit der Einheiten auszugehen. Daher wird eine Übereinstimmung der Kodierungen dann als solche gewertet, wenn die Textsegmente zu 80 % übereinstimmen. Cohens Kappa fiel in den Ausschnitten der Interviews sehr unterschiedlich aus und betrug im Interview B1 $\kappa = .23$, im Interview B4 $\kappa = .61$, im Interview B6 $\kappa = .38$ und im Interview B7 $\kappa = .47$. Nach Landis und Koch (1977) ist die Güte der Übereinstimmung bei Cohens Kappa zwischen .21 und .40 als fair zu bewerten, zwischen .41 und .60 als moderat, und zwischen .61 und .80 als substantiell. Die Reliabilität der Überprüfung ist also überwiegend als moderat zu bewerten und liegt einmal unterhalb einer moderaten Güte, und einmal oberhalb.

In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob tatsächlich die Übereinstimmung der Kodierungen ausschlaggebend für die Güte ist, oder ob die Festlegung der Analyseeinheiten ebenfalls eine Rolle spielt. Cohens Kappa wurde daher erneut berechnet, dieses Mal jedoch für eine Übereinstimmung der Textsegmente von nur 60 %. Die Reliabilität erhöhte sich dadurch auf $\kappa = .42$ im Interview B1, $\kappa = .65$ im Interview B4, $\kappa = .48$ im Interview B6 und $\kappa = .57$ im Interview B7. Sie liegt damit insgesamt zumindest im moderaten Bereich, einmal auch im substantiellen Gütebereich. Das bedeutet, dass auch die Festlegung der Analyseeinheiten einen Einfluss auf die Güte der Übereinstimmungen der beiden Kodierungen hat.

3.6.2 Die Intercoder-Reliabilität bei der ZBKT_{LU}-Methode

Bei der ZBKT_{LU}-Methode lassen sich verschiedene Bereiche unterscheiden, deren Reliabilität im Laufe des Auswertungsprozesses geprüft werden kann (Albani et al., 2008):

1. Die Übereinstimmung der Festlegung, an welcher Stelle im Text eine Beziehungsepisode anfängt, und wo sie endet.

2. Die Übereinstimmung der textnahen tailormade-Formulierungen.
3. Die Übereinstimmung bei der Festlegung der einzelnen Komponenten (WO, WS, RO, RS und NB) innerhalb einer Beziehungsepisode.
4. Die Bestimmung der Standardkategorien für diese Komponenten.

Albani et al. (2008) gehen für die Schulung von Beurteilern im Forschungskontext von einem 40- bis 50-stündigem Training unter der Anleitung eines erfahrenen ZBKT_{LU}-Beurteilers aus (S.172). Für den klinischen Gebrauch genügt aus ihrer Sicht jedoch bereits die Kenntnis des Manuals, und nicht notwendigerweise eine klinische Erfahrung oder eine psychodynamische Orientierung.

Die vorliegende Masterarbeit befindet sich methodisch zwischen diesen beiden Polen. Einerseits ist die Datenmenge viel geringer als in üblichen Forschungskontexten, bei denen mehrere hundert Therapiestunden oder weit mehr als fünfzig Interviews ausgewertet werden (Albani et al., 2001; 2008). Andererseits geht es sehr wohl um einen Forschungskontext und nicht um die diagnostischen Möglichkeiten oder die Festlegung eines Therapiefokus, wofür die ZBKT-Methode z.B. im klinischen Bereich verwendet wird (Albani et al., 2008). Es ist daher bei der Reliabilitätsprüfung ein Kompromiss zu finden, der die Güte dieser Untersuchung möglichst systematisch gewährleistet, dabei jedoch nicht auf die Mittel und Kapazitäten in oben beschriebenen Forschungskontexten zurückgreifen kann.

Vor diesem Hintergrund konnte eine zweite Beurteilerin eingearbeitet werden, die -zumindest in begrenztem Umfang- für die Prüfung der Intercoder-Reliabilität der Ergebnisse zur Verfügung stand. Sie orientierte sich sowohl am Manual von Albani et al. (2008), als auch an den Ausführungen und Beispielen von Luborsky (1988). Um eine möglichst gute Übereinstimmung zu erreichen, wurde die Kodierung zunächst testweise ausprobiert und besprochen, und anschließend im Sinne eines Trainingsprozesses systematisch geübt (Albani et al., 2008). Dabei wurden insbesondere die nicht übereinstimmenden Stellen des interkodierte Transkriptes diskutiert und anschließend weitere Transkripte interkodiert. Der Reliabilitätskoeffizient diente dabei als Rückmeldung über die erreichte Güte (Albani et al., 2008). Die zweite Beurteilerin stand für die Prüfung der Intercoder-Reliabilität nur in zwei der oben benannten vier Bereiche zur Verfügung. Das genaue Vorgehen bei den vier möglichen Bereichen der Reliabilitätstestung (Beziehungsepisoden, tailormade-Formulierungen, Komponenten und Standardkategorien) wird im Folgenden erläutert und begründet.

3.6.2.1 Die Reliabilität bei der Festlegung der Beziehungsepisoden

Eine Beziehungsepisode ist eine Situation oder ein Erlebnis, von dem eine interviewte Person nach der genauen Instruktion durch das BEI (siehe Appendix A1) berichtet. Zur Überprüfung der Intercoder-Reliabilität bei der Festlegung einer Beziehungsepisode im Transkript des Interviews ist zunächst eine Definition erforderlich, was genau als Beziehungsepisode betrachtet wird. In dieser Arbeit werden nur *vollständige, objektbezogene* Beziehungsepisoden untersucht. Darunter sind Episoden zu verstehen, bei denen a) *alle Komponenten* vorhanden sind, und die sich b) auf *ein anderes Objekt* beziehen (Albani et al., 2008). In Abgrenzung dazu beschreiben Albani et al. (2008) auch subjektbezogene „Selbst-Beziehungsepisoden“, bei denen das Subjekt sich gewissermaßen selbst zum Gegenüber macht (Albani et al., 2008), sowie „Beziehungsepisoden-Fragmente“, bei denen nicht alle Komponenten berichtet werden (Albani et al., 2008). Solche Episoden kommen im Rahmen dieser Arbeit aber kaum vor bzw. werden als unvollständig betrachtet und nicht ausgewertet. Sie sind möglicherweise häufiger in Therapiesitzungen zu finden, wie sie von Albani et al. (2008) berichtet werden.

Als Beziehungsepisode wird in der vorliegenden Studie daher eine Textstelle definiert, die das Vollständigkeitskriterium erfüllt und mindestens einen objektbezogenen Wunsch, einen subjektbezogenen Wunsch, eine Reaktion des Objektes, eine Reaktion des Subjektes und eine nachträgliche Betrachtung oder Bewertung der Situation enthält. Weiterhin bezieht sich eine Beziehungsepisode in der Regel auf einen einheitlichen Handlungskontext und gilt dann als beendet, wenn die Hauptperson (das Objekt) oder die Zeit, in der die Episode stattfindet, wechselt (Albani et al., 2008). Sowohl der Beginn als auch das Ende einer Beziehungsepisode ist in den Interviews häufig durch bestimmte Redewendungen erkennbar (Dahlbender et al., 1993), wie beispielsweise: „Ja, dann erinnere ich mich, da habe ich meinen Bruder mal besucht.“ (Interview B7, Beziehungsepisode 3) oder „Na ja, das war so ein Schlüsselerlebnis.“ (Interview B3, Beziehungsepisode 7).

Zur Überprüfung der Intercoder-Reliabilität wird zusätzlich festgelegt, dass eine Beziehungsepisode nicht notwendigerweise mit einem neuen Abschnitt beginnen muss. Dies ist aus inhaltlicher Sicht notwendig, führt jedoch zu Ungenauigkeiten bei der Festlegung der Textpassagen, die als Beziehungsepisoden zu markieren sind. Als Kriterium für die Intercoder-Reliabilität wird daher eine Übereinstimmung der Textsegmente mit einer Genauigkeit von 80 % im Vergleich zu 60 % vorgegeben.

Nachdem die Beziehungsepisoden bei allen Transkripten festgelegt waren, erfolgte in Zusammenarbeit mit der zweiten Beurteilerin die Prüfung der Intercoder-Reliabilität. Zunächst wurde der Zweitkodiererin die Definition von Beziehungsepisoden erläutert und ihr ein Transkript eines Beziehungsepisoden-Interviews zur Übung vorgelegt. Dieses wurde gemeinsam ausgewertet und besprochen. Danach übernahm die Zweitkodiererin die Festlegung der Episoden für die erste Hälfte eines weiteren Beziehungsepisodeninterviews (Interview B3). Sie bestimmte die Beziehungsepisoden mit einer Übereinstimmung von Cohen's Kappa mit $\kappa=.49$ bei 80% Textübereinstimmung und mit $\kappa=.69$ bei 60 % Textübereinstimmung. Nach Landis und Koch (1977) ist diese Übereinstimmung als moderate bzw. substantielle Güte zu bewerten. Allerdings erfasste die zweite Beurteilerin sieben, statt sechs Beziehungsepisoden, also eine Episode mehr, als die Autorin (erste Kodiererin).

Im nächsten Schritt wurden erneut die voneinander abweichenden Festlegungen bei den Episoden der beiden Beurteilerin besprochen und weitere Details zum Vorgehen festgelegt. Es wurde vereinbart, dass auch Kontextinformationen zu einer Beziehungsepisode gehören, da aus ihnen häufig die wunschbezogenen Komponenten (WO und WS) erkennbar werden. Im nächsten Durchgang bearbeitete die Zweitkodiererin dann die zweite Hälfte des Transkripts (Interview B3) und legte auch dort die Beziehungsepisoden fest. Hier konnte eine Übereinstimmung bei Cohen's Kappa von $\kappa=.11$ bei 80 % Textübereinstimmung und $\kappa=.78$ bei 60 % festgestellt werden. Zwar ist die Interraterreliabilität bei einer Textüberschneidung von 60 % erneut als substantiell zu bewerten und hat sich im Vergleich zum ersten Durchgang verbessert, allerdings hat die Textübereinstimmung insgesamt nachgelassen und *keine* Reliabilität bei einer vorgegebenen Textübereinstimmung von 80 % ergeben.

3.6.2.2 Die Reliabilität bei der Erstellung der tailormade-Formulierungen

Luborsky und Crits (1989) entwickelten eine Methode zur Überprüfung der Übereinstimmung bei den tailormade-Formulierungen. Dabei werden die tailormade-Formulierungen von Klinikern erstellt, paarweise miteinander verglichen und von unabhängigen Gutachtern die Ähnlichkeit der Formulierungen auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung vergleichen Luborsky und Crits (1989) im Weiteren mit der Übereinstimmung der Kliniker nach der Übersetzung ihrer tailormade-Formulierungen in Standardkategorien. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Übereinstimmungen zwischen den Klinikern bei den

tailormade-Formulierungen bereits beachtlich sind, und dass die Übereinstimmungen nach der Einordnung in Standardkategorien noch deutlicher sichtbar werden.

Es ist also davon auszugehen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Intercoder-Reliabilität den tailormade-Formulierungen und den Standardkategorien gibt, und dass die Übereinstimmung der Kodierenden bei den Standardkategorien eher höher ist, als bei den tailormade-Formulierungen.

Diese Annahme lässt sich zwar nicht ohne Weiteres auf das hier verwendete Kategoriensystem der Arbeitsgruppe Leipzig-Ulm übertragen – dennoch erscheint es plausibel, dass sich standardisierte Kategorien treffsicherer und zwischen den Kodierenden übereinstimmender zuordnen lassen, als frei gewählte Formulierungen. Die Testung der Intercoder-Reliabilität findet im Rahmen dieser Studie daher nur auf der Ebene der Standardkategorien statt. Die tailormade-Formulierungen werden trotzdem zur Beschreibung der Komponenten erstellt und auch zur qualitativen Auswertung verwendet.

3.6.2.3 Die Reliabilität bei der Festlegung der Wunsch-, Reaktions- und Bewertungskomponenten

Bei der Bestimmung der Beziehungsepisoden wird, wie oben beschrieben, das Vollständigkeitskriterium angewendet, nachdem eine Beziehungsepisode nur dann vollständig ist, wenn alle Komponenten enthalten sind. Beide Beurteilerinnen kontrollieren also bei der Bestimmung der Episoden gleichzeitig das Vorhandensein der Komponenten und legen diese damit ebenfalls fest. Bei der Erstellung der tailormade-Formulierungen und dem späteren Vergleich der Standardkategorien wurde deutlich, dass die Komponenten zwar nicht immer wortgleich und an der gleichen Textstelle markiert waren, dass aber eine inhaltliche Übereinstimmung gegeben oder im Diskussionsprozess sehr schnell zu finden war. Eine explizite Prüfung der Intercoder-Reliabilität bei der Festlegung der einzelnen Komponenten ist aufgrund der begrenzten Kapazitäten im Rahmen dieser Arbeit jedoch leider nicht möglich. Dies ist bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse einschränkend zu berücksichtigen.

3.6.2.4 Die Reliabilität bei der Bestimmung der Standardkategorien

Die Prüfung der Intercoder-Reliabilität erfolgt bei den Standardkategorien ebenfalls in mehreren Schritten. Die zweite Beurteilerin testete ihr Verständnis der Standardkategorien zunächst anhand einiger Übungsbeispiele. Nach einer gemeinsamen Auswertung und Besprechung

kodierte sie anhand einer Tabelle die Komponenten von fünf Beziehungsepisoden. Wie oben beschrieben wurden die Abweichungen der Raterinnen erneut diskutiert und mit dem Ziel, eine möglichst hohe Übereinstimmung zu erreichen, die Festlegungen der Standardkategorien inhaltlich „trainiert“. Während im ersten Durchgang ein Kappa von $\kappa=.29$ vorlag, konnte im zweiten Durchgang bei der Bestimmung der Standardkategorien in einem anderen Interview ein Kappa von $\kappa=.44$ erreicht werden. Letzteres ist nach Landis und Koch (1977) als eine moderate Güte zu bewerten.

Insgesamt wurden zur Prüfung der Reliabilität etwas mehr als achtzig tailormade-Formulierungen als Standardkategorien bestimmt, die aus zwei verschiedenen Interviews jeweils fünf bzw. sechs Beziehungsepisoden umfassten. Die beiden Interviews waren die verbleibenden Interviews B2 und B5, an denen noch keine Reliabilitätstestung vorgenommen worden war. Die Verbesserung der erreichten Reliabilität weist darauf hin, dass die Güte sich mit weiteren Schulungen steigern ließe, wie dies auch bei Albani et al. (2008) aufgezeigt wurde.

3.6.3 Zusammenfassung des methodischen Vorgehens

Für die vorliegende Studie sind sieben Interviews mit Geschwistern von langfristig Psychoseerkrankten Menschen durchgeführt worden. Die Interviews sind zur Hälfte anhand eines halbstrukturierten Interview-Leitfadens, und zur Hälfte anhand einer für diese Studie angepassten Instruktion für ein Beziehungsepisoden-Interview durchgeführt worden.

Im Rahmen der Auswertung mit der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse wurde ein Kategoriensystem zur Situation der Geschwister erstellt und die Güte des Kategoriensystems mithilfe von Intracoder-Reliabilität als überwiegend moderat bestimmt.

Mit der Methode der ZBKT_{LU} wurden für alle Interviewten Zentrale Beziehungskonfliktthemen im Kontext der psychischen Erkrankung ermittelt, die jedoch erst nach der Entwicklung eines zusätzlichen Auswertungsschrittes zu überzeugenden Ergebnissen geführt hat.

Die Güte der einzelnen Schritte bei der Erstellung der ZBKT_{LU} konnte im Rahmen dieser Studie in zwei von vier Bereichen durch die Messung der Intercoder-Reliabilität bestimmt werden und variierte vom nicht messbaren Bereich bis hin zu einer substanziellen Güte. Ins-

gesamt lässt sich davon ausgehen, dass sich die Reliabilität der Ergebnisse durch umfangreichere Schulungen der Kodierenden verbessern ließe. Auch das neu erstellte Kategoriensystem zur Situation der Geschwister könnte nach dem explorativen Vorgehen in dieser Studie zukünftig weiter zusammengefasst und präzisiert werden, was voraussichtlich zu einer höheren Reliabilität führen würde.

Im Zusammenhang mit der ZBKT_{LU}-Methode wurden außerdem weitere Aspekte ausgewertet, die sich auf die Häufigkeit einzelner Komponenten oder die qualitative Beschreibung der Konflikte bezieht und hier nicht näher beschrieben werden müssen, weil sie selbsterklärend sind. Sie sind im folgenden Kapitel beschrieben.

4 ERGEBNISSE

Das methodische Vorgehen dieser Studie zielte darauf ab, die Auswirkungen von Psychose-Erkrankungen auf das Leben der gesunden Geschwister zu explorieren und herauszufinden, ob sich Besonderheiten im Hinblick auf die Bewältigungsanforderungen und die Bewältigungsformen identifizieren lassen. Im Weiteren sollten Zentrale Beziehungs- und Konfliktmuster der gesunden Geschwister im Kontext der Psychose-Erkrankung ermittelt werden. Dabei wurde systematisch erhoben, welche Wünsche und welche nachträglichen Bewertungen die gesunden Geschwister zu den von ihnen geschilderten Situationen benennen.

Wie erwartet sind erhebliche Bewältigungsanforderungen und Auswirkungen der Erkrankung auf die gesunden Geschwister ermittelt worden. Bei den Bewältigungsformen wurde eine besondere Bedeutung bei der Regulation von Nähe und Distanz identifiziert. Die Zentralen Beziehungs-Konfliktmuster der Interviewten wurden um eine (qualitative) Konfliktbeschreibung ergänzt und zudem wurden die Komponenten WS, WO und NB quantitativ ausgewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse ausführlich dargestellt.

4.1 Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wurden in den drei Bereichen *Bewältigungsanforderungen*, *Auswirkungen* und *Bewältigungsformen* insgesamt 42 Kategorien und 24 Unterkategorien entwickelt (siehe Tabelle 4). Daraus wurde ein Kategoriensystem zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter mit Kodier-Regeln und Ankerbeispielen ausgearbeitet (siehe Appendix A4). In den folgenden Ausführungen werden die Kategorien mit ihren Unterkategorien inhaltlich erläutert und wo erforderlich mit Zitaten aus den Interviews illustriert. Anschließend werden die Zusammenhänge zwischen den Kategorien beschrieben.

Tabelle 4: *Kategorien zu den Bewältigungsanforderungen, den Auswirkungen der Erkrankung sowie den Bewältigungsformen bei Geschwistern von Psychose-Erkrankten*

Hauptkategorien	Unterkategorien
<i>Familiäre Beziehungen (FB): Welche Belastungen und Konflikte erleben die gesunden Geschwister in der Familie?</i>	
1. Überbeanspruchung des gesunden Geschwisters	
2. Vernachlässigung des gesunden Geschwisters	2a. Zurücksetzung 2b. Alleine gelassen werden 2c. Schweigen und Schweigegebote 2d. Keinen Schutz vor Aggressionen
3. Indirekte Umgangsweisen	3a. Dazwischen stehen 3b. Unterschwelliges Erleben 3c. Indirekte Kommunikation
4. Konflikte mit den Eltern	4a. Kritik und Vorwürfe gegenüber den Eltern 4b. Diskrepanzen der Wahrnehmungen und Bewertungen 4c. Vorwurf der Verleugnung an die Eltern 4d. Wut auf die Eltern
5. Sonstige Konflikte	
<i>Aversive Emotionen (AE): Welche aversiven Emotionen sind von den gesunden Geschwistern zu bewältigen?</i>	
6. Sorgen	
7. Verunsicherung	
8. Hilflosigkeit	
9. Traurigkeit, Schwere	
10. Angst	
11. Schuldgefühle	
12. Wut, Ekel, Scham	
13. Hadern, Trauern	
14. Aversionen gegen Reaktionen Anderer	
<i>Verstörende Einflüsse auf die gesunden Geschwister (VE): Welche Einflüsse der Erkrankung wirken verstörend auf die gesunden Geschwister?</i>	
15. Auffällige Verhaltensweisen des Erkrankten	
16. Störungen (des Erkrankten) im Kontakt und in Beziehungen	
17. Mangelnde Gesundheitsvorsorge des Erkrankten	
18. Negative Emotionen des Erkrankten	
19. Gewähr werden der Krankheit durch das gesunde Geschwister	
20. Unverständnis von Außenstehenden	

Hauptkategorien	Unterkategorien
<i>Destabilisierende Einflüsse auf die gesunden Geschwister (DE): Welche Einflüsse der Erkrankung wirken destabilisierend auf die gesunden Geschwister?</i>	
21. Grenzüberschreitendes Verhalten des Erkrankten	
22. Dauerhafte und kumulierende Belastung	
23. Unberechenbarkeit der Erkrankung	
24. Stigmatisierung	
<i>Intrusive Einflüsse auf die gesunden Geschwister (IE): Welche Einflüsse der Erkrankung wirken intrusiv auf die gesunden Geschwister?</i>	
25. Aggressionen des Erkrankten	
26. Bedrohung durch den Erkrankten	
27. Ausnahmesituationen und Notfälle mit dem Erkrankten	
28. Wahnhaftigkeit	
29. Psychotische oder sedierte Zustände des Erkrankten	
30. Schock und Panikgefühle	
31. Suizidalität des Erkrankten	
<i>Langfristige Auswirkungen (LA): Welche langfristigen Auswirkungen hat die Psychose-Erkrankung auf die gesunden Geschwister?</i>	
32. Qualität der Beziehungen	
33. Persönliche Entwicklung	
34. Berufliche Entwicklung	
35. Sich zurücknehmen	
36. Erschöpfung	
37. Erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen	
38. Bewältigung nicht oder kaum möglich	
<i>Bewältigungsformen (BF): Welche Bewältigungsformen finden sich bei den Geschwistern von Psychose-Erkrankten?</i>	
39. Nähe-Distanz-Regulation	39a. Abgrenzung 39b. Distanz und Distanzwünsche 39c. Entscheidungen und Konsequenzen
40. Bewältigungsverhalten	40a. Fokussieren von Positivem und Ressourcen 40b. Verstehen und erklären (wollen) der Erkrankung 40c. Fürsorge und Hilfehandeln 40d. Überwindung, Befreiung, Erleichterung 40e. Akzeptanz, Arrangieren mit der Situation 40f. Verdrängung, Vermeidung, Vergessen

Hauptkategorien	Unterkategorien
(Fortsetzung Bewältigungsverhalten)	40g. Sonstige Aspekte im Umgang mit der Erkrankung
41. Psychiatrie und Selbsthilfe	41a. Hilfe und Entlastung durch psychiatrische Einrichtungen 41b. Keine Hilfe und Entlastung durch psychiatrische Einrichtungen 41c. Hilfe und Entlastung durch Selbsthilfe oder Therapie
42. Hilfe und Entlastung durch das soziale Umfeld	

4.1.1 Bewältigungsanforderungen von Geschwistern Psychose-Erkrankter

Unter Bewältigungsanforderungen werden Belastungen verstanden, die im Zusammenhang mit der Psychose-Erkrankung des Geschwisters von den Interviewten berichtet wurden. Insgesamt wurden fünf Dimensionen ermittelt, die als Bewältigungsanforderungen zu bezeichnen sind. Die Dimensionen *Familiäre Beziehungen* und *Aversive Emotionen* stehen für sich und sind inhaltlich von den anderen Kategorien abgegrenzt, die drei anderen Kategorien *Verstörende Einflüsse*, *Destabilisierende Einflüsse* und *Intrusive Einflüsse* stehen in engem inhaltlichen Zusammenhang zueinander: Mit ihnen werden die belastenden Einflüsse nach drei Schweregraden unterschieden.

4.1.2 Durch die Erkrankung beeinträchtigte Beziehungen innerhalb der Familie

Die Kategorien zu den *Familiären Beziehungen (FB)*, beziehen sich auf Missverhältnisse und Konflikte in den Herkunftsfamilien, die von den Interviewten geschildert werden. Sie berichten auf der einen Seite von *Überbeanspruchungen seitens der Eltern (Überbeanspruchung der gesunden Geschwister, FB 1)* und davon, mit Erwartungen der Eltern konfrontiert zu sein, denen sie nicht entsprechen können oder wollen, oder davon, sich von ihren Eltern emotional benutzt zu fühlen:

Und wir darüber jedenfalls nicht geredet haben oder wenig geredet haben. Und wenn, hat meine Mutter mit mir geredet. Aber nicht in dem Sinne, dass sie sich um mich gekümmert hätte. Sondern in dem Sinne, dass sie mich benutzt hat, um sich zu entlasten (Interview B4).⁵

⁵ Häufig beziehen sich die Interviewten nur auf ein Elternteil, meistens auf die Mutter. Drei der Väter waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits verstorben, ein Elternpaar war getrennt. Eine durchgängige Unterscheidung der Elternteile ist aber nicht möglich, deshalb wird hier von Eltern gesprochen.

Auf der anderen Seite berichten sie von einem Mangel elterlicher Fürsorge (*Vernachlässigung des gesunden Geschwisters, FB 2*): Sie werden von den Eltern nicht angemessen beachtet und erleben *Zurücksetzung (FB 2a)*, beschreiben, dass sie *Alleine gelassen werden (FB 2b)*, mit *Schweigen und Schweigegeboten (FB 2c)* konfrontiert sind, und kritisieren außerdem, *Keinen Schutz vor Aggressionen (FB 2d)* des erkrankten Geschwisters zu erfahren.

Weitere Belastungen innerhalb der Familie entstehen durch *Indirekte Umgangsweisen (FB 3)*. Die gesunden Geschwister werden häufig von mehreren Seiten beansprucht und *stehen emotional dazwischen (FB 3a)*. Sie nehmen vermittelnde Rollen zwischen Familienangehörigen ein und erleben dies zum Teil als emotional erschöpfend. Sie beschreiben ein *Unterschwelliges Erleben (FB 3b)* von Stimmungen oder Emotionen, die nicht ausgesprochen werden, und berichten von *Indirekter Kommunikation (FB 3c)* innerhalb der Familie.

Ein anderer Schwerpunkt der Schilderungen bezieht sich auf die *Konflikte der gesunden Geschwister mit den Eltern (FB 4)*. In erheblichem Ausmaß werden von den Interviewten *Kritik und Vorwürfe gegenüber den Eltern (FB 4a)* und anderen Angehörigen erhoben:

Die kommt da nie raus. Die wünscht sich natürlich, dass ihr Sohn irgendwann "normal" ist. Oder zumindest halbwegs. Und ich sage ihr das dann auch: Wie lange muss man sich denn noch tyrannisieren lassen? Weil du dich so lange tyrannisieren lässt, wie du das willst! Du hast das in der Hand. Du bist nicht ausgeliefert! So. Und diesen Gedankenschritt, den muss man erst einmal machen (Interview B3).

Die Beschreibungen von *Diskrepanzen der Wahrnehmungen und Bewertungen (FB 4b)* in Bezug auf die Situation mit dem Erkrankten nehmen dabei einen großen Raum ein. Während die Eltern die Verhaltensweisen ihres erkrankten Kindes auf die Pubertät schieben, von besonderen Fähigkeiten des Kindes ausgehen oder manche Dinge gar nicht wahrnehmen, bemerken die gesunden Geschwister häufig schon früh, dass mit ihrem Geschwister etwas nicht in Ordnung ist:

Noch eine Situation gab es, da war ich schon so sechzehn oder siebzehn. Und da war ich schon in der Lage, bestimmte Dinge anders einschätzen zu können. Und auch ein Bewusstsein dafür zu haben, dass meine Mutter da auch komische Wahrnehmungen hat. Dass meine Eltern bestimmte Dinge gar nicht sehen und wahrnehmen. Aber auch, dass mit meinem Bruder irgendetwas überhaupt nicht stimmt (Interview B4).

Die gesunden Geschwister kritisieren außerdem an ihren Eltern, dass sie sich nicht ausreichend mit der Erkrankung des Geschwisters auseinandersetzen, diese verleugnen oder sich selbst belügen würden (*Vorwurf der Verleugnung an die Eltern, FB 4c*). Außerdem äußern sie, Wut- oder Hassgefühle gegenüber den Eltern zu empfinden (*Wut auf die Eltern, FB 4d*).

Ferner werden weitere konflikthafte Situationen im familiären Kontext benannt, wie beispielsweise Streit zwischen den anderen Familienangehörigen (*Sonstige Konflikte, FB 5*).

Dass psychische Erkrankungen zu Belastungen innerhalb der Familie führen können, ist hinlänglich bekannt und in der bereits oben zitierten Literatur ausgiebig beschrieben. Allerdings ist der höchst kritische Blick auf die Eltern bislang nicht so deutlich offenbar worden und bedarf genauerer Betrachtung. Die familiären Beziehungen und Konflikte werden daher weiter unten ausführlich diskutiert (vgl. Kap. 5.2).

4.1.3 Spezifische aversive Emotionen der gesunden Geschwister

Im Verlauf der Erkrankung des Geschwisters setzen sich die gesunden Geschwister immer wieder mit eigenen Emotionen auseinander, die tendenziell schwierig oder unangenehm sind. *Aversive Emotionen (AE)* stehen in engem Zusammenhang mit Stresserleben und müssen angemessen in vorhandene kognitive Schemata integriert werden können, um erfolgreich bewältigt zu werden (Znoj et al., 2008). In der Notwendigkeit, sich mit emotionalen Belastungen auseinanderzusetzen, unterscheiden sich die Geschwister nur unwesentlich von den Eltern oder anderen Angehörigen psychisch Erkrankter (Schmid et al., 2005a; 2006; Gater et al., 2014). Manche *Aversiven Emotionen* haben allerdings eine andere Bedeutung und sind spezifisch für die Geschwisterrolle, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

Die Interviewten berichten davon, dass sie sich *Sorgen (AE 6)* in Bezug auf die Zukunft, die finanzielle Versorgung des Erkrankten, aber auch Sorgen um die älter werdenden Eltern machen. Weiter beschreiben sie *Verunsicherungen (AE 7)* und *Hilflosigkeit (AE 8)* im Umgang mit dem erkrankten Geschwister, sowie *Traurigkeit und Schwere (AE 9)* in ihrem Leben. Die Traurigkeit über den Verlust der Persönlichkeit des Erkrankten wird auch bei den Eltern und Partnern psychisch Erkrankter beschrieben (Schmidt et al., 2005a). Sie ist in dieser Studie mit *Hadern und Trauern (AE 13)* kategorisiert. Im Unterschied dazu werden mit der Kategorie *Traurigkeit und Schwere (AE 9)* grundsätzlichere Gefühle erfasst, die sich vor allem auf das Leben der gesunden Geschwister und die möglicherweise eingeschränkte Lebensqualität im Kontext der Erkrankung beziehen:

Das ist jetzt natürlich hypothetisch, man weiß nicht, wie ich geworden wäre, wenn ich das nicht erlebt hätte. Und wenn ich nicht damit hätte zurechtkommen müssen. Aber das hat schon eine massive Traurigkeit ausgelöst (Interview B3).

Weiter äußern die Geschwister *Aversive Emotionen* wie *Angst (AE 10)*, *Schuldgefühle (AE 11)*, sowie *Wut, Ekel und Scham (AE 12)*. Während sich die Schuldgefühle von Eltern häufig darauf beziehen, die Erkrankung möglicherweise verursacht oder vererbt zu haben (Schmid et al., 2005a), lassen sich die Schuldgefühle der Geschwister eher als Überlebensschuld (Bock, Fritz-Krieger, & Stielow, 2008) verstehen:

Ich denke, man hat die ganze Zeit ja doch auch so ein latentes Schuldbewusstsein. Warum ist sie krank und ich nicht? Wir kommen aus dem gleichen Elternhaus (Interview B5).

Immer wiederkehrende Schuldgefühle, wenn es mir gut geht (Interview B1).

Ferner äußern sich die Geschwister frustriert oder verärgert über die Reaktion Außenstehender (*Aversionen gegen Reaktionen Anderer, AE 14*). Sie fühlen sich nicht verstanden oder möchten in ihrem Umfeld nicht zum wiederholten Male die Situation erklären.

4.1.4 Verstörende, destabilisierende und intrusive Einflüsse auf die gesunden Geschwister

Die drei Kategorien *Verstörende Einflüsse (VE)*, *Destabilisierende Einflüsse (DE)* und *Intrusive Einflüsse (IE)* sind als Hauptkategorien aus der Fülle an berichteten Erlebnissen und Einflüssen abstrahiert. Mit ihnen können die Ergebnisse geordnet und strukturiert werden und zugleich sichtbar gemacht werden, wie sich die Bewältigungsanforderungen der Interviewten in ihrem Schweregrad unterscheiden lassen. Aus Perspektive der Geschwister ist es ein qualitativer Unterschied, ob das Verhalten des Erkrankten allgemein auffällig ist (*Auffällige Verhaltensweisen des Erkrankten, VE 15*), ob es ihre persönlichen Grenzen überschreitet (*Grenzüberschreitendes Verhalten des Erkrankten, DE 21*), oder ob der Erkrankte sich aggressiv ihnen gegenüber verhält (*Aggressionen des Erkrankten, IE 25*). Entsprechend werden die Verhaltensweisen als *Verstörend*, *Destabilisierend* oder *Intrusiv* für die gesunden Geschwister kategorisiert.

Diese Unterscheidung nach Schweregraden ist an den theoretischen Konzepten der Affekt- und Stressregulation (Znoj et al., 2008), der Bewältigungsforschung (Filipp & Aymanns, 2010) und der Psychotraumatologie (Seidler, Freyberger, & Maercker, 2015) angelehnt. Wesentlich ist hier zunächst, dass die Kategorien *Verstörende Einflüsse*, *Destabilisierende Einflüsse* und *Intrusive Einflüsse* einen strukturierenden und ordnenden Charakter haben und nicht als Klassifizierungen im eigentlichen Sinne zu verstehen sind. Das bedeutet, dass beispielsweise eine *Dauerhafte und kumulierende Belastung (DE 2)* aus theoretischer Perspektive am ehesten als *Destabilisierender Einfluss* einzuordnen ist. Das bedeutet aber nicht gleich-

zeitig, dass die *Dauerhafte und kumulierende Belastung* von Einflüssen nicht auch *Verstörend* oder *Intrusiv* wirken könnte.

Unter *Verstörenden Einflüssen* sind solche Einflüsse zusammengefasst, die sich allgemein aus der Psychose-Erkrankung des Geschwisters ergeben und bei den gesunden Geschwistern zu kurzfristigen Irritationen oder unangenehmen Emotionen führen. Das Erleben von Emotionen lässt sich im Sinne von Affekt- und Emotionsregulation durch bewusste oder unbewusste Verhaltensweisen und Strategien verändern (Znoj et al., 2008), beispielsweise durch Ablenkung, Rückzug, Dissoziation, oder auch durch Empathie und Perspektivübernahme, die Suche nach sozialer Unterstützung etc. (Benecke et al., 2008). In diesem Sinne müssen die gesunden Geschwister *Auffällige Verhaltensweisen des Erkrankten (VE 15)* verarbeiten und einen Umgang mit der *Mangelnden Gesundheits Sorge des Erkrankten (VE 17)* sowie mit den *Negativen Emotionen des Erkrankten (VE 18)* finden. Alle Interviewten erinnerten sich auch daran, wie sie die Erkrankung des Geschwisters langsam als solche erkannten (*Gewahr werden der Krankheit durch das gesunde Geschwister, VE 19*) und sich damit auseinandersetzen mussten. Einige berichten außerdem davon, dass außenstehende Freunde oder Bekannte ihre Situation nicht verstehen würden (*Unverständnis von Außenstehenden, VE 20*).

Ein zentrales Ergebnis in der Kategorie *Verstörende Einflüsse* ist außerdem, dass alle Interviewten über *Störungen im Kontakt und in Beziehungen* des Erkrankten (*VE 16*) berichten. Mit 19 Kodierungen werden die *Störungen im Kontakt und in Beziehungen* so häufig benannt, dass eine differenzierte Definition der Kategorie möglich ist: Die gesunden Geschwister beschreiben Situationen, in denen sich der Erkrankte zurückzieht, andere sich vom Erkrankten zurückziehen, der Erkrankte emotionale Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen hat oder der Kontakt zu ihm aus Sicht der gesunden Geschwister schwierig, beängstigend oder merkwürdig sei:

Und das war so etwas Besonderes, und so ungewöhnlich, dass mich das auch geängstigt hat. Weil so etwas kam halt eigentlich nicht vor. Weil der mich eigentlich nicht wahrgenommen hat, als seine Schwester, oder als Mensch, der mit ihm in diesem Haushalt lebt. Und das war ein Moment, da war ich plötzlich seine Schwester. Wenn auch nur (lacht) für einen kurzen Moment (Interview B4).

Manche Geschwister äußern außerdem, dass es nicht möglich sei, Nähe zu dem erkrankten Geschwister herzustellen, oder umgekehrt, dass das erkrankte Geschwister ein enormes Bedürfnis nach Nähe und Kontakt habe. Diese Kategorie ist deshalb von Bedeutung, weil sie zusammen mit den bereits beschriebenen Kategorien zu den konflikthaften familiären Bezie-

hungen auf einen wesentlichen Bereich hinweist, durch den die Geschwister aufgrund der Psychose-Erkrankung betroffen sind. Wie weiter unten aufgezeigt wird, gibt es *Langfristige Auswirkungen* der Erkrankung auf die *Qualität der Beziehungen* der gesunden Geschwister in ihrem außerfamiliären Umfeld.

Die folgenden Kategorien sind inhaltlich äquivalent zu bestimmten Merkmalen und Besonderheiten von kritischen Lebensereignissen (Filipp & Aymanns, 2010) und werden hier deshalb als *Destabilisierende Einflüsse (DE)* bezeichnet. Damit soll verdeutlicht werden, dass sie mit einer hohen Belastung der gesunden Geschwister einhergehen und sich die Einflüsse potentiell destabilisierend auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden der gesunden Geschwister auswirken können.

Mit einer großen Häufigkeit von 21 Kodierungen berichten die interviewten Geschwister von *Grenzüberschreitendem Verhalten des Erkrankten (DE 21)*. Darunter ist insbesondere beleidigendes, abwertendes, beherrschendes oder vorwurfsvolles Verhalten der Erkrankten gefasst, aber auch delinquentes oder stark deviantes Verhalten, sowie indirekt aggressive⁶ oder anderweitig grenzüberschreitende Handlungsweisen. Diese führen in der Regel zu heftigen Emotionen bzw. sind mit einem hohen affektiven Gehalt verbunden, was eines der Merkmale von kritischen Lebensereignissen gilt (Filipp & Aymanns, 2010) und in folgendem Beispiel deutlich wird:

Ich bin zweimal hingegangen. Oder dreimal. Und da hat sie immer nach fünf Minuten angefangen, mich blöde anzumachen. Oder über meinen Freund zu meckern, was der für ein (Kraftausdruck) ist. Oder über mein blödes Kind oder so. Und dann bin ich aufgestanden und gegangen. Und dann war es wirklich so, dass ich wirklich die ganze Nacht wach lag, wenn ich wusste, ich muss da wieder hin, weil ich Zigaretten bringen muss, oder sonst etwas bringen muss (Interview B5).

Ein weiterer *Destabilisierender Einfluss* ist die *Dauerhafte und kumulierende Belastung (DE 22)*. In der Bewältigungsforschung wird davon ausgegangen, dass die Stressbelastung bei kritischen Lebensereignissen u.a. auch durch die Kumulation von Ereignissen zu quantifizieren ist (Filipp & Aymanns, 2010). Dauerhafter Stress kann zwar auch zu erhöhter Widerstandsfähigkeit führen (Dienstbier, 1989), allerdings sind die Bedingungen dafür bislang zu wenig erforscht (Znoj et al., 2008). Weitere Merkmale von Krisensituationen sind die mangelnde Kontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit der Situation (Filipp & Aymanns, 2010). Diese finden sich in der Kategorie *Unberechenbarkeit der Erkrankung (DE 23)*. Dort sind sowohl

⁶ Indirekt aggressives Verhalten steht hier in Abgrenzung zu direktem aggressiven oder gewalttätigen Verhalten, das eine eigene Kategorie hat (siehe Kategorie *IE 25*).

die Unberechenbarkeit des Verhaltens der erkrankten Person, als auch die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes erfasst. Die tatsächliche oder befürchtete *Stigmatisierung (DE 24)* kann sich negativ auf das Selbstbild und den Selbstwert auswirken, was ebenfalls als Merkmal kritischer Lebenssituationen beschrieben wird (Filipp & Aymanns, 2010). Stigmata beeinträchtigen am ehesten das öffentliche Selbst (Filipp & Aymanns, 2010) beziehungsweise die Ausbildung einer positiven sozialen Identität (Petersen, 2011), was beides eng mit dem Selbstbild und dem Selbstwertgefühl einer Person verbunden ist.

Mit *Intrusiven Einflüssen (IE)* sind aversive Erlebnisse gemeint, die von außen auf die interviewten Personen einströmen, sie emotional extrem aufwühlen und quasi schutzlos überschwemmen. Solche Einflüsse, von denen alle sieben interviewten Personen im Zusammenhang mit akuten Psychosen der Geschwister berichten, sind schwer zu verarbeiten und können potentiell zu Traumatisierungen führen (vgl. Kap. 5.1). Die Häufigkeit und die Länge, mit der die Interviewten über diese Situationen berichtet haben, war vor dem Hintergrund der vorhandenen Literatur nicht zu erwarten. Daher ist die Kategorie der *Intrusiven Einflüsse* als ein wesentliches Ergebnis dieser Untersuchung zu betrachten (vgl. Kap. 5.1).

Intrusive Einflüsse berichten die Geschwister am häufigsten im Zusammenhang mit *Aggressionen des Erkrankten (IE 25)*, die oft als unvorhersehbar beschrieben und intensiv erlebt werden, und die auch gewalttätiges Verhalten miteinschließen.

Und da war sie bei meiner Mutter, und hat die ganze Wohnung zertrümmert. Und hat auch ein Messer nach meiner Mutter geworfen. Also auch Möbel geworfen, wo man sich hinterher fragte, woher sie überhaupt die Kraft dafür hatte (Interview B5).

Ich habe ein paar Erinnerungen als Kind, wo er mich angegriffen hat. Also hinter einer Tür gelauert hat, ich kam pfeifend die Treppe herunter, und er sprang aus der Tür heraus und versetzte mir einen Boxhieb in den Magen, so dass ich keine Luft mehr bekommen habe. Völlig aus heiterem Himmel. Und das hat sich einige Jahre fortgesetzt in der Kindheit und in der Jugend (Interview B4).

Auch die *Bedrohung durch den Erkrankten (IE 26)* wird häufig beschrieben, die genau wie die *Ausnahmesituationen und Notfälle mit dem Erkrankten (IE 27)* häufig mit *Schock und Panikgefühlen (IE 30)* einhergehen. Weitere Bereiche der *Intrusiven Einflüsse* sind Erlebnisse im Zusammenhang mit *Wahnhaftigkeit (IE 28)*, *Psychotischen oder sedierten Zuständen des Erkrankten (IE 29)* oder der *Suizidalität des Erkrankten (IE 31)*.

4.1.5 Langfristige Auswirkungen der Erkrankung auf die gesunden Geschwister

Vier der interviewten Personen beschreiben Auswirkungen auf die *Qualität von Beziehungen* (LA 32) bzw. führen Besonderheiten und Beeinträchtigungen in ihrer generellen persönlichen Beziehungsgestaltung explizit auf die Erfahrungen mit ihrem erkrankten Geschwister zurück:

Und wenn ich so überlege, wo es mich am meisten verändert hat, dann glaube ich eben, dass ich eine emotionale Tiefe habe, die ich einerseits um keinen Preis der Welt missen möchte. Aber die andererseits hart ist manchmal. Und mich auch isoliert. Das glaube ich schon. Es können nicht alle etwas damit anfangen. Also etwas, das einsam macht halt (Interview B7).

Die meisten Aussagen beziehen sich darauf, ein besonderes Maß an Nähe, Vertrauen oder Tiefe in Beziehungen zu benötigen, Schwierigkeiten zu haben, diese Nähe in Beziehungen herzustellen, und daraus folgend die Erfahrung von Einsamkeit, Isolation und Zurückgezogenheit zu machen oder gemacht zu haben.

Weitere Auswirkungen werden im Bereich der *Persönlichen Entwicklung* (LA 33) und der *Beruflichen Entwicklung* (LA 34) ausgeführt, wobei in diesen beiden Bereichen auch positive Veränderungen betont werden. Dazu zählt beispielsweise die Entwicklung von persönlichen Wertvorstellungen, ein höheres Maß an Einfühlsamkeit und Verständnis gegenüber anderen Menschen oder ein Zuwachs an beruflichen Kompetenzen.

Negative *Langfristige Auswirkungen* werden in der Tendenz deutlich, eigene Bedürfnisse kaum zu erkennen oder zurückzustellen. Unabhängig von der oben beschriebenen Situation der *Zurücksetzung* (FB 2a) in der Familie, zeigen die Ausführungen, dass die gesunden Geschwister sich auch selbst zurücknehmen (LA 35, *Sich zurücknehmen*).

Während Eltern über Entmutigung berichten (Schmid et al., 2005a) beschreiben die gesunden Geschwister im langfristigen Verlauf der Erkrankung eher Gefühle oder Zustände der *Erschöpfung* (LA 36). Auch berichten die ‚gesunden‘ Geschwister von *Erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen* (LA 37) und benennen eine Reihe bei ihnen diagnostizierter psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Neben Schlafstörungen gehören dazu eine Angststörung, Selbstverletzendes Verhalten, Panik-Attacken, psychosomatische Erkrankungen und eine Suchterkrankung. Sie beschreiben außerdem, dass die *Bewältigung nicht oder kaum möglich* (LA 38) sei:

Das ist (...). Ja wie bitter das einfach auch für die Familien ist. Das kann man glaube ich gar nicht verarbeiten oder bewältigen, weil das ja gar nicht aufhört (Interview B4).

4.1.6 Spezifische Formen der Bewältigung bei den gesunden Geschwistern

Ein Anliegen dieser Studie ist es herauszufinden, ob sich im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung des Geschwisters Besonderheiten bei den Bewältigungsanforderungen und den *Bewältigungsformen (BF)* der gesunden Geschwister aufzeigen lassen. Die Ergebnisse bestätigen dies: Etwa ein Drittel aller Aussagen zum Umgang und zur Bewältigung der Erkrankung beziehen sich auf einen Bereich, in dem es um die *Nähe-Distanz-Regulation (BF 39)* der Beziehung zum erkrankten Geschwister geht. Ein weiteres Drittel der Kodierungen beziehen sich auf andere Formen des *Bewältigungsverhaltens (BF 40)*, und etwa das letzte Drittel beschreibt Bewältigung im Zusammenhang mit *Psychiatrie und Selbsthilfe (BF 41)*, oder mit der *Hilfe und Entlastung durch Andere (BF 42)*.

Die Übereinstimmung und die Häufigkeit, mit der alle Interviewten von der Notwendigkeit berichten, die Nähe und Distanz zum erkrankten Geschwister zu regulieren, ist ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Studie. Interessant ist es besonders deshalb, weil weder die Interviewfragen in diese Richtung gedeutet hatten, noch die weiter oben aufgeführte Literatur zur Belastung von Geschwistern oder zur Bewältigung von Lebenskrisen diese Ergebnisse nahegelegt hätten. Dort finden sich ausschließlich Bezugspunkte zu den anderen Formen des *Bewältigungsverhaltens* und auf die Rolle von *Psychiatrie und Selbsthilfe* bei der Bewältigung.

Die Regulation von Nähe und Distanz lässt sich in drei Unterkategorien differenzieren, die im Folgenden näher beschrieben werden: *Abgrenzung (BF 39a)*, *Distanz und Distanzwünsche (BF 39b)*, sowie *Entscheidungen und Konsequenzen (BF 39c)*.

Abgrenzung (BF 39a) wird hier als Konstrukt verstanden und lehnt sich an die Konzepte der Ich-Grenze (Rom, 2008), die das Ich vom Nicht-Ich abgrenzt, und der Ich-Demarkation (Scharfetter, 1990; 2002), die einen Eigenbereich im Leiblichen, im Denken und Fühlen abgrenzt, an (vgl. Kap. 5.3). Bei den Geschwistern bekommt dieser üblicherweise spontan und ohne Aufmerksamkeitsfokussierung von statten gehende Prozess eine so starke Bedeutung, dass er mit Bewusstsein belegt wird. Im Zusammenhang mit den Geschwistern, aber auch mit den Eltern, scheint Abgrenzung ein Prozess zu sein, der immer wieder neu bewusst gestaltet wird und in kleinen Schritten zu Veränderungen führt. Ohne Ausnahme berichten alle Interviewten von zahlreichen Situationen, in denen sie sich bewusst von ihrem Geschwister abge-

grenzt haben oder sich gerne abgegrenzt hätten. *Abgrenzung (BF 39a)* wird zudem als zentrale Bewältigungsmöglichkeit betrachtet:

Zu Bewältigung: Also was ich super wichtig finde, ist Abgrenzung. Das man lernt, sich abzugrenzen. Das gelingt mir auch nicht immer, muss ich sagen. Aber es ist auch nicht so, dass ich immer rangehe, wenn das Telefon klingelt. Es ist jetzt auch so, dass ich ab einer bestimmten Uhrzeit nicht mehr an das Telefon gehe (Interview B2).

Die zweite Unterkategorie bezieht sich auf Äußerungen der gesunden Geschwister im Zusammenhang mit *Distanz und Distanzwünschen (BF 39 b)*. Sechs der sieben Interviewten berichten mehrfach von emotionaler oder auch räumlicher Distanz zu dem erkrankten Geschwister bzw. von dem Wunsch danach. In der dritten Unterkategorie *Entscheidungen und Konsequenzen (BF 39c)* werden Äußerungen kodiert, in denen einschneidende Entscheidungen getroffen oder Konsequenzen gezogen werden, die sich maßgeblich auf die Nähe bzw. Distanz in der Beziehung zum erkrankten Geschwister auswirken:

Und ja, das war so ein Schalter, der sich dann für mich umgelegt hat. Weil ich meiner Mutter dann auch gesagt habe: „Wenn wir hier sind, betritt er das Haus nicht!“. Weil sie ihn auch immer reingelassen hat. Obwohl sie auch schon vorher mal gesehen hat, was das mit meiner Tochter macht (Interview B3).

Die zweite Hauptkategorie im Bereich Bewältigungsformen bezieht sich auf allgemeines *Bewältigungsverhalten (BF 40)*, wie das *Fokussieren von Positivem und Ressourcen (BF 40a)*, das *Verstehen und Erklären (wollen) der Erkrankung (BF 40b)*, oder der *Fürsorge und dem Helfehandeln für Andere (BF 40c)*. Solche Bewältigungsformen lassen sich als mentales oder sozial-interaktives Geschehen oder im Zusammenhang mit Ressourcen und Risiken in Bewältigungsprozessen verstehen (Filipp & Aymanns, 2010). Sie sind im Wesentlichen bekannt und vielfach erforscht. Auch die Kategorie *Verdrängung, Vermeidung, Vergessen (BF 40f)* wird im Sinne der Copingforschung (Benecke et al., 2008) als Abwehrmechanismus verstanden und stellt somit ebenfalls einen Versuch der Bewältigung dar. Die beiden Unterkategorien *Überwindung, Befreiung, Erleichterung (BF 40d)* und *Akzeptanz, Arrangieren mit der Situation (BF 40e)* lassen sich als Hinweise auf die subjektive Empfindung von geglückter Bewältigung verstehen. Als *Sonstige Aspekte im Umgang mit der Erkrankung (BF 40g)* sind Äußerungen kodiert, die Verbesserungen der Situation im Verlauf der Zeit bzw. im Krankheitsverlauf beschreiben, sich auf ambivalente Sichtweisen beziehen, oder nur von einzelnen Inter-

viewten berichtet werden, wie beispielsweise die Androhung körperlicher Gewalt⁷ gegenüber dem Erkrankten.

Der dritte größere Bereich der Bewältigungsformen bezieht sich auf die Unterstützungsangebote und -möglichkeiten von *Psychiatrie und Selbsthilfe (BF 41)*. Die Interviewten berichteten sowohl von *Hilfe und Entlastung durch psychiatrische Einrichtungen (BF 41a)*, als auch davon, *Keine Hilfe und Entlastung durch psychiatrische Einrichtungen (BF 41b)* zu erhalten bzw. davon, dass die Hilfe dort versagt. Im Weiteren führen sie aus, dass sie bereits selbst therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben oder in der Selbsthilfe aktiv sind (*Hilfe und Entlastung durch Selbsthilfe oder Therapie, BF 41c*). Die Kategorie *Hilfe und Entlastung durch Andere (BF 42)* bezieht sich (bis auf eine Ausnahme) auf die Unterstützung im sozialen Umfeld außerhalb der Familie.

4.2 Zusammenhänge zwischen Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und Langfristigen Auswirkungen

Um die dargestellten Ergebnisse einer empirischen Überprüfung zugänglich machen und Hypothesen aus den Zusammenhängen der Kategorien ableiten zu können, sind die Zusammenhänge in einem Grundmodell dargestellt (siehe Abbildung 1): Je größer das Ausmaß der *Bewältigungsanforderungen* ist, desto stärker sind die *Langfristigen Auswirkungen* ausgeprägt und desto weniger gut sind die *Bewältigungsformen* entwickelt. Gleichzeitig reduzieren die *Bewältigungsformen* die *Langfristigen Auswirkungen* und medieren so den Einfluss der *Bewältigungsanforderungen*. Der Zusammenhang von *Bewältigungsanforderungen* und *Langfristigen Auswirkungen* wird zudem durch die *Bewältigungsformen* moderiert.

⁷ Die Androhung von Zwang und Gewalt ist subjektiv von der ausführenden Person „erfolgreich“ zur Bewältigung einer Situation eingesetzt worden, deshalb ist sie unter den Bewältigungsformen subsumiert. Damit soll nicht ausgesagt werden, dass es sich objektiv um eine angemessene Bewältigungsform handelt.

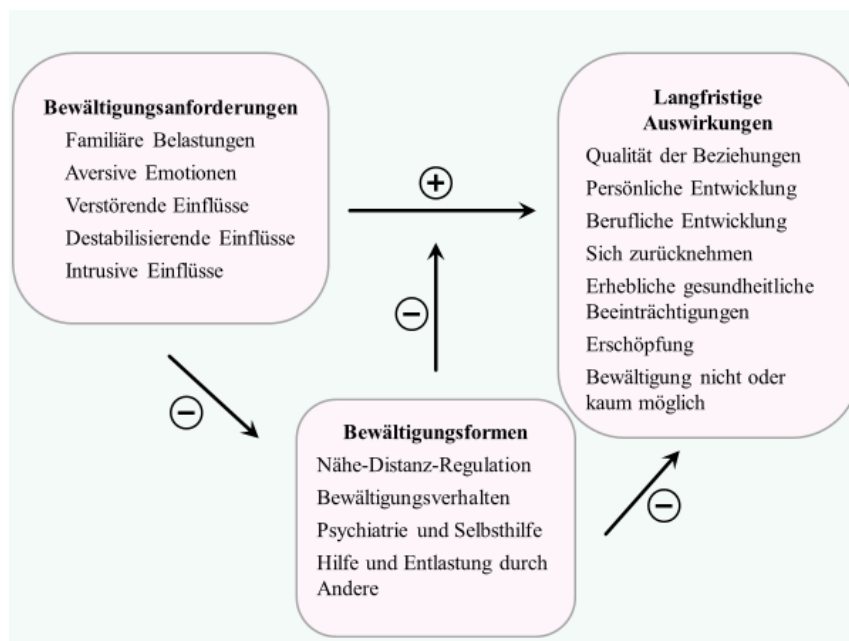


Abbildung 1: Grundmodell zu den Zusammenhängen zwischen Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und Langfristigen Auswirkungen.

Zu prüfen könnte entsprechend dem Grundmodell beispielsweise die Hypothese sein, nach der ein gezieltes Training von Fähigkeiten zur *Regulation von Nähe und Distanz* in Beziehungen bei den Geschwistern Psychose-Erkrankter dazu führt, die *Langfristigen Auswirkungen* der Erkrankung abzumildern (vgl. Kap. 5.7).

Bei der weiteren Betrachtung des Modells werden jedoch auch Wechselwirkungen zwischen den Kategorien deutlich, zum Beispiel im Hinblick auf die Beziehungen der Beteiligten (siehe Abbildung 2).

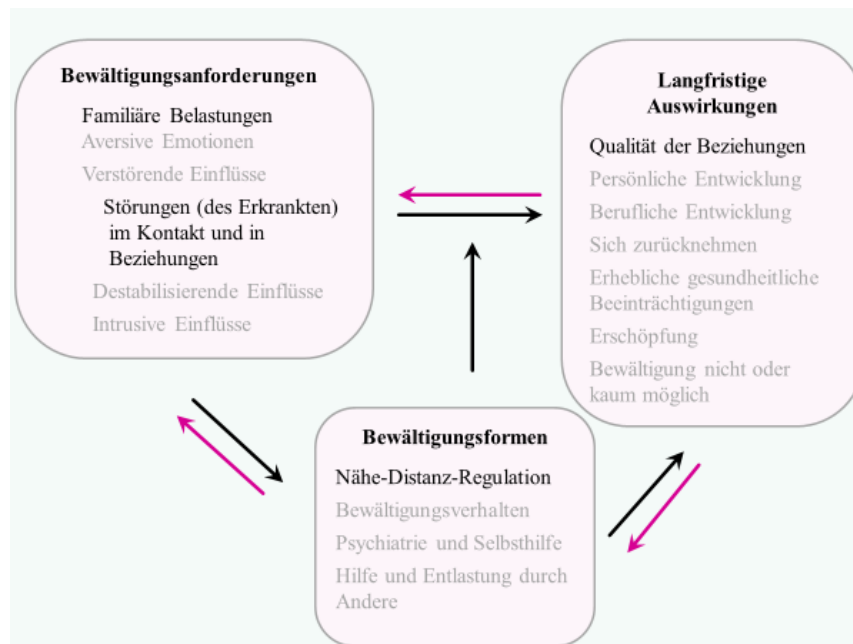


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und Langfristigen Auswirkungen.

Die *Familiären Belastungen* und die *Störungen im Kontakt und in Beziehungen* des Erkrankten haben Auswirkungen auf die Entwicklung der Fähigkeit zur *Regulation von Nähe und Distanz*, sowie auf die *Qualität der Beziehungen* der gesunden Geschwister. Wenn sich unabhängig von der Familie eine hohe *Qualität der Beziehungen* oder eine gut ausgeprägte Fähigkeit zur *Nähe-Distanz-Regulation* im eigenen Leben entwickelt, haben diese Aspekte wieder Auswirkungen auf die *Familiären Beziehungen* und auf die *Störungen im Kontakt und in Beziehungen* des erkrankten Geschwisters. Die moderierenden und mediierenden Einflüsse der *Bewältigungsformen* bleiben auch bei den Wechselwirkungen zwischen den *Bewältigungsanforderungen* und den *Langfristigen Auswirkungen* bestehen. Das komplexe Geschehen zwischen den Beziehungen und bei der Regulation von Nähe und Distanz wird weiter unten ausführlich diskutiert (vgl. Kap. 5).

4.3 Zentrale Beziehungs-Konfliktthemen von Geschwistern Psychose-Erkrankter

Die Zentralen Beziehungs-Konfliktthemen wurden erhoben, um das Beziehungs- und Konfliktgeschehen von Geschwistern Psychose-Erkrankter im Kontext der Erkrankung qualitativ beschreiben und weiterer Forschung zugänglich machen zu können. Zusätzlich sollten die Wünsche der Geschwister evaluiert, und die nachträglichen Bewertungen der Beziehungsepisoden im Hinblick auf das Bewältigungsverhalten systematisch miterhoben werden.

Obwohl aufgrund der geringen Datenmenge ein einfaches Auswertungsschema verwendet und außerdem auf die Auswertung der vierten hierarchischen Ebene verzichtet wurde (vgl. Kap. 3.5.2), traten bei der Auswertung Schwierigkeiten auf. Die Konfliktresultate zwischen den Wünschen des Subjektes auf der einen Seite und den Reaktionen des Objektes auf der anderen Seite war inhaltlich nicht immer nachvollziehbar. Im Kapitel 3.5.3 wurde erläutert, dass deshalb ein zusätzlicher Auswertungsschritt entwickelt wurde, bei dem die Zentralen Beziehungs-Konfliktthemen nach der Standardisierung durch die Prädikatenliste von Albani et al. (2008) zusätzlich wieder auf die tailormade-Formulierungen zurückgeführt wurden. In Tabelle 5 ist die standardisierte Auswertung der ZBKT (linke Tabellenspalte) daher um die qualitativen tailormade-Beschreibungen (rechte Tabellenspalte) ergänzt. Außerdem wurde die Konfliktodynamik, soweit sie durch die tailormade-Formulierungen erkennbar wurde, für jedes Interview kurz zusammengefasst (siehe Tabelle 6).

Tabelle 5: *Beispiel für die Darstellung der Ergebnisse.*

Standardisiertes ZBKT ⁸	Tailormade-Formulierungen
Reaktion des Objektes	
Der Andere ärgert mich (L1/ 2-mal), ist feindselig (L2/ 2-mal) und zieht sich zurück (M1/ 2-mal)	Mein Bruder beleidigt und blamiert meine Mutter und mich (L11/ 2-mal), ist feindselig (L22/ 1-mal), macht uns Angst oder bedroht uns (L21/ 1-mal), oder distanziert sich (M11/ 1-mal). Meine Mutter ist verschlossen und schweigsam (M15/ 1-mal).

L1, L2 und M1 stellen die Bezeichnungen der Prädikate nach Albani et al. (2008) auf der dritten Hierarchieebene dar, und L11, L22, L21, M11 und M15 beziehen sich auf die Prädikate der vierten Hierarchieebene.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Auswertung bezieht sich auf die Häufigkeitsverteilung der Komponenten (siehe Tabelle 5): In den Klammern befinden sich die Bezeichnungen der Prädikatenbezeichnung (z.B. ist „zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt“ Prädikat C3) und die absolute Häufigkeit des Auftretens bei einer Komponente (z.B. 2-mal bei der Komponente Objektbezogener Wunsch) innerhalb des jeweiligen Interviews (z.B. im Interview B1). Die Prädikatenbezeichnung auf der linken Seite der Tabelle ist dann bei den tailormade-

⁸ In dieser beispielhaften Darstellung ist kein vollständiges ZBKT, sondern nur eine Komponente daraus abgebildet.

Formulierungen auf der rechten Seite zusätzlich weiter aufgeschlüsselt (z.B. wird C1 in C11 und C13 differenziert).

Die Häufigkeitsverteilung der Prädikate (siehe Appendix A5) war jedoch selbst auf der höheren hierarchischen Ebene (auf der linken Seite der Tabelle) bei den einzelnen Komponenten nicht immer eindeutig genug, um daraus tatsächlich ein zentrales Muster ableiten zu können, wie dies von der ZBKT_{LU}-Methode vorgesehen ist. Immer wieder traten zwei oder drei verschiedene Prädikate gleich häufig innerhalb einer Komponente auf (siehe Tabelle 6). Im Interview B7 konnte bei der Reaktion des Objektes gar keine Häufigkeitsverteilung mehr festgestellt werden: Die neun Reaktionen des Objektes waren alle unterschiedlich.

Bei der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse (vgl. Kap. 5) ist neben der nur begrenzt vorhandenen Reliabilität der Methode im Rahmen dieser Studie (vgl. Kap. 3.6) also eine weitere Einschränkung zu berücksichtigen. Die Ergebnisse lassen sich zwar als ZBKT beschreiben und sind auch so dargestellt (siehe Tabelle 6). Die Häufigkeitsverteilung ist aber nicht so eindeutig, wie von Albani et al. im Manual beschrieben, wonach es immer nur ein Prädikat pro Komponente gäbe⁹. Dennoch lässt sich das Beziehungs- und Konfliktgeschehen von Geschwistern Psychose-erkrankter Menschen auch mit mehreren Prädikaten gut nachvollziehen, wie aus der Tabelle 6 ersichtlich wird.

In Kap. 2.3 wurde erläutert, wie die zusätzliche Komponente *Nachträgliche Bewertung* zusätzlich systematisch erhoben und ausgewertet wird. Die Ergebnisse zur *nachträglichen Bewertung* der Situationen sind daher ebenfalls in der folgenden Tabelle dargestellt (siehe Tab. 6) und fließen auch in die kurzen Zusammenfassungen der Konfliktbeschreibung ein.

⁹ Im Forschungskontext der ZBKT_{LU}-Methode ist die Uneindeutigkeit aufgrund der dort erhobenen großen Datenmengen, vermutlich ohne Belang und wird dort deshalb nicht thematisiert.

Tabelle 6: ZBKT der Interviews B1 bis B7 mit absoluten Häufigkeiten, *tailormade-Formulierungen* und Konfliktbeschreibungen.

Interview B1	
Standardisiertes ZBKT	Tailormade-Formulierungen
Objektbezogener Wunsch	
Der Andere soll zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt sein (C3/ 3-mal).	Mein Bruder soll mir und meiner Mutter vertrauen und sich sicher fühlen, und meine Mutter soll mir glauben (C31/ 3-mal).
Subjektbezogener Wunsch	
Ich möchte, dass der Andere mir nahe ist (C1/ 4-mal).	Ich möchte Nähe mit meinem Bruder und von meiner Mutter angenommen werden (C11/ 3-mal) und ich möchte mich mit meinem Bruder verstehen (C13/ 1-mal).
Reaktion des Objektes	
Der Andere ärgert mich (L1/ 2-mal), ist feindselig (L2/ 2-mal) und zieht sich zurück (M1/ 2-mal)	Mein Bruder beleidigt und blamiert meine Mutter und mich (L11/ 2-mal), ist feindselig (L22/ 1-mal), macht uns Angst oder bedroht uns (L21/ 1-mal), oder distanziert sich (M11/ 1-mal). Meine Mutter ist verschlossen und schweigsam (M15/ 1-mal).
Reaktion des Subjektes	
Ich bin zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt (C3/ 4-mal).	Ich bin erleichtert, dass mein Bruder durch Medikamente friedlich wurde, mein Freund mich versteht und ich über die Krankheit reden kann (C32/ 3-mal). Ich fühle mich bei meinem Freund geborgen (C31/ 1-mal).
Nachträgliche Bewertung	
Ich ziehe mich zurück oder ich halte mich zurück (M1/ 4-mal); Ich bin stolz oder autonom (D2/ 3-mal).	Für die Familien und die Kranken wäre es besser, Abstand zu haben (M11/ 1-mal). Andere Menschen distanzieren sich (M12/ 1-mal), denen verschweige ich die Krankheit lieber (M15/ 2-mal). Ich habe Fähigkeiten, bin erfahren (D22/ 2-mal) und ver-

traue mir selbst (D26/ 1-mal).

Konfliktbeschreibung Interview B1

B1 wünscht sich eine vertrauensvolle, sichere und geborgene Atmosphäre in ihrer Familie (C), erlebt aber Beleidigungen, Feindseligkeit, Angst und Bedrohung (L). Entlastung erfährt B1 zum einen, wenn ihr Bruder Medikamente nimmt und dadurch friedlich wird. Zum anderen fühlt sie sich bei ihrem Freund geborgen, mit dem sie reden kann, und der sie versteht (C3). Aus Sicht von B1 ist es hilfreich, wenn sich die Familienmitglieder voneinander distanzieren können. Sie erlebt, dass Außenstehende sich zurückziehen und zieht sich ebenfalls zurück, indem sie die Krankheit verschweigt (M). Gleichzeitig erlebt sie sich als erfahren und verfügt über Selbstvertrauen (D2)

Interview B2

Standardisiertes ZBKT

Tailormade-Formulierungen

Objektbezogener Wunsch

Der Andere soll mir nahe sein (C1/ 3-mal) und innerlich stark sein (D1/ 3-mal).

Mein Bruder soll sich beruhigen (C12/ 2-mal), sich mit mir verstehen (C13/ 1-mal), rücksichtsvoll sein (D13/ 1-mal), gelassen sein (D14/ 1-mal) und die Situation durchstehen oder bewältigen (D15/ 1-mal).

Subjektbezogener Wunsch

Ich möchte den Anderen akzeptieren oder verstehen können (A2/ 4-mal).

Ich möchte verstehen, was mit meinem Bruder ist (A26/ 4-mal).

Reaktion des Objektes

Der Andere zieht sich zurück oder hält sich zurück (M1/ 3-mal)

Mein Bruder zieht sich zurück oder entzieht sich mir (M12/ 2-mal) oder er versucht es mir recht zu machen und die Auseinandersetzung zu meiden (M14/ 1-mal).

Reaktion des Subjektes

Ich fürchte mich und bin ängstlich (F2/ 6-mal).

Ich bin unsicher oder verwirrt über das Verhalten meines Bruders (F22/ 3-mal) und fürchte oder ängstige mich deswegen (F21/ 2-mal) oder bin entsetzt oder erschrocken (F24/ 1-mal).

Nachträgliche Bewertung

Ich akzeptiere oder verstehe die Situa-

Ich habe die Erkrankung anfangs nicht

tion bzw. die Erkrankung (A2/ 4-mal) und die Situation ist zum Fürchten und beängstigend (F2/ 4-mal).

verstanden, verstehe meinen Bruder und die Erkrankung jetzt aber besser (A26/ 3-mal) und bin etwas versöhnt (A27/ 1-mal). Und ich bin entsetzt und erschrocken über meinen psychotischen Bruder und auch über das, was die Medikamente mit ihm machen (F24/ 2-mal). Im Kontakt mit ihm bin ich angespannt (F23/ 1-mal) und habe Angst (F21/ 1-mal), dass er wieder psychotisch wird.

Konfliktbeschreibung Interview B2

B2 wünscht sich, dass ihr Bruder rücksichtsvoll und gelassen sein kann und in schwierigen Situationen innere Stärke besitzt (D). Sie möchte, dass er ihr nah ist (C1), und möchte ihn und seine Krankheit verstehen zu können (A). Der Bruder zieht sich stattdessen zurück und vermeidet die Auseinandersetzung (M), worüber B2 verunsichert und verwirrt ist (F22). Die psychotischen Symptome verängstigen und entsetzen sie (F2). In der nachträglichen Bewertung beschreibt sie Verständnis für die Erkrankung und ist versöhnlich (A2), sie benennt aber erneut das Entsetzen über die Krankheit (und die sedierende Wirkung der Medikamente) und formuliert ihre Angst, dass er wieder psychotisch wird (F2).

Interview B3

Standardisiertes ZBKT	Tailormade-Formulierungen
Objektbezogener Wunsch	
Der Andere soll mich akzeptieren und verstehen (A2).	Die Frau oder mein Kind sollen mich verstehen (A26), meine Freunde sollen mich ernst nehmen und respektieren (A21), die Frau soll zuhören (A23).
Subjektbezogener Wunsch	
Ich möchte zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt sein (C3).	Ich möchte mich mit meinem Bruder wohl fühlen (C33), ihm glauben und mich sicher fühlen (C31).
Reaktion des Objektes	
Der andere fürchtet sich oder ist ängstlich (F2), ist vernachlässigend (I1) oder egozentrisch (I2) und zieht sich zurück oder hält sich zurück (M1).	Meine Freunde sind angespannt (F23), meine Tochter ist ängstlich (F21), meine Freundin hat kein Verständnis für mich (I11), meine Mutter lässt mich im Stich (I12), mein Vater ist ungerecht mir gegenüber (I22), mein Bruder ist egoistisch (I23) und mein Bruder und meine Mutter ziehen sich vor anderen zurück (M12).

Reaktion des Subjektes

Ich empfinde Ekel oder bin verärgert (H1).

Ich ärgere mich über die Unwissenheit anderer, bin wütend auf meinen Vater (H16) und verachte meinen ehemaligen Freund (H12).

Nachträgliche Bewertung

Ich bin stolz oder autonom (D2).

Ich fühle mich anderen gegenüber stark oder überlegen (D21), die Situation hat sich verändert und ich habe mich entwickelt (D28).

Konfliktbeschreibung Interview B3

In Bezug auf Bekannte, Freunde und ihr Kind äußert B3 vor allem Wünsche nach Zuwendung (A). Im Hinblick auf sich selbst wünscht sie, sich wohl zu fühlen (C). Die Reaktionen der Anderen sind sehr differenziert beschrieben, jedoch alle negativ. Hier bezieht sie sich zusätzlich auch auf ihre Familienangehörigen und beschreibt besonders häufig die Reaktionen von Angst und Furcht (F2), sowie Unzuverlässigkeit (I). Sie selbst reagiert darauf überwiegend mit Ärger, Wut und Verachtung (H1). In der nachträglichen Bewertung der Situationen betrachtet sich B3 als stark und überlegen und beschreibt, dass sich die Situation verändert hat und sie sich entwickelt hat (D2).

Interview B4

Standardisiertes ZBKT

Tailormade-Formulierungen

Objektbezogener Wunsch

Der andere soll mich verstehen oder akzeptieren (A2/ 3-mal), soll mir helfen (B2/ 3-mal) und soll zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt sein (C3/ 3-mal).

Mein Bruder soll akzeptieren, dass ich eine eigene Meinung habe, meine Mutter soll mich ernst nehmen (A21/ 2-mal) und verstehen (A26/ 1-mal). Die Therapeutin und meine Mutter sollen mir helfen, der Therapeut soll meinem Bruder helfen (B23/ 3-mal). Mein Bruder soll mich mitspielen lassen, etwas gemeinsam mit mir machen (C33/ 2-mal) und sich freuen (C34/ 1-mal).

Subjektbezogener Wunsch

Ich möchte dem anderen nahe sein (C1/ 3-mal).

Ich möchte meinem Vater und meinem Bruder nahe sein und Nähe geben (C11/ 2-mal) und mich mit meinem Bruder verstehen (C13/ 1-mal).

Reaktion des Objektes

Der andere ärgert mich (L2/ 4-mal).

Mein Bruder ist feindselig (L22/ 2-mal), bedroht mich (L21/ 1-mal) und wendet Gewalt gegen mich an (L23/ 1-mal).

Reaktion des Subjektes

Ich fürchte mich oder bin ängstlich (F2/ 6-mal).

Im Hinblick auf meinen Bruder bin ich unsicher (F22/ 2-mal), erschrocken, entsetzt (F24/ 2-mal) und ängstlich (F21/ 2-mal).

Nachträgliche Bewertung

Ich fürchte mich und bin ängstlich (F2/ 4-mal) oder ich widersetze mich und bin kritisierend (J2/ 4-mal).

Ich bin unsicher, verwirrt (F22/ 3-mal) und ängstige mich (F21/ 1-mal) im Hinblick auf meinen Bruder, verurteile ihn, lehne ihn ab und weise außerdem die Wünsche meiner Mutter zurück (J22/ 4-mal).

Konfliktbeschreibung Interview B4

B4 beschreibt ihre Wünsche sehr vielschichtig: Von ihrer Mutter und ihrem Bruder möchte sie verstanden und akzeptiert werden (A26), für sich selbst und ihren Bruder wünscht sie sich (therapeutische) Hilfe (B2), ihrem Vater und ihrem Bruder möchte sie nah sein (C1), und mit ihrem Bruder möchte sie positive Erlebnisse haben (C3) und sich mit ihm verstehen (C1).

Ihr Bruder reagiert mit Feindseligkeit, Bedrohung und Gewalt (L2), worüber sie erschrocken und entsetzt ist, und mit Unsicherheit und Angst reagiert (F2). Rückblickend lehnt sie ihn ab, verurteilt ihn und beschreibt ihre Verunsicherung, Verwirrung und Angst (F2). Den Wünschen ihrer Mutter widersetzt sie sich (J2).

Interview B5**Standardisiertes ZBKT****Tailormade-Formulierungen****Objektbezogener Wunsch**

Der andere soll etwas erklären oder bestätigen (B1) und gesund sein und leben (C5).

Ich möchte, dass meine Schwester mit mir kommuniziert oder mir etwas erklärt (B11) und möchte, dass sie gesund ist und bleibt (C51).

Subjektbezogener Wunsch

Ich möchte dem anderen etwas erklären oder bestätigen, (B1) ihm helfen

Ich möchte mit meiner Schwester kommunizieren (B11), Hilfe in der Betreuung

(B2), ihm nahe sein (C1) oder zuversichtlich, zufrieden und sinnlich vergnügt sein (C3).

für meine Mutter und meine Schwester haben (B23), möchte Spaß haben (C33), mich mit meiner Schwester verstehen (C13) und sie versorgen (C11).

Reaktion des Objektes

Der andere ärgert mich (L1).

Meine Schwester ärgert, belästigt oder belastet (L13) und beleidigt (L11) mich und andere.

Reaktion des Subjektes

Ich fürchte mich oder bin ängstlich (F2).

Ich bin besorgt um meine Mutter und meine Schwester, habe Angst vor den Aggressionen meiner Schwester (F21), werde nervös (F23), unsicher und verwirrt (F22) und erschrocken (F24).

Nachträgliche Bewertung

Der andere oder ich bin schwach (G2) und krank (M3)

Meine Schwester und ich sind hilflos gegenüber ihrer Krankheit, ich bin meiner Schwester unterlegen (G21) und versage dabei, ihr zu helfen (G23). Meine Schwester ist seelisch krank (M33) und hat wahnhaftige Symptome (M32).

Konfliktbeschreibung Interview B5

B5 wünscht sich, dass ihre Schwester gesund ist und dass die Schwester mit ihr redet und sich erklären kann (C5 und B1). In Bezug auf sich selbst wünscht sie sich Hilfe bei der Betreuung, möchte sich wohl fühlen und ihre Schwester unterstützen (B und C). Die Schwester ärgert, belastet und beleidigt sie und andere Menschen (L1), worauf B5 mit Sorge um die Schwester und die Mutter reagiert. Sie hat Angst vor den Aggressionen der Schwester und fürchtet sich (F). In der nachträglichen Bewertung werden Gefühle von Schwäche, Unterlegenheit und Versagen deutlich (G2), sowie die Wahrnehmung der Schwester als sehr krank (M3).

Interview B6

Standardisiertes ZBKT

Tailormade-Formulierungen

Objektbezogener Wunsch

Der andere soll gesund sein und leben (C5/ 3-mal).

Mein Bruder soll gesund sein (C51/ 3-mal)

Subjektbezogener Wunsch

Ich will dem anderen helfen (B2/ 6-mal).

Ich möchte meiner Mutter gegenüber großzügig sein (B22/ 1-mal) und meinem Bruder helfen, mich für ihn einsetzen und ihm beistehen (B23/ 5-mal).

Reaktion des Objektes

Der andere greift mich oder andere an (L2/ 2-mal) und ist krank (M3/ 2-mal).

Mein Bruder greift andere verbal an (L21/ 2-mal) und hat Symptome (M32/ 2-mal).

Reaktion des Subjektes

Ich helfe (B2/ 3-mal).

Ich beschütze meine Mutter (B21/ 1-mal) und setze mich für meinen Bruder und seine Gesundheit ein (B23/ 2-mal).

Nachträgliche Bewertung

Ich bewerte die Situation als zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt (C3/ 6-mal).

Ich bin erleichtert, dass sich auch andere um meinen Bruder kümmern und er nicht lebensbedrohlich krank ist (C32/ 3-mal) und bin zuversichtlich (C31/ 3-mal).

Konfliktbeschreibung Interview B6

B6 wünscht sich, dass sein Bruder gesund wäre (C51) und möchte ihm helfen (B2). Sein Bruder greift andere verbal (L21) an und hat weitere symptomatische Verhaltensweisen (M32). B6 reagiert darauf mit Hilfe und Unterstützung für seinen Bruder und seine Mutter (B2). Er bewertet die Situation positiv (C3), indem er sich über Hilfe von anderen freut, keine Lebensgefahr (mehr) sieht und dadurch zuversichtlich gestimmt ist.

Interview B7

Standardisiertes ZBKT

Tailormade-Formulierungen

Objektbezogener Wunsch

Der andere soll zuversichtlich, zufrieden oder sinnlich vergnügt sein (C3/ 2-mal).

Meine Mutter soll sich wohl fühlen (C33/ 1-mal) und mein Bruder soll sich freuen (C34/ 1-mal).

Subjektbezogener Wunsch

Ich möchte nahe sein oder dass mir jemand nahe ist (C1/ 2-mal).

Ich möchte mich mit meiner Familie und meinem Bruder verstehen (C13/ 2-mal).

Reaktion des Objektes

Nicht auswertbar (alle Beziehungsepisoden mit unterschiedlicher RO- Ka-

Nicht auswertbar

tegorie)

Reaktion des Subjektes

Ich fürchte mich oder bin ängstlich (F2/ 3-mal).

Ich habe Angst (F21/ 1-mal) und bin erschrocken über das Verhalten meines Bruders und bin entsetzt über das Ausmaß der Angst meiner Mutter (F24/ 2-mal).

Nachträgliche Bewertung

Ich finde die Situation schlecht (K1/ 3-mal).

Ich fühle mich benutzt von meinen Eltern und meiner Mutter und meine Mutter verhält sich schlecht gegenüber meinem Bruder (K11/ 3-mal).

Konfliktbeschreibung B7

B7 wünscht sich, dass ihre Mutter und ihr Bruder sich wohl fühlen und möchte sich mit ihren Eltern und ihrem Bruder verstehen (C). Die Reaktionen der Objekte beschreibt sie so vielschichtig, dass sich keine Häufigkeit auswerten und kein Muster darin erkennen lässt. Ihre eigene Reaktion besteht im Zusammenhang mit ihrem Bruder und ihrer Mutter jedoch hauptsächlich aus Angst, Erschrecken und Entsetzen (F2). In der Bewertung benennt sie vor allem, wie ‚schlecht‘ ihre Mutter sei (K1).

Die Bezeichnungen B1 bis B7 beziehen sich auf die Interviews 1 bis 7. Die Buchstaben in Klammern bezeichnen die Kategorien in der Prädikatenliste von Albani et al. (2008).

4.3.1 Ähnlichkeiten und Unterschiede bei den Konfliktbeschreibungen

Bei den meisten Konfliktbeschreibungen sind Ähnlichkeiten erkennbar (siehe Tabelle 6). Die objekt- und subjektbezogenen Wünsche der interviewten Geschwister beziehen sich ohne Ausnahme auf *harmonische* Prädikate der Kategorien A, B, C und D (Albani et al., 2008). Zudem bestehen bis auf zwei Ausnahmen sowohl die Reaktionen der Objekte, als auch die darauffolgenden Reaktionen der Subjekte aus *disharmonischen* Reaktionen aus den Kategorien E bis M (Albani et al., 2008).

Eine der Ausnahmen ist das Interview B1, bei dem sich die häufigsten Reaktionen des Subjektes nicht auf die häufigsten Reaktionen des Objektes beziehen und harmonisch sind (vgl. Kap. 3.5.3). Die andere Ausnahme ist das Interview B6, bei dem die Reaktionen des Subjektes unterstützend blieben (Kategorie B, Prädikat *unterstützen*), obwohl die Reaktionen des Objektes die Prädikate *jemanden ärgern*, *angreifen* (Kategorie L) und *sich zurückziehen* (Kategorie M) umfassen. Das Interview B6 stellt jedoch auch in anderer Hinsicht eine Ausnahme dar: Es ist das einzige Interview mit einer *männlichen* Person, diese ist mit 78 Jahren mehr als 25 Jahre älter als alle anderen Interviewten und der Krankheitsverlauf des Bruders dauert mit

mehr als 50 Jahren wesentlich länger an, als in der restlichen Stichprobe. Außerdem ist der Interviewte B6 die einzige Person in dieser Studie, die davon berichtet, unter Androhung körperlicher Gewalt Zwang und Druck auf den erkrankten jüngeren Bruder auszuüben. Den *harmonischen* Reaktionen, die mit der ZBKT-Methode als häufigste ermittelt wurden, stehen damit auffällig „*disharmonische*“ Verhaltensweisen des Interviewten gegenüber, die mit der Methode der Qualitativen Interviews kodiert wurden.

In den anderen fünf Interviews dominieren bei den Reaktionen der Objekte die Kategorie L mit den Prädikaten *jemanden ärgern, angreifen* und bei den Reaktionen der Subjekte die Kategorie F mit den Prädikaten *unzufrieden sein, Angst haben*.

Die quantitative Auswertung der einzelnen Komponenten nach Häufigkeit des Auftretens ist in Tabelle 7 dargestellt. Die berichteten Häufigkeiten sind alle auf einem Niveau von $\alpha = .05$ signifikant, wobei jedoch die Voraussetzung der Normalverteilung nicht erfüllt ist. Das führt zwar zu einer Beeinträchtigung der Aussagekraft der Signifikanz, die quantitative Auswertung dient jedoch auch der Beschreibung der Ergebnisse in den folgenden Kapiteln.

Tabelle 7: Am häufigsten genannte Prädikate der Komponenten.

	Stichprobendaten	Signifikante Kategorien	Anzahl Nennungen	z-Wert	p-Wert
Subjektbezogene Wünsche	$N=76, n=12$ $\bar{x}=6.33$ $SD=6.14$	B2 helfen	19	2.06	0.04
Objektbezogene Wünsche	$N=78, n=14$ $\bar{x}=5.57$ $SD=4.47$	A2 akzeptieren, verstehen	16	2.33	0.02
Reaktion Objekt	$N=95, n=23$ $\bar{x}=4.13$ $SD=2.95$	L1 jemanden ärgern	10	1.99	0.05
		L2 angreifen	11	2.33	0.02
		M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten	10	1.99	0.05
Reaktion Subjekt	$N=98, n=20$ $\bar{x}=4.90$ $SD=5.74$	M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten	17	2.11	0.04
		F2 sich fürchten, ängstlich sein	24	3.33	< 0.01
Nachträgliche Bewertung	$N=141, n=23$ $\bar{x}=6.13$ $SD=4.54$	M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten	18	2.61	0.01

$N =$ Anzahl an allen Nennungen; $n =$ Anzahl an Kategorien

4.3.2 Die Wünsche der Geschwister Psychose-Erkrankter

Bei der methodischen Planung der Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass durch die systematische Erhebung der subjekt- und objektbezogenen Wünsche der gesunden Geschwister eine bisher in der Literatur nicht diskutierte Perspektive von Geschwistern Psychose-Erkrankter evaluiert und qualitativ beschrieben werden können. Diese Annahme lässt sich durch die Ergebnisse nur sehr begrenzt bestätigen.

Zum einen sind die objektbezogenen Wünsche der Geschwister häufig inhaltlich nicht ausreichend von den subjektbezogenen Wünschen zu unterscheiden. Beispielsweise lautet im Interview B1 in der Beziehungsepisode 6 der subjektbezogene Wunsch „Ich möchte von meinem Bruder keine Schuld zugewiesen bekommen“ und der objektbezogene Wunsch „Mein Bruder soll niemandem die Schuld geben“. Da die Wünsche entsprechend des Manuals (Albani et al., 2008) aus den Erzählungen der Interviewten abgeleitet und nicht explizit von ihnen benannt werden, beziehen sich die Inhalte der Wünsche meistens auf die gleiche Textstelle und lassen sich daher zwar theoretisch objekt- oder subjektbezogen formulieren, sind aber inhaltlich nicht immer unterscheidbar. Die Textstelle der oben beschriebenen Wunsch-Komponenten (Interview B1, Beziehungsepisode 6) lautete:

Also ich glaube diese Schuldzuweisungen sind sehr wichtig für diese Krankheit. Das ist eines der Symptome: Derjenige, der sich um mich kümmert, ist eigentlich mein Feind, der Täter.

Wenn die Interviewten also beispielsweise von aggressiven Verhaltensweisen des erkrankten Geschwisters berichten, wird daraus der Wunsch abgeleitet, dass das erkrankte Geschwister nicht aggressiv sein möge. Wenn sie über einen Besuch berichten, wird daraus der Wunsch abgeleitet, dass sie sich gut mit dem Geschwister verstehen möchten. Die Wünsche sind also im Sinne der *tailormade*-Formulierungen maßgeschneidert auf den Text bezogen, wodurch die Sichtweisen der gesunden Geschwister jedoch nur sehr begrenzt deutlich werden und qualitativ schwer zu fassen sind.

Die Auswertung der Wünsche der Geschwister erfolgte daher nicht wie geplant qualitativ, sondern quantitativ (siehe Tabelle 7). Das am häufigsten benannte Prädikat der *subjektbezogenen Wünsche* ist über alle sieben Interviews hinweg die Kategorie B2 mit dem Prädikat *helfen*. Von insgesamt 76 subjektbezogenen Wünschen wurde 19-mal *helfen* genannt. Die Wünsche können sich darauf beziehen, dass die erkrankten Geschwister (oder andere Objekte) Hilfe erhalten, die gesunden Geschwister selbst Hilfe erhalten, oder die gesunden Geschwister ihrem erkrankten Geschwister (oder anderen Objekten) helfen möchten. Inhaltlich

umfasst das Prädikat *helfen* auf der nächstunteren (vierten) Hierarchieebene die Differenzierungen *beschützen, großzügig sein, verwöhnen, bevorzugen, helfen, sich für jemanden einsetzen* und *beistehen* (Albani et al., 2008). Die subjektbezogenen Wünsche können also in diesem Kontext verstanden werden.

Das am häufigsten angeführte Prädikat der *objektbezogenen Wünsche* ist über alle Interviews hinweg A2 *akzeptieren, verstehen*. Von insgesamt 78 objektbezogenen Wünschen wird 14 - mal A2 *akzeptieren, verstehen* angegeben (siehe Tabelle 7). Die Objekte, auf die sich die Wünsche beziehen, sind 47-mal das erkrankte Geschwister, 17-mal die Eltern oder eines der Elternteile und 10-mal andere Personen wie beispielsweise Freunde, Bekannte oder Therapeuten. Auch bei den objektbezogenen Wünschen kann sich der Wunsch sowohl darauf beziehen, dass (beispielsweise) das erkrankte Geschwister das gesunde Geschwister verstehen oder akzeptieren soll, als auch darauf, dass es jemand anderen verstehen oder akzeptieren möge. Die Kategorie A2 untergliedert sich in der nächstunteren Hierarchieebene in sieben weitere Unterkategorien mit 21 weiteren Prädikaten wie beispielsweise *versöhnen, berührt sein, Gefühle zulassen, beachten, respektieren* und *ernst nehmen*.

4.3.3 Die nachträgliche Bewertung der erlebten Situationen

Die Komponente der nachträglichen Bewertung wurde zusätzlich zu den ZBKT erhoben und sollte Hinweise darauf geben, wie die Interviewten die Situation zum Zeitpunkt des Interviews subjektiv einschätzen. Es wird angenommen, dass die Bewertung aus einer rückblickenden Perspektive Aussagen darüber ermöglicht, wie die Interviewten die Belastung subjektiv bewerten und auf welche Weise sie die Belastungen bewältigen.

Die Standardisierung der Komponenten wurde zwar durchgeführt, allerdings bezog sich die nachträgliche Bewertung häufig auf die Situation im Allgemeinen und nicht auf die einzelnen Objekte oder das Subjekt. Die Prädikate erfassen daher am ehesten eine Stimmungslage, mit der die Interviewten nachträglich auf die Situation blicken. Beispielsweise bewertet eine Interviewte eine Situation nachträglich folgendermaßen:

Also es gibt auch kleinere Situationen. An denen ich gemerkt habe, dass ich im Laufe der Jahre auch gelernt habe, mich total zu distanzieren. Also mit meiner Schwester, das ist mir jetzt letztlich vielleicht noch so ein bisschen peinlich, wie meine Schwester sich benimmt, aber ich fühle mich nicht mehr verantwortlich dafür (Interview B5, Beziehungsepisode 8).

Die dazugehörige *tailormade*-Formulierung lautet:

Ich kann mich mittlerweile etwas besser von meiner Schwester distanzieren.

Beide Beurteilerinnen kodierten für diese nachträgliche Bewertung nach Albani et al. (2008) das Prädikat *D2 (stolz, autonom sein)*.

Das Beispiel soll verdeutlichen, dass die Komponente der nachträglichen Bewertung zwar im Zuge der Methode des ZBKT_LU erhoben wurde, eine rein standardisierte Auswertung jedoch einen hohen Informationsverlust für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit bedeuten würde. Die inhaltliche Auswertung dieser Komponenten hat daher mit der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse stattgefunden, bei der diese Textstelle in der Kategorie *Distanz und Distanzwünsche (BF 39b)* kodiert wurde.

Dennoch wurden auch hier die Häufigkeiten ausgewertet: Das am häufigsten ermittelten Prädikat bei den insgesamt 141 erhobenen Komponenten zur nachträglichen Bewertung ist *M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten* (23-mal). Die Stimmung der Interviewten bei der nachträglichen Bewertung lässt also am häufigsten auf eine Zurückgezogenheit oder Zurückhaltung schließen.

5 DISKUSSION

Das Anliegen dieser Studie ist die Exploration von Bewältigungsanforderungen, Auswirkungen der Erkrankung, Konflikten, sowie den Bewältigungsformen von Geschwistern Psychose-Erkrankter. Bei der Darstellung der Ergebnisse im vorangegangenen Kapitel wurden enorme *Familiäre Belastungen* und höchst kritische Sichtweisen der gesunden Geschwister auf ihre Eltern offenbar, deutliche Auswirkungen auf Beziehungen insgesamt, sowie in erheblichem Ausmaß *Verstörende, Destabilisierende* und insbesondere *Intrusive Einflüsse* im Kontext der Erkrankung auf die Geschwister. Eine zentrale Form der Bewältigung sind Verhaltensweisen, mit denen sich die gesunden Geschwister abgrenzen und distanzieren.

Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie werden im folgenden Kapitel vor dem Hintergrund psychologischer Konzepte und Theorien vertieft interpretiert und diskutiert. Anschließend werden mögliche Schwerpunkte künftiger Forschung und anwendungsbezogener Maßnahmen erörtert und konkretisiert. Hierfür wird ein Phasenmodell zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter entwickelt. Zuletzt wird das methodische Vorgehen kritisch reflektiert und die Studie mit einem Fazit abgeschlossen.

5.1 Traumatisierende Erlebnisse im Zusammenhang mit der Erkrankung

Bei der Auswahl der Stichprobe wurde in dieser Studie darauf geachtet, dass die interviewten Personen möglichst lange und stark durch die psychische Erkrankung ihres Geschwisters belastet sind, um deutliche Ergebnisse zu den Bewältigungsanforderungen und dem Bewältigungsverhalten erzielen zu können. Es wurden deshalb nur Geschwister von Psychose-Erkrankten mit einem langfristigen (chronifizierten) Verlauf der Erkrankung interviewt. Die vorliegenden Ergebnisse können daher zunächst ausschließlich für Krankheitsbilder mit psychotischen Episoden Gültigkeit beanspruchen und lassen sich nicht auf andere psychische Erkrankungen verallgemeinern.

Besonders deutlich wird die Spezifik für psychotische Erkrankungen im Zusammenhang mit den *Intrusiven Einflüssen*, die überwiegend auf Berichten über akut psychotische und wahnhaft Zustände des Erkrankten basieren, und die mit Ausnahmesituationen und Notfällen verbunden sind. Andererseits können auch andere psychische Erkrankungen zu lebensbedrohlichen oder gewaltsamen Situationen oder akuten Notfällen führen, wie beispielsweise bei suicidalen Verhaltensweisen, Impulsdurchbrüchen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, delinquentem und gewalttätigem Verhalten bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen, lebens-

bedrohlichen Zuständen bei Anorexie etc.. Auch in diesem Kontext können die Geschwister von Personen mit diesen psychischen Erkrankungen *Intrusiven Einflüssen* ausgesetzt sein. Dies zu klären, könnte Aufgabe weiterer Forschung sein.

Insgesamt werden solche schwerwiegenden Erlebnisse in der Literatur zur Belastung von Angehörigen psychisch kranker Menschen nur am Rande erwähnt. Bei Schmid et al. (2005a) tauchen sie in einer von dreizehn Unterkategorien, der „Emotionalen Belastung“ auf, die wiederum in sechzehn weitere Kategorien unterteilt ist. Unter der Überschrift „Unsicherheit und Überforderung mit den Symptomen der Erkrankung“ werden aggressive und bedrohliche Verhaltensweisen oder Übergriffe im Zusammenhang mit vielfältigen Ausprägungen von Positivsymptomatik und Negativsymptomatik subsumiert (Schmid et al., 2005a). In dem Beitrag von Schmid et al. (2006) zur Belastung von Geschwistern psychisch Kranker steht die Minussymptomatik und die Frage nach der Belastbarkeit des Erkrankten im Vordergrund, gefolgt von mangelnder Compliance und Abgrenzungsproblemen. Aggressive oder gewalttätige Impulse des erkrankten Geschwisters werden dort nur indirekt als Angst vor Fremdgefährdung und Straftaten vom gesunden Geschwister benannt.

Umso beachtenswerter sind die Ergebnisse dieser Untersuchung. Alle sieben Interviewten berichteten umfangreich und wiederholt von *Intrusiven Einflüssen*, die sie im Zusammenhang mit der Psychose-Erkrankung ihres Geschwisters erlebt haben. Sie beschrieben Aggressionen oder Gewalt, fühlten sich durch ihr Geschwister (zum Teil in ihrem Leben) bedroht und müssen Situationen bewältigen, in denen die Polizei oder Rettungskräfte hinzugezogen werden mussten.

Wie bereits in der Ergebnisdarstellung erläutert, wurden die *Intrusiven Einflüsse* im Hinblick auf den Schweregrad der Bewältigungsanforderung von den *Verstörenden Einflüssen* und den *Destabilisierenden Einflüssen* unterschieden (vgl. Kap. 4.1.4). Die *Intrusiven Einflüsse* sind besonders schwer zu bewältigen. Im diagnostischen und statistischen Manual DSM 5 der American Psychiatric Association (APA) entsprechen diese Erfahrungen dem ersten von mehreren Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (Falkai & Döpfner, 2015). Dort ist festgehalten, dass die Konfrontation mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt selbst erlebt oder indirekt als Zeuge bei anderen Personen miterlebt worden sein muss, um das Kriterium zu erfüllen. Es genügt jedoch auch, von einem Familienangehörigen oder engen Freund zu erfahren, dass ihm ein oder mehrere traumatische

Ereignisse zugestoßen sind, oder als Ersthelfer beruflich wiederholt mit solchen Ereignissen konfrontiert worden zu sein (Falkai & Döpfner, 2015). Die Interviewten berichteten also von potentiell traumatisierenden Erlebnissen im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung des Geschwisters. Das bedeutet nicht, dass alle Interviewten tatsächlich traumatisiert sind, die Ergebnisse verdeutlichen aber, dass die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf das Leben der Geschwister weit belastender zu sein scheinen, als die Literatur bislang vermuten ließ.

5.1.1 Die Aufdeckung von Aggressionen und Gewalt mit dem BEI der ZBKT_{LU}-Methode

Um zu erklären, weshalb die Aggressionen und Gewalt in dieser Studie so evident geworden sind, muss in Rechnung gestellt werden, dass erstens hochbelastete Geschwister für das Interview ausgewählt wurden und zweitens im halbstrukturierten Teil des Interviews fokussiert die Belastungen und deren Bewältigung erfragt wurden. Andererseits scheint die Methode des BEI besonders dazu geeignet zu sein, unangenehme und schambesetzte Themen wie Ohnmachts- und Gewalterlebnisse zu offenbaren. Bei den Interviews war aufgefallen, dass im zweiten Teil der Interviews die Emotionen häufig viel greifbarer und nachvollziehbarer wurden, als im ersten Teil. Wenn konkrete Situationen in ihren Einzelheiten berichtet werden sollen, ist dies offenbar ein anderes Berichten, als wenn jemand *über* bestimmte Erlebnisse erzählt und dabei die Reaktionen des Gegenübers bereits antizipiert. In der „normalen Interaktion“ ist die Distanz zum Geschehen größer und die Emotionen sind weniger präsent, während die Situationsbeschreibungen im Beziehungsepisodeninterview sehr konkret sind und die damit verbundenen Emotionen unmittelbar erlebbar werden.

Dieser Eindruck wurde durch einen visuellen Vergleich der Dokumenten-Portraits mit dem verwendeten Programm MAXQDA 12 bestätigt (siehe Appendix A6): Die *Intrusiven Einflüsse* wurden bei fünf der sieben Interviews überwiegend in der unteren Hälfte der Abbildung, d.h. im zweiten Teil des Interviews, also im BEI kodiert.

Auch wenn die Aufdeckung der Aggressionen und Gewalt durch die ZBKT_{LU}-Methode bzw. dem BEI begründet ist, bleibt die Frage, warum diese Thematik bislang in der Forschung so ‚unterbelichtet‘ ist. Dies ist umso verwunderlicher, da das Thema Aggressionen und Gewalt bei psychischen Erkrankungen seit der Psychiatrie Enquete vor mehr als vierzig Jahren in vielen Facetten ausgiebig diskutiert wird (u.a. Dietrich, Hahn, Armbruster, & Ratzke, 2015).

5.1.2 Aggressionen und Gewalt im Kontext der Psychiatrie

Wenn man über aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen von psychisch kranken Menschen berichtet, begibt man sich auf schwieriges Terrain. In der Öffentlichkeit ist das Bild des psychisch kranken Gewalttäters allzu präsent und führt zu Stigmatisierungen der Erkrankten. Die Folgen der Stigmatisierung können tödliche Konsequenzen für die Betroffenen bei Polizeieinsätzen haben (Finzen, 2014). Es wurde immer wieder untersucht, ob psychisch kranke Menschen tatsächlich mehr Gewalt ausüben als gesunde Menschen. In ihrer Review zu dem Thema kommen Walsh, Buchanan und Fahy (2002) zu dem Ergebnis, dass es zwar einen Zusammenhang zwischen Gewalt und Schizophrenie gibt, dass der Anteil der Gewalt gemessen an der Gewalt in der Gesamtgesellschaft jedoch gering ist.

Auch Fazel, Gulati, Linsell, Geddes und Grann (2009) kommen in ihrer Metaanalyse zu diesem Schluss und machen außerdem auf den engen Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch als Komorbidität von Schizophrenie und Gewalt aufmerksam: An Schizophrenien erkrankte Menschen mit komorbidem Substanzmissbrauch haben ein ähnliches Risiko, Gewalttaten zu begehen, wie Menschen mit Substanzmissbrauch ohne Psychose-Erkrankung (Fazel et al., 2009). Dennoch existiert ein Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gewalt, wenn er auch nur einen kleinen Anteil der Erkrankten betrifft (Fazel et al., 2009).

Forensische Psychiater machen darauf aufmerksam, dass die Zahl der Betten in den forensischen Kliniken drastisch ansteigt (Hodgins, Alderton, Cree, Aboud, & Mak, 2007) und Studien aus dem forensischen Bereich haben inzwischen Subtypen von an Schizophrenien erkrankten Gewalttätern entwickelt (Hodgins, 2006; Lammel, 2011). Von dieser Seite wird die Mitbehandlung aggressiver und gewalttätiger Handlungen bereits im Vorfeld der Unterbringung in der Forensik und vor allem als Prävention von schwerwiegenden Delikten gefordert (Hodgins & Müller-Isberner, 2014), d.h. deren Berücksichtigung in allen allgemeinpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen, einschließlich den Angeboten der Eingliederungshilfe (Steinert et al., 2010; Ketelsen & Walter, 2010).

Die meisten der an Schizophrenien erkrankten Straftäter, die in einer forensischen Klinik untergebracht sind, waren im Vorfeld über Jahre und mit zahlreichen Aufenthalten Patienten in der Allgemeinpsychiatrie (Hodgins & Müller-Isberner, 2014). Die Psychotherapie von Psychose-Erkrankungen galt jedoch lange Jahre als unmöglich, wenn nicht gar als kontraindiziert (vgl. Dümpelmann, 2006). Trotz entscheidender und Schulen übergreifender Entwicklungen

in diesem Bereich haben therapeutische Behandlungskonzepte außerhalb der Forensik die Sichtweisen der forensischen Fachgebiete noch nicht aufgegriffen. In den Lehrbüchern zur Psychotherapie von Schizophrenien sucht man vergeblich nach Hinweisen auf die Mitbehandlung oder Prävention aggressiver und gewalttätiger Verhaltensweisen (Schaub, 2012; Klingberg, Rosch-Ely, Buchkremer, & Mundt, 2008; Bachman, Weisbrod, & Mundt, 2007; Schwarz & Maier, 2001; Dümpelmann 2006).

5.1.3 Die befürchtete Stigmatisierung führt zur Tabuisierung von Aggressionen und Gewalt

Die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen trifft auch deren Angehörige, und somit auch die Geschwister der Erkrankten (Peukert, 2001). Die gesunden Geschwister befinden sich in einem Dilemma: Wenn sie über die psychische Erkrankung ihrer Schwester oder ihres Bruders sprechen, geben sie sowohl das erkrankte Geschwister, als auch sich selbst einer möglichen Stigmatisierung preis. Wenn sie die Erkrankung jedoch verschweigen, entstehen Vertrauensverluste zum Gegenüber und die von ihnen gewünschte Nähe und Tiefe in Beziehungen kann weniger gut erreicht werden (*LA 32, Qualität der Beziehungen*). Zusätzlich erleben die Geschwister, das auch ihre Eltern die psychische Erkrankung verschweigen und sie werden mit Schweigegeboten belegt (*FB 2c, Schweigen und Schweigegebote*).

Das Dilemma potenziert sich in Familien, in denen aggressive und gewaltsame Verhaltensweisen von den psychisch erkrankten Angehörigen ausgehen. Solche Erlebnisse zu offenbaren, birgt ein unkalkulierbares Risiko für die Beziehung zu den Personen, gegenüber denen die Geschwister dies gern ansprechen würden. Damit einhergehend verstärken sie ungewollt das Bild des psychisch kranken Gewalttäters in der Öffentlichkeit. So wird die Schwierigkeit für die Geschwister, sich Außenstehenden anzuvertrauen, unmittelbar nachvollziehbar.

Für künftige Forschungsvorhaben zeigen die Ergebnisse dieser Studie die Notwendigkeit, den Auswirkungen von Aggressionen und Gewalt im familiären Umfeld psychisch kranker Menschen deutlich höhere Aufmerksamkeit zu widmen. Dazu gehört die Klärung des Ausmaßes häuslicher Gewalt für die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, sowie die Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention von potentiell aggressiven oder gewaltsamen Verhaltensweisen psychisch erkrankter Menschen.

5.2 Konflikte und belastete Beziehungen in der Familie

Die Ergebnisse zu den familiären Beziehungen sind in vier Bereiche aufgeteilt und lassen sich etwas pointiert etwa so zusammenfassen: Die Geschwister psychisch Erkrankter erleben erhebliche Belastungen innerhalb ihrer Herkunftsfamilie und ihre Beziehungen zu den Familienmitgliedern ist deutlich belastet. Sie werden auf der einen Seite von ihren Eltern durch überhöhte Erwartungen überbeansprucht (*FB 1, Überbeanspruchung des gesunden Geschwisters*), sowie emotional als Beraterin oder Partnerersatz „missbraucht“, auf der anderen Seite werden sie emotional vernachlässigt (*FB 2, Vernachlässigung des gesunden Geschwisters*): Sie werden zurückgesetzt, alleine gelassen, sollen über das Erlebte schweigen und erhalten keinen Schutz vor den Aggressionen des erkrankten Geschwisters. Die interviewten Geschwister beschreiben drittens die Umgangsweisen in der Familie als indirekt (*FB 3, Indirekte Umgangsweisen*), und mit unterschwelligem Erleben verbunden, und sie stehen aus ihrer Sicht häufig „dazwischen“. Der vierte Bereich zu den familiären Beziehungen betrifft Wut, enorme Kritik und Vorwürfe gegenüber den Eltern, die die Situation aus Sicht der gesunden Geschwister nicht richtig wahrnehmen, und häufig sogar verleugnen (*FB 4 Konflikte mit den Eltern*). Der Überbeanspruchung und Vernachlässigung der gesunden Geschwister auf der einen Seite stehen also erhebliche Kritik und Vorwürfe gegenüber den Eltern auf der anderen Seite entgegen.

Die Ergebnisse der ZBKT_{LU} ergänzen diese Ausführungen um eine weitere Perspektive: Auch die Beziehungen zwischen den gesunden und erkrankten Geschwistern sind durch die Erkrankung erheblich belastet (vgl. Kap. 4.3.1). Es dominieren angreifende verärgerte Verhaltensweisen der Objekte¹⁰, ängstliche und furchtsame Reaktionen der gesunden Geschwister, sowie die Tendenz zum Rückzug oder zur Zurückhaltung auf beiden Seiten.

Auch an dieser Stelle sei noch einmal betont, dass dies keine umfassende Darstellung der familiären Situation mit psychisch Kranken darstellt, sondern entsprechend des Forschungsinteresses dieser Arbeit ausschließlich die Schwierigkeiten und Belastungen erfragt wurden. Allerdings sind diese Schwierigkeiten in der Familie von allen Interviewten umfangreich berichtet worden und sind im zweiten Teil des Interviews eher vertieft worden, als dass dort positive Erlebnisse und Beziehungssituationen zum Vorschein gekommen wären.

¹⁰ Zur Erinnerung: 47 der Beziehungsepisoden bezogen sich auf die erkrankten Geschwister als Objekte, 17 Beziehungsepisoden bezogen sich auf ein Elternteil bzw. die Eltern, und 10 Episoden auf andere Personen aus dem Umfeld der Interviewten.

5.2.1 Verschiebungen der Verantwortung und Umkehr der Rollen

Aus der Forschung zu *Kindern psychisch kranker Eltern* sind einige der oben beschriebenen Phänomene bekannt. Die psychische Erkrankung eines Elternteils destabilisiert das gesamte Familiensystem, lässt Grenzen diffus werden und führt bei der Verletzung der Generationengrenze zu einer Parentifizierung (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017): Dabei findet eine Rollenkehr der Generationen statt, und Kinder übernehmen wichtige Verantwortlichkeiten in der Familie. Kinder sollen außerdem den nicht verfügbaren (weil erkrankten) Partner ersetzen und den Lebenstraum der Eltern realisieren (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Auch die Tabuisierung der Erkrankung, ein Kommunikationsverbot und die damit verbundene Isolierung der Kinder wird dort beschrieben (Lenz, 2014). Die Eltern geben an, ihre Kinder schützen zu wollen und haben vielschichtige Gründe für die Tabuisierung der Erkrankung. Sie fürchten beispielsweise, ihre Elternrolle könnte in Frage gestellt werden, sie befürchten Stigmatisierung und unterliegen Schuld- oder Schamgefühlen, sie möchten sich gegenseitig schonen oder Rücksicht nehmen, oder sie verleugnen ihre eigene Krankheit (Lenz, 2014).

Diese Gründe treffen vermutlich auch auf die Eltern von psychisch kranken Kindern zu, die im Gegenzug dafür von ihren gesunden Kindern kritisiert werden (*FB 2c, Schweigen und Schweigegebote*). Die Tabuisierung der Erkrankung verhindert eine offene Auseinandersetzung und damit verbunden die Möglichkeit von Ressourcenmobilisierung (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Dies wiegt besonders schwer, wenn die gesunden Geschwister bereits in der Kindheit und frühen Jugend Aggressionen und Gewalt durch das erkrankte Geschwister erleben.

5.2.2 Verschiebungen in der Kommunikation

Weitere Beiträge zu den Umgangsweisen innerhalb der Familie bei psychischen Erkrankungen finden sich in der systemischen Theorie. Dort wurden Familien mit psychisch krankem Mitglied systematisch darauf untersucht, wie sie sich im Hinblick auf *Wirklichkeitskonstruktion, logische Muster, zeitliche Muster* und *Koalitionen* ähneln bzw. voneinander unterscheiden (Schweitzer & von Schlippe, 2009). In Familien mit einem an Schizophrenie erkranktem Mitglied herrschen weiche bis konfuse *Wirklichkeitskonstruktionen* vor, die wenig verbindlich, jederzeit schnell veränderbar und damit auch nicht gut vorherzusehen oder zu berechnen seien. Die Familienmitglieder konstruieren ihre Wirklichkeit nach dem *logischen Muster* des Entweder-Oder, bei dem wenig Raum für Ambivalenzen, Vielfalt und Zwischentöne bleibt.

Dies wäre eher im logischen Muster des Sowohl-als-auch möglich. Das bedeutet, dass die einzelnen Familienmitglieder sehr gegensätzliche Positionen beziehen, und kein Konsens gefunden werden kann.

Die *zeitlichen Muster* beziehen sich darauf, ob widersprüchliche Sichtweisen bei Konflikten schnell nacheinander und gleichzeitig zu beobachten sind (synchron) oder nacheinander zeitversetzt (diachron) stattfinden (Schweitzer & von Schlippe, 2009). In Familien mit an Schizophrenien erkrankten Personen ist die zeitliche Abfolge synchron und kann in extremer Form zur synchronen Dissoziation führen. Das bedeutet, dass widersprüchlichen Sichtweisen und die Entweder-Oder-Positionen so schnell kommuniziert werden und nebeneinanderstehen, dass sie quasi miteinander verschwimmen und nicht mehr zu erkennen sind. Dies belebt die Kommunikation zwar kurzfristig, führt aber zur Erschöpfung. Wie die einzelnen Familienmitglieder zueinander stehen bleibt ebenfalls unklar und die *Koalitionen* untereinander wechseln ständig (Schweitzer & von Schlippe, 2009).

Die sehr weichen Wirklichkeitskonstruktionen, das rigide Entweder-Oder-Muster gegensätzlicher Positionen, die synchron miteinander verschwimmenden widersprüchlichen Sichtweisen und die unverbindlichen, wechselnden Koalitionen in Familien mit schizophren erkranktem Familienmitglied haben nach Ansicht der Autoren eine nachvollziehbare Funktion: Sie dienen der Vermeidung eines Grundkonfliktes zwischen Wünschen nach Nähe auf der einen Seite und dem Wunsch nach Autonomie und Abgegrenzt-sein auf der anderen Seite. Die Einzelnen in der Familie geben sich nur schwer zu erkennen und legen sich nicht fest, wodurch eine scheinbare Konfliktlosigkeit erreicht wird (Schweitzer & von Schlippe, 2009).

Retzer und Simon (2001) bringen den unauflösbaren Konflikt zwischen Autonomie- und Abhängigkeitswünschen weitergehend mit der „Schuldfrage“ in Verbindung, die sie immer wieder in den Familien mit Schizophrenie-Erkrankten beobachteten (Retzer & Simon, 2001, S. 67). Wer autonom ist und etwas eigenverantwortlich entscheidet, läuft Gefahr, schuldig zu werden. Wer sich schuldig macht, unterscheidet sich von den anderen und setzt sich der Gefahr, ausgegrenzt zu werden, aus. Immer wenn Festlegungen im Hinblick auf die Autonomie oder die Beziehungsqualität gefordert werden, entwickelt sich daher ein Kommunikationsmuster, bei dem nicht zu entscheiden ist, wer was meint. Niemand möchte sich schuldig machen oder für etwas verantwortlich sein. Diese Uneindeutigkeit der Kommunikation führt

dazu, dass es keine festen Beziehungskonstellationen und kein vorhersehbares Verhalten gibt, auf die sich die Familienmitglieder verlassen könnten (Retzer & Simon, 2001).

Die Kommunikationsstrukturen, die von den Geschwistern der Psychose-Erkrankten beschrieben werden, weichen etwas von den obigen Beschreibungen im Sinne der systemischen Theorie ab, dienen aber möglicherweise ebenfalls der Konfliktvermeidung. Die Geschwister beschreiben einerseits indirekte Kommunikationsmuster, in denen Familienmitglieder über (aber nicht mit) anderen Familienmitgliedern reden bzw. in der die Eltern die Geschwister auffordern, miteinander zu reden, diese das aber gar nicht selbst wünschen (*FB 3c, Indirekte Kommunikation*). Weiterhin werden Emotionen und Konflikte erahnt und unterschwellig erlebt, die aber ebenfalls nicht offen besprochen werden (*FB 3b, Unterschwelliges Erleben*). Und nicht zuletzt berichten die gesunden Geschwister, bei Konflikten zwischen anderen Familienmitgliedern dazwischen zu stehen und zu vermitteln, während die anderen Parteien wiederum nicht miteinander reden (*FB 3a, Dazwischen stehen*).

In den Beschreibungen der Geschwister entsteht der Eindruck, als sei bereits eine direkte Kommunikation für sich genommen eine zu harte Wirklichkeitskonstruktion und müsse in der Familie vermieden werden. Das Ziel der Vermeidung besteht darin, Konflikte gar nicht erst entstehen zu lassen, zumindest sollen die Beteiligten darin übereinzustimmen, dass es keine Konflikte untereinander gäbe. Eigene Wünsche nach Koalitionen oder Nähe werden nicht sichtbar. Mehr noch, sie werden anderen Familienmitglieder nahegelegt und ihnen „hin- bzw. untergeschoben“. Oder anders formuliert: Das einzelne Familienmitglied entzieht sich der kommunikativen Verantwortung, es bleibt selbst unbestimmt und verhält sich indirekt, und es definiert für andere Mitglieder der Familie, wer mit wem reden soll oder den Kontakt herstellen oder vermeiden soll.

Sicher wäre es lohnenswert, diese Thesen in zukünftigen Studien detailliert zu betrachten. Für die Ergebnisse dieser Studie soll zunächst festgehalten werden, dass die *Indirekten Umgangsweisen* (*FB 3*), von denen die Interviewten berichten, mit hoher Wahrscheinlichkeit die Funktion einer Konfliktvermeidung haben. Zusätzlich kann vorsichtig formuliert davon ausgegangen werden, dass diese Umgangsweisen eher nicht dazu beitragen, verlässliche und vertrauensvolle Beziehungen untereinander aufzubauen und das psychische Wohlbefinden der Einzelnen zu stärken.

Daraus lässt sich schließen, dass die Herkunftsfamilie für die gesunden Geschwister Psychose-Erkrankter eher ein zusätzlicher Belastungsfaktor als eine Ressource bei der Bewältigung der oben ausgeführten Belastungen ist.

5.2.3 Wiederkehrende hohe Emotionalität in den Familien

Für Familien mit einem an Schizophrenie erkranktem Familienmitglied wird immer wieder das populäre Konzept der Expressed-Emotion (EE) herangezogen, zu dem es eine Fülle von Untersuchungen gibt (u.a. Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000). Demnach haben schizophren erkrankte Menschen ein höheres Risiko, einen Rückfall zu erleiden, wenn sie aus Familien mit High-Expressed-Emotion (HEE) kommen, als wenn sie aus Familien mit Low-Expressed-Familien (LEE) kommen. Die ausgedrückten Emotionen beziehen sich vor allem auf Kritik, emotionales Überengagement und Feindseligkeit. Ein stark ausgeprägtes Klima dieser Art führt also eher zu Krankheitsrückfällen, als ein geringes Maß an Kritik, Überengagement und Feindseligkeit. Es ist mehrfach nachgewiesen worden, dass die Ausprägung der Familie als HEE ein zuverlässiger Prädiktor für Rückfälle der schizophren Erkrankten ist (Butzlaff & Hooley, 1998). Ähnliche Untersuchungen und Ergebnisse gibt es auch bei Depression (Hooley, 1986).

Die interviewten Geschwister übten in erheblichem Ausmaß Kritik an ihren Eltern, machten ihnen Vorwürfe, äußerten Wut und waren durchaus auch feindselig. Dennoch scheint das EE-Konzept nicht gut auf sie anwendbar zu sein. Denn zum einen geht es von einer Kritik der Angehörigen gegenüber dem Erkrankten aus, und nicht etwa von Kritik der gesunden Geschwister gegenüber den Eltern. Zum anderen kommen Geschwister in den Untersuchungen gar nicht vor bzw. werden nicht als solche ausgewiesen.

Weiterhin sind die Ergebnisse der EE-Forschung korrelativ und nicht kausal zu interpretieren. In einer Pfadanalyse mit drei Messzeitpunkten konnte King (2000) aufzeigen, dass das Auftreten der schizophrenen Symptomatik eher einen Effekt auf das Ausmaß der Kritik und das Überinvolviertsein der Mutter hatte und dieses vorhersagte, als dass umgekehrt ein hohes Maß an geäußerten Emotionen die schizophrene Symptomatik vorhersagen konnte. Die Ergebnisse lassen sich also kausal in beide Richtungen interpretieren: Das hochemotionale Familienklima kann Auswirkungen auf die schizophrene Erkrankung haben, aber die schizophrene Erkrankung kann ebenso Auswirkungen auf die Emotionalität des Familienklimas haben. Bislang gibt es nur wenig Studien zur Frage der Kausalität (Klingberg et al., 2008).

Im Zusammenhang mit Geschwistern wirft das EE-Konzept daher eher neue Fragen auf, als die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse erklären zu können. Die gesunden Geschwister könnten Moderator-Effekte auf das Familienklima haben, die in der Forschung bislang nicht untersucht und berücksichtigt sind. Denkbar sind sowohl verstärkende Effekte auf das High-Expressed-Emotion-Klima durch zusätzliche Kritik und Überengagement der Geschwister, als auch abschwächende Effekte durch vermittelnde Verhaltensweisen, wie dies von den Interviewten berichtet wurde (*Dazwischenstehen, FB 3a*).

Für diese Studie lässt sich daher vor allem aussagen, dass in Familien mit einem chronisch an Schizophrenie erkranktem Familienmitglied dauerhaft bzw. wiederkehrend mit erheblichen Belastungen durch Kritik, Feindseligkeit und emotionalem Überengagement zu rechnen ist. Wie die kritischen und vorwurfsvollen Sichtweisen der gesunden Geschwister gegenüber ihren Eltern zu erklären sind, lässt sich jedoch besser anhand eines Phasenmodells erklären, wie es weiter unten ausgeführt wird.

5.3 Die Regulation von Nähe und Distanz als Bewältigungsform und lebenslange Herausforderung der gesunden Geschwister

Ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Studie ist die überraschende Vielfalt und Übereinstimmung, mit der alle sieben interviewten Geschwister über die Themen *Abgrenzung (BF 39a)*, *Distanz und Distanzwünsche (BF 39b)*, und über damit zusammenhängende *Entscheidungen und Konsequenzen (BF 39c)* berichteten.

Aus Sicht der Geschwister scheint eine gelungene Abgrenzung, das Schaffen von Distanz und ein konsequentes Verhalten gegenüber dem Erkrankten mit Bewältigung gleichgesetzt zu sein. Die Notwendigkeit der Nähe-Distanz-Regulation ist scheinbar niemals beendet und bleibt selbst nach dem Wegzug in andere Städte oder einem Kontaktabbruch weiter bestehen. Es ist also fraglich, ob die Nähe-Distanz-Regulation wirklich bereits die Bewältigung darstellt, oder ob hier nicht viel mehr eine lebenslang andauernde Bewältigungsanforderung an die Geschwister offenbar wird.

Um die Aussagen der Interviewten zum Thema *Abgrenzung (BF 39a)* deduktiv einordnen zu können, wurde bei der Ergebnisdarstellung bereits auf die Konzepte der Ich-Grenzen von Rom (2008) und der Ich-Demarkation von Scharfetter (1990; 2002) hingewiesen. Interessanterweise sind beide Konzepte für die Autoren eng mit der Pathologie von Schizophrenie ver-

bunden. Schizophrenie wird dabei als Störung der Ich-Struktur (Rom, 2008) bzw. als Störung des Ich-Bewusstseins (Scharfetter, 1990; 2002) beschrieben.

Scharfetter (1990) schildert außerdem eindrücklich die Ich-Bedrohung von an Schizophrenien Erkrankten und ihre Versuche, sich in Beziehungen zu anderen Menschen vor überwältigenden Einflüssen abzusichern. Als Möglichkeiten zur Beziehungsvermeidung benennt er sozialen Rückzug, Einzelgängertum, sonderliche Verhaltensweisen, Verweigerung der Kommunikation (z.B. durch Schweigen oder zerfahrenem und unverständlichem Gerede), Wahnformen, dauerhaft aggressives Gestimmtsein, querulatorische Wesensart und eine ängstliche Vermeidung von allem und jedem (Scharfetter, 1990). Damit streift er etliche Darstellungen der Interviewten, wie sie in den Unterkategorien *Störungen im Kontakt und in Beziehungen (VE 16)*, *Auffällige Verhaltensweisen des Erkrankten (VE 15)*, *Grenzüberschreitendes Verhalten des Erkrankten (DE 21)*, *Aggressionen des Erkrankten (IE 25)* und *Wahnhaftigkeit (IE 28)* aufgeführt sind. Scharfetter (2007) geht weiter davon aus, dass sich die schizophrene Ich-Krankheit in zwischenmenschlicher Interaktion von Familie und sozialem Umfeld ereignet und Psychosen-Therapie auch das Umfeld einbeziehen muss.

Auch Mentzos (2001) sieht in aggressiven Verhaltensweisen und im Wahn das Resultat einer Ich-Funktionsstörung und zugleich den Versuch, das Selbst zu stabilisieren und vor einer Desintegration zu schützen. Er beschreibt das zentrale Dilemma von an Schizophrenien Erkrankten als Konflikt zwischen dem Wunsch nach Aufrechterhaltung der Selbstidentität und Autonomie auf der einen Seite, und der Sehnsucht nach Vereinigung und Bindung auf der anderen Seite¹¹ (Mentzos, 2007). Die Bipolarität zwischen selbstbezogenen Tendenzen und objektbezogenen Tendenzen ist universell für alle Menschen gültig. An Schizophrenien Erkrankte können sie aufgrund der Störungen der Ich-Funktionen aber nicht lösen und die Bipolarität wird zum unerträglichen intrapsychischen Gegensatz, der den inneren Zusammenhalt - die Selbst-Kohäsion – massiv bedroht (Mentzos, 2007).

In der Qualitativen Inhaltsanalyse wurde deutlich, dass auch die gesunden Geschwister das Dilemma zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen für sich zu lösen versuchen. Abgrenzung und Distanz wird von ihnen nicht als etwas auf Dauer Gelingendes oder gar grundsätzlich Mögliches geschildert, sondern als etwas, um das immer wieder neu gerungen werden

¹¹ Bei den Ausführungen weiter oben zur systemischen Sicht auf die Familienkommunikation beziehen sich die Autoren (Schweitzer & von Schlippe, 2009) in ihrer Darstellung auf Mentzos, daher ähneln sich die Sichtweisen.

muss. Es entsteht der Eindruck, jede Veränderung zugunsten von selbstbezogenen Tendenzen müsse den anderen Familienmitgliedern abgerungen werden.

Während die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse also deutliche Ergebnisse zu den selbstbezogenen Tendenzen ergeben hat, wurde von der ZBKT-Methode offensichtlich die andere Seite der Bipolarität aufgedeckt: Sowohl die häufigsten subjektbezogenen Wünsche (B2 helfen), als auch die häufigsten objektbezogene Wünsche (A2 akzeptieren, verstehen) beschreiben zugewandte Verhaltensweisen und sind den *harmonischen* Kategorien zugeordnet (vgl. Kap. 4.3.1).

Wie einführend erläutert wurde, gehen Albani et al. (2008) davon aus, dass die Konflikte in den Beziehungsmustern zwischen den Wünschen des Subjektes auf der einen Seite und den Reaktionen des Objektes auf der anderen Seite entstehen. Dies entspricht einem psychodynamischen Verständnis von Konflikten. In den Konfliktbeschreibungen zu den Interviews dominieren in diesem Sinne Konflikte zwischen *harmonischen* Wünschen der gesunden Geschwister auf der einen Seite, und stark *disharmonischen* Reaktionen auf Seiten der Objekte (vgl. Kap. 4.3.1). Dazu gehören besonders Verhaltensweisen wie *jemanden ärgern* oder *angreifen*, aber auch ein *sich zurückziehen* der Objekte. Ähnliche Muster zwischen *harmonischen* Wünschen auf der einen Seite und *disharmonischen* Reaktionen der Objekte auf der anderen Seite finden sich in zahlreichen Untersuchungen mit unterschiedlichsten Personengruppen (Albani et al., 2008). Was sich dort jedoch nicht findet, ist das Vorhandensein der in dieser Studie auffällig häufig auftretenden angreifenden und verärgernenden Verhaltensweisen.

Für sich genommen ist dieses Ergebnis nicht nachvollziehbar: Wie lässt sich erklären, dass die gesunden Geschwister immer wieder *harmonische* Wünsche entwickeln, obwohl sie so deutlich zurückgewiesen und geärgert (L1 jemanden ärgern), oder gar angegriffen (L2 angreifen) werden? Und obwohl sie selbst am häufigsten mit Angst, Furcht (F2 sich fürchten, ängstlich sein) und Rückzug (M1 sich zurückziehen, sich zurückhalten) reagieren? Vor dem Hintergrund der von Mentzos (2007) beschriebenen Bipolarität ergänzen sich die zunächst widersprüchlichen Ergebnisse aus den beiden Methoden. Es ergibt sich ein Gesamtbild, bei dem die selbstbezogenen Tendenzen und die objektbezogenen Tendenzen in ständigem Widerstreit zueinander stehen. Das weist darauf hin, wie evident in allen Phasen der Erkrankung die Notwendigkeit einer Fähigkeit zur Regulation von Nähe und Distanz für die gesunden Geschwister ist.

5.4 Die Bedeutung verschiedener Phasen im Krankheitsverlauf

In Kap 4.2 wurde deutlich, dass neben moderierenden und mediierenden Effekten zwischen den *Bewältigungsanforderungen*, *Bewältigungsformen* und *Langfristigen Auswirkungen* auch vielschichtige Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind. Durch die theoretische Einbettung und Interpretation der Ergebnisse ist außerdem die Notwendigkeit von Längsschnittuntersuchungen offenkundig geworden, wie insbesondere bei den Ergebnissen zu den traumatisierenden Erlebnissen der interviewten Geschwister (vgl. Kap. 5.1) erkennbar wird. Zwar spielen individuelle Resilienz- und Schutzfaktoren eine erhebliche Rolle dabei, wie gut traumatisierende Erlebnisse verarbeitet und bewältigt werden können. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive ist aber auch das Alter bzw. der Entwicklungsstand der Betroffenen und die Häufigkeit der Erlebnisse entscheidend dafür, in welchem Ausmaß die traumatisierenden Erlebnisse die weitere Entwicklung beeinträchtigen (Streeck-Fischer, 2015; Schickedanz & Plassmann, 2015). Zukünftige Studien sollten daher die *Intrusiven Einflüsse* auf Geschwister nicht nur bei verschiedenen psychischen Erkrankungen detaillierter untersuchen, sondern zugleich spezifische Bewältigungsanforderungen nach Alter und Entwicklungsstand der Betroffenen berücksichtigen.

Zudem sind Längsschnittstudien auch deshalb notwendig, da sich einige Ergebnisse nur im zeitlichen Verlauf der Erkrankung verstehen lassen, wie weiter unten ausgeführt wird.

Um weitere Ansatzpunkte für solche Längsschnittuntersuchungen identifizieren und um gezielte Hilfeangebote für Geschwister von Psychose-Erkrankten entwickeln zu können, werden die wesentlichen hier vorliegenden Ergebnisse auf Basis der verwendeten Literatur im Folgenden in drei Phasen unterschieden.

Das Phasenmodell (siehe Abbildung 3) zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter beinhaltet die *Bewältigungsanforderungen*, die *Langfristigen Auswirkungen* und die *Bewältigungsformen*. Es bildet die thematischen Schwerpunkte der Auseinandersetzung im Krankheitsverlauf ab, und ist weniger als strikte Abfolge von Ereignissen zu verstehen. Die Fähigkeit zur Regulation von Nähe und Distanz ist entsprechend der vorliegenden Erkenntnisse zu jedem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf von entscheidender Bedeutung.

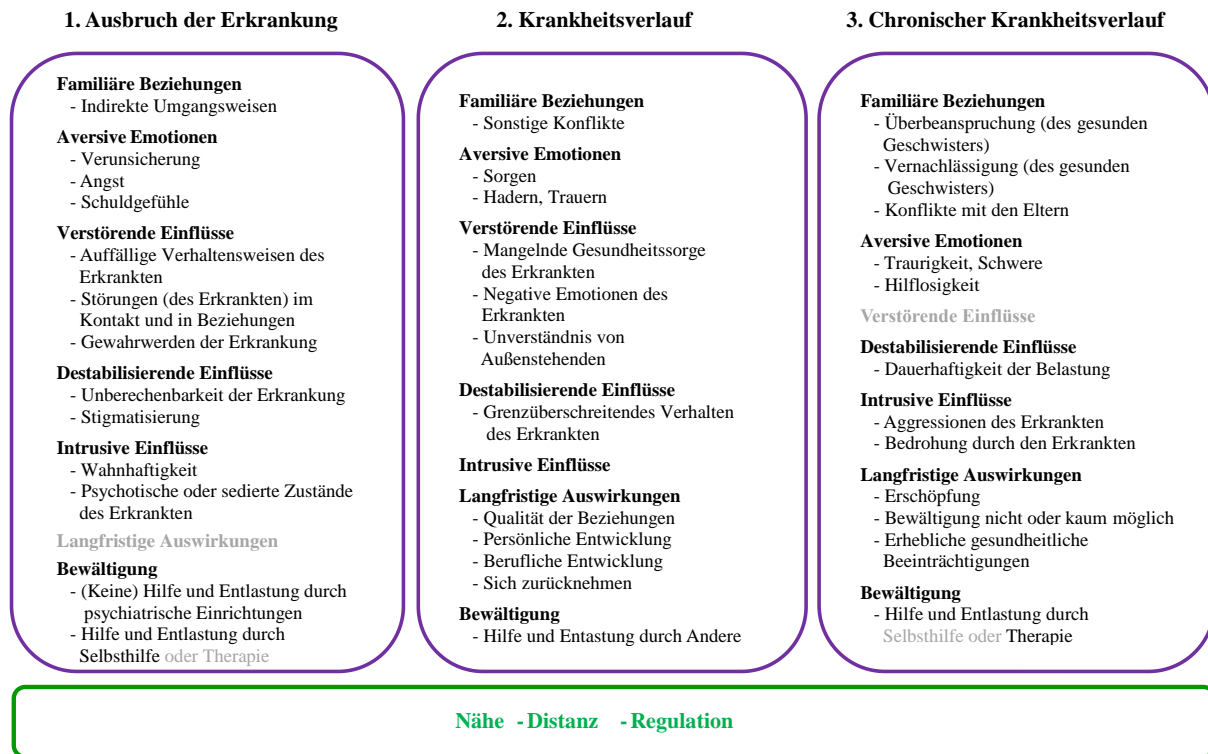


Abbildung 3: Phasenmodell zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter

Das Phasenmodell ist von zwei Annahmen geleitet. Zum einen davon, dass mit dem fortschreitenden Verlauf der Erkrankung das Leiden und die Belastung der Beteiligten zunimmt, da sich der Gesundheitszustand bei einem chronischen Verlauf meist verschlechtert und die Belastungen der Angehörigen kumulieren. Dies wird beispielsweise bei den *Aversiven Emotionen* deutlich, die von Angst und Verunsicherung (Phase 1) über Sorgen und Hadern (Phase 2) zu Traurigkeit, Schwere und Hilflosigkeit (Phase 3) führen.

Zum anderen wird angenommen, dass sich die gesunden Geschwister in der Anfangsphase zunächst eher mit dem erkrankten Geschwister und den Auswirkungen der Erkrankung auf das Geschwister auseinandersetzen müssen. Im weiteren Verlauf ihres Lebens und mit zunehmender Selbständigkeit im Denken und Handeln befassen sie sich mehr und mehr mit den Folgen der Erkrankung für das eigene Leben. Daraus ergibt sich beispielsweise auch, dass die *Familiären Beziehungen* zwar nicht erst bei einem fortgeschrittenen chronischen Krankheitsverlauf (Phase 3) zur *Überbeanspruchung*, *Vernachlässigung* oder zu *Konflikten* führen, sondern bereits früher. Aber diese Aspekte gewinnen erst zu einem viel späteren Zeitpunkt, in der persönlichen Reflexion der individuellen Biographie, an Bedeutung.

So werden auch der höchstkritische Blick und die Wut auf die Eltern, oder der Vorwurf, emotional „missbraucht“ worden zu sein, der -nun erwachsenen- Geschwister erst im Zeitverlauf nachvollziehbar. Kritik und Vorwürfe sind als späte Reaktion auf die Erfahrung von Vernachlässigung und Überbeanspruchung verstehbar. Sie spielen besonders im *Rückblick* auf die eigene Situation als Heranwachsende eine Rolle. Zum Beginn der Erkrankung (Phase 1) spielten solche Emotionen vermutlich eine untergeordnete Rolle.

5.5 Die spezifischen Bedeutungszusammenhänge von Geschwistern

Ein Anliegen dieser Studie war es, die subjektiven Bedeutungszusammenhänge von Geschwistern Psychose-Erkrankten genauer zu erfassen. Es konnten subjektive Bedeutungszusammenhänge bei der *Qualität von Beziehungen (LA 32)*, bei den Gefühlen von *Traurigkeit und Schwere (AE 9)*, und bei den *Schuldgefühlen (AE 11)* von den Bedeutungszusammenhängen anderer Angehöriger, wie den Eltern oder Partnern psychisch Erkrankter, unterschieden werden.

Nach Schmid (2005a) entstehen bei den Angehörigen psychisch Erkrankter negativen Auswirkungen auf die Beziehungen zu Anderen aufgrund von Einschränkungen in der Freizeitgestaltung oder dem Verlust von Autonomie durch den krankheitsbedingten engeren Kontakt zu dem Erkrankten. Für die Geschwister psychisch Erkrankter steht im Vordergrund aber die *Qualität der Beziehungen (LA 32)* zu anderen Menschen, die durch die Erkrankung beeinträchtigt sein kann. Die Geschwister wünschen sich ein besonderes Maß an Nähe, Vertrauen oder Tiefe in Beziehungen und haben Schwierigkeiten, diese zu erlangen. Die Ursachen hierfür könnten in den traumatisierenden Erfahrungen oder der Angst vor Stigmatisierung liegen, oder aber auch durch die konflikthafter Beziehungen innerhalb der Familie begründet sein.

Zusätzlich zu einer Traurigkeit über den Verlust des ehemals gesunden Familienmitgliedes (Schmid, 2005 a) setzen sich Geschwister auch mit den Gefühlen von *Traurigkeit und Schwere (AE 9)* über die Auswirkungen in der *eigenen* Lebensrealität und -qualität auseinander. Unklar bleibt dabei, ob sich die Geschwister darin tatsächlich von den übrigen Angehörigen unterscheiden, oder ob der Unterschied nur darin besteht, dass sie diesen Aspekt im Gegensatz zu den anderen Angehörigen *benennen*. Möglicherweise unterscheiden sie sich vor allem darin, dass sie sich mehr selbstbezogene Tendenzen zugestehen können, als die Eltern, insbesondere die Mütter, die in der fürsorglichen Rolle qua Definition objektbezogener bleiben müssen.

Während sich die Schuldgefühle der Eltern auf die Frage der Verursachung oder Vererbung der Erkrankung beziehen, sprechen die Ergebnisse dieser Studie eher für eine Überlebensschuld (Bock et al., 2008). Die von Peukert (2017) aufgestellte These einer Solidaritätsschuld der Geschwister ist möglicherweise besonders in der Anfangsphase der Erkrankung, also bei den jüngeren Geschwistern von Bedeutung, die in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden.

Inwiefern das Thema ‚Abgrenzung‘ andere Bedeutungszusammenhänge für Geschwister im Vergleich zu den übrigen Angehörigen hat, ist in dieser Studie nicht ersichtlich geworden. Auch wenn das Thema ‚Abgrenzung‘ für die Eltern und Partner psychisch Erkrankter ebenfalls von Bedeutung ist (Schmid, 2005a), kann angenommen werden, dass sich Geschwister auf andere Weise und in anderen Bereichen von ihren erkrankten Geschwistern abgrenzen, und dass sie dies auf andere Weise erleben, als ihre Eltern. Hier wäre weitere qualitative Forschung wünschenswert, um spezifische Aspekte von ‚Abgrenzung‘ und die Ausgestaltung der Nähe-Distanz-Regulation von Geschwistern Psychose-Erkrankter für die verschiedenen Phasen der Erkrankung zu untersuchen. Diese Kenntnisse sind von größtem Interesse für die Entwicklung von spezifischen Hilfeangeboten.

5.6 Die Bewältigungsanforderungen aus Perspektive der Geschwister – Hinweise für die Entwicklung spezifischer Angebote für Betroffene

Es gehörte nicht zu den Zielen dieser Studie, bereits spezifische Hilfeangebote auszuarbeiten, vielmehr wurden in der hier vorgelegten Arbeit die Bewältigungsanforderungen und -formen herausgearbeitet, die bedeutsam für Geschwister von Psychose-Erkrankten sind.

Zur Unterstützung von Forschenden oder praktisch Tätigen, die sich der Aufgabe stellen wollen, spezifische Hilfsangebote für die Geschwister zu entwickeln, werden hier die Anforderungen abschließend stichwortartig zusammengefasst. Die Anforderungen sind entsprechend der dargestellten Phasen im Krankheitsverlauf in eine chronologische Struktur gefasst, die jedoch eher der Orientierung als einer Festlegung dienen soll. Vorn angestellt sind solche Anforderungen, die grundsätzlich und zu jedem Zeitpunkt im Krankheitsgeschehen für die Geschwister von Psychose-Erkrankten von Bedeutung sind.

Dabei ist zu beachten, dass die Anforderungen nicht bei jedem Betroffenen gleichermaßen und nicht zu jedem Zeitpunkt gleich ausgeprägt sind, dass die familiäre Situation differenziert berücksichtigt werden muss, und dass individuelle und soziale Ressourcen wesentlich zur

Bewältigung beitragen können. Die Ausführungen sind daher vor allem als Anhaltspunkte zu verstehen, welche Aspekte bei der Entwicklung von Hilfeangeboten zu welchem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit von Bedeutung sein *könnte*.

a) Fortwährende Anforderungen an Geschwister Psychose-Erkrankter

- Die Geschwister waren meist schon sehr früh in ihrem eigenen Leben und sind immer noch in Beziehung zu einem Menschen, der aufgrund seiner Erkrankung keineswegs (gut) in Beziehung sein kann.
- Sie machen die Erfahrung eines Beziehungs-Konfliktmusters, dass davon getragen ist, Nähe und gemeinsames Wohlbefinden herstellen zu wollen und nicht zu können, sowie Hilfe und Fürsorge gewähren zu wollen, aber auf Ablehnung zu stoßen.
- Sie sind aufgrund dessen enorm von einer nicht oder nur mühsam gelingenden Regulation von Nähe und Distanz gefordert, die bei jedem Kontakt mit dem Erkrankten und besonders in Krisenzeiten neu austariert werden muss.
- Sie erleben lebenslang die Notwendigkeit zu Veränderungen und Anpassungen der eigenen Lebensbiographie aufgrund der Erkrankung des Geschwisters.

b) Anforderungen in Phase 1, dem Ausbruch der Erkrankung:

- Die Geschwister müssen befremdende, unverständliche und verstörende Verhaltensweisen des erkrankten Geschwisters miterleben und sind in Verbindung damit vor die Notwendigkeit gestellt, sich zu Positionieren und mit drohender oder tatsächlicher Stigmatisierung umzugehen.
- Sie müssen sich der radikalen Veränderung, Fremdheit und Bedrohlichkeit des erkrankten Geschwisters in akuten Psychosen und den damit verbundenen eigenen Ängsten stellen, um diese möglichst zu bewältigen.
- Sie erleben aversive Gefühle und emotionale Zustände wie Verunsicherung, Hilflosigkeit, Angst- und Schuldgefühle u.v.m.
- Sie sind auf der Suche nach Informationen und Hilfe für ihr erkranktes Geschwister und übernehmen zur Entlastung der Eltern häufig mehr Verantwortung als altersangemessen ist.
- Als ‚gesunde‘ Geschwister lasten auf ihnen die Erwartungen, selbst keine Hilfe zu benötigen und gut alleine zu Recht zu kommen.

c) Anforderungen in Phase 2, dem Krankheitsverlauf

- Die Geschwister erleben ein hochemotionales Klima in der Herkunftsfamilie, das durch konfliktvermeidende indirekte Kommunikation und indirekte Umgangsweisen geprägt ist und keine verlässlichen Beziehungen bereitstellt.
- Sie mussten und müssen die wahnhaften, exzentrischen und aggressiven Verhaltensweisen des erkrankten Geschwisters aushalten, die sie selbst betreffen oder auch in der Öffentlichkeit salient werden und bei anderen Personen zu Unverständnis und Ablehnung führen.
- Sie erlebten aversive Gefühle und emotionale Zustände wie Trauer, Sorgen, Hadern, Verlusterleben, Wut, Ekel und Scham.
- Sie müssen hinnehmen, dass ihr erkranktes Geschwister keine Hilfe erhält oder erhalten möchte und sich einer Behandlung entzieht.
- Sie bemerken, dass die Erkrankung des Geschwisters Auswirkungen auf ihr eigenes Leben und ihre eigene Entwicklung hat, nehmen sich jedoch zurück und bemühen sich den an sie gerichteten Erwartungen gerecht zu werden.

d) Anforderungen in Phase 3, dem chronischen Krankheitsverlauf

- Sie haben sich mit Erfahrungen der Überbeanspruchung und Vernachlässigung auseinandersetzen, die sie als Heranwachsende erlebt haben.
- Sie wurden möglicherweise bereits als Kind und werden im Erwachsenenalter mit potentiell traumatisierenden Erlebnissen konfrontiert, die bei chronischem Krankheitsverlauf außerdem kumulieren.
- Sie müssen sich mit den Folgewirkungen von traumatisierenden Erlebnissen auseinandersetzen, selbst therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen und / oder erhebliche eigene gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden.
- Sie erleben aversive Gefühle und emotionale Zustände wie Hilflosigkeit, Traurigkeit, Schwere und Erschöpfung.
- Sie müssen zur Kenntnis nehmen, dass sie keinen Einfluss auf das Fortschreiten der Erkrankung nehmen können und eine Bewältigung weiter notwendig ist, aber nicht oder kaum möglich erscheint.

Basierend auf diesen Ausführungen können spezifische Hilfeangebote zur Durchführung in Selbsthilfegruppen, Betroffeneninitiativen oder im allgemeinpsychiatrischen Kontext für Geschwister von Psychose-erkrankten Personen konzeptioniert werden.

5.7 Familie, Beziehungen und die Regulation von Nähe und Distanz – Ein Ausblick auf die Forschung zur Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter

Es konnten bereits einige Bereiche aufgezeigt werden, in denen die vorhandene Forschung die Geschwisterperspektive berücksichtigen sollte, wie beispielsweise bei der Frage nach moderierenden Effekten der Geschwister auf die Ausprägung der High-Expressed-Emotion in der Familie mit einem an Schizophrenie erkranktem Mitglied. Auch wurden Bereiche identifiziert, in denen weitere Forschung notwendig ist, um die Belange von Geschwistern Psychose-Erkrankter genauer zu verstehen, wie etwa bei der Kommunikation und den indirekten Umgangsweisen innerhalb der Familie, oder der Frage, ob auch andere psychische Erkrankungen als Psychose-Erkrankungen zu *Intrusiven Einflüssen* auf die Geschwister der Erkrankten führen. Weiterhin sind Studien zum Ausmaß von häuslicher Gewalt bei den unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, sowie die Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention von Aggressionen und gewaltsamen Verhaltensweisen notwendig.

In Bezug auf die potentiell traumatisierenden Erlebnisse wurde die Notwendigkeit deutlich, genauer zu untersuchen, welche protektiven Faktoren sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Erkrankung -und damit verbunden dem unterschiedlichen Alter und Entwicklungsstand des Geschwisters- finden lassen bzw. welche Hilfeangebote die Geschwister von Psychose-Erkrankten zu welchem Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung benötigen. Hierfür sollten in der zukünftigen Forschung unterschiedliche Phasen im Krankheitsverlauf von vorneherein im Forschungsdesign berücksichtigt werden.

Hilfreich könnten Studien mit der ZBKT_{LU}-Methode sein, mit der sich einerseits die intrapsychischen Strukturen gut ermitteln lassen, die andererseits auch veränderungssensitiv ist (Albani et al., 2008). So könnten im Langzeitverlauf sich verändernde Beziehungen zwischen den Geschwistern und innerhalb der Familie abgebildet werden.

Eine zentrale Unterstützung der Geschwister Psychose-Erkrankter könnte ein gezieltes Training der Fähigkeit zur Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen sein, mit dem sich nicht nur die Beziehungen in der Familie und im Umfeld verbessern lassen, sondern die auch

dem Schutz und der Stabilität der Ich-Funktionen der Geschwister dient und damit deren Resilienz stärkt. In diesem Zusammenhang könnte die Wirksamkeit des Trainings und die Wechselwirkungen in den familiären Beziehungen genauer untersucht werden, wobei die ZBKT_LU-Methode ebenfalls hilfreich wäre.

5.8 Methodenkritik

5.8.1 Limitierungen der Stichprobe

Einige Limitierungen der Stichprobe sind weiter oben bereits benannt worden: Diese Studie basiert auf lediglich sieben Interviews von hochbelasteten Geschwistern langfristig Psychose-Erkrankter und ist darauf ausgerichtet, primär Belastungen und Bewältigungsformen zu untersuchen. Die Ergebnisse lassen sich nicht auf alle psychischen Erkrankungen verallgemeinern und auch nicht auf Geschwister generalisieren, die erst seit kurzem von der Erkrankung ihrer Schwester oder ihres Bruders betroffen sind – im Gegenteil, die Unterscheidung nach Alter der Betroffenen ist besonders im Hinblick auf Traumatisierungen von Bedeutung, und die Unterscheidung nach Phasen im Krankheitsverlauf wird für zukünftige Forschungen ausdrücklich angeregt.

Die Stichprobe ist weiterhin als wenig heterogen zu bezeichnen, da sie im Kontext von Selbsthilfegruppen und sozialpsychiatrischen Hilfeeinrichtungen akquiriert wurde und damit ggf. eine ungeklärte Probanden-Selektion vorliegt. Grundsätzlich ist die Stichprobe zu klein, um aus den Ergebnissen allgemeingültige Aussagen zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter machen zu können.

Die Ergebnisse wurden jedoch, wo immer das möglich war, mit vorangegangenen Studienergebnissen verglichen. Zudem sind sie im Hinblick auf die Bewältigungsanforderungen und Bewältigungsformen prägnant und möglicherweise auch für andere Teile der Population hilfreich. Insbesondere die Ergebnisse zur Nähe-Distanz-Regulation sind sehr eindrücklich, allerdings hier erstmals in die Diskussion eingeführt.

5.8.2 Limitierungen durch die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse

Wie beschrieben war das Anliegen dieser Arbeit eine möglichst umfangreiche Exploration verschiedenster Facetten von Bewältigungsanforderungen und Bewältigungsformen. Bei der Entwicklung des Kategoriensystems wurde daher zugunsten von inhaltlichen Anhaltspunkten für zukünftige Forschungsansätze entschieden und einige Kategorien im Kategoriensystem

belassen, obwohl sie nicht sehr trennscharf voneinander abgrenzbar sind. Die Güte des Kategoriensystems ist moderat und könnte durch weitere Präzisierungen und Zusammenfassungen erhöht werden. Gegenüber einer Weiterentwicklung des Kategoriensystems wäre jedoch die empirische Überprüfung der zentralen Ergebnisse dieser Studie oder die intensivere Untersuchung einzelner Kategorien im Hinblick auf subjektive Bedeutungszusammenhänge von Geschwistern gewinnbringender.

5.8.3 Limitierungen bei der Methode der ZBKT_LU

Die Anwendung der ZBKT_LU-Methode lag im Spannungsfeld zwischen quantitativer und qualitativer Forschung und ist besonders im Hinblick auf die quantitativen Ergebnisse mit Einschränkungen verbunden.

Anders als im Forschungskontext werden die ZBKT_LU der Geschwister Psychose-Erkrankter in der vorliegenden Studie nicht mit anderen Kontrollgruppen verglichen, wie beispielsweise mit den Eltern, Partnern oder Kindern von Psychose-Erkrankten. Erst im Vergleich mit diesen Personengruppen könnten Aussagen über die Spezifität der ZBKT_LU bei den Geschwistern getroffen werden.

Weiterhin wurden durch die angepasste Instruktion des BEI vor allem problembezogene ZBKT_LU ermittelt, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Eine offenere Instruktion oder gezieltere Fragen nach positiven Aspekten hätte zu anderen Ergebnissen geführt. Die ZBKT_LU lassen sich also ebenfalls nicht verallgemeinern, sondern sind auf die schwierigen Aspekte der Beziehungen im Kontext der Erkrankung begrenzt.

Bei der Anwendung der Methode waren Anpassungen notwendig, weil die Ergebnisse nicht so eindeutig waren, wie aufgrund des Manuals zu erwarten gewesen wäre. Die einzelnen Komponenten der ZBKT_LU hatten entgegen dem Manual zumeist mehr als ein Prädikat, was eine zusätzliche textbezogene Auswertung erforderlich machte. Im Manual von Albani et al. (2008) bleibt unklar, wie häufig ein Prädikat in einem ZBKT erscheinen muss, um als „zentrales Muster“ aufgefasst werden zu können. Weder die von Luborsky (1988) empfohlenen sechs Beziehungsepisoden, noch die Erweiterung von Albani et al. (2008) auf zehn Beziehungsepisoden haben sich als ausreichend herausgestellt um ZBKT_LU mit *einem* Prädikat pro Komponente ermitteln zu können.

Weiterhin konnte die Reliabilität der Methode im Rahmen dieser Studie nur begrenzt und nur im Ansatz überprüft werden. Die Reliabilität bei der Festlegung der Wunsch-, Reaktions- und Bewertungskomponenten wurde nicht ermittelt, ebenso wenig die Reliabilität bei den tailor-made-Formulierungen. Die Güte der Übereinstimmungen bei der Bestimmung der Standardkategorien war im zweiten Durchgang moderat und bei der Festlegung der Beziehungsepisoden nur dann substantiell, wenn das Kriterium für die Übereinstimmung der Textsegmente bei 60 % lag. Die Ergebnisse zu den ZBKT_{LU} sind daher insgesamt nur begrenzt aussagekräftig und müssten umfangreicher überprüft werden, um Aussagen mit einer substantiellen Güte treffen zu können. Die ermittelten Ergebnisse der Methode wurden entsprechend vorsichtig interpretiert und dienten eher als bestätigende oder ergänzende Hinweise auf die Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse.

Weniger aufschlussreich als erwartet waren die Erhebungen der subjekt- und objektbezogenen Wünsche. Hierfür hätten zusätzliche Fragen im halbstrukturierten Teil der Interviews zu einem höheren Informationsgehalt geführt. Insbesondere wäre es interessant gewesen zu prüfen, ob die Prädikate *helfen* (B2) und *verstehen* (A2) sich auch in einer Qualitativen Inhaltsanalyse finden, oder ob dort ergänzende Sichtweisen stärker zum Tragen gekommen wären. Andererseits sind die Wunschkomponenten zentraler Bestandteil der ZBKT_{LU}-Methode und unverzichtbar zur Beschreibung der Konfliktdynamiken.

Insgesamt hat die ZBKT_{LU}-Methode dennoch einen entscheidenden Anteil an den Ergebnissen dieser Studie. Die Stärke der Methode liegt in der besonderen Interviewform des BEI und darin, intrapsychische Strukturen auf einer interpersonellen Ebene abbilden zu können. Durch das BEI haben die Interviewten mehr unangenehme und schambesetzte Themen berichtet, als im halbstrukturierten Interview der Qualitativen Inhaltsanalyse. Außerdem wurden durch die ZBKT_{LU}-Methode die möglicherweise eher unbewusst liegenden Wünsche nach Nähe bei den Geschwistern offenbar. Auch an anderen Stellen ergänzten sich die Ergebnisse beider Methoden zu einem umfassenderen Bild.

6 FAZIT

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, inwiefern sich besondere Bewältigungsanforderungen, Bewältigungsformen und langfristige Auswirkungen der Belastungen bei Geschwistern Psychose-Erkrankter auffinden lassen. Außerdem wurden die Zentralen Beziehungskonfliktmuster im Kontext der Erkrankung ermittelt.

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Auswirkungen von Psychose-Erkrankungen auf die Geschwister der Erkrankten traumatisierend und damit weit belastender sein könnten, als in der Literatur bislang angenommen. Die aggressiven und gewaltsamen Verhaltensweisen der Erkrankten im Kontext von Schizophrenie-Erkrankungen führen zur Stigmatisierung der Betroffenen und ihrer Angehörigen und werden zumeist tabuisiert. Dies geht zulasten der Geschwister von Psychose-Erkrankten, die davon betroffen sind.

Es ist außerdem davon auszugehen, dass die Herkunftsfamilie, die durch Krankheitsrückfälle wiederkehrend mit erheblichen Belastungen zu rechnen hat, wenig protektive Faktoren für die Geschwister bereithält. Aufgrund der krankheitsbedingten Veränderungen in den Beziehungen stellt die Familie eher einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die Geschwister dar.

Geschwister von Psychose-Erkrankten betrachten die Fähigkeiten zur Regulation von Nähe und Distanz als Möglichkeit der Bewältigung der vielschichtigen Bewältigungsanforderungen. Eine Stärkung dieser Fähigkeit könnte die zum Teil erheblichen Auswirkungen der Erkrankung auf die Geschwister abmildern. Dieses Ergebnis ist ein erster und wesentlicher Beitrag zu den Auswirkungen und besonderen Bewältigungsformen von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen, die in der Literatur bislang nicht beschrieben sind.

Mit dieser Studie konnten weiterhin die subjektiven Bedeutungen bestimmter Belastungsaspekte spezifisch für die Geschwister aufgezeigt werden, sowie die Schwerpunkte der Auseinandersetzung in verschiedenen Phasen im Krankheitsverlauf. Diese Ergebnisse stellen eine wertvolle Voraussetzung zur Entwicklung von spezifischen Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Geschwister Psychose-Erkrankter dar.

Abschließend wurde außerdem die Notwendigkeit aufgezeigt, zukünftige Studien als Längsschnittuntersuchungen mit detaillierter Betrachtung der komplexen innerfamiliären Beziehungen anzulegen.

7 LITERATUR

- Albani, C., Villmann, T., Blaser, G., Körner, A., Reulecke, M., Pokorny, D., ..., & Kächele, H. (2001). Zentrale Beziehungsmuster im Vergleich verschiedener Objekte. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(07), 46-54.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., & Kächele, H. (2008). *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th Ed.)*. Washington, DC [u.a.]: American Psychiatric Publication.
- Bachmann, S., Weisbrod, M., & Mundt, Ch. (2007). Schizophrenie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.). (4. Aufl.). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 483-492). Stuttgart: Georg Thieme.
- Barak, D., & Solomon, Z. (2005). In the shadow of schizophrenia. A study of siblings' perceptions. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 42(4), 234-241.
- Benecke, C., Vogt, T., Bock, A., Koschier, A., & Peham, D. (2008). Emotionserleben und Emotionsregulation und ihr Zusammenhang mit psychischer Symptomatik. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(09/10), 366-370.
- Bock, T., Fritz-Krieger, S., & Stielow, K. (2008). Belastungen und Herausforderungen. Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten. *Sozialpsychiatrische Information*, 38(1), 23-31.
- Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P., & Howie, L. (2014). Forgotten family members. The importance of siblings in early psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 8(3), 269-275.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A Meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Brüderl, L. (Hrsg.). (1988). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Dieterich, A., Hahn, D., Armbruster, J., & Ratzke, K. (Hrsg.). (2015). *40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Blick zurück nach vorn*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5.Aufl.). Marburg: Eigenverl.

- Dahlbender, R. W., Torres, L., Reichert, S., Stübner, S., Frevert, G., & Kächele, H. (1993). Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39(1), 51-62.
- Dienstbier, R. A. (1989). Arousal and physiological toughness. Implications for mental and physical health. *Psychological review*, 96(1), 84-100.
- Dümpelmann, M. (2006). Zur tiefenpsychologischen Psychotherapie schizophrener Störungen. In F. Leichsenring (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung, Bd 3: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie* (3. Aufl.), (S.109-126). München: CIP-Medien.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-H. (2015). (Hrsg.). *American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence. Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>.
- Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Finzen, A. (2014). Schlechte Karten für psychisch Kranke. *Soziale Psychiatrie* 2014(01), 40-43.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulation, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Friedrich, R. M., Lively, S., & Rubenstein, L. M. (2008). Siblings' coping strategies and mental health services. A national study of siblings of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(3), 261-267.
- Gater, A., Rofail, D., Tolley, C., Marshall, C., Abetz-Webb, L., Zarit, S. H., & Berardo, C. G. (2014). "Sometimes it's difficult to have a normal life". Results from a qualitative study exploring caregiver burden in schizophrenia. *Schizophrenia research and treatment*, 2014, 368215-368228.
- Hodgins, S. (2006). Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken—Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie*, 20(1), 7-14.

- Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(4), 343-350.
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2014). Schizophrenie und Gewalt. *Der Nervenarzt*, *85*(3), 273-278.
- Holodynski, M. (2006). *Emotionen-Entwicklung und Regulation*. Springer-Verlag.
- Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, *148*(6), 642-647.
- Jungbauer, J., Bischof, J., & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, *28*(03), 105-114.
- Kächele, H., & Dahlbender, R. W. (1993). Übertragung und zentrale Beziehungsmuster. In P. Buchheim, M. Cierpka, & T. Seifert (Hrsg.) *Lindauer Texte*, 84-103.
- Ketelsen, R., & Walter, G. (2010). S2-Praxisleitlinie der DGPPN. Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für psychiatrische Pflege heute*, *16*(02), 101-107.
- King, S. (2000). Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research*, *45*(1), 65-78.
- Klingberg, S., Rosch-Ely, D., Buchkremer, G., & Mundt, Ch. (2008). Psychotherapie der Schizophrenie. In S.C. Herpertz, F. Caspar, & Ch. Mundt (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 413-444). München: Urban & Fischer.
- Krautgartner, M., Unger, A., Friedrich, F., Stelzig-Schöler, R., Rittmannsberger, H., Simhandl, C., ... & Wancata, J. (2005). Risiken für Depressivität bei den Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatrie*, *19*, 148-154.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lammel, B. (2011). *Wahn und Schizophrenie: Psychopathologie und forensische Relevanz*. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159-174.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 23*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lively, S., Friedrich, R. M., & Buckwalter, K. C. (1995). Sibling perception of schizophrenia: Impact on relationships, roles, and health. *Issues in Mental Health Nursing, 16*(3), 225-238.
- Lively, S., Friedrich, R. M., & Rubenstein, L. (2004). The effect of disturbing illness behaviors on siblings of persons with schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 10*(5), 222-232.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman & S. Grand (Hrsg.). *Communicative structures and psychic structures* (S. 367-395). Boston, MA: Springer.
- Luborsky, L. (1988). *Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1989). A relationship pattern measure. The core conflictual relationship theme. *Psychiatry, 52*(3), 250-259.
- Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E., & Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research, 4*(3-4), 172-183.
- Luborsky, L. (1998). The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph, *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (S. 109-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mayring, P. (2010a). Design. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 225-237). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mayring, P. (2010b). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mentzos, S. (2001). Psychodynamik des Wahns. In F. Schwarz & C. Maier (Hrsg.). *Psychotherapie der Psychosen* (S.17-27). Stuttgart: Georg Thieme.
- Mentzos, S. (2007). Das Bipolaritätsmodell und die dilemmatische Struktur der Psychosendy-

- namik. In D. von Haebler, T. Müller, & N. Matejek, (Hrsg.). *Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie* (S.10-23). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Noh, S., & Turner, R. J. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science & Medicine*, 25(3), 263-272.
- Nusko, G. (1986). *Coping: Bewältigungsstrategien des Ich im Zusammenhangsgefüge von Kontext-, Person- und Situationsmerkmalen*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang.
- Petersen, L.-E. (2011). Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. In H.-W. Bierhoff & D. Frey. *Sozialpsychologie – Individuum und soziale Welt* (S. 233-252). Göttingen: Hogrefe.
- Peukert, R. (2001). Soziale Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker – wer ist schuld? Der Patient, die Angehörigen, die medizinische Versorgung oder Vorurteile in der „Normal-Gesellschaft“? *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, (7), 15-24.
- Peukert, R. (2017). Erlebte, gelebte, erlittene Verantwortung von Schwestern und Brüdern eines psychisch erkrankten Geschwisters. In Aktion psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Tagungsband der APK* (S.168-190). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rass, E. (2012). *Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung. Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzer, A., & Simon, F.B. (2001). Grundlagen der systemischen Therapie schizophrener Psychosen. In F. Schwarz & C. Maier (Hrsg.). *Psychotherapie der Psychosen* (S.61-72). Stuttgart: Georg Thieme.
- Rietkerk, T., Boks, M. P. M., Sommer, I. E., Liddle, P. F., Ophoff, R. A., & Kahn, R. S. (2008). The genetics of symptom dimensions of schizophrenia: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 102(1), 197-205.
- Rom, J. (2008). *Identitätsgrenzen des Ich. Einblicke in innere Welten schizophrenie- und borderlinekranker Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Scharfetter, C. (1990). *Schizophrene Menschen. Krankheitskonzepte, Geschichte, Diagnostik, Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie, Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms, Forschungsansätze und Deutungen, Therapiegrundsätze* (3.Aufl.). München: Urban und Schwarzenberg.

- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung* (5. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Scharfetter, C. (2007). Welche Therapien braucht der Patient? Symptome-Indikatoren von Bedürfnis und Zugänglichkeit. In D. von Haebler, T. Müller, & N. Matejek, (Hrsg.). *Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychosentherapie* (S.24-44). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaub, A. (2012). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei schizophrenen und verwandten Störungen. In Leibing, E., Hiller, W., & Dulz, S.K.D. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung, Bd 3: Verhaltenstherapie*, 209-216. München: CIP-Medien.
- Schickedanz, H. & Plassmann, R. (2015). Belastende Kindheitserfahrungen und körperliche Erkrankungen. In G.H. Seidler, H.J. Freiberger, & A. Maercker (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 455-469). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, R., Spießl, H., & Cording, C. (2005a). Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 32(06), 272-280.
- Schmid, R., Spießl, H., & Cording, C. (2005b). Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 73(12), 736-749.
- Schmid, R., Schielein, T., Spießl, H., & Cording, C. (2006). Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 33(04), 177-183.
- Schrank, B., Sibitz, I., Schaffer, M. & Amering, M. (2007). Zu Unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen. *Neuropsychiatrie*, 21(3), 216-225.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Los Angeles, Calif: Sage Publications.
- Schwarz, F., & Maier, C. (2001). (Hrsg.). *Psychotherapie der Psychosen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Seidler, G.H., Freiberger, H.J. & Maercker, A. (2015). (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (2001). Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50(6), 421-439.

- Sin, J., Henderson, C., Pinfold, V., & Norman, I. (2013). The E Sibling Project—exploratory randomised controlled trial of an online multi-component psychoeducational intervention for siblings of individuals with first episode psychosis. *BMC psychiatry*, *13*(1), 123-133.
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis. A phenomenological study. *Early Intervention in Psychiatry*, *6*(1), 53-59.
- Steinert, T., Bergk, J., Bosch, S., Driessen, M., Kallert, T., Ketelsen, R., ... & Walter, G. (2010). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. In DGPPN (Hrsg.). *Leitlinie (S2)*. Darmstadt: Steinkopff.
- Streek-Fischer, A. (2015). Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen. In G.H. Seidler, H.J. Freiburger, & A. Maercker (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 470-488). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia. Examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(6), 490-495.
- Wasow, M. (1985). Chronic schizophrenia and Alzheimer's disease: The losses for parents, spouses and children compared. *Journal of chronic diseases*, *38*(8), 711-716.
- Wearden, A. J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical psychology review*, *20*(5), 633-666.
- Znoj, H.-J., Herpertz, S.C., & Mundt, Ch. (2008). Affektregulation – Stressregulation. In S.C. Herpertz, F. Caspar, & Ch. Mundt (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Elsevier.

8 SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich,

dass ich diese Master-Arbeit mit dem Thema

**„Auswirkungen von Psychose-Erkrankungen auf die Geschwister der Erkrankten:
Belastungen, Konflikte, Wünsche und Bewältigungsformen.
Eine qualitative Studie.“**

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

19.03.2018

(Unterschrift)

9 APPENDIX

A1. Instruktion zum Beziehungsepisoden-Interview

Instruktion:

Im Folgenden Teil geht es um konkrete Erlebnisse im Zusammenhang mit der Erkrankung Ihrer Schwester/ Ihres Bruders. Ich möchte Sie bitten, mir von ein paar Begebenheiten zu erzählen, in denen sowohl Sie als auch eine andere Person beteiligt waren. Jede Ihrer Erzählungen sollte einen speziellen Vorfall, eine konkrete Situation oder eine Szene behandeln, die auf irgendeine Art und Weise mit Ihrem Bruders/ Ihrer Schwester und seiner/ ihrer Erkrankung zu tun hat. Es sollten Ereignisse mit verschiedenen Personen sein, und manche sollten schon länger zurückliegen, andere noch nicht so lange.

Bitte erzählen Sie mir zu jeder Situation 1. wann und 2. mit wem die Situation stattgefunden hat, 3. was die Person gesagt oder getan hat und was Sie gesagt oder getan haben, 4. wie die Geschichte ausgegangen ist und 5. wie Sie die Situation heute rückblickend einschätzen. Erzählen Sie mir bitte etwa zehn solcher Ereignisse.

A2. Kurzfragebogen Personendaten

Interviewte Person

„Name“

Alter/ Geschlecht

Beruf

Eigene Kinder

Erkranktes Geschwister

Alter/ Geschlecht des erkrankten Geschwisters

Art der Erkrankung

Alter beim erstmaligen Auftreten der Erkrankung (etwa)

Dauer der Erkrankung (etwa)

Wie wohnt die Schwester/ der Bruder?

Weitere Geschwister und Eltern

Alter/ Geschlecht weiterer Geschwister

Alter der Eltern

Sonstige Bemerkungen

A3. Halbstrukturierter Interview-Leitfaden

Vor dem Interview

- **Begrüßung**, für Raum und Bereitschaft bedanken
- **Zur Masterarbeit**: Belastungen erforscht, (langfristige) Auswirkungen nicht, Frage nach der Bewältigung (was muss bewältigt werden, gelingt das, wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht).
- **Anonymisierung** bei Transkription, Löschung der Audiodatei, Transkripte bekommen nur die Gutachter (Uni Kassel) zu sehen, auf Wunsch vorher überprüfbar, Qualitative Auswertung, kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.
- **Zum Interview**: Freiwilligkeit der Teilnahme, jederzeit zu beenden. Im ersten Teil „offene Fragen“, im zweiten Teil werden kurze Episoden erfragt, 10 konkrete Situationen mit genauen formalen Vorgaben, weniger freies Erzählen.
- **Vorher** Kurzfragebogen Personendaten: Dient der Einordnung und Einschätzung.

Interviewleitfaden

1. Bestimmt haben Sie als Geschwister in Ihrem Leben schon einiges erlebt. Bitte erzählen Sie zuerst einmal aus Ihrer Sicht, inwiefern die Erkrankung Ihres Bruders/ Ihrer Schwester Ihr Leben beeinflusst oder verändert hat. Erzählen Sie mir ruhig alles, was Ihnen dazu einfällt, ich werde erst einmal nur zuhören.
→ Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf Ihr Leben/ Ihre Beziehungen?
2. Mich interessiert, welche Dinge für Sie im Laufe der Zeit besonders schwer zu handhaben waren, und wie Sie damit umgegangen sind.
→ Was war konkret schwierig daran?
→ Wie sind Sie konkret damit umgegangen?
3. Gibt es noch weitere Dinge, die schwierig waren?
→ Und können Sie sagen, wie Sie damit umgegangen sind?
4. Wie sieht es heute aus? Was fällt Ihnen heute im Zusammenhang mit der Erkrankung schwer?
→ Wie versuchen Sie, damit umzugehen?
5. Würden Sie sagen, dass Sie sich durch die Erkrankung Ihres Geschwisters verändert haben?
→ Können Sie das genauer beschreiben? Inwiefern haben Sie sich verändert?

A4. Kategoriensystem zur Situation von Geschwistern Psychose-Erkrankter

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
(Bewältigungsanforderungen) Familiäre Beziehungen		Die Person berichtet davon, mit Erwartungen ihrer Eltern konfrontiert zu sein, denen sie nicht entsprechen kann oder möchte bzw. davon, sich von ihren Eltern benutzt oder emotional missbraucht zu fühlen.	<i>Der müsste praktisch etwa eine Stunde zu uns fahren. Da kam dann schon von meinen Eltern sowas wie: "Ja, der arme Ollie, der kann ja jetzt gar nicht mehr einfach bei dir vorbeikommen."</i> <i>(...) Und wenn, hat meine Mutter mit mir geredet. Aber nicht in dem Sinne, dass sie sich um mich gekümmert hätte. Sondern in dem Sinne, dass sie mich benutzt hat, um sich zu entlasten.</i>
Vernachlässigung des gesunden Geschwisters		<i>Oberkategorie:</i> Die Person berichtet von einem Mangel an elterlicher Fürsorge bzw. von (emotionaler) Vernachlässigung. Siehe die folgenden Unterkategorien.	
	Zurücksetzung	Die Person berichtet davon, sich von ihren Eltern gegenüber dem Geschwister zurückgesetzt zu fühlen.	<i>Auf jeden Fall sind wir mit getrennten Fliegern nach Hause geflogen, weil ich schon einen Flug hatte. Und er ist glaube ich einen Tag vor mir geflogen. Oder zwei Tage. Und hat meiner Mutter die ganze Situation präsentiert. Natürlich so, dass er als der Gute rauskommt. Und meine Mutter wollte mir nicht glauben.</i>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
	Alleine gelassen werden	<p>Die Person äußert explizit oder implizit</p> <ul style="list-style-type: none"> - von ihren Eltern alleine gelassen oder vernachlässigt zu werden, - sich nicht verstanden bzw. missverstanden zu fühlen, - sich mit ihnen nicht austauschen zu können, - sich nicht gesehen oder wahrgenommen zu fühlen, - oder nicht einbezogen zu sein. 	<p><i>Das war furchtbar. Und das konnte ich sehr. Dass immer irgendwie er der (...). Ach, sie würde es nicht sagen, aber dass er das liebere Kind ist, das Kind, das sie mehr liebt. Aber ein Kind, mhm, wahrscheinlich fühlte sie immer, dass sie sich mehr um ihn kümmern muss.</i></p> <p><i>Weil auch wenn du kannst, heißt das nicht, dass du keine Zuwendung brauchst. Nicht, dass ich keine Zuwendung bekommen habe, aber es war schwierig. Alleine gelassen, und dann habe ich letzten Endes alles Mögliche heruntergeschluckt, was mich beschäftigt.</i></p> <p><i>Aus heutiger Sicht ist sie noch genauso. Die sieht mich nicht. Die sieht nicht, wie es mir geht, selbst wenn ich vor ihr stehe und es ihr sage. Na ja.</i></p>
	Schweigen und Schweigebote	<p>Die Person berichtet davon, dass ihre Eltern über die Erkrankung schweigen oder erwarten, dass darüber geschwiegen wird.</p>	<p><i>Also die haben selbst mit ihren besten Freunden nie darüber gesprochen. Die waren exzessiv zu. Also hermetisch abgeriegelt.</i></p> <p><i>Ja, das Einzige, was man nicht bedenkt, wenn dir auferlegt wird zu schweigen (...). Also wenn man es so sagen will: Du darfst alles mitmachen, aber darfst niemanden darüber erzählen.</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Indirekte Umgangsweisen	Kein Schutz vor Aggressionen	<p>Die Person berichtet von Situationen, in denen sie nicht vor den tatsächlichen oder zu erwartenden Aggressionen des erkrankten Geschwisters geschützt wurde.</p> <p><i>Zusatzregel:</i> Im Unterschied zur Kategorie "Aggressionen des Erkrankten" werden hier nur solche Situationen kodiert, in denen das nicht-schützende Verhalten der Eltern benannt wird oder im Vordergrund der Äußerung steht.</p>	<p><i>Die Gewalt war schwer, die ganzen Aggressionen waren schwer, das auszuhalten. Oder irgendwie zu handhaben oder damit umzugehen. Und immer in Kombination mit einer Mutter, die das komplett verleugnet. Das nicht sehen will. Und mit der ich darüber nicht sprechen kann.</i></p>
	Dazwischen stehen	<p><i>Oberkategorie:</i> Die Person berichtet von indirekten Umgehensweisen innerhalb der Familie. Siehe die folgenden Unterkategorien.</p> <p>Die Person beschreibt Situationen, in denen sie emotional zwischen dem erkrankten Geschwister und anderen Angehörigen steht.</p>	<p><i>Ja, aber von beiden Seiten. Wenn meine Mutter und mein Bruder sich streiten, dann ruft meine Mutter mich an und mein Bruder ruft mich an. Und ich hänge dann so ein bisschen dazwischen. Ich versuche dann immer so ein bisschen zu vermitteln, aber da ist ja auch ständig was. Da bin ich jetzt schon ein bisschen daran gewöhnt. Und manchmal gelingt mir das dann auch, dass ich meinem Bruder ein bisschen die Sicht meiner Mutter erkläre, und meiner Mut-</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
			<i>ter ein bisschen die Sicht meines Bruders erkläre. Und irgendwann versöhnen die sich dann auch wieder. Aber, ja, man hängt dann da irgendwie dazwischen.</i>
	Unterschwelliges Erleben	Die Person berichtet explizit oder implizit darüber, dass Stimmungen oder Belastungen von Familienangehörigen nicht ausgesprochen werden, aber unterschwellig spürbar sind.	<i>Wenn du sagst: „Du hast ja bestimmt schon viel mit deinem Bruder erlebt“, dann eher: "Jain". Also ich habe viel "über Bande" erlebt. Viel darüber, was meine Eltern mir dann erzählten oder auch nicht erzählten. Meistens ist ja das, was man nicht erzählt, noch schlimmer als das, was man erzählt bekommt.</i>
	Indirekte Kommunikation	Die Person berichtet Situationen, in denen nur indirekt über andere Familienangehörige miteinander kommuniziert wird oder auf Wunsch von Anderen miteinander kommuniziert werden soll, obwohl kein eigenes Bedürfnis dazu besteht.	<i>Wenn ich etwas davon gehört habe, dann war das eher von meiner Mutter. Weil er dann nicht mit mir redet. Das ist sehr spannend. Er redet dann oft nicht mit mir, sondern beschwert sich bei meiner Mutter über mich.</i>
Konflikte (der gesunden Geschwister) mit den Eltern		<i>Oberkategorie:</i> Die Person berichtet von Konflikten mit ihren Eltern. Siehe die folgenden Unterkategorien.	
	Kritik und Vorwürfe gegenüber den Eltern	Die Person äußert sich kritisch oder vorwurfsvoll in Bezug auf das Verhalten der Eltern oder eines Elternteils.	<i>Die kommt da nie raus. Die wünscht sich natürlich, dass ihr Sohn irgendwann "normal" ist. Oder zumindest</i>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
			<p><i>halbwegs. Und ich sage ihr das dann auch: Wie lange muss man sich denn noch tyrannisieren lassen? Weil du dich so lange tyrannisieren lässt, wie du das willst! Du hast das in der Hand. Du bist nicht ausgeliefert! So. Und diesen Gedankenschritt, den muss man erst einmal machen.</i></p>
	<p>Diskrepanzen der Wahrnehmungen und Bewertungen</p>	<p>Die Person berichtet explizit oder implizit davon, dass ihre Eltern Situationen anders wahrnehmen, einschätzen oder bewerten, oder die Person beschreibt Widersprüchlichkeiten im Verhalten der Eltern.</p>	<p><i>Noch eine Situation gab es, da war ich schon so sechzehn oder siebzehn. Und da war ich schon in der Lage bestimmte Dinge anders einschätzen zu können. Und auch ein Bewusstsein dafür zu haben, dass meine Mutter da auch komische Wahrnehmungen hat. Dass meine Eltern bestimmte Dinge überhaupt nicht sehen und wahrnehmen. Aber auch, dass mit meinem Bruder irgendetwas überhaupt nicht stimmt.</i></p>
	<p>Vorwurf der Verleugnung an die Eltern</p>	<p>Die Person beschreibt und kritisiert, dass die Eltern die Erkrankung oder das Verhalten ihres erkrankten Kindes nicht wahrhaben wollen, sich nicht damit auseinandersetzen, es verleugnen oder sich selbst belügen.</p>	<p><i>Ich glaube, dass meine Mutter das sehr wohl spürt, weil sie selber auch hochgradig „fühlig“ ist. Aber dass sie Sachen nicht fühlen will. Dass sie sich selber belügt und einen Riegel vorschiebt. Sie wollte nicht, dass ihr Sohn krank ist. Und das hat die Familie letzten Endes einiges gekostet. Das war ganz schlimm.</i></p>
	<p>Wut auf die Eltern</p>	<p>Die Person berichtet explizit oder im-</p>	<p><i>Sie bleibt im Muttermodus stecken und</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		plizit über Wut (oder Hassgefühle) gegenüber ihren Eltern.	<i>kann mit nichts anderem reagieren, als mit mütterlicher Sorge um ihren Sohn. Das macht mich unglaublich wütend.</i>
Sonstige Konflikte		Die Person berichtet über Konflikte von anderen Familienangehörigen untereinander bzw. berichtet allgemein über konflikthafte Situationen im familiären Kontext.	<i>Die Mutter, sicher, die wollte ihm immer helfen und ihm alles Gute tun, das war kein Problem. Aber er wollte das nicht so (lacht). Er sah das als Bevormundung an, und wie so Mütter halt sind. Wenn der da nicht nach der Pfeife tanzt, dann kriegt der auch Druck, ja. Wie es so ist im Leben</i>
(Bewältigungsanforderungen)			
Aversive Emotionen (des gesunden Geschwisters)			
Sorgen		Die Person berichtet explizit oder implizit über Sorgen, die sie sich im Zusammenhang mit der Zukunft, der Finanzierung des Geschwisters, um die Eltern, oder allgemein im Zusammenhang mit der Erkrankung macht. <i>Zusatzregel:</i> Auch Gedankengänge zur finanziellen Situation des Geschwisters, aus denen keine Sorgen hervorgehen, sondern die eher ein "Sorge tragen für" beschreiben, sind dieser Kategorie zugeordnet.	<i>Die Sorge, wie das später mal wird (...). Ja, das muss ich halt dann sehen. Also jedes Lebensalter und jede Lebensphase hält Herausforderungen (lacht) bereit, die mit dieser Erkrankung zu tun haben.</i>
Verunsicherung		Die Person berichtet von Situationen,	<i>Und da war meine Schwester dann das</i>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		in denen sie nicht wusste, wie sie etwas einschätzen oder mit etwas umgehen soll: Sie benennt explizit Unsicherheit oder Verunsicherung, oder aus den Äußerungen geht hervor, dass sie verunsichert oder irritiert ist.	<i>erste Mal richtig lange in der Klinik. Und ich wusste auch da nicht, wie ich damit umgehen sollte. Genauso wenig wie jetzt. Damals noch weniger natürlich.</i> <i>Zu der Zeit war es so, dass ich mein Abitur gemacht habe. Da war ich achtzehn. Da war mein Bruder so krank, dass ich das Gefühl hatte, ich lebe in zwei verschiedenen Welten. Ich bin zu Hause in einer völlig verrückten Welt, in der ich einen Bruder habe, der in seinem Zimmer sitzt und schreit. Und dann gehe ich in die Schule und da ist alles normal und niemand weiß davon.</i>
Hilflosigkeit		Die Person berichtet explizit oder implizit von Gefühlen der Hilflosigkeit.	<i>Weil ich auch nichts dagegen machen kann. Oder ihm da nicht helfen kann.</i>
Traurigkeit, Schwere		Die Person berichtet im Zusammenhang mit der Erkrankung von einer (generellen) Schwere oder Traurigkeit in ihrem eigenen Leben.	<i>Das ist jetzt natürlich hypothetisch, man weiß nicht, wie ich geworden wäre, wenn ich das nicht erlebt hätte. Und wenn ich nicht damit hätte zurechtkommen müssen. Aber das hat schon eine massive Traurigkeit ausgelöst.</i>
Angst		Die Person beschreibt Gefühle der Angst im Zusammenhang mit dem Verhalten oder der Erkrankung des Geschwisters. <i>Zusatzregel:</i>	<i>Ich hatte einfach Angst, dass sich das in eine Richtung entwickelt, dass dann irgendetwas passiert, was sich dann nicht mehr rückgängig machen lässt. Muss ja jetzt nicht sein, dass er ihr irgendetwas körperlich getan hätte, aber</i>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		Hier wird nicht die Angst kodiert, die im Zusammenhang mit Bedrohung, Schock, oder Panik einhergeht, siehe die entsprechenden Unterkategorien bei "Intrusive Einflüsse auf das gesunde Geschwister".	<i>so dass er eine Anzeige oder sowas gekriegt hätte. Ich glaube das wäre für ihn jetzt auch im Nachhinein ganz schlimm gewesen.</i>
Schuldgefühle		Die Person benennt Schuldgefühle oder Schuldbewusstsein im Zusammenhang mit der Erkrankung.	<i>Als ob ich mich etwas Familiärem entziehe. Also als ob ich dadurch meine Zusammengehörigkeit verweigere. Das ist sehr schwer zu beschreiben. Ich glaube, dass einige von uns Geschwistern das kennen. Also Schuldgefühle, wenn es mir gut geht.</i>
Wut, Ekel und Scham		Die Person berichtet von Gefühlen der Scham, der Wut oder des Ekels im Zusammenhang mit der Erkrankung des Geschwisters.	<i>Also es ist mir damals auch so unangenehm aufgefallen! Weil ich mich immer geschämt habe. Es waren so unangenehme Situationen immer, sein (...). Den auszuhalten!</i>
Hadern, Trauern		Die Person beschreibt, wie sie mit der Erkrankung des Geschwisters hadert oder um das Geschwister trauert.	<i>Schwierig war es, zuzusehen, wie der immer weiter wegdriftet. Wie der über die Jahre immer weniger Phasen hat, in denen er die Realität mit uns teilt. Und immer weiter wegdriftet in eigene Realitäten, die für uns nicht erreichbar sind.</i>
Aversionen gegen Reaktionen Anderer		Die Person berichtet explizit oder implizit davon, frustriert oder verärgert über die Reaktionen Außenstehender	<i>Weil ich glaube, dass man eigentlich nur etwas dazu sagen kann, wenn man das in irgendeiner Art und Weise mit-</i>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		zu sein.	<p><i>gemacht hat. Ich habe die Psychose von meinem Bruder auch sehr intensiv miterlebt, weil ich für ihn in dieser Zeit ganz stark eine Bezugsperson war. Das kann man nicht nachvollziehen, wenn man das nicht miterlebt hat. Das ist einfach so. Und es gibt dann halt immer so Leute, die der Meinung sind, sie wüssten alles. Und manchmal ärgert mich das, muss ich ganz ehrlich sagen.</i></p>
(Bewältigungsanforderungen)	Verstörende Einflüsse (auf die gesunden Geschwister)	<p>Die Person bezieht sich auf Situationen oder Verhaltensweisen des erkrankten Geschwisters, die im Zusammenhang mit Symptomen der Erkrankung stehen und explizit oder implizit als auffällig, merkwürdig, störend, exzentrisch, problematisch, bedrohlich, belastend oder unangenehm betrachtet werden.</p>	<p><i>Da ist sie mit siebzehn nach Nizza abgehauen. War eine Woche weg, oder zehn Tage. Und kam dann zurück, alleine, und hatte echt schlimme Sachen erlebt. Aber auch irgendwie halbwegs mit Absicht. Sie hatte die Idee, sie fährt nach Nizza und wird dort Clochard.</i></p> <p><i>Ja, und er hat sich im Laufe der Jahre dann sehr verändert. Das wurde immer skurriler. Ich habe ihn auch mal mit dem Handy gefilmt, also ich habe ihn noch nicht mal gefilmt, ich hatte das nur so in seine Richtung gehalten, und da ist er dann auch total ausgeflippt. Meinte, ich würde ich aufnehmen. Und er hatte Angst, dass das Video im Inter-</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Störungen im Kontakt und in Beziehungen	<p>Die Person berichtet von Störungen des erkrankten Geschwisters im Kontakt und in Beziehungen in dem Sinne,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dass sich der Erkrankte zurückzieht, - dass andere sich vom Erkrankten zurückziehen oder er sozial isoliert ist, - dass keine Nähe zum Erkrankten möglich ist oder der Erkrankte ein enormes Nähebedürfnis hat, - dass Distanz zu dem Erkrankten besteht oder von diesem durch Provokationen hergestellt wird, - dass der Kontakt zu ihm schwierig, beängstigend oder merkwürdig ist, - oder dass der Erkrankte emotionale Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen hat. 	<p><i>net landet.</i></p> <p><i>Ja. Früher kannte er auch noch Leute. Bekannte. Die kannten ihn. Und die haben dann gesagt, sie haben ihn gesehen. Oder haben ihn angesprochen. Er lief in der Stadt so rum. Das macht er wohl auch nicht mehr.</i></p> <p><i>Besonders schwer für mich war, dass ich mit meinem Bruder keine Beziehung aufbauen konnte. In meinem ganzen Leben nicht. Weder als Kind, noch als Jugendliche, noch als junge Erwachsene, noch jetzt im mittleren Erwachsenenalter. Der hat mich nicht wahrgenommen.</i></p> <p><i>Es gab wohl auch bei dieser Therapeutin einen Vorfall, da spricht er aber nicht drüber. Ich weiß nicht, was da passiert ist, er regt sich furchtbar über die auf. Und der hasst die über alles, aber ich weiß nicht, was da passiert ist.</i></p>	
Mangelnde Gesundheitsvorsorge des Erkrankten	<p>Die Person beschreibt Situationen oder kritisiert Verhaltensweisen des erkrankten Geschwisters, die im Zusammenhang mit dem Konsum bzw. Missbrauch von Drogen, Alkohol oder Medikamenten stehen oder mit Ernährung zu tun haben.</p>	<p><i>Die nimmt nicht nur Lithium, die nimmt drei Tabletten. Und erzählt mir gleichzeitig, dass sie irgendwelche Höchstgrenzen nimmt, die eigentlich gar nicht außerhalb der Klinik erlaubt sind. Wo ich dann denke, wenn die Entgiftungsorgane derart beschäftigt sind, ist das</i></p>	

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Negative Emotionen des Erkrankten	Die Person berichtet über negative Emotionen des Erkrankten wie beispielsweise Frustration, Neid oder Kränkbarkeit.	<i>auch nicht besonders schlau, da noch so viel Alkohol draufzuschütten.</i>	<i>Letztlich hängt halt alles mit seinem Selbstwertgefühl zusammen. Dass er sich sehr schnell gekränkt fühlt.</i>
Gewahr werden der Krankheit durch das gesunde Geschwister	Die Person berichtet von Situationen oder Aspekten, in denen sie die Erkrankung ihres Geschwisters bemerkte (ihrer Gewahr wurde) oder sie deutlich realisieren konnte (sich ihrer bewusst wurde).	<i>Aber auch, dass mit meinem Bruder irgendetwas überhaupt nicht stimmt. Das war aber an der Stelle aber glaube ich so halb offen. Es dämmerte schon in der Familie. Da war ich dann nicht mehr alleine mit dieser Wahrnehmung.</i>	<i>Wenn ich das mit der Freundin vergleiche, die das hat, seit sie neunzehn ist. (...) Die ist aber in den Zwischenphasen immer noch dieselbe Persönlichkeit, die ich vor fünfunddreißig Jahren kennengelernt habe. Während meine Schwester, wirklich, das ist nicht die Person, mit der ich groß geworden bin.</i>
Unverständnis von Außenstehenden	Die Person berichtet von Situationen, in denen Außenstehende kein Verständnis für die Erkrankung haben, überfordert sind, sich beschweren oder sich aggressiv gegenüber dem Erkrankten verhalten.	<i>Oder die dann sagen: "Ja, aber da muss man doch etwas machen!" Ja okay, "Du kannst da aber nichts machen." Und dann: "Ja aber das kann doch nicht sein, da muss man doch etwas machen können!" Und dann muss ich die irgendwann trösten, weil die dieses Dilemma, das ich ihnen da vor</i>	

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
(Bewältigungsanforderungen)	Destabilisierende Einflüsse (auf die gesunden Geschwister)	Die Person berichtet über Situationen mit dem Erkrankten, in denen dieser sich grenzüberschreitend, delinquent oder stark deviant verhält. Insbesondere beschreibt sie beleidigendes, abwertendes, beherrschendes oder vorwurfsvolles Verhalten. Auch indirekt aggressives und anderweitig grenzüberschreitendes Verhalten wird hier beschrieben. Nicht in diese Kategorie gehören Äußerungen zu direkten aggressiven Durchbrüchen und gewalttätigen Verhaltensweisen, siehe Unterkategorie "Aggressionen des Erkrankten".	<p><i>Augen halte, nicht aushalten! Ja, stellvertretend, obwohl die eigentlich gar nichts damit zu tun haben.</i></p> <p><i>Dann hat er gebrüllt, das war so eine Manie von ihm. Und dann haben sie ihn da in so eine Art Gefängnis gesteckt, da musste er in so einem Raum bleiben und durfte nicht raus. Und so Sachen.</i></p>
Dauerhafte oder kumulierende Belastung	Die Person beschreibt implizit oder explizit, dass die Belastung durch die Erkrankung des Geschwisters einen	<p><i>Ich bin zweimal hingegangen. Oder dreimal. Und da hat sie immer nach fünf Minuten angefangen, mich blöde anzumachen. Oder über meinen Freund zu meckern, was der für ein (Kraftausdruck) ist. Oder über mein blödes Kind oder so. Und dann bin ich aufgestanden und bin gegangen.</i></p> <p><i>Das ist immer noch schwierig, auch für mich. Die Krankheit ist ja nicht einfach nur da, die hat ja auch einen Verlauf.</i></p>	

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		dauerhaften Zustand in ihrem Leben darstellt bzw. immer wieder neue Belastungen durch die Erkrankung entstehen.	<i>Und natürlich ist es so, dass man am Anfang denkt, dass das auch alles wieder besser werden kann. Und vielleicht ist es ja nur ab und zu. Aber ich finde schon, trotz der Psychoanalyse: Es ist auch jetzt noch eine Situation, die mich sehr belastet.</i>
Unberechenbarkeit der Erkrankung		Die Person berichtet davon, dass das Verhalten des Erkrankten oder der Verlauf der Erkrankung unberechenbar bzw. nicht vorhersehbar ist.	<i>Ja. Es gab auch Zeiten, in denen es ruhiger war. Aber es war nie vorherzusehen.</i>
Stigmatisierung		Die Person berichtet über Stigmatisierungen oder aus ihren Äußerungen geht implizit hervor, dass sie (oder Angehörige) sich stigmatisiert fühlen bzw. fürchten, stigmatisiert zu werden.	<p><i>Wo es eigentlich undenkbar war, dass ich das geschafft habe, das komplett zu verschweigen. Aber bei uns zu Hause, keiner durfte das wissen.</i></p> <p><i>Als mein Bruder krank wurde, erzählte sie dämlich lachend: "Und wenn ich dann da den Egon sehe," das ist mein Onkel, "da gehe ich auf die andere Straßenseite. So wie der aussieht, da bin ich ganz ehrlich, haha, da will ich nicht, dass jemand denkt, ich kenne den." Und das ist halt der Bruder ihres Mannes.</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Ausnahmesituationen und Notfälle mit dem Erkrankten	<p>terkategorien kodiert (siehe Unterkategorien "Angst" oder "Schock und Panik").</p> <p><i>Weitere Zusatzregel:</i> Auch Ausnahmesituationen und Notfälle, bei denen die Bedrohung des Erkrankten im Mittelpunkt der Äußerungen steht, werden hier zugeordnet und nicht in der Unterkategorie "Ausnahmesituationen und Notfälle".</p>	<p>Die Person beschreibt Ausnahmesituationen und Notfälle, die mit extremen Belastungen bei den Beteiligten einhergegangen sind und/ oder bei denen die Polizei oder andere Rettungskräfte beteiligt waren.</p> <p><i>Zusatzregel:</i> Ausnahmesituationen, in denen die Bedrohung durch den Erkrankten im Mittelpunkt der Schilderung steht, wird der Unterkategorie "Bedrohung durch den Erkrankten" zugeordnet, und nicht hier.</p>	<p><i>Wir sind dann halt los dahin, mein Freund und ich. Und dann ist mein Bruder schon mit dem Fahrrad an uns vorbei gedüst, halt auch auf dem Weg zu dieser Arbeit. Und als wir da ankamen, lag da sein Fahrrad, von ihm war keine Spur, und die Polizei war da. Und ich musste dann praktisch bei der Polizei gegen meinen eigenen Bruder aussagen, was ich ziemlich furchtbar fand. Die Kollegen waren alle am Gaffen.</i></p> <p><i>Und sie ist dann im Obdachlosenasyll vergewaltigt worden. Und ich glaube im Zugabteil auch noch einmal. Und irgendwie hatte sie die Idee, das müsste ihr jetzt auch egal sein, mit wem sie schläft. Wenn sie schon Clochard wird. Also es war auch da schon alles sehr</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Wahnhaftigkeit		<p>Die Person beschreibt wahnhaftige Zustände des Erkrankten bzw. Situationen, in denen die Wahrnehmung oder Verarbeitung der Realität aufgrund der Erkrankung gestört ist.</p> <p><i>Zusatzregel:</i> In Abgrenzung zur Unterkategorie "Psychotische oder sedierte Zustände" werden hier (inhaltliche) Beschreibungen der wahnhaften Gedanken und Ideen der erkrankten Person kodiert.</p>	<p><i>gestört, würde ich mal sagen.</i></p> <p><i>Bis hin zu den psychotischen Teilen, wo er tatsächlich Zeiten hatte, wo er gedacht hat, dass wir ihn vergiften. Und dass wir ihm irgendetwas in sein Essen reinmachen und so weiter und so fort.</i></p> <p><i>Und meine Schwester war ganz dünn geworden, auf dieser Tour durch die Schweiz. Und sie hat dann bei meiner Mutter, sie hat dann ihr T-Shirt hochgehalten und auf ihren dünnen Körper gezeigt und hat meine Mutter angeschrien und hat gesagt: "Warum kriegst du das nicht hin?"</i></p>
Psychotische oder sedierte Zustände des Erkrankten		<p>Die Person beschreibt Situationen, in denen sich die Persönlichkeit des Erkrankten (vorübergehend) durch psychotische Zustände oder nach medikamentöser Sedierung extrem und meist unvorhersehbar verändert.</p> <p><i>Zusatzregel:</i> In Abgrenzung zur Unterkategorie "Wahnhaftigkeit" werden hier plötzliche und akute Veränderungen der Persönlichkeit des Erkrankten und das damit verbundene Erleben der gesunden Geschwister kodiert.</p>	<p><i>Und dann ging es um diese Frau und er hatte Hausverbot auf seiner Arbeit bekommen. Und wir sprachen ganz normal, und auf einmal war das so wie eine innere Explosion bei ihm, da brach diese Psychose aus ihm heraus. Und er war von jetzt auf gleich ein völlig anderer Mensch. Oder ein ganz anderes Wesen.</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Schock und Panikgefühle		<p>Die Person berichtet von Panikgefühlen, Schock, Entsetzen oder anderen psychischen Erschütterungen.</p> <p><i>Zusatzregel:</i> Hier wird außerdem Angst kodiert, die im Zusammenhang mit Schock und Panikgefühlen berichtet wird. Diese wird nicht den Unterkategorien "Angst" oder "Bedrohung" zugeordnet.</p>	<p><i>Ich muss ganz ehrlich sagen, das war eine Horror-Situation. Und ich hatte wirklich so das Gefühl, dass mir jemand den Boden unter den Füßen wegreißt. Das war einfach nur fürchterliche Angst und Panik.</i></p>
Suizidalität des Erkrankten		<p>Die Person berichtet von Suizidversuchen oder suizidalen Gedanken des Erkrankten.</p>	<p><i>Ja. Jaja. Da hat er mal einen Selbstmordversuch gemacht.</i></p>
Langfristige Auswirkungen			
Qualität von Beziehungen		<p>Die Person berichtet davon, ein besonderes Maß an Nähe, Vertrauen oder Tiefe in ihren Beziehungen zu benötigen, oder allgemein Schwierigkeiten in Beziehungen zu haben, die sie auf die Erkrankung des Geschwisters zurückführt.</p> <p><i>Zusatzregel:</i> Auch Gefühle von Einsamkeit, Isolation oder Zurückgezogenheit werden wegen ihrer besonderen Relevanz für Beziehungen hier zugeordnet und nicht in der Untergruppe "Schwie-</p>	<p><i>Und wenn ich so überlege, wo es mich am meisten verändert hat, dann glaube ich eben, dass ich eine emotionale Tiefe habe, die ich einerseits um keinen Preis in der Welt missen möchte. Aber die andererseits hart ist manchmal. Und mich auch isoliert. Das glaube ich schon. Es können nicht alle etwas damit anfangen. Also etwas, was einsam macht halt.</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Persönliche Entwicklung	<p>rige Emotionen des gesunden Geschwisters".</p> <p>Die Person berichtet von positiven oder negativen Einflüssen der Erkrankung auf das persönliche Erleben und Verhalten, oder auf bestimmte Aspekte der eigenen Persönlichkeit wie Ansichten, Werte, Eigenschaften, Kompetenzen o.ä.</p>		<p><i>Und ich würde mich zwar vielleicht immer noch fürchten, wenn mir so jemand begegnet, aber ich hätte nicht solche Vorurteile. Also Menschen und ihre Schicksale, ich weiß nicht wie ich das anders ausdrücken soll, als dass ich weniger oberflächlich bin.</i></p> <p><i>Ich habe heute immer noch Schwierigkeiten mit Männern, die mich herabsetzen. Oder die narzisstisch oder halb größenwahnsinnig oder zu sehr von sich selbst überzeugt sind. Also die sich für etwas ganz Tolles halten und damit verbunden ständig andere Menschen auch klein machen müssen.</i></p>
Berufliche Entwicklung	<p>Die Person berichtet über positive oder negative Einflüsse der Erkrankung auf die eigene berufliche Entwicklung.</p>		<p><i>Klar auf jeden Fall hätte ich zum Beispiel diese Fortbildung nicht machen können, wenn mein Bruder nicht erkrankt wäre. Und ich arbeite in einer sozialen Einrichtung, die sich um psychisch Kranke kümmern.</i></p> <p><i>Nicht das Gefühl hatte, dass ich jetzt mein Leben leben kann, meine Ausbildung machen kann. Ich wusste überhaupt nicht, was ich machen will.</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Erschöpfung		Die Person berichtet explizit oder implizit von Gefühlen oder Zuständen der Erschöpfung im Zusammenhang mit der Erkrankung.	<i>Richtig, ein Prozess. Ja. Was noch? (...). Manches Mal merke ich, wie es mich unendlich müde macht, diese ganze Geschichte. Dass ich gar keine Lust mehr darauf habe. Dass ich nur möchte, dass es aufhört.</i>
Sich zurücknehmen		Die Person beschreibt Situationen, in denen sie sich selbst zurücknimmt oder eigene Bedürfnisse zurückstellt.	<i>Und ich glaube ich habe immer viel weg rationalisiert mit dem Gedanken: „Na ja, meiner Schwester geht es ja so schlecht, also stell' dich nicht so an!“</i>
Erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen		Die Person berichtet von erheblichen Beeinträchtigungen der eigenen psychischen Gesundheit.	<i>Und so ging das dann eigentlich ziemlich lange weiter. Also ich war vierundzwanzig, bis ich dann glaube ich mit sechsdreißig, da hatte ich dann Panik-Attacken. Ich hatte lange Zeit das Gefühl, mein Leben richtet sich eigentlich nur danach, wie es meiner Schwester gerade geht.</i>
Bewältigung nicht oder kaum möglich		Die Person berichtet davon, dass sie Entlastung, Hilfe und Unterstützung durch ihr soziales Umfeld erfahren hat bzw. erfährt.	
Bewältigungsformen			
Nähe-Distanz-Regulation		<i>Oberkategorie:</i> Die Person berichtet von Notwendigkeiten, Fähigkeiten oder Wünschen im	

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
	Abgrenzung	<p>Zusammenhang mit der Regulation von Nähe und Distanz in der Beziehung zum erkrankten Geschwister (oder zu anderen Familienangehörigen), siehe die folgenden Unterkategorien.</p> <p>Die Person berichtet über Situationen, in denen sie gegenüber dem Erkrankten oder der Erkrankung (oder anderen Angehörigen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - abgegrenzt war, - versucht hat sich abzugrenzen, - sich gerne abgegrenzt hätte, - sich dieses Mal besser abgrenzen konnte, oder - sich nächstes Mal gerne besser abgrenzen können würde. 	<p><i>Das ist eigentlich, wenn man es so sagen möchte, wenn man mit so jemandem lebt, das ist so eine Leistung, selber nicht verrückt zu werden! Wirklich. (...) Ja. Das habe ich mit der Zeit gelernt. Tatsächlich. Das ist nicht Meins, sondern das ist Seins.</i></p> <p><i>Und ich glaube, ich würde das heute unterbinden. Ich würde mich auf jeden Fall nicht mehr so wahnsinnig machen lassen. Da würde ich sagen "Jetzt ist Schluss!", und würde vielleicht auch mein Handy ausstellen.</i></p>
	Distanz und Distanzwünsche	<p>Die Person beschreibt ein distanzierteres Verhältnis zu ihrem erkrankten Geschwister oder den Wunsch danach bzw. sie äußert sich über innere (emotionale) oder äußere (räumliche) Distanz im Zusammenhang mit dem erkrankten Geschwister oder anderen Familienangehörigen.</p>	<p><i>Ja, also aus dieser Familie rauszugehen hat mir geholfen, mit anderen Menschen darüber zu reden, die Wohnung zu verlassen, das Haus zu verlassen, unterwegs zu sein. Mich dem so wenig wie möglich auszusetzen, in den Zeiten in denen er so krank war. Ich bin dann weggezogen. Was eine große Distanz dazwischen gebracht hat, also auch eine räumliche Distanz einfach.</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Bewältigungsverhalten	Entscheidungen und Konsequenzen	Die Person berichtet von einer einschneidenden Entscheidung oder von konsequentem Handeln gegenüber dem Erkrankten bzw. von der Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen.	<p><i>Und ja, das war so ein Schalter der sich da für mich umgelegt hat. Weil ich meiner Mutter dann auch gesagt habe: „Wenn wir hier sind, betritt er das Haus nicht!“ Weil sie ihn auch immer reingelassen hat. Obwohl sie auch schon vorher Mal gesehen hat, was das mit meiner Tochter macht.</i></p> <p><i>Und das war der Punkt, an dem ich für mich beschlossen habe, ich sehe erstens meinen Bruder nicht wieder, und es ist mir zweitens völlig egal, wie meine Mutter das sieht.</i></p>
	Fokussieren von Positivem und Ressourcen	<p>Oberkategorie: Die Person berichtet von Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit der Bewältigung der Erkrankung stehen, siehe die folgenden Unterkategorien.</p> <p>Die Person berichtet von positiven Erlebnissen oder von Aspekten der Gesundheit und Normalität bzw. beschreibt oder betont Stärken oder Ressourcen.</p>	<p><i>Und durch seine Kirche geht es ihm eigentlich auch gerade richtig gut. Er ist auch im Kirchengemeinderat, also hat da auch eine Funktion und ist da sehr stark eingebunden. Also, er wird halt gebraucht. Und das ist glaube ich auch genau das, was er auch braucht.</i></p>
	Verstehen und Erklären (wollen) der Krankheit	Aus den Äußerungen der Person geht hervor, dass sie im Zusammenhang	<p><i>Sozusagen, wie der Mensch sich evolutionär entwickelt hat und wie man über</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		<p>mit der psychischen Erkrankung (der eigenen oder der des Geschwisters)</p> <ul style="list-style-type: none"> - auf der Suche nach Informationen und Erklärungen war oder ist, - eigene Erklärungsansätze oder Sichtweisen zu der Erkrankung entwickelt hat, - über Verständnis oder Einfühlungsvermögen für daraus resultierende Eigenheiten des Geschwisters verfügt. 	<p><i>Psychopathologien erkennen kann, wie eigentlich unsere Seelenstruktur aufgebaut ist. Also ich suche nach Antworten. Ich will verstehen, was das ist.</i></p> <p><i>Ich glaube sie hat schon immer ein total schwieriges Verhältnis zu ihren Gefühlen gehabt. Und ich glaube, das ist durch die Krankheit noch viel schlimmer geworden. Dieses Einschätzen von Gefühlen, oder überhaupt Gefühle zu haben, das ist irgendwie sehr eigenartig.</i></p>
	Fürsorge und Hilfehandeln	<p>Die Person berichtet davon, gegenüber ihrem erkrankten Geschwister fürsorglichen Tätigkeiten zu übernehmen, oder sie beschreibt ein allgemeines Hilfehandeln gegenüber anderen Menschen.</p>	<p><i>Ich habe den immer begleitet und habe mich darum gekümmert.</i></p> <p><i>Eine Weile war ich sehr engagiert, mich für die entrechteten, psychisch kranken Menschen einzusetzen. Jetzt bin ich eher engagiert, mich für die betroffenen Geschwister einzusetzen. Mhm, soviel zu Umgang und Bewältigung (...).</i></p>
	Überwindung, Befreiung, Erleichterung	<p>Die Person berichtet über Erfahrungen, in denen sie sich zu etwas überwunden hat bzw. etwas Befreiendes oder Erleichterndes erlebt hat. Die Erfahrungen stehen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Geschwisters und haben eine besondere Bedeutung für die Person.</p>	<p><i>Also mich zu überwinden, dass zum ersten Mal jemandem zu erzählen, das war wie (...). Kennst du das, wenn du einen Film guckst, und da jemand unter Ängsten leidet, und der an seiner Tür diese ganzen Riegel hat. So fühlte sich das an, in Slow Motion, diese ganzen Riegel zu lösen, jeden Riegel einzeln aufzuma-</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
			<i>chen. Das war eine unfassbare Überwindung.</i>
	Akzeptanz, Arrangieren mit der Situation	Aus den Äußerungen der Person geht explizit oder implizit hervor, dass sie die Erkrankung des Geschwisters oder damit verbundene Folgen akzeptiert bzw. sich damit arrangiert hat.	<i>Manche würden sagen, das ist peinlich. Aber über die Jahre, was wollen Sie denn machen? Das ist halt so. Der ist krank. Und ich wollte eigentlich nur arbeiten, und musste mich drum kümmern, das war halt eine Aufgabe. Ich habe eigentlich wenig gemacht.</i>
	Verdrängung, Vermeidung, Vergessen	Die Person berichtet davon, bestimmte Situationen zu vermeiden, nicht darüber nachdenken zu wollen, oder sich nicht erinnern zu können.	<i>Ich habe auch viel verdrängt. Ich versuche auch immer mal wieder, mich an vieles zu erinnern, überhaupt an Zeiten zu erinnern. Aber ich habe nicht so viele Erinnerungen. Das ist auch ein bisschen abgespalten.</i>
	Sonstige Aspekte im Umgang mit der Erkrankung	<p>Die Person beschreibt, berichtet oder äußert sich zu sonstigen Aspekten im Umgang mit der Erkrankung, wie beispielsweise</p> <ul style="list-style-type: none"> - dem Entwickeln eigener Fähigkeiten und Kompetenzen, Veränderungen, die im Laufe der Zeit aufgetreten sind, - ambivalente Sichtweisen, - dem Bemühen um Regelungen, die in Phasen relativer Gesundheit getroffen werden, 	<p><i>Ich habe früh angefangen zu schreiben. Und darüber so einen Weg gefunden, meine eigene Realität auch so ein Stück zu kreieren und festzulegen. Und so zu sagen: Und das ist meine Realität! Auch wenn eure anders ist. Also dem Ausdruck zu verleihen, wie ich das alles wahrnehme und sehe. Und natürlich auch geholfen, schwierige Gefühle zu verarbeiten, also jede Menge Traurigkeit und Sehnsüchte und Ängste, Befürchtungen.</i></p> <p><i>Na ja, er ist älter geworden, und ich</i></p>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
		- dem Einsetzen oder Androhen körperlicher Gewalt gegenüber dem Erkrankten.	<i>sage mal, vielleicht auch vernünftiger. Oder keine Exzesse mehr, dass er irgendwie neue Ideen hat oder was geändert haben wollte, oder wegfahren wollte. Das ist nicht mehr so.</i>
Psychiatrie und Selbsthilfe		<p><i>Oberkategorie:</i> Die Person berichtet von Hilfe und Entlastung bzw. der fehlenden Hilfe und Entlastung im Zusammenhang mit psychiatrischen Einrichtungen, Therapie oder Selbsthilfegruppen, siehe die folgenden Unterkategorien.</p>	
	Hilfe und Entlastung durch psychiatrische Einrichtungen	Die Person berichtet explizit oder implizit von hilfreichen oder entlastenden Erfahrungen oder hat eine positive Sichtweise im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung ihres erkrankten Geschwisters bzw. mit den Hilfeangeboten psychosozialer Hilfeeinrichtungen.	<i>Ja. Ansonsten läuft das ganz gut, der ist ja im Betreuten Wohnen bei der „Aufsuchende Hilfe“. Und die sind für ihn da, jeden Tag. Und ich kümmere mich darum, dass eine Putzfrau da ist. Und dass der Pflegedienst da ist und so Sachen.</i>
	Keine Entlastung durch psychiatrische Hilfe	Die Person berichtet davon, im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung, den Hilfeangeboten von psychosozialen Einrichtungen oder einer Selbsthilfegruppe keine Hilfe und Entlastung erfahren zu haben bzw. zu erfahren.	<i>Jedenfalls schwirrte im Raum, dass er eingewiesen werden muss, aber er wurde nicht eingewiesen. Vielleicht auch, weil er nicht selbst- oder fremdgefährdend war. Er schrie ja "nur".</i>
	Hilfe und Entlastung durch	Die Person berichtet davon, selbst the-	<i>Ja. Ich habe eine Therapie gemacht</i>

Hauptkategorien	Unterkategorien	Kodier-Regeln	Ankerbeispiele
Hilfe und Entlastung durch das soziale Umfeld	Selbsthilfe oder Therapie	<p>rapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben bzw. in Anspruch nehmen zu wollen, oder im Bereich der Selbsthilfe aktiv zu sein.</p> <p>Die Person berichtet davon, dass sie Entlastung, Hilfe und Unterstützung durch ihr soziales Umfeld erfahren hat bzw. erfährt.</p>	<p><i>(lacht). Weil das war tatsächlich wichtig!</i></p> <p><i>Ich finde schon, dass es auch hilft, in der Geschwistergruppe darüber zu reden.</i></p> <p><i>Menschen, die das verstanden haben, haben mir geholfen. Sowohl meine Therapeutin, als auch Freunde und Freundinnen. Menschen, die nichts mit meiner Familie zu tun hatten und das verstanden haben, die haben mir geholfen.</i></p>

A5. Häufigkeiten der Prädikate

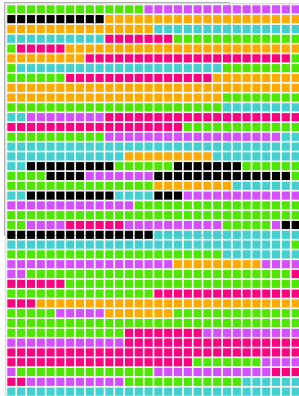
Kategoriensystem ZBKT_LU	Subjektive Wünsche		Objektive Wünsche		Reaktion Objekt		Reaktion Subjekt		Nachträgliche Bewertung	
	Abs. Häuf.	z-Wert	Abs. Häuf.	z-Wert	Abs. Häuf.	z-Wert	Abs. Häuf.	z-Wert	Abs. Häuf.	z-Wert
A1 explorieren. bewundern	1	-0.87	1	-1.02	2	-0.72	4	-0.47	9	-0.60
A2 akzeptieren. verstehen	9	0.437	16	2.33	4	-0.04	10	0.85	42	1.94
B1 erklären. bestätigen	9	0.437	6	0.10	6	0.63	1	-1.13	23	0.48
B2 helfen	19	2.06	8	0.54	1	-1.06	1	-1.13	29	0.94
C1 nahe sein	14	1.25	7	0.32	6	0.63			27	0.79
C2 lieben			2	-0.80					2	-1.14
C3 zuversichtlich. zufrieden. sinnlich vergnügt sein	14	1.25	11	1.22	2	-0.72	6	-0.03	35	1.40
C4 sexuell aktiv sein										
C5 gesund sein. leben	2	-0.71	10	0.99			2	-0.91	14	-0.22
D1 innerlich stark sein	2	-0.71	8	0.54			5	-0.25	19	0.17
D2 stolz. autonom sein	2	-0.71	3	-0.58			11	1.07	15	-0.14
E1 enttäuscht sein							8	0.41	15	-0.14
E2 resignieren							8	0.41	9	-0.60
F1 Schuld/ Scham empfinden. unzufrieden sein					1	-1.06	4	-0.47	9	-0.60
F2 sich fürchten. ängstlich sein					7	0.97	15	1.95	46	2.25
G1 abhängig sein					2	-0.72			2	-1.14
G2 schwach sein					4	-0.04	8	0.41	19	0.17
H1 Ekel empfinden. verärgert sein					1	-1.06	7	0.19	17	0.02
H2 unsympathisch sein			1	-1.02	2	-0.72			3	-1.06
I1 vernachlässigen					5	0.29	3	-0.69	11	-0.45
I2 egozentrisch sein					3	-0.38	2	-0.91	5	-0.91
J1 ignorieren. vorwerfen	1	-0.87			4	-0.04	3	-0.69	11	-0.45
J2 widersetzen. kritisieren	1	-0.87	1	-1.02	5	0.29	6	-0.03	16	-0.06

9 APPENDIX

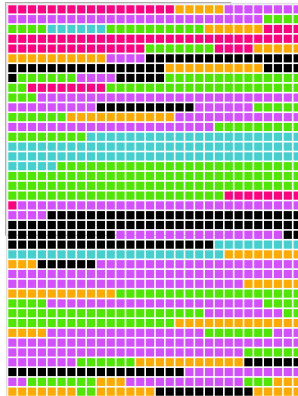
K1 schlecht sein				1	-1.06	4	-0.47	6	-0.83	
K2 beherrschen	2	-0.80		2	-0.72	4	-0.47	11	-0.45	
L1 jemanden ärgern				10	1.99			11	-0.45	
L2 angreifen				11	2.33	1	-1.13	14	-0.22	
M1 sich zurückziehen. sich zurückhalten	2	-0.71	2	-0.80	10	1.99	18	2.61	49	2.48
M2 sexuell inaktiv sein					2	-0.72			2	-1.14
M3 krank sein					4	-0.04	10	0.85	16	-0.06
Mittelwert	6.33		5.57		4.13		4.90		6.13	
Standardabweichung	6.14		4.47		2.95		5.74		4.54	

A6. Dokumentenportraits

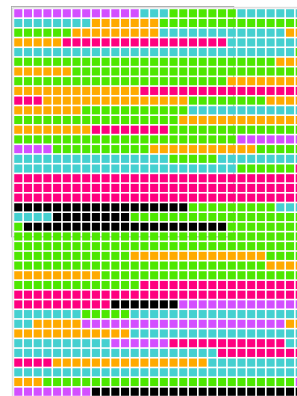
Die Kodierungen zu den *Intrusiven Einflüssen* sind schwarz dargestellt. Die Interviews B1 und B6 haben weniger schwarze Kodierungen in der unteren Hälfte der Interviews, alle anderen Interviewten berichten im zweiten Teil der Interviews deutlich häufiger über *Intrusive Einflüsse*, als im ersten Teil.



Interview B1



Interview B2



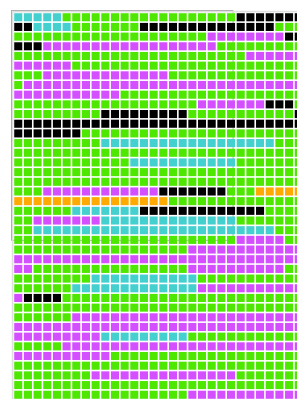
Interview B3



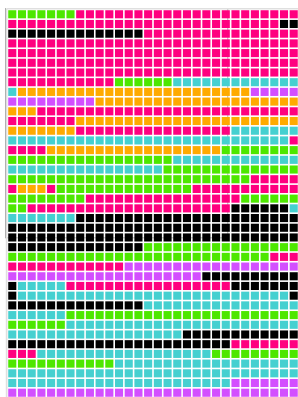
Interview B4



Interview B5



Interview B6



Interview B7