

FH Wiesbaden • University of Applied Sciences
Fachbereich Sozialwesen
Studienbereich Soziale Arbeit

„Mittendrin statt nur dabei“

- **Das Besondere am Miterleben einer psychischen Erkrankung als Schwester oder Bruder.**

Diplomarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades:

Diplom - Sozialarbeiterin (FH)

vorgelegt von

Miriam Munkert

geboren am 22.06.1981 in Herten

Matrikelnummer: 649335

Referent: Prof. Dr. phil. Reinhard Peukert

Korreferent: Prof. Dr. phil. Axel Werner

Wiesbaden

2008

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Psychische Erkrankungen	7
2.1	Begriffsabgrenzungen	8
2.2	Schizophrenie	9
2.2.1	Symptome der Krankheit	10
2.2.2	Verlauf	12
2.2.3	Ursachen	16
2.3	Persönlichkeitsstörung	17
2.3.1	Vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung	19
2.3.2	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	20
2.3.3	Interaktionsmerkmale	24
2.4	Depression	25
2.4.1	Formen der Depression	27
2.4.2	Symptomatik einer Depression	28
2.4.2.1	Fühlen	28
2.4.2.2	Ängste	29
2.4.2.3	Denken	29
2.4.2.4	Körperwahrnehmungen	31
2.5	Konsequenzen der psychischen Krankheit für die Angehörigen	33
3	Geschwisterbeziehungen	35
3.1	Versuch einer Definition	35
3.2	Geschwisterkonstellation	36
3.3	Merkmale der Geschwisterbeziehung	37
3.3.1	Dynamik und Identität	37
3.3.2	Aggressionen und Rivalität	39
3.4	Familienkonstellationen	40
3.5	Beziehungen zwischen Geschwistern	43
3.5.1	Die Kindheit	43
3.5.2	Die Geschwisterbeziehung In der Adoleszenz und im Erwachsenenalter	44
4	Zusammenfassungen der Forschung und Literatur zur Bedeutung der Geschwisterbeziehung bei einer vorliegenden psychischen Erkrankung ...	48
5	Annahmen und Erwartungen zur Geschwistertagung	56
6	Geschwistertagung	62
6.1	Rahmenbedingungen und Eindrücke der Geschwistertagung	62
6.2	Kurze Darstellung einer Biographie	63
6.3	Bewertung der Tagung anhand eines Fragebogens	65
6.4	Auswertung der Belastungsfaktoren für die „gesunden Geschwister“	68
6.4.1	Persönliche Lebenssituation	68
6.4.1.1	Emotionale Belastung durch Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Angst ...	68
6.4.1.2	Zeitlicher Aufwand und Einschränkungen der eigenen Autonomie und Freizeitgestaltung	69
6.4.1.3	Eigene gesundheitliche Belastung	70
6.4.1.4	Ängste, selbst zu erkranken	71
6.4.1.5	Belastungen für die eigene Partnerschaft und Familie	71
6.4.1.6	Angst, dass das eigene Kind erkrankt	72
6.4.1.7	Negative Auswirkungen für die eigene berufliche Tätigkeit	72
6.4.1.8	Finanzielle Belastungen	73
6.4.1.9	Besonderer Anpassungsdruck, immer funktionieren zu müssen	73
6.4.1.10	Die Verantwortung, irgendwann für sein erkranktes Geschwister sorgen zu müssen	74
6.4.2	Umgang mit dem Erkrankten	75

6.4.2.1	Unsicherheit im Umgang mit ihm	75
6.4.2.2	Ärger und Wut aufgrund des als egozentrisch erlebten Handelns.....	75
6.4.2.3	Angst vor der Lebensunzufriedenheit des Geschwisters und dem evtl. daraus resultierenden Suizid	76
6.4.2.4	Dilemma im Umgang mit den Erkrankten.....	76
6.4.2.5	Fehlende Krankheitseinsicht und mangelnde (medikamentöse) Compliance des Erkrankten.....	77
6.4.2.6	Neudefinition der Geschwisterbeziehung (neue Rollenverteilung/ Identifikationsverlust / „Übernahme der Elternrolle“)	77
6.4.2.7	„Mad or Bad“ – Kann er nicht oder will er nicht?	78
6.4.3	Eigenes Subjektives Empfinden der Herkunftsfamilie	78
6.4.3.1	Abgrenzungsproblematik gegenüber den Forderungen der Eltern.....	78
6.4.3.2	Uneinigkeiten bzgl. der Erkrankung und des Umgangs mit dem Erkrankten	78
6.4.3.3	Geheimhaltungen der Krankheit bzw. Ignorierung der Krankheit	79
6.4.3.4	Ungleiche Verteilung der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern.....	79
6.4.3.5	Die widerwillige Übernahme der Eltern Rolle	80
6.4.3.6	Ungleiche Behandlung/ Benachteiligung durch die Eltern bzgl. hoher Aufmerksamkeit für das kranke Geschwisterteil.....	80
6.4.3.7	Ressourcen der Eltern und Angst um sie.....	81
6.4.3.8	Hilflosigkeit in einer für die Gesamtfamilie aufwühlenden Situation.....	81
6.4.3.9	Kein Ansprechpartner für die (anfänglich) verwirrende Situation in der Familie.....	82
6.4.4	Belastung im Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern....	82
6.4.4.1	Mangelnde institutionelle Unterstützungen	82
6.4.4.2	Geschwister fühlen sich nicht ernst genommen mit ihren Sorgen, Problemen und auch Ressourcen.....	83
6.4.5	Belastung im sozialen Umfeld.....	83
6.4.5.1	Erfahrungen von Unverständnis und Ablehnung.....	83
6.4.5.2	Ängste vor Stigmatisierung	83
7	Diskussion	85
7.1	Ein typischer Sozialisationsprozess?	87
7.2	Die Sicht auf die Profis	88
7.3	Die Geschwister trifft es Unterschiedlich	88
7.3.1	Gefangen im Spiel?!	
	– Das Miterleben einer Persönlichkeitsstörungen.....	88
7.3.2	Die „Harten“ und die „Zarten“ – Geschlechtsspezifische Unterschiede	89
7.3.3	Kulturspezifisches Erleben der Krankheit.....	90
7.4	Ermutung zur Hilfe.....	91
7.5	Handlungsempfehlungen	93
8	Persönliche Einschätzung.....	98
9	Literaturverzeichnis	101
A	Anhang	105
A.1	Transkription der Geschwistertagung	105
A.2	Komparationstabelle der Untersuchungsgruppe.....	159
A.3	Fragebogen.....	184

1 Einleitung

Mit dem Titel "Mittendrin statt nur dabei" soll verdeutlicht werden, dass Geschwister - ob sie möchten oder nicht-, die Geschehnisse um den psychisch erkrankten Geschwisterteil sehr bewusst und emotional miterleben. Sie sind nicht nur Zuschauer in einem Theaterstück, sondern sind zugleich Akteure, die das Geschehen mit ihrer Anwesenheit beeinflussen und aktiv miterleben.

Bis heute werden Geschwister psychisch Erkrankter in Selbsthilfegruppen weitgehend ausgeblendet, sei es, weil sie nicht als wichtig erachtet werden oder deren Relevanz nicht erkannt wird. Die Angehörigenarbeit im Bereich psychisch Kranker fokussiert bis heute vorwiegend Eltern, Partner oder Erziehungsberechtigte als Ansprechpartner. Langsam wird entdeckt, dass auch das Leben der nicht erkrankten Geschwister durch die Schwester oder den Bruder mit einer psychischen Störung nachhaltig beeinflusst wird.

In der Arbeit mit geistig Behinderten ist dies anders. Der hohe Einfluss einer Behinderung auf die nicht erkrankten Geschwister wird seit langem erkannt und diskutiert.

Die Geschwisterbeziehung ist meist,- der Dauer nach betrachtet-, die längste zwischenmenschliche Beziehung. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt zurzeit bei ungefähr 77 Jahren für Männer und bei 82 Jahren für Frauen. Die Zeit, die Geschwister zusammen verbringen, ist also relativ lang – länger als die gemeinsame Zeit mit den Eltern oder den Lebenspartnern. Deshalb sollte man meiner Meinung nach dieser Beziehung besondere Bedeutung zumessen.

Die besondere Form der Geschwisterbeziehung zwischen Menschen mit Psychiatrieerfahrung und ihrem gesunden Bruder oder Schwester wird im Rahmen dieser Diplomarbeit näher erörtert. Angesichts der Fülle von Aspekten, die beim Zusammenleben mit einem Geschwister mit psychischer Störung von Bedeutung sind, können diese nicht alle umfassend behandelt werden. Deswegen wird der Schwerpunkt direkt auf die Geschwisterbeziehung gelegt und diese auf ihre Entwicklung und Veränderung im Laufe des Lebens anhand der Fachliteratur und einer Geschwistertagung untersucht.

Anhand der Geschwistertagung werden die Aussagen erwachsener Geschwister, die aus subjektiver Sicht von Erfahrungen und Einflüssen durch das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten Bruder oder Schwester berichteten, miteinander

verglichen. Hierbei geht es primär um die Probleme, Emotionen und Belastungen, die für die „gesunden“ Geschwister durch das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten Geschwisterteil eine wichtige Bedeutung haben. Die Ergebnisse der Geschwistertagung werden mit dem vorhandenen Forschungsstand aus diesem Bereich verglichen. Es sei angemerkt, dass dieser Bereich der Forschung noch nicht hinreichend untersucht ist.

Im ersten Teil der vorliegenden Diplomarbeit werden, nach einer kurzen Betrachtung des Begriffs Krankheit und Störung im psychiatrischen Bereich, die „wichtigsten“ psychischen Krankheiten erläutert. Unter anderem möchte ich einen Einblick in die Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung und Depression geben. Aus Erfahrung heraus nehmen Geschwister von Menschen mit einer dieser Störungen am häufigsten an der Tagung teil.¹ Der Einblick dient dazu, einen Überblick zu bekommen, um die Krankheiten besser zu verstehen und die Tragweite der nachfolgenden Auseinandersetzungen der „gesunden“ Geschwister mit ihren erkrankten Brüdern/Schwestern besser nachvollziehen zu können.

In dieser Diplomarbeit geht es darum, von der allgemeinen Krankheitsdefinition auf die systemische Einbettung der Geschwister im familiären Kontext, bis hin zum spezifischen Empfinden des einzelnen Geschwisterteils einzugehen.

Während der Geschwistertagung wurde nicht spezifisch nach der Erkrankung gefragt, da es nicht primär um den Erkrankten geht, sondern um das subjektive Empfinden der einzelnen Geschwister. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass die Beschreibung der Krankheitsbilder auch immer eine Bewertung enthält. Diese soll betroffene Personen aber nicht abwerten, sondern einen erklärenden Wert haben. Einseitig betrachtet wirkt eine Diagnose stigmatisierend, sie ist aber nur ein Teilaspekt des Menschen. Der Mensch soll in seinem Facettenreichtum betrachtet und nicht auf seinen Krankheitsanteil reduziert werden. Zu bedenken ist ebenso die Sicht der Fachwelt, die einen bestimmten Blickwinkel auf psychische Erkrankungen aufweist und anhand dessen Diagnosen festlegt.

Im zweiten Kapitel werden die Eckpunkte der Geschwisterbeziehung in der Familie näher erläutert. Hierbei soll erklärt werden, warum eine Geschwisterbeziehung so bedeutend und prägend für die weitere Entwicklung ist und welche Komponenten diese Beziehung ausmachen, ausgehend von einer Komplexität der Psychodynamik in

¹ Die Erfahrungen beruhen auf Geschwistertagungen durch Herrn Prof. Dr. R. Peukert.

der Geschwisterbeziehung, die anhand der Entwicklung des einzelnen Kindes, der Gesamtfamilie und der einzelnen interpersonellen Einheiten der Untergruppen betrachtet werden soll.

Nachstehend trage ich die Ergebnisse des bisherigen Forschungsstands zum Thema psychische Erkrankungen aus der Sicht des gesunden Geschwisters zusammen und vergleiche diese miteinander. Die detaillierten Belastungsfaktoren für die Geschwister werden unter Bezugnahme der bisherigen Forschung im nachfolgenden Kapitel „Annahmen und Erwartungen zur Geschwistertagung“ festgehalten. Daraus werden zum späteren Zeitpunkt Vergleiche und Rückschlüsse zu meinen Ergebnissen der Tagung gezogen.

Vor der Auswertung der Geschwistertagung werde ich kurz anhand meines subjektiven Empfindens meine Eindrücke zu diesem Tag schildern und die dort vorherrschende Emotionalität mit einer kurzen Darstellung einer Biographie untermauern. Des Weiteren ziehe ich zur Beurteilung der Geschwistertagung die Geschwisterperspektive heran, die anhand eines Fragebogens ausgewertet wurde. Dieser Fragebogen wurde am Ende der Diskussion ausgehändigt und von allen Geschwistern anonym ausgefüllt. Diese Bewertung der Geschwistertagung durch die Teilnehmer/ -innen wird im Kapitel. 6.3 näher erläutert und soll die Bedeutung des ermöglichten Erlebnisaustausches und den evtl. Nutzen für andere Geschwister wiedergeben.

Aufgrund der bisher selten untersuchten Belastungen des „gesunden“ Geschwisterteils wurden an der ersten hessischen Geschwistertagung die detaillierten Selbstauskünfte der Teilnehmer aufgezeichnet und anhand dessen ausgewertet sowie analysiert. Die dabei entstandenen Aufnahmen wurden vollständig transkribiert und im Anhang beigefügt.² Prägnante „Ankeraussagen“ werden in der Diplomarbeit zitiert wiedergegeben und ausgewertet.

Die Geschwistertagung fand als Diskussion statt und kann als eine Art moderierte Selbsthilfegruppe verstanden werden, in der die Geschwister ihre Sorgen und Probleme einbringen konnten. An dieser Diskussionsrunde am 15.11.2008 nahmen insgesamt neun Geschwister teil. Die Angehörigen waren erwachsene Geschwister von Menschen mit Psychiatrieerfahrung, die von ihren Lebenswelten und ihrer Beziehung zu ihren Geschwistern berichteten. Wie schon erwähnt, soll die besondere psychosoziale Situation von erwachsenen Geschwistern sowie ihre subjektiven

² Die Aufzeichnungen der Tonbänder liegen Herrn Professor Peukert vor, da diese aus Datenschutzgründen nicht mit veröffentlicht werden können.

Perspektiven auf die psychische Erkrankung, die Familie und die benötigten Hilfen hin untersucht werden.

Geschwister sind auch Angehörige, aber inwiefern sie eine spezielle Bedeutung haben und was an ihrer Situation besonders ist, werde ich versuchen, nachfolgend herauszuarbeiten.

Zur besseren Lesbarkeit wird sich in der Diplomarbeit auf die männliche Form beschränkt, natürlich ist die weibliche Form mit enthalten. Alle Namen und persönliche Daten der Teilnehmenden der Geschwistertagung wurden anonymisiert.

2 Psychische Erkrankungen

Die lange Geschichte von Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist von sehr ambivalenten, häufig wechselnden Einstellungen geprägt. Auf der einen Seite gab es den Anspruch, helfen zu wollen, auf der anderen Seite wurden die Augen verschlossen, um das Leid nicht zu sehen. Psychisch kranke Menschen wurden durch Schläge mit Ruten, Sturzbäder mit kaltem Wasser oder Aderlässen behandelt. Es gab unzählige unmenschliche Methoden, wie psychisch Kranke damals behandelt wurden und dadurch gelitten haben.

Die moderne Psychiatrie brachte einen Wandel in diese grausame Zeit von falschen Ansätzen und Missverständnissen. Wilhelm Griesinger war einer der Vorläufer der modernen Psychiatrie. Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte er die bedeutende These, „seelische Erkrankungen seien Erkrankungen des Gehirns“. Ein weiterer Vorläufer war Emil Kraepelin. Er entwarf die ersten brauchbaren Grundlagen des heutigen Systems der Klassifizierung psychischer Störungen.

Das moderne psychopathologische Denken wurde 1920 durch die Grundlagen von Karl Jaspers geprägt. In der modernen Psychiatrie entstand immer stärker ein Dialog zwischen Erkrankten und Helfern. Kurt Schneider entwickelte 1931 dieses Denken weiter, so dass ein neuer Krankheitsbegriff entstand, das triadische System. Bekannt wurde Schneider vor allem durch die Unterscheidung der Symptome der Schizophrenie. Seine Arbeiten gelten als Grundlage für die Forschungsgruppen, die 1970 die heute gültigen Diagnose-Systeme (ICD und DSM) ausarbeiteten.³

Mit der Einführung des ICD-10 im Jahre 1992 wurde ein weltweit standardisiertes Klassifizierungssystem eingeführt.

Diese Klassifizierungssysteme sind heute immer noch gültig und dienen im weiteren Verlauf als Grundlage für die Erläuterung der Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung und Depression.

³ Vgl. Heinz Schott, Rainer Töle: „Geschichte der Psychiatrie. Krankheit, Irrwege, Behandlungsformen“, München 2005.
Edward Shorter: „Geschichte der Psychiatrie“, Reinbek 2003.

2.1 Begriffsabgrenzungen

Krankheit oder Störung

Eine der heute noch gängigsten Gesundheitsdefinitionen ist die der WHO von 1946⁴. Hierbei wird Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens beschrieben und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Die Weltgesundheitsorganisation setzte somit Krankheit mit Leiden gleich und spiegelt damit die Abhängigkeit der Begriffsfestlegung von dem jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext wieder. So kann zum Beispiel Leiden in anderen Kulturen sehr wohl etwas Positives darstellen, wenn das Bewusstsein durch Zuführen von Leid erweitert werden kann- dieser Vorgang beinhaltet kein Krankheitsverständnis. Auch Liebeskummer ist ein treffendes Beispiel, man kann sehr unter einer Trennung leiden, wird dadurch nicht zwangsläufig krank, aber es besteht die Möglichkeit.

Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt es laut der WHO nicht.⁵ Ungeachtet des Wissens, dass Psyche und Körper im Einklang sein sollten, werden Erkrankungen aus diesen zwei Bereichen als etwas Gegensätzliches wahrgenommen. Hierdurch besteht die Gefahr einer Spaltung, die den erkrankten Menschen nicht als Ganzes sieht, sondern Teilaspekte wie körperliche, psychische oder soziale Belange betrachtet.

Störung und Krankheit wird von der WHO in ihrer Konnotation gleichgesetzt. Trotzdem wird im Bereich der psychischen Störungen auf den Begriff "Krankheit" verzichtet, im Unterschied zu anderen medizinischen Bereichen. Der Begriff „Störungen“ soll im Klassifikationssystem einen Komplex an Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten beschreiben, die auf individueller Ebene sowie auf der gesellschaftlichen Ebene mit Belastung und Beeinträchtigungen verbunden sein können. (vgl. WHO (1992): Internationale Klassifikation psychischer Störung. (Hg.) Dillingen et al.).

„Angesichts des Fehlens eindeutig nachgewiesener kausaler ätiologischer und pathologischer Beziehungen wird grundsätzlich in den Klassifikationssystemen neuer Prägung der neutralere Störungsbegriff präferiert“ (Wittchen & Hoyer 2006, S.29).

⁴ Vgl. http://www.euro.who.int/document/rc55/grc2005_2.pdf (15.09.08 um 10.30 Uhr).

⁵ Vgl. <http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2004/200411261?language=german> (15.09.08 um 11.20 Uhr).

Dies entstand aufgrund der erhöhten Stigmatisierung durch den Begriff "Krankheit". Der Begriff *krank* bedeutet, "schmal", "gering" und "schwach", was wiederum den wesentlichen Sachverhalt bei Krankheit verdeutlicht. Heute wird umgangssprachlich eher von "Krankheit" gesprochen und in der Fachwelt von "psychischen Störungen".

Nach der WHO versteht man unter psychischer Störung „erhebliche, krankhafte Abweichungen vom gesunden Erleben oder Verhalten“, betroffen sind die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns. Zudem wird eine Abweichung von der Norm vorausgesetzt, die, wie auch bei der Begriffsbestimmung von Krankheit, psychisches Leid auf Seiten der Betroffenen voraussetzt.⁶

Ich möchte im weiteren Verlauf die nachfolgenden Erkrankungen in ihrer Intensität und Komplexität berücksichtigen und erachte den Begriff "Krankheit" unter anderem als zutreffend. Voraussetzung für diese Überlegung ist, dass der Betroffene den Begriff "Krankheit" akzeptieren und anerkennen kann und sich nicht stigmatisiert fühlt.

2.2 Schizophrenie

Schizophrenie ist eine schillernde und häufig unverständene psychische Erkrankung. Die Wahrscheinlichkeit, an ihr zu erkranken, liegt bei ca. 1 % in der Gesamtbevölkerung und somit ist sie eine der häufigsten psychischen Störungen. Die Geschichte der Schizophrenieforschung begann im 19. Jahrhundert bzw. frühen 20. Jahrhundert durch die deutschen Psychiater Eugen Bleuler und Emil Kraepelin (Finzen 2001, in „Mit psychisch Kranken Leben“, S.20 ff.).

Seit den Anfängen wurde die Schizophrenie mehrfach unterschiedlich verstanden und wahrgenommen.⁷ Teilweise haben die im Laufe der Zeit neu entstandenen Theorien aus heutiger Sicht ein negatives Licht auf das Krankheitsbild geworfen, jedoch auch die Entwicklung und Forschung über die Krankheit in Gang gesetzt.⁸ Hypothesen entstanden, wie zum Beispiel die der „Unheilbarkeit“, der „gespaltenen Persönlichkeit“ sowie des „geistigen Abbaus des Gehirns“ oder von angeblich „gewaltbereiteren Menschen“ (Häfner, 2005, S.13 ff.). Diese Vorurteile und Stigmatisierungen, mit denen Schizophrene und ihre Angehörigen zu kämpfen haben, sind in weiten Teilen der

⁶ Vgl. <http://www.euro.who.int/document/mnh/gbrief08.pdf> (01.10.08 um 11.30 Uhr).

⁷ Vertiefung der Historie der Schizophrenie: M. Bleuler (1972) und Gottesmann (1993).

⁸ Eine Übersicht über aktuelle Forschungsergebnisse und Gebiete liefert: H. Häfner (2000) „mit dem Rätsel Schizophrenie“.

Bevölkerung verankert.⁹ Man kann von einer „zweiten Krankheit“ sprechen, da Betroffene und Angehörige aus Scham und Angst vor der falsch verstandenen Krankheit nicht frühzeitig den Neurologen konsultieren. Peukert gibt zu bedenken, dass unter gegenwärtigen Bedingungen die erste adäquate Hilfe immer noch die erste stationäre Aufnahme ist. Das führt er darauf zurück, dass ambulante aufsuchende psychiatrische Hilfen für akute und sub-akute Situationen in Deutschland fehlen (Peukert 2002a, Das chronisch kranke Kind in der Schule, S. 59).

Wie oben bereits angedeutet, ist Schizophrenie eine häufig missverstandene Krankheit, was vermutlich an den vielfältigen Erscheinungsformen liegt. Sie kann leicht, schwer, schleichend, akut oder traumatisch, sowie in längeren und kürzeren Abständen auftreten, oder für Außenstehende kaum wahrnehmbar sein. Die Schizophrenie stellt sich mannigfaltig und heterogen dar, das wiederum erklärt, warum die Krankheit so häufig Unklarheit bringt (vgl. Finzen in „Mit psychisch Kranken leben“ 2008, S. 27).

Festzuhalten ist, dass während der Schizophrenie das Gesunde im Menschen erhalten bleibt. Egal wie faszinierend diese Krankheit wirkt, der Mensch steht im Vordergrund und sollte nicht auf die nachfolgenden Symptome reduziert werden.

Es gibt nach dem ICD-10 verschiedene Arten der Schizophrenie, wie zum Beispiel paranoide, hebephrene, katatone, simplexe usw., auf die hier nicht spezifisch eingegangen wird.

2.2.1 Symptome der Krankheit

Die Symptome lassen sich übergreifend in positive und negative einteilen. *Positive* Symptome werden gewissermaßen als Kernsymptome bezeichnet, die dem gesunden Erleben etwas Neues hinzufügen. Die Schizophrenie mit ihren charakteristischen „positiven“ Symptomen wird heute nach Häfner als Psychose verstanden (vgl. Häfner 2005, S.27f.). Hiermit sind Wahnphänomene, die eine Verzerrung des Denkens im Sinne von irrationalen Überzeugungen darstellen, Sinnestäuschungen und am häufigsten akustische Halluzinationen gemeint. Der Betroffene hört zum Beispiel Stimmen, die in der dritten Person über ihn sprechen oder die seine Gedanken und sein Handeln begleiten und/ oder bewerten. Gedankenabrisse bis hin zum Verlust der Ich- Identität sind mögliche Folgen. Finzen (2001b, 2008 in „Mit psychisch Kranken

⁹ Zur Bekämpfung der Stigmatisierung psychisch Kranker: www.openthedoors.de ist ein Antistigma-Programm der psychiatrischen Weltvereinigung (WPA), gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, entstanden.

leben“) beschreibt emphatisch, wie Betroffene versuchen, die Phänomene für sich rational zu erklären, zum Beispiel anhand von radioaktiven Schwingungen durch das Radio oder den Fernseher, Manipulation und Überwachung durch die Nachbarn, fremde Personen oder der Polizei.

In dieser psychotischen Episode ist es für Außenstehende, besonders für Angehörige, verwirrend und manchmal unvorstellbar schwierig, zu verstehen, wie der Kranke denkt, fühlt und handelt. Finzen (2001a) und Häfner (2005) stellen fest, dass es zwar schwer ist, das Erleben des paranoid Schizophrenen nachzuvollziehen, dass aber deren Sichtweise vor dem Hintergrund bestehender Ängste und Zweifel an der Außenwelt verständlich werden kann.

Die *negativen* Symptome (“Defizitsymptome“) werden den Kernsymptomen gegenübergestellt und beschreiben einen Verlust bzw. eine Minderung normaler Funktionen. So können Defizite bei den kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten auftreten. Dies kann bei chronisch Kranken beobachtet werden. Es äußert sich zum Beispiel durch die Einschränkung der Intensität des Gefühlsausdrucks, des Antriebs und der Mimik (Affektverflachung) oder in der Verarmung der kommunikativen Sprachelemente. Die negativen Symptome bleiben auch in der akuten Phase bestehen, treten aber in den Hintergrund durch die lebhaft und aufreibende Symptomatik der Psychose (vgl. Häfner 2005, 21ff.).

In der Praxis heißt das, dass nach den positiven Episoden der Schizophrenie die negativen Symptome mit ihren Beeinträchtigungen charakteristisch für die chronische Schizophrenie sind.

Angehörige und Patienten werden die negativen Symptome im alltäglichen Umgang miteinander bemerken, z.B. anhand der Vernachlässigung der Selbstfürsorge oder der eingeschränkten Bewältigung des Haushaltes und der Arbeit. Häufig erfolgt der Rückzug aus sozialen Kontakten und Beziehungen. Dies kann sowohl aus Gründen der Antriebslosigkeit als auch der Überforderung geschehen.

Diese Darstellung der Symptomatik soll das komplexe Krankheitsbild der Schizophrenie nicht verfälschen. Wie oben schon beschrieben, ist die Schizophrenie zwar leicht durch ihre Symptomatik zu diagnostizieren, aber durch die unterschiedlichen Erscheinungsformen ist sie eine schwere, ernstzunehmende Erkrankung, die Betroffene, Angehörige und die Fachwelt vor immer neue Herausforderungen stellt.

2.2.2 Verlauf

Die Schizophrenie zeichnet sich durch einen heterogenen Verlauf¹⁰ mit unregelmäßigen oder regelmäßigen psychotischen Episoden aus. Auch die Zwischenintervalle sind meist nicht symptomfrei. Laut Forschungsergebnissen gibt es keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Krankheitsverlaufs. Das Spektrum der Chronifizierung reicht von erheblichen Verhaltensstörungen, schwerer sozialer Behinderung bis hin zur Pflegebedürftigkeit (Häfner, 2000). Berger et al. geben anhand einer Bonner Studie die psychischen Langzeitfolgen wie folgt an (vgl. Berger et. all, 2004, S.485).

- ca. 22 % der Patienten haben eine Vollremission, d. h. es lag nur eine einzige psychotische Episode vor ohne weitere Rückfälle.
- ca. 43 % haben ein uncharakteristisches Residuum, hierunter wurden geringe kognitive und handlungsbezogenen Einschränkungen bezeichnet.
- ca. 35 % weisen ein charakteristisches Residuum auf, d.h., dass ein Drittel der Betroffenen eine Chronifizierung erleben.

Der „Frühverlauf“ beschreibt den Zeitraum bis zum ersten Krankenhausaufenthalt. Nach Häfners Einschätzung (vgl. Häfner, 2000) ist dies die „aktivste Phase“, da hier der Grundstein für die Folgeerscheinungen im sozialen Bereich, zum Beispiel die der späteren sozialen Behinderung, gelegt wird. Der Ausbruch der schizophrenen Psychose beginnt meist im dritten Lebensjahrzehnt. Häfner (2000, S.106) vermutet, dass das Gehirn einen bestimmten Entwicklungsstand, der zum Zeitpunkt der Pubertät gegeben ist, aufweisen muss, damit das „Symptommuster schizophrene Psychose“ produziert werden kann.¹¹ Die Phase zwischen dem ersten Auftreten der „unspezifischen Krankheitszeichen“ und dem Beginn professioneller Hilfe kann zäh und leidvoll sein. Die Zeitspanne kann sich von ein paar Monaten bis zu ca. 7 Jahren erstrecken.

¹⁰ Viele Autoren versuchen den sehr unterschiedlichen Verlauf der Schizophrenie zu typisieren. Nach Berger et al. ist die bekannteste, aber zu detaillierte Typologie schizophrener Krankheitsverläufe die von M.Bleuler (1972). Siehe auch Ciompi & Müller (1976) mit ihrer fundierten Langzeitstudie (37 Jahre) zur Verlaufstypologie. Ich werde nachfolgend auf den „Frühverlauf“ nach der Studie von Häfner (1996) eingehen.

¹¹ Interessant war die Feststellung, dass Tiere keine Psychose bekommen können, was wiederum mit gewissen Reifeprozessen des Gehirns zu tun haben muss, so dass die Krankheit dem Menschen vorbehalten bleibt (vgl. Häfner 2000).

Häfner et. al. (1996) legten anhand einer großen Studie von 232 ersthospitalisierten Patienten einen "idealtypischen" Frühverlauf fest:

1. **Unspezifische Krankheitszeichen**
2. **Erste negative Symptome**
3. **Erste positive Symptome**
4. **Erste Episode, definiert durch ein Maximum an positiven Symptomen**
5. **Erstaufnahme in die Klinik**

Diese Forschung ist ein Meilenstein in der Entwicklung zum Verständnis des Frühverlaufs. Es bleibt trotzdem zu bedenken, dass es *den typischen Verlauf* der Schizophrenie in der Praxis nicht gibt. In der Wissenschaft unterteilt man die fünf Punkte des Frühverlaufs in folgende drei Phasen: Prodromalphase (Punkt 1-3), psychotische Vorphase (4. Punkt mit der Dauer von ca. einem Jahr) und der Latenzphase (restliche Zeit bis zur Aufnahme).

Die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Symptome ist ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung der Krankheit. Die Störung ist nach Finzen (2001a) zwar nicht immer heilbar, aber sehr wohl behandelbar – wie sich bei einem Drittel der Betroffenen zeigte. Hierbei steht die frühzeitige Erkennung im Vordergrund. Zwischen dem erstmaligen Auftreten der Symptome und einer ersten Behandlung oder anderen Hilfe, können nach Peukert (2002a) in der Regel bis zu anderthalb Jahre vergehen. Das bedeutet für die Betroffenen wie auch für die Angehörigen, jahrelang zuvor mit der „Krankheit¹²“ alleine zurechtkommen zu müssen. Denn vor den Symptomen gibt es bereits erste unspezifische Anzeichen. Diese unspezifischen Anzeichen, auch Früherkennungsmerkmale genannt, können sich fünf bis sieben Jahre bis zur ersten adäquaten Hilfe hinziehen. Diese Zeit einer nicht einzuordnenden Veränderung eines Familienmitglieds stellt für die Familie eine zusätzlich Belastung dar.

Folglich sollte eine frühzeitige Erkennung angestrebt werden, um eine rechtzeitige Behandlung zu ermöglichen. Zunächst bleibt es für Angehörige und Betroffene schwierig, die Krankheit frühzeitig zu erkennen, da die unspezifischen Krankheitszeichen keinen ausreichenden Hinweis auf eine bevorstehende Schizophrenie geben. Dies besagt, dass es vor einer Schizophrenie unspezifische Anzeichen gibt, aber nicht alle unspezifischen Anzeichen müssen eine Schizophrenie

¹² Hier ist noch nicht die psychische Krankheit oder Störung nach dem ICD-10 gemeint.

zur Folge haben. Wie der Name schon sagt, sind die Zeichen unspezifisch und führen somit nicht automatisch zu einem Krankheitsverlauf. Man kann sagen, dass als erstes das Gefühl, „dass hier irgendetwas nicht stimmt“, entsteht. Hinzu kommen Anzeichen wie bei einer Depression (siehe Kapitel 2.3), danach stellt sich die Negativsymptomatik ein (vgl. Häfner 2000).

Bock, Berger, Häfner und Finzen beschreiben, dass durch eine höhere kurzfristige oder längerfristige seelische Belastung das Wiedererkrankungsrisiko für die Betroffenen deutlich erhöht ist. Hierbei spielen nahe Bezugspersonen eine wichtige Rolle, denn auch sie können trotz gut gemeinter Zuwendung zur Belastung für den Betroffenen werden.

Dies belegen Studien des „Expressed Emotions“- Modells, die Anfang der sechziger Jahre begannen und heute noch für die familientherapeutische Behandlung eine wichtige Rolle spielen.¹³ Im Fokus der Untersuchungen steht die Rückfallprophylaxe unter dem Aspekt des familiären Klimas. Es wurde festgestellt, dass die Angehörigen dem Betroffenen gegenüber besonders ausgeprägte gefühlsmäßige Reaktionen zeigten. Diese waren keine Reaktionen auf die direkte Schizophrenie mit positiven Symptomen wie Wahn, Halluzinationen und Sinnestäuschungen, sondern Reaktionen auf die negative Symptomatik. Die Folgeerscheinungen der Krankheit wie Antriebslosigkeit oder Rückzug führten zur zusätzlichen Belastung und Sorge durch die Angehörigen. Somit ist die Belastung der Angehörigen Folge der Belastung durch die Krankheit und somit bedingt die Krankheit sich selbst und wird zur Belastung (vgl. Häfner 2000, 168ff.).

Anhand von einem halbstrukturierten Interview (Camberwell Family Interview) stellte sich heraus, dass drei Kategorien besonders prägsam für den weiteren Verlauf sind. Als erstes die „Kritische Bemerkung“, die aber nicht konstruktiv verstanden werden darf, sondern abwertend, ablehnend und missbilligend dem Kranken gegenüber ist. Im Ausdruck der „Kritischen Bemerkung“ liegt vordergründig Ärger und Zorn. Der zweite Faktor wurde als „Feindseligkeit“ benannt und tritt meistens im Zusammenhang mit der „kritischen Bemerkung“ auf. Die dritte Reaktion der Angehörigen bezeichnet man als „emotional overinvolvement“, dies wird in Deutsch zumeist als Überfürsorglichkeit bezeichnet. Sie stellt den Kranken in den Vordergrund, durch Aufopferung findet eine

¹³ Das „Expressed Emotions- – Konzept“ wurde ursprünglich von dem Soziologen G. Brown entwickelt. Dieser vermutete, dass ein erhöhtes Rückfallrisiko nach dem Klinikaufenthalt vorliegt aufgrund des emotionalen familiären Klimas. Die Arbeitsgruppe von Brown entwickelte zur Datenerhebung das „Camberwell Family Interview“, um die wichtigsten Bezugspersonen, die mit dem Betroffenen leben, zu befragen. „Expressed Emotion“ ist ein komplexes Modell, dass sich über Jahre hinweg als ein sicheres Prognosekriterium bei der Rückfallwahrscheinlichkeit der Schizophrenie erwiesen hat (vgl. Wittchen et. al., 2006, 718-722).

totale Kontrolle statt. Hinzu kommen Angst, Bevormundung und Einschränkung durch nahe Bezugspersonen (vgl. Häfner, 2004, S.166 ff.).

Heutzutage ist klar geworden, dass die festgestellten Rückfallfaktoren der EE-Interviews nicht nur für Schizophrenie typisch sind, sondern auch bei anderen psychosomatischen Erkrankungen eine erhöhte Belastung darstellen (vgl. Häfner 2004, S.168 f., Beck 2004, S.479). Zusätzlich belegten neuere Studien, dass die erhöhte Rückfallbelastung nicht nur auf das familiäre Umfeld beschränkt ist, sondern auch durch professionelle Helfer hervorgerufen werden kann. Demnach können bedeutende Bezugspersonen Angehörige wie auch professionelle Helfer sein, die eine wichtige Rolle bei dem Verlauf der Erkrankung einnehmen. Generell kann man sagen, dass durch die intensive emotionale Verbundenheit bestimmte Stressfaktoren für den Betroffenen zur Belastung werden und so einen Rückfall auslösen können (vgl. Wittchen et al., 2006, 718-722/ Bäuml, 1994, 49f.).

Trotz den Erkenntnissen der EE- Studien ist es wichtig, dass Angehörige keine Angst haben, spontan und menschlich zu reagieren. Häfner beschreibt anhand einer Londoner Untersuchung sehr genau, worauf es in der Interaktion in der Familie ankommt, nämlich auf eine „Familienatmosphäre mit emotionaler Wärme“. Zudem können die beschriebenen Aspekte des Expressed Emotions- Konzeptes das erhöhte Krankheitsrückfallrisiko zwar begreiflich machen, aber nicht die Erstmanifestierung der Schizophrenie begründen (vgl. Berger 2004, S.479).

Wenn die eher negativen Äußerungen der Familie bearbeitet bzw. aufgearbeitet werden, sei es durch Mediation, Angehörigengruppen oder Familientherapie, so kann ein großer emotionaler Gewinn für alle Beteiligten entstehen.

Der positive Aspekt, die Interaktion, tritt bewusst in den Vordergrund durch die Entlastung der Familie und einen positiveren Umgang mit dem Betroffenen und seiner Krankheit. Damit ist eine Befreiung von tief verwurzelter, vielleicht über Jahre verankerter Wut, Enttäuschungen, Missverständnissen, Hilflosigkeit oder Ohnmachtsgefühlen gemeint. Die Schizophrenie ist eine Krankheit und darf nicht als ein böses Spiel angesehen werden.

Andererseits bedingen sich die Teilnehmer wechselseitig, das heißt der Angehörige (Geschwisterteil) kann selbst „Schaden“ aus den durch die EE- Studie festgestellten Belastungen nehmen. In Berger et al. wird die wechselseitige Belastung für alle Beteiligten als ein „interaktives Geschehen“ bezeichnet, dass auf der einen Seite das problematische Verhalten des Patienten beschreibt und auf der anderen Seite das „suboptimale Krisenmanagement“ und das „Überforderungsgefühl“ der Angehörigen verdeutlicht. (Berger et al. 2004, S. 480f.).

Der gesunde Angehörige muss nicht selbst in eine Lebenskrise geraten, aber es ist der Tatsache Beachtung zu schenken, dass das kranke Mitglied auch ein Teil der Familie ist und deshalb die Wirkung seiner negativen Rückmeldung genauso gravierende Folgen für die nahe stehende Person haben kann.

Abschließend ist zum Thema "Verlauf" zu sagen, dass die aktivste Phase der Krankheit die frühe Phase darstellt und sich hier die sozialen Folgen für den kurzfristigen sowie langfristigen Krankheitsverlauf bilden. Es ist außerdem festzuhalten, dass das Krankheitsbild auch längerfristig relativ stabil ist. Häfner spricht bei der Symptomatik von einem "Plateau mit darauf gründenden Wellen" und betont, dass die Schizophrenie keinen "treppenförmigen Verlauf" darstellt (Häfner 2000, 169). Das bedeutet, dass die Krankheit nicht zu einem Persönlichkeitszerfall oder Demenz führen muss. Auf der anderen Seite kommt es aber auch nicht immer zu einer Besserung oder Heilung der Krankheit.

2.2.3 Ursachen

Die Suche und Frage nach der Ursache der Krankheit hat viele Familien mit Schuldzuweisungen belastet. Vorab kann man sagen, dass sich niemand schuldig fühlen muss, denn "*die Ursache*" für Schizophrenie gibt es nicht. Bis heute weiß niemand genau, wie die Schizophrenie entsteht. Nach Häfner versucht man heute nicht mehr, eine generelle Erklärung für diese Krankheit zu finden. Es gibt viele Meinungen, Vorstellungen, Theorien und Befunde zu diesem Thema. Die heutige Wissenschaft geht davon aus, dass Erkrankte empfindsamer gegenüber inneren und äußeren Reizen sind. "Vulnerabilität - Verletzlichkeit" beschreibt das Empfindsamskeitsphänomen (vgl. Wittchen & Hoyer).

Empfindsamer zu sein als andere soll keinen Nachteil darstellen, sondern kann eine Chance für Einfühlsamkeit, Kreativität oder tiefergehendes Erleben der Umwelt sein. Leider ist diese Chance in unserer heutigen Gesellschaft mit ihren Leistungsanforderungen und Fremdbestimmungen schwer zu realisieren.

Man geht zur Zeit von einem multifaktoriellen Modell aus, bei dem genetische, biologische und psychosoziale Faktoren sich gegenseitig bedingen und eine Schizophrenie auslösen können (vgl. Häfner, Wittchen & Hoyer, Finzen).

Nach dem Vulnerabilitäts- Stress- Modell geht man, vereinfacht dargestellt, davon aus, dass bei einem vulnerablen Menschen die erträgliche Stressmenge überschritten

wurde und die Psychose ausbrechen kann (Wittchen et al. 2006, 709ff.). Stressfaktoren können unter anderem eine zerbrochene Liebe, die Überforderung im Beruf oder die Einsamkeit sowie der Tod von Familienangehörigen darstellen.

2.3 Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeit macht aus uns erst das, was wir wirklich sind und was uns auszeichnet. Wir werden zu einem Individuum und heben uns aus dem "Wir- Gefüge" ab. Trotzdem ist unsere Persönlichkeit auch flexibel, um den Anforderungen von außen gerecht werden zu können und um unsere Individualität nicht zu verlieren. Geformt wird unsere Persönlichkeit durch Erfahrungen, Wertvorstellungen, Überzeugungen sowie Wahrnehmungen und Gefühle. Sie wächst mit unseren Erlebnissen und passt sich diesen auch an. Anders ist dies, wenn eine Störung vorliegt. Das ganze Konstrukt unserer Persönlichkeit wirkt dann starr, sozial normabweichend und verhaltensauffällig.

Personen, die eine *Persönlichkeitsstörung* aufweisen, besitzen eine verfestigte innere Überzeugung (Schema/ inner Annahme), die sie selbst bestätigt sehen wollen (vgl. Sachse 2006, S.11). Dadurch entwickeln sich Probleme im interpersonellen Verhalten. Meint eine Person zum Beispiel, dass sie nicht wichtig ist, dann wird sie alles daran setzen bzw. Strategien entwickeln, um wahrgenommen zu werden und Aufmerksamkeit zu erhalten. Andere Menschen werden dadurch veranlasst, sich auf eine bestimmte Weise ihr gegenüber zu verhalten. Dies geschieht aber nicht durch offene Verhaltensweisen, sondern durch Manipulation¹⁴- auch „Spielebene“ genannt (vgl. Sachse 2006 S.33 ff.). Dieses intransparente Spielverhalten dient den Betroffenen dazu, gewünschte Bedürfnisse zu befriedigen, die sie ihres Erachtens anders nicht stillen können. Die Betroffenen sehen bzw. kennen nur diese „Lösungs-“ Strategien, die zur (kurzfristigen) Befriedigung führen und somit immer wieder wiederholt werden.

„Das Motiv wird nicht befriedigt- denn der Betroffene erhält ja keine Anerkennung als Person. Die Schemata werden auch in diesem Fall nicht revidiert. Anerkennung für

¹⁴ Unter Manipulation ist eine Absicht gemeint die, der andere wirklich nicht durchschaut. Manipulation ist generell nicht negativ gemeint, nur in einer sehr ausgeprägten Form. Denn ein gewisses Maß an Manipulation gehört in Interaktionen generell auch dazu, um seine Bedürfnisse zu erhalten.

Leistungen macht nicht zufrieden und die betroffenen Personen glauben, sie müssten ständig »mehr desselben« tun“ (Sachse 2006,S.36).

Aufgrund der unflexiblen „inneren Annahmen“ zieht der Betroffene Konsequenzen für sich, die er in manipulative Strategien umsetzt, um seine Bedürfnisbefriedigung zu erreichen. Dieses dysfunktionale Verhalten hat sich aus früheren Erfahrungen entwickelt, da es sich für den Betroffenen als erfolgreicher erwiesen hat als ein offenes, authentisches Verhalten (vgl. ebd. S. 14f.).

Je wichtiger eine Person für den Betroffenen ist, desto höher sind die Erwartungen, dass diese Person auf die manipulativen Strategien reagiert und ihre Bedürfnisse befriedigt. Dementsprechend wird diese Person verstärkt in die „Spielebene“ mit einbezogen. Jeder Interaktionspartner kann in das „Spiel“ mal mehr oder weniger mit einbezogen werden, ohne dass er es verhindern kann (vgl. ebd., S.19 f.). Aussagen, die von den Gesprächspartnern völlig harmlos gemeint waren, können bei der betroffenen Person heftigste Reaktionen auslösen, da sie im Sinne des Schemas interpretiert werden (vgl., S.21).

Des Weiteren testen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ihre bedeutsamen Interaktionspartner durch Provokation. Die Provokation kann durch Kritik oder persönliche Angriffe entstehen aber, auch durch eine streitsüchtige Forderung und Diskussion entfacht werden (ebd., S.39). Diese Provokation verschafft den Betroffenen Klarheit, ob sie sich auf eine Beziehung weiter einlassen, also „annähern“ oder abwenden und somit die „Vermeidungstendenz“ wählen (vgl. ebd., S.38). Wenn dieser „Test“ aus Sicht des Betroffenen bestanden wurde, lässt er sich immer mehr auf eine Beziehungsebene ein. Somit wurde ein Stück Vertrauen zwischen den Interaktionspartnern geschaffen, was wiederum eine wichtige Basis für eine Beziehung ist. Wird dieser „Test“ aus Sicht des Betroffenen nicht bestanden, weil der Interaktionspartner selbst aggressiv, ablehnend oder abwertend reagiert, wird erneut auf das verfestigte Selbstbild zurückgegriffen (Sachse, 2006).

Somit kann zum Beispiel das negative Selbstbild „Ich bin nichts wert“ erneut bestätigt und verfestigt werden. Dieser „Test“ wirkt fremdartig und darf vom Interaktionspartner nicht als persönliche Kränkung aufgefasst werden, sondern als einzige Strategie für den Betroffenen, sich einer Beziehung zu nähern.

Diese „manipulativen Strategien“ haben aber auf Dauer in der Interaktion und Beziehungsebene ihren Preis, denn das strategische Verhalten kann übertrieben,

nervig, belastend und anstrengend für die Interaktionspartner sein und somit eher kontraproduktiv auf die Beziehung wirken. Dies führt die Person aber nicht auf das eigene Verhalten zurück, sondern sieht nur die Bestätigung des verfestigten Selbstbildes. Fühlt sich ein Mensch mit einer Persönlichkeitsstörung zum Beispiel als wertlos und wendet sich eine für ihn wichtige Person ab, führt dies die Person nicht auf ihr eigenes Verhalten zurück, sondern bestätigt folgendes Schema im Kopf: „Die Person hat mich verlassen, weil ich nichts wert bin“.

Man kann von einer selbsterfüllenden Prophezeiung sprechen, die das verfestigte Selbstbild bestätigt und das Handlungssystem stabilisiert (vgl. ebd., S.35). Der Betroffene hat eine negative „innere Annahme“ von sich, die er aus den Konsequenzen durch sein eigenes Verhalten bestätigt bekommt. Die Personen erkennen aber meistens nicht an, dass sie selbst ein Teil des Problems sind.

Dieser Prozess ist der zentrale Kern dieser Krankheit. Bei Störungen der Persönlichkeit geht es kaum um die Persönlichkeitsmerkmale an sich, als vielmehr um die Prägnanz und Dominanz einzelner Schemata und Strategien (Sachse 2006, S.22).

Nach Sachse sehen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ihre Strategien als einzige „Lösung“ für schwierige Interaktionssituationen an. Die Schwierigkeit der Interaktion entsteht für den Betroffenen auf Grundlage seiner Erwartungen, die durch die inneren Überzeugungen das Handeln, Wahrnehmen und Denken beeinflussen (Sachse, 2006). Demnach leiden Menschen mit ausgeprägten Persönlichkeitsstilen erfahrungsgemäß eher unter den sekundären Folgen ihrer Erkrankung. Folgen sind unter anderem Beziehungsprobleme oder Trennungen von geliebten Personen und daraus resultierende Depressionen oder Ängste.

Wenn Auffälligkeiten in leichter Form erscheinen, spricht man eher von Persönlichkeitsstil. Im Alltag werden Personen mit „schrulligem“ Persönlichkeitsstil meist als *nur* sehr extravagant wahrgenommen.

2.3.1 Vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung

Im Sinne des psychiatrischen Diagnosesystems DSM-IV-TR (APA, 2000) und ICD- 10 (WHO, 2006) dürfen Persönlichkeitsstörungen erst dann diagnostiziert werden, wenn bei Persönlichkeitsstilen, folgende Merkmale festzustellen sind:

-
- Die betreffende Person zeigt ein Muster durchgängig unflexiblen Denkens, Fühlens, Wahrnehmens, Interpretierens und Verhaltens, das sich als dauerhaft unangepasst darstellt.
 - Die Persönlichkeitsmerkmale verursachen eine wesentliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, sei es im privaten oder beruflichen Bereich.
 - Die Person leidet selbst darunter, d.h. unter gravierenden subjektiven Beschwerden.
 - Die Abweichung ist stabil und von längerer Dauer, d.h. sie beginnt im Kindes- oder Jugendalter.
 - Es darf keine organische Erkrankung oder eine andere psychische Störung vorliegen, um das abweichende Verhalten zu erklären

Eine Definition von Persönlichkeitsstörung ist problematisch, denn der Begriff wird meist negativ besetzt. Niemand möchte in seiner Persönlichkeit, die sein Selbst auszeichnet, als gestört bezeichnet werden. Störungen der Persönlichkeit sind vielmehr als Störung der Beziehung und Interaktion zu verstehen (vgl. Sachse 2006, S.12).

Andererseits ist es wichtig, dass professionelle Helfer und Angehörige eine einheitliche Sprache finden, um überhaupt einordnen, beschreiben und vielleicht durch die Eingrenzung verstehen zu können, wie es den Betroffenen geht. Üblicherweise lassen sich erste Krankheitszeichen in der Kindheit und Jugend feststellen. Dennoch sollte die Feststellung der Krankheit erst nach der Entwicklung der Persönlichkeit, demnach im Erwachsenenalter, diagnostiziert werden. Man geht davon aus, dass die Ursache der Persönlichkeitsstörung in Anlage- und Umweltfaktoren zu suchen ist (vgl. Wittchen, 2006).

2.3.2 Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Als nächstes folgen die wesentlichen Merkmale spezifischer Formen der Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 und DSM-IV-TR. Die nachfolgende Darstellung erfolgt teilweise in Anlehnung an Fiedler (2003), die der "*Inneren Annahmen*" nach Hohagen und Nessler (2006).

Ängstlich- vermeidende Persönlichkeitsstörung

Mit einem Anteil von 3 - 5 % an der Allgemeinbevölkerung ist die Selbstkritische-vorsichtige Persönlichkeitsstörung eine der häufigsten. Diese Menschen stehen nicht gerne im Mittelpunkt der Öffentlichkeit und erleben sich selbst als minderwertig. Aufgrund ihrer unsicheren und schüchternen Art isolieren sie sich aus vielen zwischenmenschlichen Situationen aus Angst vor Zurückweisung, Bewertung und/oder Kritik.

Innere Annahme: „Es ist schlimm, abgelehnt zu werden“, „Ich kann unangenehme Gefühle nicht ertragen“, „Wenn ich absolut akzeptiert werde, kann ich in Beziehung treten“.

Dependente Persönlichkeitsstörung

Abhängige Persönlichkeitstypen benötigen andere Personen, die ihnen in ihrem Leben Halt und Struktur geben sowie wichtige Entscheidungen abnehmen. Sie haben Angst, ihr Leben selbständig zu führen sowie die Verantwortung dafür zu übernehmen. Sie unterwerfen sich dem „*stärkeren*“ Partner und versuchen, ihn mit allen Mitteln an sich zu binden.¹⁵ Daraus kann eine zu intensive Überfürsorglichkeit dem Betroffenen gegenüber entstehen, was zum Beziehungsende führen kann. Dabei stellen die Betroffenen ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle in den Hintergrund.

Innere Annahme: „Ich bin hilflos einer einsamen und gefährlichen Welt ausgesetzt“, „Ich bin unzulänglich und hilflos“, „Ich brauche immer jemanden, der für mich sorgt und mich beschützt“.

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Menschen mit diesem Leiden haben sehr viel Argwohn und Misstrauen anderen Personen gegenüber und zweifeln an deren Loyalität. Sie unterstellen anderen „böse“ Absichten und sehen sich in der Rolle der Ausgenutzten. Sie fühlen sich schnell

¹⁵ Der Partner muss nicht unweigerlich der „Stärkere sein“ aber die dependente Person empfindet es so. Der Partner hat evtl. selbst Defizite in seinem Selbstwertgefühl und kann sich nur in einer solchen Beziehung behaupten. Es können auch sadistische Veranlagungen vorliegen, da der Partner irgendwann weiß, dass er die Person demütigen kann, ohne verlassen zu werden, oder der Partner zeichnet sich als Egoist aus, der die Beziehungssituation ausnutzt, weil er/sie weiß, dass er/sie nicht verlassen wird. Wie die angeführten negativen Beispiele zeigen, zeugt es nicht von *Stärke*, sich so zu verhalten.

persönlich angegriffen und sind überempfindlich gegenüber Kritik. Mit einer Häufigkeit von 1 % tritt die paranoide Persönlichkeitsstörung sehr selten in der Gesamtbevölkerung auf.

Innere Annahme: „Trau niemandem, sei auf der Hut“.

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Schizoide Persönlichkeiten wirken distanziert, gleichgültig oder desinteressiert und haben dadurch tief greifende Schwierigkeiten soziale Beziehungen zu entwickeln. Eine besondere Vorliebe liegt in einzelgängerischen Tätigkeiten, denn sie haben häufig keine Bezugspersonen.

Innere Annahme: „Beziehungen bringen Verwirrungen“, „Andere Menschen bringen nichts Gutes mit sich“.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Diese Persönlichkeitsstörung wird durch eine hohe Diskrepanz zwischen dem Verhalten des Betroffenen und den geltenden sozialen Normen gekennzeichnet. Durch das charakteristische, von Spontaneität geprägte Verhalten der Betroffenen (ohne Rücksicht auf Verluste), werden andere verletzt und fühlen sich erniedrigt. Des Weiteren besteht eine Unfähigkeit des Erlebens von Schuldgefühlen, so dass meist eine Schuldzuweisung zu einer anderen Person hin erfolgt.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Mit einem Anteil von etwa 2 % in der Allgemeinbevölkerung ist diese Persönlichkeitsstörung nicht selten. Betreffende Personen zeichnen sich durch einen hohen Anspruch an Aufmerksamkeit, Bestätigung sowie Anerkennung durch andere aus. Im Mittelpunkt des Geschehens fühlen sie sich wohl, dies erreichen sie durch übertriebenes theatralisches Verhalten. Emotionen und Gefühle spielen eine tief greifende Rolle in ihrer Biographie, sie sind intensiv, aber wechselhaft und werden meist unmittelbar geäußert.

Innere Annahme: „Andere haben nicht das Recht, mir das zu verweigern, was mir zusteht“, „Menschen sind dafür da, um mir zu dienen oder mich zu bewundern“, „Ich kann mich von meinen Gefühlen leiten lassen“.

Anankastische Persönlichkeitsstörungen

Die Anankastische Persönlichkeit wird auch zwanghafte Persönlichkeit genannt. Die Betroffenen wirken sehr korrekt, ordentlich und bemüht, keine Fehler zu machen. Im Sinne des ICD-10 (F60.5) sind übermäßige Zweifel und Vorsicht dafür verantwortlich, dass sie sich ständig mit Details, Regeln, Listen und Plänen beschäftigen. Sie arbeiten bzw. leben sehr gewissenhaft und ordentlich, sobald aber Kreativität, Spontaneität oder Flexibilität gefragt sind, sind sie überfordert.

Innere Annahme: „Ich weiß, was das Beste ist“, „Einzelheiten sind wesentlich“, „Die anderen sollten sich mehr Mühe geben“.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Diese Persönlichkeitsstörung gibt es als eigene Kategorie nur im DSM-IV-TR und kann in der ICD-10 nur als eine der sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden (F60.8). Narzissten halten ihre Fähigkeiten für etwas ganz Besonderes, auch wenn es für andere nicht immer ersichtlich und nachvollziehbar ist. Sie haben ein Bedürfnis nach Bewunderung und einen Mangel an Empathie. Auf Kritik und andere Einschätzungen gegenüber ihrer Person reagieren sie mit Überempfindlichkeit. Die erhöhte Kränkbarkeit trägt dazu bei, dass Menschen mit narzisstischen Persönlichkeiten einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind. Ihr Denken und Handeln ist von einer Vorstellung von Großartigkeit, Überlegenheit sowie Verachtung geprägt. Im Gegensatz dazu besitzen sie ein geringes Selbstwertgefühl. Aufgrund ihres brüchigen Selbstwertgefühls versuchen sie, ihren Mangel mit einem überwertigen Selbstbild zu kompensieren.

Emotionale instabile Persönlichkeitsstörung

Im ICD-10 werden zwei Störungen unterschieden: ein *Impulsiver Typus*, dessen wesentliche Charakterzüge emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle mit

einer Neigung zu Gewalttätigkeit und bedrohlichem Verhalten sind, sowie ein *Borderline Typus*, bei dem zusätzlich das eigene Selbstbild, die Ziele und innere Präferenzen (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört sind. Menschen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung zeichnen sich durch ein verzweifertes Bemühen aus, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Ihr Verhalten ist sehr ambivalent. Auf der einen Seite verlangen sie Zuwendung und Nähe durch andere Personen, auf der anderen Seite möchten sie nicht, dass ihnen jemand zu nahe kommt.

Dabei können bei vielen Menschen mit einer dieser spezifischen Störungen eine oder auch gleichzeitig mehrere davon diagnostiziert werden – das wird Komorbiditätsdiagnose genannt.

2.3.3 Interaktionsmerkmale

Bei Persönlichkeitsstörungen handelt es sich immer auch um komplexe Störungen des Beziehungsverhaltens.

Darunter leidet somit auch die Qualität der Geschwisterbeziehung erheblich. Ferner ist *Emotionalität* eine wichtige Qualität menschlichen Handelns, wir reagieren auf Geschehnisse mit Angst, Freude, Trauer, Wut sowie mit Mitleid, Scham, Schuld, Ärger oder Zorn. Gefühle stellen somit die wichtigste Referenz zur Beurteilung einer zwischenmenschlichen Beziehung dar.

Wenn eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, können bestimmte Emotionen gestört sein, das bedeutet, dass eine Emotion unverhältnismäßig dominieren kann oder übertrieben dargestellt wird (vgl. Fiedler 2003, 46f.).

Des Weiteren sind emotionale Prozesse neben kognitiven und motivationalen Prozessen ein besonderer Aspekt des Erlebens und des Verhaltens bzw. der psychischen Verarbeitung von Wahrnehmungen und Empfindungen. Grundlage ist die Selbstwahrnehmung, das Erkennen eines Gefühls, während es auftritt. Darauf baut die Fähigkeit auf, Gefühle so zu handhaben, wie es angemessen üblich ist. Emotionen in ein Ziel umzusetzen ist wesentlich für unsere Aufmerksamkeit, Selbstmotivation, Könnerschaft und Kreativität (vgl. Mitmansgruber, 2003, S.17ff.).

Liegt eine Persönlichkeitsstörung vor, können in den oben genannten emotionalen Bereichen Defizite entstehen, die wiederum in der Interaktion Unverständnis aufkommen lassen (vgl. Fiedler, 2003).

Der Ausdruck angemessener Emotionen ist sehr schwer möglich, da beim Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ein verfestigtes Selbstbild („innere Annahme“) besteht und äußere Ereignisse daran angepasst werden. Situationen werden immer subjektiv wahrgenommen, aber in diesen Fällen weicht die subjektive Wahrnehmung gravierend von der objektiven Realität ab. Diese verzerrte Wahrnehmung spiegelt sich auch in mancher Selbstdarstellung wieder. Bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen äußert sich die Selbstdarstellung in einer erheblichen Selbstüberschätzung, im Gegensatz zu dependenten Persönlichkeitsstörungen: Hier fehlt es völlig an Selbstvertrauen.

Letztendlich ist festzuhalten, dass nicht die Persönlichkeitsstörungen selbst behandelt werden sollten, sondern die sich daraus ergebenden Interaktionsstörungen. Komplexe Störungen sind zum Beispiel verzerrte Realitätswahrnehmung, Selbstdarstellung sowie die Störung der Impulskontrolle und des emotionalen Erlebens.

2.4 Depression

Die Depression ist eine der bekanntesten und häufigsten psychischen Erkrankungen. Jeder Mensch kennt aus seinem Leben Verlusterlebnisse wie zum Beispiel Trennung oder Tod einer nahestehenden Person. Auch alltägliche Situationen reichen manchmal aus, um depressiv verstimmt zu sein. Schlechter Schlaf oder Krankheit machen uns z.B. empfindlicher gegenüber belastenden Alltagssituationen (Finzen 2008, S. 36-37). Trotz diesem Verständnis ist es für Angehörige manchmal schwer, die Depression als Krankheit zu akzeptieren. Der Unterschied zwischen einer depressiven Verstimmtheit und einer schweren depressiven Episode schwimmt häufig für Außenstehende. Dass der Kranke sich nicht einfach zusammenreißen kann, ist nicht immer jedem klar. Folglich können alltägliche Handlungen für den Betroffenen zur Belastung werden, die Anforderungen des Lebens können häufig nicht mehr bewältigt werden.

Depression als Krankheit wird infolgedessen häufig unterschätzt und könnte in den meisten Fällen früher behandelt werden, damit Betroffene und Angehörige entlastet werden können (vgl. Wolfersdorf & Heindl 2003, S. 58). Depressive Störungen gehen nahezu immer mit ausgeprägten Einschränkungen der sozialen und beruflichen Rollen einher, sowie mit zumeist gravierenden Belastungen für Angehörige und nahe Bezugspersonen (vgl. Wolfersdorf, 2000; Wittchen & Hoyer, 2006).

Es sollte unterschieden werden, ob sich die Depression in äußere Lebenszusammenhänge einordnen lässt oder ob eine tiefer greifende Depression vorliegt. Die Behandlungsarten wie benötigte Psychotherapie und/ oder

medikamentöse Behandlung sollten unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensgeschichte angewendet werden.

Heutzutage ist die Wahrscheinlichkeit, in seinem Leben an einer Depression zu erkranken, ziemlich hoch, sie liegt bei Erwachsenen bei nahezu 20 % in der Gesamtbevölkerung. Diese Prozentzahl ist im Laufe der vergangenen Jahre stetig gestiegen. Dieses erhöhte Risiko, an einer Depression zu erkranken, wird darauf zurückgeführt, dass jüngere Geburtskohorten ein substantiell höheres Risiko zeigen, früher und häufiger als ältere Geburtskohorten an einer Depression zu erkranken. Nach Wittchen et al. sind jüngere Generationen heute häufiger und früher betroffen, weil zunehmend Druck durch Zukunftsängste besteht, anders als es bei älteren Generationen der Fall war, diese haben heute erhöhte Angst vor dem Älterwerden. Jedes Jahr sind im Durchschnitt 6-8 % der Gesamtbevölkerung von einer depressiven Störung betroffen (vgl. Wittchen & Jacobi, 2006, 15-37).

Die Depression zählt nach dem Klassifizierungssystem ICD-10 zu den affektiven Störungen. Diese Gruppe enthält, wie der Name schon sagt, Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität liegen. Andere auftretende Symptome beruhen auf der affektiven Veränderung oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen.

Im Leitfaden der WHO von 2006 wird der Beginn einzelner depressiver Episoden oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang gebracht.

Bischkopf vertritt im Gegensatz zur WHO die These, dass die Krankheit eher von innen heraus entsteht und dass es keiner gravierenden Ereignisse oder Situationen bedarf, um eine Depression auszulösen (2005, S.29 ff.). Bischkopf erklärt diese erhöhte Ursachenzuschreibung als eine logische Reaktion, um die anfänglichen unbekannteren Symptome der Depression verständlicher werden zu lassen. Somit wird für die Depression eine nachvollziehbare Begründung gesucht, um das Verhalten der Betroffenen besser zu verstehen, bis man weiß, was eine Depression kennzeichnet und ausmacht. Es wird eine Erklärung für die Symptome gesucht, damit das Verhalten nachvollziehbarer erscheint.

2.4.1 Formen der Depression

Die Klassifikation depressiver Störungen hat sich in den vergangenen Jahren beständig verändert. Die Bezeichnung „neurotische“ Depression gibt es nicht mehr, die der „endogenen“ Depression wurde von der „Major Depression“ abgelöst (Wittchen & Hoyer, 2006, S. 733).

Man ordnete früher depressive Verstimmungen, die eine Reaktion auf bestimmte Ereignisse darstellen, den „reaktiven Depressionen“ zu. Tiefergehende Depressionen wurden zusätzlich in Erschöpfungsdepressionen – oder auch neurotische Depressionen gegliedert, die sich aus der reaktiven Depression entwickeln konnten.¹⁶ Gegenwärtig wird im ICD-10 zwischen „depressiven Episoden“ und „rezidivierenden depressiven Störungen“ unterschieden, die wiederum in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden mit und ohne psychotische Symptome unterteilt werden. Diese einmalig oder mehrfach auftretenden Episoden werden mitunter „Major Depression“ (endogene Depressionen) genannt. Die Major Depression muss mindestens zwei Wochen anhalten, um als solche diagnostiziert zu werden. Zusätzlich zu den depressiven Symptomen kann die Major-Depression psychotische Züge aufweisen wie zum Beispiel Wahngedanken oder Halluzinationen.¹⁷ Überdies gibt es eine chronische Erscheinungsform der Depression, die Dysthymia, die über mindestens 2 Jahre, dabei an der Mehrzahl der Tage in diesem Zeitraum, auftreten muss.

Wie schon an anderer Stelle erwähnt, stützen sich die heutigen Klassifikationssysteme auf typische Symptome der jeweiligen Störung und nicht mehr auf Einteilung nach Ursachen. Nachfolgend werden die typischen Symptome nach Wolfersdorf erläutert.

¹⁶ Finzen und Hofmann- Richter (in „Mit psychisch Kranken leben“ 2008) benutzen weiterhin den Terminus der reaktiven Depression und der Erschöpfungsdepression, im Gegensatz zum Klassifikationssystem ICD-10. Sie beschreiben, dass die reaktive Depression meist durch psychotherapeutische Maßnahmen und ein fürsorgliches soziales Umfeld relativ gut zu behandeln und aufzufangen sei. Natürlich kann es in der reaktiven Depression krisenhafte Zuspitzungen geben, die Medikamente erforderlich machen.

Bei der Erschöpfungsdepression spricht man heutzutage eher von einem „Burnout“ Syndrom. Erforderliche therapeutische Maßnahmen sind unter anderem die Minderung des belastenden Zustandes oder die Sicherstellung der erforderlichen Erholungsphasen (Urlaub, Pausen, Kur etc.).

¹⁷ Nach Abklingen einer akuten schizophrenen Phase treten nicht selten leichte bis schwere Symptome einer Depression auf (vgl. Häfner 2000).

2.4.2 Symptomatik einer Depression

Die vielschichtigen Symptome der Depression beschreiben am ehesten die Krankheit mit ihrer individuellen Bedeutung für die Betroffenen und Angehörigen.

Es ist schwer, das Ausmaß des Leidens innerhalb einer Depression zu erklären, bzw. dies den Angehörigen nahe zu bringen. So versuche ich, nachfolgend die Symptome einer Depression in Anlehnung an Wolfersdorf (2000) einzuteilen.

2.4.2.1 Fühlen

Das Gefühlsleben eines depressiven Menschen ist in seiner Fülle sehr eingeschränkt, fast abgeschnitten, sowohl in Bezug zu sich selbst als auch zu seiner Umwelt. Diese eingeschränkten Gefühlswahrnehmungen beziehen sich nicht nur auf positive Gefühle wie zum Beispiel Freude, Liebe oder Glück, sondern auch auf Trauer, Einsamkeit, Ärger oder Verzweiflung. Manche Betroffene sind nicht dazu in der Lage, ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen, wie zum Beispiel durch Weinen. Menschen in einer Depression trennt diese ungewollte Gefühlsarmut nicht nur von sich selbst, sondern zusätzlich auch von ihrer Außenwelt ab. Manfred Wolfersdorf erklärt diese "Gefühls -Leere" sehr zutreffend mit einem Gleichnis aus seinem Buch.

„ ... verglichen mit einem Stausee, der bis auf ganz wenige Pfützen abgelassen wurde; von außen ahnt man noch, dass hier einmal sehr viel klares, frisches, lebendiges Wasser war, das Wellenschlagen und Bewegung zeigen konnte, das Lebewesen Nahrung und Raum geben konnte, jetzt sich jedoch entvölkert und leer darstellt (Wolfersdorf, 2000, 39).“

Es entsteht ein unfreiwilliger Rückzug von sich selbst und von anderen. Die angesprochene Leere in der Person und um sie herum entsteht aufgrund von Desinteresse für sich und andere.

Das heißt, dass bestimmte emotionale Qualitäten, wie zum Beispiel die der Genussfähigkeit (durch Essen, Trinken, Beschäftigung, Beziehungen etc.) im depressiven Zustand keine Rolle spielen (Wolfersdorf 2000, S.37f.). Durch Fehlen von Freude entfällt zum Beispiel das sexuelle Verlangen. Dies soll verdeutlichen, dass der Betroffene das Verlangen nach Zärtlichkeit und Zuwendung gerne hätte, aber der Antrieb zu dieser Handlung durch das Fehlen von Gefühlen verloren geht.

Eine bleierne Schwere, die ihn antriebslos werden lässt, liegt meist auf dem depressiv verstimmt Menschen. Zustände und Ereignisse, die früher Freude bereiteten,

können zum Zeitpunkt der Depression Anstrengung oder Belastung darstellen statt, Freude zu bringen.

2.4.2.2 Ängste

Depression hat nach Wolfersdorf mit verschiedensten Arten von Ängsten zu tun. Eine Angst besteht darin, sich Sorgen um die Zukunft zu machen, über das, was der nächste Tag bringt oder wie das Leben weiter gehen soll. Das sind existentielle Ängste, die jeden von uns treffen können.

Es gibt darüber hinaus Menschen, die generell von ihrer Persönlichkeit her sehr ängstlich sind und sich vor vielem fürchten und dadurch unsicher wirken. Ihr Denken ist von Selbstzweifeln geprägt. Das kann soweit gehen, dass eine Entscheidungsfindung nur schwer für sie möglich ist und sie sich dadurch selbst im Weg stehen können – dies bezeichnet am ehesten den ängstlich vermeidenden Persönlichkeitstypus (vgl. Wolfersdorf 2000, S.42.). Für Außenstehende ist die Angst nicht immer ersichtlich und daher nur bedingt nachvollziehbar.

Die dritte Angst besteht in Anfällen von Angst, sogenannte Panikattacken. Sie äußern sich bei dem Betroffenen in Herzrasen, Schweißausbrüchen und Beklemmungsgefühlen bis hin zur Todesangst. Diese überfällt die Person ohne ersichtlichen Grund oder verankert sich schleichend in ihr. Nach Wolfersdorf spricht man im „Klinikjargon“ davon, dass man nur lange genug diese Angst haben muss, um eine Depression zu entwickeln (ebd. S.42).

In der wahnhaften Episode der Depression können Ängste zudem zur Überzeugung werden. So wird aus Selbstzweifeln die Überzeugung bzw. Gewissheit, dass man an allem schuld ist. Nach Wolfersdorf erlebt der depressiv Erkrankte in seiner Hochphase des wahnhaften Erlebens keine Angst mehr, sondern denkt und erlebt nur noch die „Gewissheit“ (ebd., S.43). Tritt die Angst nach einer wahnhaften Episode wieder auf, so ist das ein Zeichen einer Besserung im Krankheitsverlauf, da der Betroffene nicht mehr nur im Absoluten denkt, sondern auch Zweifel hat und sein Denken abwägt.

2.4.2.3 Denken

Die Stimmung des depressiv Erkrankten ist mit seinem Denken verbunden. Die unterschiedlichen Gedankeninhalte sowie die Abläufe des Denkens können ungewollt das schwere Gefühlstief beeinflussen.

Gedanken können sich unter anderem immer wieder mit demselben Inhalt beschäftigen, das heißt den Charakter von Zwangsgedanken annehmen (vgl., ebd. S.44). Dieses Festklammern bzw. Kreisen um einen Gedankeninhalt lässt anderen Gedankengängen keinen wirklichen Raum zur Entwicklung.

Ein weiteres Denkschema sind negative Gedanken, die während der Depression auftreten können. Dieses negative Denken ist von den Betroffenen nicht gewollt, sondern es drängt sich ihnen auf.

Des Weiteren beschreibt Wolfersdorf, es sei eine Gedanken- Verlangsamung möglich, die sich im langsamen und trägen Erzählen zeigt. Der depressive Mensch legt viele Pausen ein, hat einen reduzierteren Wortschatz oder spricht sehr monoton. Die oben genannten Phänomene des Denkens können sich untereinander auch bedingen, das bedeutet, dass mit dem zwanghaften Denken die negativen Inhalte einhergehen und das Denken zusätzlich verlangsamt wird. Der kranke Mensch spricht somit monoton über immer gleich bleibende Themen, die ihn belasten. Die Überlegungen eines Depressiven betreffen alltägliche Themen wie die Beziehung, die Arbeit, die Vermögenssituation, die Attraktivität oder die Gesundheit (vgl. Wolfersdorf 2000, S.44ff.).

Ein Hauptaspekt im Denken eines Depressiven ist eine zu hohe Anforderung an die eigene Leistungsfähigkeit. Viele Depressive fühlen sich minderwertig, unzulänglich und wertlos in ihrem Dasein. Sie haben einen meist überhöhten Leistungsanspruch, dem sie nicht gerecht werden können (ebd., S.54). Demzufolge liegt aufgrund von nicht erfüllten Leistungsansprüchen ein Schuldgefühl vor. Diese Schuldgefühle, die aus der Perspektive des Depressiven durch Versagen der eigenen Person entstehen, können durch das Gefühl der Wertlosigkeit bis zum Suizid führen.¹⁸ Wenn man sich jetzt vorstellt, dass eine Person, die immer 120 % gegeben hat, aufgrund der Depression dazu nicht mehr in der Lage ist, kann man sich vielleicht verdeutlichen, wie furchtbar es für den Betroffenen ist, wenn der Kopf diese Leistung nicht mehr erbringt. Der Depressive setzt sich häufig unter Druck. Ihm fällt es schwer, den Wert seiner Person nicht in Leistung zu messen. Dass er zum Beispiel von ihm nahestehenden Menschen geliebt wird ist für ihn kein ausreichender Wert mehr. Hier muss eine Therapie ansetzen, die ein Umdenken ermöglicht, um zu lernen, Werte neu zu definieren (vgl. ebd. S. 48).

Merkmale wie Perfektionismus, Leistungsorientiertheit, Überangepasstheit in sozialen und anderen Strukturen, Anlehnung an Autoritäten, Aggressionshemmungen,

¹⁸ Vgl. Wolfersdorf 2000, 2003: Depression ist nach Wolfersdorf die Krankheit mit dem höchsten Suizidrisiko, gefolgt von schizophren erkrankten Patienten.

Überfürsorge für andere oder auch Schuldzuweisungen an sich selbst sind nach Wolfersdorf depressive Ideologien und Denkweisen (2000, S.52). In der depressiven Episode dominiert dieses Denken. Außerhalb der Depression ist es ebenso vorhanden, kann aber von dem Betroffenen kontrolliert werden. Man kann sagen, dass diese Bereiche einen biographischen Zusammenhang besitzen und einen Zugang zur Persönlichkeit des Depressiven ermöglichen.

Ein weiterer Aspekt des Denkens im depressiven Zustand ist der der Verletztheit. Der depressive Mensch fühlt sich nicht geliebt, zurückgestoßen oder überflüssig sowie missverstanden. Depressiv Erkrankte müssen sich mit der Zurückweisung durch andere und den eigenen Ansprüchen auseinandersetzen.

„Das Ich muss erkennen, dass seine Wünsche nach Liebe und Achtung nicht verwirklicht sind. Es erlebt sich deshalb als hilflos, ohnmächtig, als Versager, als schwach, minderwertig und in der Entfaltung gehemmt (Wolfersdorf, 2000, S.57).“

Das Gefühl des „Nicht- Geliebt- Werdens“ und der Gedankengang: „Wenn ich nicht geliebt werde, bin ich nichts wert“ kann bis zum Suizid führen.

2.4.2.4 Körperwahrnehmungen

Im Mittelpunkt der depressiven Störung steht eine Herabgesetztheit der motorischen Fähigkeiten. Diese zeichnet sich durch Antriebslosigkeit aus, die sich in Müdigkeit, verminderter Energie oder Trägheit äußert. Eine Ruhephase, um den erschöpften Energiehaushalt in einer schweren Depression wieder aufzufüllen, reicht meistens nicht aus, da die fehlende Vitalität in dieser schweren Phase der Krankheit beständig ist.

Heute geht man in der Sozialtherapie teilweise davon aus, dass der Betroffene angehalten werden sollte, an die Grenzen seiner möglichen Belastbarkeit zu gehen – zum Beispiel durch eine mit ihm festgelegte Tagesstruktur (vgl. Wolfersdorf, 2000, 2003).¹⁹ Der Betroffene sieht bestimmte Aufgaben, die für ihn ein zu großes Problem darstellen, als unüberwindbar an. Dadurch neigen Depressive dazu, sich zu unterfordern und sich dann minderwertig zu fühlen. Diese unbewusste Unterforderung

¹⁹ Ich möchte an dieser Stelle anmerken, dass dies eine therapeutische Maßnahme ist und somit das Leiden der Betroffenen von Außenstehenden und Angehörigen nicht unterschätzt werden darf. Diese therapeutische Maßnahme einer Gliederung der Tagesstruktur soll dem Betroffenen bei seiner Selbstwahrnehmung helfen und kann nicht mit Leistungen, die vor der Depression erbracht wurden, verglichen werden. Bei einer schweren depressiven Episode sieht man von Forderungen ganz ab und entbindet ihn von seinen Pflichten.

kann zu Schuldgefühlen führen, die aufgrund von empfundener Wertlosigkeit entstehen können (vgl. Wolfersdorf 2000).

Die Körperhaltung sowie die Gestik und Mimik kann bei depressiven Menschen genau so ausgeprägt sein wie bei einer „gesunden“ Person. Manche Depressive haben ein maskenhaftes Gesicht, sehen müde und blass aus, andere leiden unter Haarausfall. Außenstehende sind dann meist dazu geneigt, sich fürsorglich und verständnisvoll dem Kranken gegenüber zu verhalten. Dies liegt vielleicht daran, dass man meint, Rückschlüsse aus dem ersichtlichen Leiden ziehen zu können. Das innere Empfinden darf bei einem depressiv Erkrankten aber nicht unterschätzt werden, denn lächelt er oder wirkt das Erscheinungsbild gesund, so kann der Betroffene dennoch tief depressiv sein. Angehörige oder professionelle Helfer können sich durch das positive Erscheinungsbild oft in die Irre führen lassen (2000, ebd., S. 40). Aussagen wie „Du siehst aber gut aus“ oder „So schlimm ist das alles nicht“ verdeutlichen diese Irreführung. Diese Reaktion wirkt auf den Betroffenen wie eine Erwartungshaltung an ihn, dass er sich nur zusammenreißen müsse, damit alles besser wird. Diese Haltung gegenüber dem depressiv Erkrankten erweckt den Anschein der Verständnislosigkeit, des nicht Akzeptiert- und Angenommen- Werdens. Wenn eine Irritation durch das beobachtete positive Äußere auf der einen Seite und das depressive Verhalten auf der anderen Seite auftritt, dann sollte dies mit dem Betroffenen thematisiert werden. Durch das Interesse an seiner Person und an seinen Gefühlen kann der Betroffene seinen Leidensdruck oder inneren Konflikt thematisieren und fühlt sich mit seiner Krankheit angenommen (ebd. S.60).

Ein weiteres beobachtbares Verhalten kann das der Unruhe sein (ebd., S. 63). Betroffene sind von einer inneren Unruhe getrieben und gehetzt. Sie haben Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und wirken für Außenstehende nervös. Es gibt bei der depressiven Störung auch das Gegenteil, hierbei ist der Betroffene wie gelähmt und kann gar keinen Antrieb mehr finden. Die Depression hat ein sehr heterogenes Erscheinungsbild.

Zur Körperwahrnehmung kann man festhalten, dass eine Einschränkung für den Betroffenen im körperlichen Empfinden vorliegt. Zu nennen sind nach Wolfersdorf (2000) weiterhin Schlafstörungen, die sich durch Einschlafstörungen, Unruhe, unterbrochener oder fehlender Tiefschlafphase äußern können. Der notwendige Erholungszustand des Schlafens bleibt aus, das wirkt sich wiederum negativ auf Alltagssituationen aus, da Zerfahrenheit oder Müdigkeit den Betroffenen erheblich einschränken. Ein weiterer Aspekt sind Wahrnehmungsstörungen. Hiermit ist

besonders das eingeschränkte Schmecken und Sehen gemeint. Unabhängig davon kann auch Appetitlosigkeit auftreten, die zu einem starken Gewichtsverlust führen kann.

Die oben erwähnten Symptome sind nicht immer klar voneinander abzugrenzen. Alle Symptome haben eine Gemeinsamkeit: Die der Antriebsstörung (ebd. S.63). Das bedeutet, dass eine generelle Interessen- und Lustlosigkeit vorliegt, die wiederum die eigene Person wie auch das Umfeld betrifft. Diese spiegelt sich in der Depression in allen Bereichen, wie zum Beispiel dem kognitiven, motorischen, emotionalen oder vegetativen wieder.

2.5 Konsequenzen der psychischen Krankheit für die Angehörigen

Wie an anderer Stelle schon erwähnt, betrifft eine psychische Erkrankung die ganze Familie. Die Mitglieder einer Familie, die die Versorgung für den psychisch Erkrankten übernehmen, sind meistens automatisch berührt.

Die Auseinandersetzung mit der jeweiligen *Krankheit* bringt nicht nur Konflikte und Schuldgefühle in die Familie, sondern auch andere „tiefgehende Affekte“. Scham, Trauer, Wut, Verzweiflung, Neid, Hass, Angst sowie massive innerseelische und soziale Abwehrreaktionen wie Verleugnung, Beschönigung, Schuldzuweisungen, Aggressionen, Abwertungen und Ideologiebildungen zählen nach Meißel zu den tiefgehenden Affekten (in Bock, Dörner & Naber 2004, S.264). Infolgedessen sind Angehörige psychisch wie physisch stark gefordert und in ihrer eigenen Gesundheit gefährdet.

Durch die krankheitsbedingte Belastung leiden die Angehörigen selbst oftmals an Depressionen, Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen und Nervosität. Die Angehörigen suchen für ihre ungewohnten Empfindungen und Erlebnisse mit der Krankheit Erklärungen sowie Aufklärung in den jeweiligen Krankheitstheorien. Man kann sagen, dass die vorab beschriebenen Krankheitstheorien „ [...] bei allen Beteiligten im Dienst von Bewältigungsversuchen der traumatischen Erfahrungen“ stehen (ebd., S. 265).

Das bedeutet, dass eine Krankheitstheorie ein brauchbares Modell in einer Familie darstellen kann, um vorhandene Konflikte auszudrücken und sie zu begreifen. Krankheitstheorien können Konflikte aber auch hervorrufen durch Stigmatisierungen, Abwendungen von Schuld und Übernahmen von Verantwortungen auf Seiten der Angehörigen wie auch der Betroffenen. Demzufolge zeigt sich die Brauchbarkeit einer

Krankheitstheorie erst in der individuellen Familiensituation und -konstellation (vgl. ebd. S.265).

Festzuhalten ist, dass Angehörige besser mit den Belastungen der Krankheit umgehen können, wenn sie durch Informationen ein anderes Verständnis für sich selbst und den Erkrankten entwickeln (Psychoedukation & Psychoseminare).²⁰ Zum Beispiel kommt eine aufopfernde Verantwortlichkeit von Seiten der Angehörigen, die bis zur Selbstaufgabe zelebriert wird, häufig niemandem zugute.

Die Selbsthilfe der Angehörigen bedeutet somit, passender mit seiner eigenen Situation umgehen zu können, um zugleich den Erkrankten in seiner Genesung direkt und indirekt zu unterstützen. Das familiäre Umfeld ist, wie auch schon das EE-Konzept belegte, ein wichtiger Faktor bei der erhofften Besserung der Symptome. Im nachfolgenden Kapitel soll die Intensität, Verflochtenheit und Bedeutung von Geschwisterbeziehungen näher untersucht werden.

²⁰ Häufig sieht sich der Angehörige der psychischen Krankheit und dem psychiatrischen Hilfesystem hilflos gegenüber. Das Beschaffen von Krankheitsinformationen ist für den Angehörigen nicht immer einfach.

3 Geschwisterbeziehungen

Während der Geschwistertagung wurde der starke Einfluss sowie die große Bedeutung von Geschwisterbeziehungen durch die Konfrontation mit der psychischen Erkrankung des anderen Geschwisterteils deutlich. Im folgenden Kapitel möchte ich die generelle Intensität einer Geschwisterbeziehung näher untersuchen. Dies soll dazu dienen, die Aussagen und Erfahrungsberichte der Geschwister im späteren Kontext besser einordnen zu können.

Die Betrachtung der Geschwisterbindung wird verstärkt auf der horizontalen Geschwisterebene stattfinden und fokussiert somit die Geschwisterverbindung. Der Einfluss der Geschwisterdynamik auf die Gesamtfamilie, das einzelne Kind und das vertikale Zusammenspiel zwischen Eltern und Kind sowie den Eltern als Paar, werden nachfolgend eher sekundär behandelt. Diese innerfamiliären Verbindungen auf verschiedenen horizontalen und vertikalen Ebenen fließen in die horizontale Geschwisterbeziehung mit ein (vgl. Sohni 2004, S. 11-14).

3.1 Versuch einer Definition

Der Begriff „Geschwisterbeziehung“ kann nicht unter einer einheitlichen Definition erfasst werden (vgl. Sohni 2004, Klosinski 2000). Generell kann man nach Wildermuth (2008) festhalten, dass eine Geschwisterbeziehung eine horizontale Beziehung „innerhalb der gleichen Generation“ darstellt, die sich innerfamiliär von der partnerschaftlichen horizontalen Ebene und von den Eltern-Kind-Bindungen, und außerhalb der Familie von der horizontalen Peer- Group abgrenzt.

Außerdem machen uns neue familiäre Lebenssituationen die Eindimensionalität unseres Geschwisterbildes bewusst. Neben leiblichen Geschwistern gibt es zahlreiche Varianten wie Halbgeschwister (von einem Elternteil), Stiefgeschwister (nicht blutsverwandt), Adoptivgeschwister, Pflegekinder und andere Konfigurationen in sogenannten Patchworkfamilien (vgl. Sohni, 2004, S. 14). Cierpka unterstreicht mit der Formulierung „Kinder in einer Familie sind Geschwister“ (Cierpka 2001, zit.n. Sohni 2004, S.14), dass die Intensität von Geschwisterbeziehungen unabhängig von Blutsverwandtschaft ist. Kasten (1993) hat ein tradiertes Bild von Geschwistern, in

dem die genetische Verbindung im Vordergrund steht. Unter anderem betont Kasten den kulturellen Aspekt in der Geschwisterdefinition wie folgt:

„Mit dem Begriff „Geschwister“ bezeichnet man in den meisten Kulturen und Sprachgemeinschaften Individuen, die über (zumindest) teilweise identische genetische Ausstattung verfügen, weil sie dieselbe Mutter/ denselben Vater/ dieselben Eltern haben. Darüber hinaus werden als Geschwister aber auch Individuen mit spezifischem, kulturell definierten Verwandtschaftsverhältnis bezeichnet“ (Kasten, S. 8, 1993).

Mit spezifischen Verwandtschaftsverhältnissen sind Personen gemeint, die abhängig von ihrer Kultur als Geschwister festgelegt werden. Beispielhaft führt Kasten Gesellschaftsformen an, in denen Cousins und Cousinen als Geschwister bezeichnet werden (vgl. Kasten, 1993).

3.2 Geschwisterkonstellation

Durch Alfred Adlers (1926) Theorie wurde die Geschwisterforschung von strukturellen Merkmalen wie Geschwisterzahl, Altersabstand, Geschlecht und die Position in der Geschwisterreihe geprägt.

Thoman (1987) führte die Theorie von Adler weiter aus und stellte Hypothesen auf, wie zum Beispiel dass die Geburtenreihenfolge auf das spätere soziale Verhalten und die psychische Entwicklung Auswirkung nimmt (siehe Leman, 1998). Thomans Annahme fand großen Zuspruch und wurde dementsprechend häufig empirisch untersucht. Aus heutiger wissenschaftlicher Sicht konnten Thomans Hypothesen nicht belegt werden (siehe Wildermuth 2008, Sohni 2004, Bank & Kahn 1990, Kasten 1993). Dennoch wird diesen Thesen in der Literatur Beachtung geschenkt. Sohni merkt kritisch an, dass die „korrelationsstatistischen Aussagen zur Geschwisterposition“ sehr eingängig sind und daher „tradiert sich dieser Ansatz weiter“ (Sohni, 2004 S.30). Zu beachten ist, dass Geschwisterpositionen eine bedeutende Rolle besitzen können, wenn sie im Kontext der Familiendynamik erlebt werden. Hierbei stellt sich die Frage: Welche Bedeutung messen die einzelnen Familienangehörigen der Geschwisterposition bei und wie wird sie selbst erlebt?

Die Aspekte der Geschwisterkonstellation nur isoliert zu betrachten und daraus Schlussfolgerungen über individuelle Persönlichkeitsmerkmale zu ziehen ist demnach heute nicht mehr tragbar, sie kann nur im psychodynamischen Kontext der Familie betrachtet werden (vgl. Klosinski, 2000 u. Wildermuth, 2008).

Nachfolgend werden die strukturellen Merkmale wie Geschwisterzahl, Altersabstand, Geschlecht und die Position in der Geschwisterreihe in den Text mit einfließen, aber nicht explizit herausgegriffen. Ich möchte verstärkt auf die interpersonelle Dynamik eingehen, die die Qualität der horizontalen Geschwisterbeziehung auszeichnet.

3.3 Merkmale der Geschwisterbeziehung

Beziehungen können von Liebe, Hass und/ oder Rivalität gekennzeichnet sein. Geschwister sind dieser Situation nicht nur ausgesetzt, sondern sie gestalten diese aktiv mit und wirken auf sie ein.

Jedes Kind bringt seine individuelle Persönlichkeit in die Geschwisterbeziehung ein, diese entwickelt sich durch interpersonelle Prozesse und gegebene Anlagen. Ereignisse und verschiedenartige Umweltbedingungen wie beispielsweise Peer-Groups, Krankheiten oder Geschlecht sind prägend für den Entwicklungsverlauf. Unterschiedliche Auffassungsgabe und Aneignung der gleichen objektiven Umwelt bestätigen diese Andersartigkeit. Damit ergibt sich für ein Kind eine unendliche Vielzahl von mannigfaltigen Eindrücken, die es mit seinem Bruder oder seiner Schwester teilen kann oder zusammen erlebt.

Verlieren sich Geschwister über längere Zeit aus den Augen, so verbinden sie immer noch ihre gemeinsamen Erlebnisse und ihre evtl. Blutsverwandtschaft.

Freunde und Partner kann man sich auswählen, aber Verwandtschaft nicht. Sie sind somit,- ob man möchte oder nicht-, ein Teil des Selbst. Positive wie negative Erfahrungen entstehen in der Geschwisterbeziehung, sie durchdringen den gesamten Lebenslauf, ob nun direkt oder durch die Kraft der verinnerlichten Bilder (vgl. Klosinski, 2000, S.9).

3.3.1 Dynamik und Identität

Die Dynamik von Geschwisterbeziehung besteht gemäß Sohni (2004, S. 32) in dem Bedürfnis, sich einander ähnlich zu sein und sich doch voneinander zu unterscheiden. Diese Beziehungsdynamik beinhaltet einerseits ein Potenzial zur Andersartigkeit und zur Entfaltung, andererseits einen möglichen oder befürchteten Verlust der Individualität. Bei zu starker Betonung der Gemeinsamkeiten entsteht die Gefahr eines Identitätsverlusts durch Verschmelzung, bei einer zu starken Überbetonung der Verschiedenheit droht Identitätsverlust durch Isolierung (vgl. ebd., S.33). Unbewusste

Abwehrprozesse schützen die Identität vor ersterem Risiko, zum Beispiel wenn sich Geschwister in derselben Situation unterschiedlich erleben.

Nach Sohni (2004, S.35 f.) entsteht die Identität eines Kindes durch Identifikation und De- Identifikation mit dem Geschwisterteil. Ein Kind erprobt so seine individuelle identifikatorische Haltung und Position gegenüber den Geschwistern. Bank et al. sehen in dem Gefühl der Nähe bzw. Gleichheit ein Potenzial von Trost und Rat. Dabei wird die wahrgenommene Differenz und Distanz als Freiheit angenommen, um das eigene Schicksal selbst zu bestimmen (Bank & Kahn 1990, S.93). Der Differenzierungsprozeß verhindert in der Adoleszenz die einflussreichen Ängste vor der möglichen Gleichartigkeit mit dem Bruder oder der Schwester. So kann durch die Differenzierung beim ersichtlichen Auftreten einer Krankheit des Geschwisters, eine „normale“ Identifikation entwickelt werden, auch wenn diese nach Bank et al. „nicht immer sehr stabil“ ist (vgl. Bank et al. 1990, S.57).

Nach Sohni kann die Identifikation mit dem Geschwisterteil über einen kurzen Zeitraum, aber auch über Jahrzehnte bestehen, bis hin zur De- Identifikation.

„Unter einem interpersonalen Beziehungsaspekt lassen sich Identifikationen zwischen Geschwistern als wechselseitiges *Partizipieren* aneinander verstehen. Der Entwicklungsprozess wird so nicht einseitig als Abgrenzung unter gegenseitigem Ausschluss gesehen – als sei in einer Familie ein bestimmtes Identitätspotenzial an Begabungen, Interessengebieten und so weiter vorhanden, das wie ein Kuchen unter den sich darum balgenden Geschwistern verteilt oder von den Eltern zugeteilt wird (Sohni 2004, S. 36).“

Sohni vertritt eine dialektische Sicht, in der Identifikation durch Abgrenzung und Verschiedenheit ausgezeichnet wird (ebd., S.37). Trotz ihrer Unterschiedlichkeit bleiben Geschwister komplementär aufeinander bezogen. Dies geschieht nach Sohni durch einen unbewussten Austausch der jeweiligen Unterschiedlichkeit des anderen und entwickelt sich dank dieser eigenen Dynamik weiter. Die Ursache dieses komplementären Handelns liegt nach Bank u.a. auf der einen Seite am größer werdenden Bedürfnis nach Einfluss, Individualität und eigenständiger Persönlichkeit, auf der anderen Seite an der Nähe und Verwandtschaft, die die Geschwister auseinander und wieder zusammen führt (Bank 1990, S.54). Umso älter die Kinder werden, desto geringer ist auch der Einfluss der Eltern auf die Wahl der Identifikationsobjekte.

Anzumerken ist, dass Geschwister bis ins Erwachsenenalter erst dann in ihrer jeweiligen Lebenssituation zu erschließen sind, wenn der Kontext des Geschwisters

mit beachtet wird. Dementsprechend vertritt R. Peukert (2008)²¹ die Ansicht, dass die familiären Biographien aufeinander bezogen sind und somit das spätere Leben bestimmen wie z.B. die Berufswahl.

3.3.2 Aggressionen und Rivalität

Das Auftreten von Rivalität und Ambivalenz ist nach Klosinski besonders ausgeprägt, wenn der Altersabstand zwischen den Geschwistern sehr gering ist (vgl. Klosinski, 2000). Laut Kasten ist ein Altersabstand als „klein“ zu bezeichnen, wenn er weniger als zwei Jahre beträgt. Eine größere Differenz liegt dann vor, wenn die Geschwister 3 - 3,5 Jahre auseinander liegen (vgl. Kasten 1993). Geschwister, die altersmäßig eng beieinander liegen, können nach Kasten „mehr miteinander anfangen“, allerdings streiten diese auch häufiger, weil der Konkurrenzkampf meist höher ist. Generell gilt: Umso geringer der Altersunterschied ist, desto höher ist die Identifikation und die Intensität des emotionalen Bezugs zueinander. Dagegen gibt es durch geringe Altersabstufungen auch häufig „Zusammenstöße und Streitereien“ (Bank el. al, 1990).

Geschwisterrivalität ist ein zentrales Thema in intrafamiliären Prozessen. Rivalisiert wird um die Liebe der Eltern, wobei diese Rivalität nach Sohni eine positive basale Beziehungserfahrung darstellt, die eine angemessene Entwicklung von Kindern ermöglicht (vgl. 2004, S. 40-41).

Destruktive Beziehungsdynamiken von Geschwisterrivalitäten treten besonders dann in den Vordergrund, wenn eine Störung durch die vertikale Elternbeziehung vorliegt, die sich auf die horizontale Geschwisterebene verlagert. Typische Störungsmuster der Eltern, die eine destruktive Geschwisterbeziehung bei den Kindern induzieren können, sind nach Sohni (2004, S. 40-43) die Weitergabe gespaltener Beziehungsstrukturen der Eltern an ihre Kinder, die Bevorzugung eines ihrer Kinder, Abgrenzungsstörungen gegenüber den Kindern und eine Ersatzpartnerschaft durch die Verlagerung auf ein Geschwisterteil. Die destruktiven geschwisterlichen Kämpfe kennzeichnen nicht geschwisterliches Rivalisieren, sondern stellen Beziehungsstörungen im Zusammenspiel eines intergenerationalen Transfers dar (vgl. ebd. 2004, S 43).

Die konstruktive Rivalisierung auf der horizontalen Geschwisterebene fördert soziale Fähigkeiten und die Bereitschaft, Kompromisse aktiv mit anderen auszuhandeln. Über

²¹ R. Peukert in Binder, W., Bender W. (2008). Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg einer Dialogischen Psychiatrie. Köln: Claus Richter Verlag, S. 105- 127

diese dienliche Auseinandersetzung mit dem Bruder oder der Schwester kann ein sozialer Lernprozess entstehen, der förderlich für die Persönlichkeit ist (vgl. ebd. 2004, S.45). Infolgedessen haben Geschwister die Möglichkeit, über die Begegnung und die kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem jeweils anderen die eigene Entwicklung positiv zu fördern.

Die Rivalisierung kann demnach konstruktive wie destruktive Aspekte enthalten. Im Wesentlichen wird die Rivalität zwischen den Geschwistern auf der horizontalen Beziehungsebene ausgetragen, die durch die Eltern positiv oder negativ bedingt wird.

Aggressivität kann ein Bestandteil der rivalisierenden Geschwisterbeziehung darstellen, die nach Bank et al. nicht automatisch verletzend und demütigend sein muss, sondern in Teilen von Kreativität und Dialektik geprägt ist. Darunter verstehen Bank et al. eine positive Aggressivität, die trotz evtl. schmerzhafter Erfahrungen durch Kontakt, Nähe oder Wärme und Anwesenheit eines anderen gekennzeichnet ist (vgl. Bank et al. 1990, S. 181f.). Durch diese Form von Aggressivität entsteht nach Sohni (2004) und Bank et al. (1990) ein soziales Ausprobieren, in dem Konflikte gelöst werden und Arrangements getroffen werden.

Aggressivität beinhaltet aber auch immer etwas Negatives und kann somit verletzend und demütigend sein. Im Extremfällen können Geschwister jahrelang bis lebenslang nicht adäquat miteinander umgehen, da ein zu großes Spannungsfeld entstanden ist, dass von körperlicher und emotionaler Unsicherheit gezeichnet sein kann. Demzufolge sind Aggression und Rivalität als ein wichtiger Prozess der Entwicklung und Identitätsbildung anzusehen wodurch, sich der entstandene Geschwisterbund bis in das Erwachsenenalter erstrecken kann.

3.4 Familienkonstellationen

Heutzutage wird die Familie als ein komplexes Beziehungsnetzsystem mit einer intensiven, interpersonellen Dynamik betrachtet. Kinder lernen dieses System nicht linear kennen, sondern parallel. Somit lernt jeder Geschwisterteil verschiedene Interaktionsformen und Entwicklungsphasen zeitgleich nebeneinander kennen (vgl. Sohni 2004, S. 27). Die Geschwisterbeziehung kann sich als ein Subsystem innerhalb der Familie herausbilden. Die Kinder wählen gemäß ihrer Entwicklung, in welchem Subsystem sie sich gerade aufhalten möchten. Diese Beziehungserfahrung der Geschwister prägt nach Sohni die spätere Ausgestaltung der horizontalen Lebensbewältigung aus. In Beruf, Freundschaft, Gesellschaft, Politik und ganz

besonders in der Familie wird die von Sohni genannte „Geschwisterlichkeit“ ersichtlich (ebd., 2004). Somit stellt das erworbene familiäre Beziehungswissen Handlungsmöglichkeiten für weitere Lebensbereiche bereit.

Eltern beeinflussen ihre Kinder, so wie Kinder ihre Eltern beeinflussen. Kinder spüren auch indirekt, wenn auf der horizontalen Paarebene Verärgerung, Streit oder Harmonie herrschen. Bei den nicht ausgetragenen Konflikten zwischen den Eltern wird nach Sohni eine „transgenerationale Dynamik“ wirksam. Diese besagt, dass die nicht ausgesprochenen Konflikte des Paares bei den Geschwistern „virulent“ wirken, das heißt dass sie in der Geschwisterbeziehung zum Tragen kommen (vgl. Sohni 2004, S.24 ff.). Haben die Eltern ein Eheproblem, so können sich diese Spannungen unterschwellig auf die Kinder auswirken, die es durch Missmut und Argwohn an dem Bruder oder der Schwester auslassen und dadurch unbewusst austragen. Bank beschreibt die Verlagerung der Probleme der Eltern sehr bündig: „[...] Geschwisterbeziehung spiegelt exakt die unfreundliche Beziehung der Eltern“ (Bank et al., S. 198).

Die unbewusste innere Haltung der Eltern samt ihrer Wünsche und ihrer Abwehrhaltungen wirkt auf die Geschwisterbeziehung mit ein. Die Einstellungen der Eltern entstehen durch eigene Erfahrungen und Erlebnisse mit anderen Menschen. Hierbei stehen zum Beispiel Aspekte wie Wunschkind, Rollenerwartungen und eigene Geschwistererfahrungen, die sich bewusst oder unbewusst auf die Geschwisterbeziehung projizieren und damit auf die Kinder in ihrer Identitätsbildung einwirken, im Mittelpunkt (vgl. Sohni, 2004, S. 31 oder Bank et al. 1990, S.62). Sind die Eltern zum Beispiel stark leistungsorientiert, versuchen sie evtl. den beruflichen Werdegang ihrer Kinder zu beeinflussen. Dies kann wiederum unbewusst den Konkurrenzkampf zwischen den Geschwistern fördern, was sich andererseits negativ auf die Geschwisterbeziehung auswirken kann. Vor dem Hintergrund der elterlichen Ideale, Werte und Projektionen vergleichen sich besonders jüngere Kinder miteinander, um den erstrebenswerten oder abgelehnten Attributen zu entsprechen. Das bedeutet, dass jedes Kind darauf achtet, welche Merkmale die Eltern an ihm oder an den Geschwistern besonders schätzen. Es entwickelt durch diese Auseinandersetzung ein Stück seiner persönlichen Identität (vgl. Bank et al. 1990, S.56). Eine mögliche Strategie eines Geschwisterteils könnte sein, die psychische Erkrankung des Bruders oder der Schwester durch eigene herausragende Leistungen zu kompensieren, um die Eltern zu beruhigen, dass sie alles richtig gemacht haben. Das erkrankte Mitglied könnte sich durch die Reaktion seines Geschwisters und der Freude der Eltern schlecht fühlen, weil ein Gefühl entsteht, den Anforderungen in

seiner Familie nicht zu entsprechen. Der „gesunde“ Geschwisterteil erlebt sich evtl. selbst in einer Rolle, die es gar nicht ausüben möchte, die es aber meint, erfüllen zu müssen.

Ein weiterer Aspekt in der Familienkonstellation ist die Zeit, die die einzelnen Familienmitglieder füreinander haben. Geschwister, besonders jüngere, verbringen mehr Zeit miteinander als mit den Eltern. Die Beziehungsebene ist spielerischer und dadurch effektiver als die mit den Eltern. Geschwister können große Vorbilder und wichtige Vertrauenspersonen sein. Die Beziehung zwischen den Kindern zeichnet sich üblicherweise nicht wie bei der Eltern-Kind-Beziehung durch ein Machtgefälle aus, sondern findet meistens auf „Augenhöhe“ statt (Sohni 2004, S. 22).

Eltern können durch äußere Umstände unter Stress stehen und dadurch zeitweilig nicht zugänglich sein. Dadurch kann sich die vertikale Eltern- Kind Beziehung auf die horizontale Geschwisterebene verlagern. Meist übernimmt dann das ältere Geschwisterteil die Elternfunktion und dient dem jüngeren als elterlicher Ersatz. Liegt eine psychische Erkrankung vor und sind die Eltern durch äußere Umstände nicht zugänglich, so kann der „gesunde“ Geschwisterteil in die Lage kommen, für seinen kranken Bruder oder seine Schwester die Verantwortung übernehmen zu müssen. Diese Übernahme stellt eine zusätzliche Herausforderung dar, weil nun die psychische Belastung der Krankheit nicht ausschließlich aus der Perspektive des Geschwisters wahrgenommen wird, sondern zusätzlich aus der Perspektive der elterlichen Ersatzrolle. Diese beschriebene Verschiebung der vertikalen Elternrolle auf die horizontale Geschwisterebene *kann* möglich sein, muss aber nicht, da verschiedene individuelle familiäre Faktoren eine Rolle spielen, wie zum Beispiel emotionale Verbundenheit der Geschwister, das Alter, Verantwortungsbewusstsein, Grad der Verantwortung, Geschwisteranzahl, Geschlecht, Wohnort, Zeit etc..

Die Familiengröße wird im durchschnitt immer kleiner und beläuft sich heute auf einen Zwei-Kind-Familien-Haushalt.²² Durch diesen Umstand der Zweier-Geschwisterbeziehungen entsteht eine Intensivierung des Geschwisterverhältnisses im Bezug auf den alleinigen Einfluss auf die Schwester oder den Bruder. Bank & Kahn (1990) erläutern, dass so eine gesteigerte Machtausübung entsteht. „Durch das Fehlen anderer Geschwister, mit denen man Freude und Leid teilen, sich identifizieren kann, können heutige Geschwister in sehr intensiven oder begrenzten Beziehungen gefangen bleiben“ (ebd. 1990, S.17).

²² Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland: www.destatis.de (9 Uhr, 10.10.08)

3.5 Beziehungen zwischen Geschwistern

Die Geschwisterbeziehung ist eine Beziehung mit großer Kontinuität. Trotzdem verändert sie sich im Laufe der Jahre. Geschwister können heute freier ihre eigenen Wege gehen. Sohni beschreibt, dass nach Phasen der Abgrenzung in der Kindheit im Erwachsenenalter die Intensität und Abhängigkeit der Bindung erneut aufleben kann. Somit ergibt sich seines Erachtens in jeder Lebensphase ein eigenständiges Potenzial psychosozialer Integrationsforderung (Sohni, 2004, S. 21). Als psychosoziale Integrationsforderung versteht er soziale sowie situative Erlebnisse wie zum Beispiel Einschulung, Hochzeit, Ablösung oder Tod des Geschwisterteils.

Ich möchte nachfolgend unter Einbeziehung der bereits genannten Merkmale im Kapitel 3.3 einen kurzen Einblick in den möglichen Verlauf einer Geschwisterbeziehung geben.

3.5.1 Die Kindheit

Wie schon erwähnt verbringen kleine Kinder mehr Zeit miteinander als mit ihren Eltern. Dadurch können sich sehr enge und intime Geschwisterbeziehungen in der Kindheit entwickeln. Die ersten Kontakte und Annäherungen zwischen den Geschwistern werden aber durch die Eltern im Kleinkindalter injiziert. Demzufolge ist geschwisterliche Nähe ein Prozess, der sich erst formen und entwickeln muss und nicht von Anfang an vorhanden ist. Das erstgeborene Kind muss erst einmal an die neue Familienkonstellation gewöhnt werden und den Bruder oder die Schwester als Teil dieses Systems anerkennen. Hier müssen die Eltern intervenieren, um dem vorhandenen Kind evtl. Ängste und Zweifel durch die Geburt des Neuankömmlings zu nehmen und das Kind in seiner vorhandenen Rolle und in der neuen Rolle als Bruder oder Schwester stärken (Kasten 1990, S.19 ff.).

Nach den Anfängen des Kennenlernens entwickelt sich nach Kasten meistens eine Kameradschaft bzw. Freundschaft. Solidarische Geschwisterbündnisse gegen Dritte entstehen, die die erste Abgrenzung auf horizontaler Geschwisterebene gegenüber der horizontalen Elternebene verdeutlichen.

Desgleichen können Krisen durch äußere Umstände auf die Geschwisterbeziehung wirken und von besonderer Bedeutung sein. Hervorgerufene Krisen, wie zum Beispiel die Scheidung der Eltern, können zu zweit besser durchgestanden werden und dadurch entstehen in vielen Fällen Ressourcen, um gemeinsam besser mit der

problematischen Situation umgehen zu können. Klosinski beschreibt in Anlehnung an Parsens (1988) die helfende Funktion der Geschwisterbeziehung zur Bewältigung von Sozialisationschritten. Geschwister können zum Beispiel in Krisen mit den Eltern ein Gegengewicht aufbauen und sind so gemeinsam stärker als der Einzelne. Sie bilden somit in schlechten Zeiten trotz Rivalitäten eine Koalition gegen die vermeintliche „böse“ Außenwelt (vgl. Klosinski 2000, S.180).

Die Qualität der Interaktion und das Sozialverhalten der Geschwisterbeziehung verändern sich mit zunehmendem Alter der Kinder. So ist gemäß Kasten die mittlere Kindheit im Gegensatz zum Kleinkindalter entspannter und konfliktfreier (Kasten 1990, S. 46). Dies erklärt er durch die Möglichkeit, dass die Kinder mit zunehmendem Alter immer mehr ihren eigenen Weg gehen können. Die unvermeidlichen Auseinandersetzungen und Streitereien zwischen den Geschwistern sind nach Kasten²³ nur von kurzer Dauer, aber vonnöten und dienen dem Versuch der Abgrenzung und der Entwicklung der persönlichen Identität.

3.5.2 Die Geschwisterbeziehung In der Adoleszenz und im Erwachsenenalter

In der Pubertät werden die bereits ausführlich beschriebenen Strukturen von Nähe und Distanz zur Identitätsbildung weiter verfestigt (vgl. Kapitel 3.3).

Signifikant ist zusätzlich die starke Nähe zum gleichaltrigen Freundeskreis. Zwangsläufig findet dadurch häufig ein Rückzug aus der familiären Umgebung statt. Somit kann sich in der Adoleszenzphase die vorherrschende intensive Geschwisterbeziehung auf den neuen Freundeskreis verlagern (vgl. Kasten 1993, S.74). Kasten beschreibt, dass diese Phase aber meist nur von kurzer Dauer ist und somit die Geschwisterbeziehung nur temporär leidet und die Beziehung wieder aufleben kann.²⁴

Die Adoleszenzphase bzw. das frühe Erwachsenenalter stellt eine besondere Zerreißprobe für das Geschwisterverhältnis dar. Dieser Lebensabschnitt ist gekennzeichnet durch die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit durch die

²³ wie durch Sohni und Bank bereits Näher erläutert vgl. Kapitel 3.3.

²⁴ Es sei angemerkt, dass die Geschwisterbeziehung ein Komplex mit multiplen Faktoren ist und es somit keinen typischen Verlauf gibt. Es spielen viele Einflüsse in verschiedenen Konstellationen eine Rolle, dass es nur ein Richtwert sein kann, basierend auf einem noch nicht ausreichend erforschten Forschungsstand. Deshalb werden sich einige Geschwister in diesem Verlaufsbeschreibungen wieder finden und andere nicht.

notwendige Abgrenzung vom anderen Geschwisterteil. Durch Heirat, Studium oder Umzug entsteht eine Veränderung im Verhältnis der Geschwister. Die räumliche Trennung erschwert die Beziehung, bei einer intakten Bindung besteht der emotionale Kontakt trotzdem weiter fort. Das Verlassen des Elternhauses aufgrund eines Arbeitsverhältnisses, kann nach Bank et al. dazu dienen, den Kontakt zu dem Geschwister zu vermeiden, um die eigene Identität deutlicher abzugrenzen und auszuleben. Diese Vermeidung zeigt nach Bank et al. keinen Mangel an Gefühlen und Empathie, sondern hilft, vorhandene Gefühle wie zum Beispiel Schuld, Aggression und Konkurrenz anderweitig zu kompensieren (Bank et al., 1990, S.203).

Geschwister im Erwachsenenalter begegnen sich oft in derselben Rollenkonstellation wie in der Kindheit, weil diese bekannt und erprobt ist und sich bewährt hat. So kann sich zum Beispiel ein Bruder im Erwachsenenalter immer noch devot gegenüber seiner dominanten und leistungsorientierten Schwester verhalten. Im Erwachsenenalter müssen die Geschwister selbst (ohne die Eltern) ihre Balance finden und die komplexen Bereiche von Gleichheit, Unter- und Überlegenheit für sich regeln (vgl. Bank 1990, S. 198f.). Rivalität als wichtiger Bestandteil der individuellen Persönlichkeitsentwicklung bleibt meistens nicht auf die Kindheitstage beschränkt und setzt sich auch im Erwachsenenalter weiter fort.

Bank et al. beschreiben nach Ross & Milgram (1982) drei generelle Gebiete, auf denen sich erwachsene Geschwister stärken oder verletzen können:

1. Leistung und Erfolg;
2. Sexualität und Schönheit;
3. Soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen, innerhalb wie außerhalb der Familie.

Nach Bank et al. vermengt sich jetzt der vorherige Kampf um Nähe und Distanz mit dem Kampf um Unter- bzw. Überlegenheit. Diese drei Kategorien bieten eine endlose Zahl von Vergleichsmöglichkeiten, die nach Bank „gefärbt von eifersüchtiger Sorge“ sind (vgl. Bank 1990, S.199 ff.). Die Bereiche Leistung, Sexualität und soziale Beziehungen sind nach Bank et al. als dynamische Einheiten zu verstehen. Meistens zeichnet sich die Dominanz eines Geschwisterteils in ein oder max. zwei Bereichen aus, während sein Bruder oder seine Schwester versucht, dieses in den anderen Bereichen zu kompensieren.

Beziehungen, die sich durch Leistung und Erfolg auszeichnen, werden von gesellschaftlichen Erwartungen zusätzlich untermauert (ebd. 1990, S.200 f.). Hierbei

ist die Geschlechterrolle in der Bedeutung der Berufswelt immer noch ein wichtiger Faktor. Ein Beispiel hierfür ist, dass der ältere Bruder Karriere macht, die jüngere Schwester jedoch ihre Pflichten als Hausfrau erfüllt und somit im Schatten ihres Bruders steht.

Die Sexualität ist ein sensibles Thema zwischen den Geschwistern, da intimes Wissen über die Geheimnisse des jeweils anderen vorliegt. So können nach Bank et al. schon kleinste kritische Äußerungen zum Beispiel über die Partnerwahl des anderen, das Gewicht oder die neue Frisur tiefe innere Verletzungen bei dem Bruder oder der Schwester auslösen. Besonders gravierend können diese psychischen Verletzungen werden, wenn einer der Geschwister von der Anerkennung des anderen abhängig ist (vgl. Bank et al., 1990, S. 202).

Das dritte Gebiet, auf dem geschwisterliche Machtkämpfe stattfinden können, ist in sozialen Beziehungen. Hierbei können immer noch die Verletzungen aus vergangenen Kindheitstagen zum Tragen kommen. Es geht um ein „Sich-aneinander-Messen“, über „gute bzw. bessere“ Beziehungen im Vergleich zum Bruder oder der Schwester. Der Begriff „gut“ bzw. „besser“ ist relativ und kann zu unterschiedlichen Beziehungsauslegungen führen, wer zum Beispiel der Liebling der Familie ist, den beständigeren und größeren Freundeskreis hat, wer früher heiratet oder von den anderen Geschwistern mehr Beachtung bekommt. Das letzte Beispiel kann häufig bei einer Dreier-Geschwisterkonstellation auftreten, wo meist einer das „dritte Rad am Wagen“ ist und sich häufig ausgegrenzt fühlt. Nach Bank et al. ist eine Überlegenheit von einem Geschwisterteil in allen drei Bereichen sehr selten und wenn es vorkommt, dann hat der unterlegene Teil ein extrem niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Bank et al. 1990, S. 199).

Es ist kritisch anzumerken, dass Banks (1990) vorgestelltes Theorien- Modell von H. Ross und J. Milgram (1982) ein negatives Bild vom Verlauf der erwachsenen Geschwisterbeziehungen zeigt. Die fortlaufende Dynamik sowie die Vielfalt von möglichen Einflussfaktoren auf die Geschwisterbeziehungen werden in diesem Modell ersichtlich.

Trotzdem fokussiert sich dieses Modell der Geschwisterbeziehung auf „Vergleichsmöglichkeiten“ und weist einen destruktiven Charakter auf, da es in diesem vorliegenden Bild von der Geschwisterbeziehung nur um den Machtkampf geht, wer besser oder schlechter ist als der andere. Dieser Vergleich bewirkt einen reinen Konkurrenzkampf, um die beste Position als Geschwister zu erreichen. Aufgrund dessen kann man diesen Machtkampf nicht mit dem notwendigen Abgrenzungskampf in der Kindheit vergleichen. Dieses Modell wirft ein negatives Licht auf die erwachsene

Geschwisterbeziehung. Wenn man dieses Modell von Bank et al. überspitzt betrachtet, dann wird der Mensch auf ein nicht reflektierendes Wesen reduziert, das nur auf die eigenen Vorteile bedacht ist. Demzufolge werten sich die Schwester oder der Bruder durch die Abwertung des anderen Geschwisterteils auf. Die Geschwister hätten es daher in der Kindheit nicht geschafft, eine individuelle Persönlichkeit zu entwickeln, um die eigene Andersartigkeit zu akzeptieren. Insofern kann man nicht generell davon ausgehen, dass der erwachsene Geschwisterteil seine Andersartigkeit nicht anerkennt und sich dadurch automatisch mit seinem Bruder oder seiner Schwester messen muss. Das oben genannte Modell zeigt deshalb nur einen möglichen Ausschnitt aus dem mannigfaltigen Verlauf einer erwachsenen Geschwisterbeziehung.

Kasten (1998) geht ebenso wie Bank et al. von einer Veränderung in der älteren Geschwisterbeziehung aus. Diese Veränderung zeichnet sich nach Kasten aber nicht durch Kampf, sondern durch eine höher werdende Akzeptanz im Alter aus, die von Reduzierung negativer Gefühle und Rivalität gekennzeichnet ist (vgl. Kasten 1998, S.143). Fishel sieht ebenfalls diesen positiven Wandel zwischen den erwachsenen Geschwistern. Sie greift speziell den Wandel der Schwesternbeziehung auf und beschreibt diese wie folgt: „Die Schwesternbeziehung ist von allen Familienbeziehungen wahrscheinlich am stärksten durch Konkurrenz geprägt, doch sobald die Schwestern einmal erwachsen sind, wird daraus die stärkste Familienbeziehung“ (Fishel 1994, S.273). Das besagt, dass zwar ein Prozess stattfindet, dieser demnach aber nicht primär von Machtkämpfen durchzogen ist.

Wie intim und vertrauensvoll die Beziehung im Alter zwischen den Geschwistern sein kann, hängt von vielen Faktoren ab. Man kann festhalten, dass im Alter die Geschwisterbeziehung oftmals neu definiert wird. Durch die Aufarbeitung und den Abstand zur gemeinsamen Kindheit kann sich die Beziehung in eine neue Richtung entwickeln (vgl. Kasten 1998, S.140). Das besagt, dass Geschwisterbeziehungen bis ins Alter dynamisch und prozesshaft sind und die eigene Identität mit prägen (vgl. Sohni, S.22).

Nachfolgend möchte ich auf die heutigen Forschungsergebnisse eingehen, die den „gesunden“ erwachsenen Geschwisterteil berücksichtigen, der mit einem psychisch erkrankten Bruder oder einer psychisch erkrankten Schwester aufgewachsen ist.

4 Zusammenfassungen der Forschung und Literatur zur Bedeutung der Geschwisterbeziehung bei einer vorliegenden psychischen Erkrankung

Anhand der Darstellung der psychischen Krankheiten ist ansatzweise zu erahnen, wie nachhaltig das Leben der Betroffenen durch eine schwere psychische Erkrankung beeinflusst werden kann. Eine psychische Krankheit belastet und stellt den Betroffenen vor die große Herausforderung, sein Leben weiterhin adäquat zu meistern. Bisheriges Rollenverhalten kann durch die Erkrankung aufgeweicht werden, so dass eine neue Dynamik entsteht. Dieser Einschnitt im Leben der Betroffenen geht auch an nahestehenden Personen nicht spurlos vorbei. Heutzutage sind die Belastungen und Erfahrungen für Eltern, Kinder oder Ehepartner von psychisch Erkrankten in der Wissenschaft relativ ausführlich untersucht.²⁵ Anders sieht das bei Geschwistern psychisch kranker Menschen aus, dieser Bereich war bis vor kurzem ein „blinder Fleck“ in der Forschung. Die empirischen Forschungen zur Perspektive des „gesunden“ Geschwisters sind daher sehr überschaubar.

Darstellung der Untersuchungsergebnisse:

Aus den Anfängen der 60er bis Mitte der 70er Jahre gibt es die Analyse von Lidz, die die Geschwister von schizophrenen Patienten mit einbezieht. Zu dieser Zeit bestand noch die fragwürdige Annahme, dass die Familie einen gravierenden Einfluss auf die Entstehung der Schizophrenie hat. Daraufhin wurden die Geschwister auf ihre eigenen möglichen Anzeichen einer psychischen Erkrankung hin untersucht (siehe Lidz, 1961). Bank und Kahn (1994) untersuchten vor allem die Geschwisterbeziehung selbst und den Aspekt der Identitätsbildung und Loyalität. Sie stellten zudem fest, dass die gesunden Geschwister zwei „divergierende Identifikationen“ ausgleichen müssen, nämlich die des kranken Bruders oder der Schwester und die der Eltern (vgl. Bank und Kahn 1994, S.209-232).

²⁵ Siehe: -Mattejat, F.; Lisofsky, B.: Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Psychiatrie- Verlag , 5. Aufl. Bonn 2005
-Hans-Ulrich Wilms, Nadine Bull, Bettina Wittmund, Matthias C. Angermeyer: Hilfen für Partner psychisch Kranker. Ein Gruppenmanual für Angehörige chronisch psychisch kranker Menschen. Psychiatrie- Verlag (Bonn) 2000

In angloamerikanischen Studien²⁶ wurden die Intensität der Geschwisterbeziehungen sowie die Belastung von Geschwistern mit einem psychisch erkrankten Bruder oder Schwester aus subjektiver Sicht des „gesunden“ erwachsenen Geschwisters untersucht.

Dies untersuchte auch *R. Schmid und H. Spießel et al.* an der Poliklinik für Psychiatrie der Universität am Bezirkskrankenhaus Regensburg. Sie führten eine Studie durch, bei der speziell die Belastung von 37 vorwiegend²⁷ erwachsenen Geschwistern schizophrener Patienten untersucht wurde. Diese Erhebung zeigte eindeutige Belastungen der „gesunden“ Geschwister, insbesondere in fünf Lebensbereichen.²⁸

1. Belastungen für die Lebenssituation des gesunden Geschwisters

Für 26,8 % der Befragten wurde die Erkrankung des Geschwisters für die eigene Lebenssituation zur zentralen Belastung. Alle 37 Beteiligten empfanden die emotionale Belastung im Bereich der eigenen Lebenssituation am gravierendsten. Dazu zählten Aussagen über Schuld- und Ohnmachtgefühle, Hilflosigkeit oder Ängste vor einer möglichen eigenen Erkrankung. Fast die Hälfte der Geschwister erwähnten zeitliche, gesundheitliche und partnerschaftliche Belastungen in ihrem Leben.

2. Belastung im Umgang mit den erkrankten Geschwistern

Die Geschwister äußerten sich über die Verschiebung maßgeblicher Rollenverteilungen innerhalb der Geschwisterbeziehung. Die Interviewaussagen spiegeln mit der höchsten Belastungsquote (37 %) die veränderte Familiensituation

²⁶ Siehe: -Nechmad A., Fenning S. Ternochiano R., Fenning- Naisberg S., Levkovich Y. Siblings of Schizophrenie Patints- A Review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000;37; 3-11
-Greenberg JS, Kim HW, Greenley JR. Factors associated with subjective burden in siblings of adult with severe mental disease. *Am J Orthopsychiatry* 1997 ;67; 231-241

²⁷ Es wurden 37 Geschwister befragt, von denen 41,6 % volljährig sind.

²⁸ Die Nachfolgende Beschreibung der fünf Belastungskategorien aus der den Forschungsergebnissen von R. Schmid et. al. sind aus den nachfolgenden Artikeln entnommen; Schmid, R., Spießel, H. und Peukert, R.: „Außen vor und doch mitten drin“ - die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. In *Psychiatrische Praxi*; Jg. 31, 2004, Nr. 5, S. 255-227

Zit. nach R. Peukert (2008): Materialien des MAPS- Studienganges Gemeindepsychiatrie „Beziehungsgestaltung und Ethik- Geschwister“. Wiesbaden

deutlich wieder.²⁹ Die neu definierten Rollen zwischen den Geschwistern und innerhalb der Familie verursachten belastende Gefühle. So wurden Abgrenzungsschwierigkeiten und Schuldgefühle gegenüber dem Betroffenen geäußert. Zusätzlich wurde eine belastende Unsicherheit gegenüber dem Verhalten des Kranken geschildert, das heißt die Bedenken, ob der Betroffene tatsächlich etwas nicht kann oder es (nur) nicht will und seine Krankheit benutzt bzw. sich auf dieser ausruht.

Ein weiterer Punkt waren die Unsicherheiten im Umgang mit dem erkrankten Geschwisterteil aufgrund der Belastbarkeit und der Rückfallgefährdung.

3. Belastung im Umgang mit der eigenen Familie

Schmid et al. belegen, dass sich das Verhalten der Eltern gegenüber dem gesunden Kind durch die Krankheit des anderen indirekt mit verändert. Die Befragten schilderten belastende Erwartungen und übersteigerte Zukunftshoffnungen von Seiten der Eltern. Hierbei stand zum Beispiel die Sorge bzw. Angst der Eltern im Vordergrund, wer sich nach ihrem Tod um den Erkrankten kümmert. Viele fühlten sich schuldig, weil sie die übersteigerten Erwartungen der Eltern nicht erfüllen konnten.

Manche Geschwister fühlten sich benachteiligt und auch im Erwachsenenalter immer noch ungerecht behandelt, da ihres Erachtens nach der erkrankte Bruder oder die Schwester mehr Aufmerksamkeit durch die Eltern erhalten haben soll.

4. Belastung im Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern

Mehr als drei Viertel aller Geschwister wünschten sich mehr Wissen in Bezug auf die Erkrankung ihres Geschwisters. Die mangelnde Einbeziehung in die direkte Behandlung erachteten die Geschwister primär nicht als Belastung, vielmehr die Verunsicherung bezüglich rechtlicher Fragen und vorhandener Behandlungsmöglichkeiten.

²⁹ Die Kategorie 2 und 3 überschneiden sich meines Erachtens durch die Verschiebung der Geschwisterrolle und der Veränderung der vertikalen Eltern- Kind- Beziehung, so bedingen sich diese Faktoren gegenseitig und verändern die Familiensituation automatisch.

5. Belastung im sozialen Umfeld

Von den befragten Geschwistern äußerten 7,1 % Probleme im sozialen Umfeld. Das bedeutet, dass dieser Belastungsfaktor eine zweitrangige Rolle im Leben der gesunden Geschwister darstellt, dennoch stieß jeder zweite auf Unverständnis oder Ablehnung von Seiten des Umfeldes und befürchtete, selber durch die Erkrankung des Geschwisters stigmatisiert zu werden.

Diese Studie verdeutlicht vielfältige psychosoziale Belastungen in verschiedensten Lebensbereichen der „gesunden“ Geschwister.

Ein weiterer Vorreiter bei dieser Thematik ist *R. Peukert*, der selbst „Psychiatrie Profi“ ist und einen zwei Jahre jüngeren Bruder mit der Diagnose „schizo- affektive Psychose“ hatte. R. Peukert trägt in seinen Studien die gesammelten Erfahrungen und Gegebenheiten zusammen, die er während Untersuchungen, Geschwistertagungen und seiner Biographie erlebt hat. Diese Geschwistertagungen hat R. Peukert meist selbst initiiert und auch moderiert, wie es auch bei der ersten Hessischen Geschwistertagung 2008 der Fall war.

Nachstehend werden die zahlreichen Erfahrungen und Einschätzungen über die Erlebnisse der „gesunden“ Geschwister durch die veröffentlichten Beiträge³⁰ zu dieser Thematik zusammengefasst.

Laut den Artikeln von Peukert in der Psychosozialen Rundschau (2003/2008) nahmen insgesamt 43 Personen³¹ an den bisherigen Geschwistertreffen teil.

Zu beobachten war gemäß Peukert eine auffällige strukturelle Ähnlichkeit bei den Sozialisationsgeschichten der Geschwister. Signifikant waren hierfür das häufige frühe Verlassen des Elternhauses und die spätere erneute Annäherung an den Bruder oder die Schwester.

Die Notwendigkeit dieser „Familienflucht“ sieht Peukert in der Erfahrung, eine eigene Entwicklungsphase ohne die familiäre Belastung zu durchleben. Einen weiteren Grund für das relativ frühe Verlassen des Elternhauses sehen die Geschwister in der gefühlten Notwendigkeit, sich aus Selbstschutz der schwierigen Familiensituation zu

³⁰ Vgl. Peukert R.: Geschwister teilen alles? Eindrücke vom ersten Treffen einiger Geschwister psychisch kranker Menschen. Psychosoziale Rundschau 2003; 4:35-37

Peukert, R.: Psychosoziale Rundschau 03/ 2008: Endlich kommen auch wir mal zu Wort! Treffen von Geschwistern psychisch Kranker. Überlegungen im Anschluss an das Geschwistertreffen 2008 in Hamburg.

Binder, W., Bender W. (2008). Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg einer Dialogischen Psychiatrie. Köln: Claus Richter Verlag, S. 105- 127

³¹ Hierunter auch einige Eltern und Partner.

entziehen. Eine wichtige Erkenntnis ist nach Peukert, dass die „einmaligen, subjektiven Erlebnisse“ alles andere als einmalig und subjektiv sind. Laut Peukert ergeht es fast allen Angehörigen in Angehörigengruppen so.

Die „Rückkehrenden“ konnten in zwei Gruppen mit verschiedenen inneren Einstellungen unterteilt werden, zum einen die Geschwister mit einer kritisch fordernden Haltung bezüglich der Familie und dem zu Verfügung stehenden Versorgungssystem, zum anderen die Geschwister mit einer eher „passiven“ Hoffnung auf eine angemessene Hilfe. Nach Peukert sind diese unterschiedlichen Haltungen auf die Umgangsweise der Eltern mit den Kindern zurückzuführen, die die „gesunden“ Geschwister entweder in die Auseinandersetzung mit der Krankheit aktiv mit einbezogen oder außen vor gelassen haben. Letzteres geschah meist, um das „gesunde“ Geschwister zu schützen. Peukert merkt aber an, dass die Schutzhaltung der Eltern das vorhandene Unbehagen sowie die Unsicherheit verstärken können und verwies auf das gleiche Phänomen bei Kindern schizophrener Eltern.

In fast allen Geschwisterstudien ist die erhöhte Aufmerksamkeit für den erkrankten Bruder oder die Schwester ein Thema. Peukert merkt an, dass manche „gesunden“ Geschwister auch froh waren, nicht unbedingt im Fokus der elterlichen Aufmerksamkeit zu stehen. Viele hätten aber gerade in der Zeit, wo man selbst noch Unterstützung durch die Eltern brauchte, mehr Halt benötigt. Schnell sind sie in die Rolle des „starken Geschwisters“ hineingerutscht. Besonders der geschlechtsspezifische Unterschied rückte hier in den Vordergrund. Beim den bisherigen Treffen waren es häufig die Mädchen, die in die Rolle der „starken kleinen Schwester“ gegenüber dem erkrankten Bruder und den Eltern geraten waren.

Die Ängste vor der Erkrankung, die fast jedes Geschwister in sich trägt, können ein wichtiger Punkt in der eigenen Sozialisation sein. Hierbei geht es um die Ängste, selbst zu erkranken oder dass die eigenen Nachkommen erkranken. Dadurch entstand die Frage, wie erfüllt ein Leben mit einer psychischen Krankheit sein kann. Aus dieser Frage resultierte Angst um die Lebenszufriedenheit des erkrankten Bruders oder der Schwester und den möglicherweise daraus resultierenden Suizid.

Peukert beschreibt immer wieder aufkeimende Schuldgefühle, die die Geschwister seit dem Ausbruch der Erkrankung einholen. Sie versuchen, die Schuldgefühle durch aufopferndes Verhalten gegenüber dem Erkrankten zu kompensieren. Das wiederum führt zu heillosen Überforderung, die sich in den einzelnen Biographien der Geschwister wieder spiegelt.

Festzuhalten ist, dass die geäußerten Schuldgefühle und Ängste der Geschwister auf einen erhöhten Informationsbedarf bezüglich psychischer Erkrankung schließen lassen, um die verfestigten Schuldgefühle und Ängste zu reduzieren.

Die Studien von Schmid et al. und Peukert ergänzen sich und erschaffen durch Anerkennung der Belastungen der Geschwister die Grundlage für eine rechtzeitige Hilfe für die heranwachsenden „gesunden“ Geschwister. Peukert plädiert für frühzeitige, individuelle Hilfen. Diese Hilfe sollte im Familienkontext stattfinden, um die Geschwister psychisch erkrankter Menschen so früh wie möglich „offiziell“ in den Prozess der Erkrankung zu involvieren. Dies könnte auch die spätere unumgängliche Auseinandersetzung erleichtern, ob man für den Bruder zum Beispiel nach dem Tod der Eltern Sorge tragen möchte, muss oder kann. (vgl. Peukert in Binder, W., & Bender W. (2008), S. 105- 127).

In einer weiteren empirischen Studie von *T. Bock, S. Fritz-Krieger und K. Stielow*³² wurde die besondere psychosoziale Situation von erwachsenen Geschwistern schizophrener Patienten sowie ihre subjektiven Perspektiven auf die Erkrankung, die Familie und die Behandlung hin untersucht. Hierbei wurden 18 Geschwister im Alter von 25 bis 50 Jahren interviewt.

Die Untersuchung ergab, dass das subjektive Erleben der Familie weitestgehend als belastend bezeichnet wurde. Ein großer Anteil der Interviewten schilderten die Eltern als „wenig verfügbar“ und fühlten sich deswegen in der Kindheit eher allein gelassen. Die auferlegten Rollenzuschreibungen in der Familie wurden vielmehr als problematisch beschrieben. Sie empfanden häufig den Druck, „immer funktionieren zu müssen“.

Die Beziehung zwischen den Geschwistern wurde überwiegend als „nah“ beschrieben und während der Psychose als „noch dichter“ empfunden. Dagegen ist bei einem distanzierten bzw. schwierigeren Geschwisterverhältnis vor der Erkrankung keine Verbesserung des Geschwisterverhältnisses während einer Krankheit zu erwarten. Bock et al. betonen, dass die Qualität der Geschwisterbeziehung vor der Erkrankung ein wichtiger Indikator für die Zeit danach ist.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass die Psychose ambivalente Gefühle bei den Geschwistern auslöste, von Verantwortungsbewusstsein und Überforderung bis zur

³² Bock, Thomas: Belastung und Herausforderung: Situationen und Perspektiven von Geschwistern schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Informationen; Jg. 38, 2008, Nr. 1, S. 28-31

Angst, selbst zu erkranken. Dazu kamen Schuldgefühle durch den eigenen Vorteil und Eifersucht aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit für das erkrankte Geschwister. Außerdem entstand ein gewisser Anpassungsdruck und das Gefühl, immer funktionieren zu müssen, um die Eltern nicht zu belasten.

Laut den Geschwistern entstand eine erhebliche Belastung aufgrund von mangelnder Gesprächsfähigkeit in der Herkunftsfamilie und mit den professionellen Helfern. Für beide Geschwister wirkte häufig der Anfang einer Behandlung als entlastend.

Zusammenfassung:

Es ist schwer, die Untersuchungen aufeinander zu beziehen aufgrund der unterschiedlichen wissenschaftlichen Vorgehensweisen.

R. Schmid und H. Spießel et al. befragten mündlich 37 Geschwister von stationär aufgenommenen schizophrenen Patienten an einem Stichtag hinsichtlich ihrer Belastungen. Die Kategorien ihrer Forschung bildeten sie aber zusätzlich durch eine Befragung, die der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) mit Angehörigen (vorwiegend Eltern) im Rahmen einer Zukunftswerkstatt durchführte. Peukert gibt zu bedenken, dass aufgrund der unterschiedlichen Befragungen sowie der Auswahl der Probanden die Daten dieser Studien nur in grober Relation zueinander interpretiert werden dürften (vgl. Peukert in Binder und Bender 2008, S.116 f.).

T. Bock, S. Fritz-Krieger und K. Stielow wiederum befragten 17 Geschwister (zehn Brüder und sieben Frauen) mittels teils narrativen und teils problemzentrierten Interviews. Die Erhebung beurteilten sie selbst als eine qualitative hypothesenbildende Pilotstudie.

R. Peukert hingegen entwickelte seine Untersuchungen zur Geschwisterforschung aus den Erfahrungsberichten der erwachsenen gesunden Geschwister und den analysierten Diskussionen während der Geschwistertreffen. Er räumt selbst eine subjektive Sichtweise aufgrund seiner eigenen Biographie ein, denn er hatte einen psychisch erkrankten Bruder.

Festzuhalten ist, dass trotz der Unterschiedlichkeit der einzelnen Studien die Ergebnisse der vielseitigen Belastungen für die gesunden Geschwister fast übereinstimmen und sich somit ergänzen.

Aus allen drei Studien ist ersichtlich, dass die große Belastung für die Geschwister durch das Erleben und das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten Bruder oder Schwester auch eine positive Herausforderung sein kann.

Bock et al. verweisen bei diesem Aspekt auf den relativ hohen Anteil der befragten Geschwister, die in einem sozialen Beruf arbeiten. Peukert merkt ebenfalls an, dass besonders die älteren bzw. erfahrenen Geschwister die Erlebnisse mit ihren erkrankten Geschwistern als hilfreich für ihr Leben erachten. Er verweist zudem auf den qualitativen Gewinn im Alltagsleben, aber auch im beruflichen Kontext.

Ferner beschreiben Bock et al. (2008) eine typische beobachtbare Entwicklung bei den „gesunden“ Geschwistern: Von der Hoffnung, dem kranken Geschwister helfen zu können, über die Akzeptanz der Krankheit bis hin zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und aus dieser Unabhängigkeit heraus die Vertiefung der Geschwisterbeziehung. Auch Peukert schildert in seinen Untersuchungen diesen Entwicklungsverlauf und erwähnt diese ähnliche Sozialisationsgeschichte der Geschwister.

Anders als in der Studie von R. Schmid et al. kritisierten die Geschwister in der Untersuchung von Bock et al. vermehrt die institutionelle Ebene. Die Geschwister fühlten sich in der Behandlung des Erkrankten außen vor gelassen und auch in Angehörigengruppen nicht wahrgenommen. Folglich wird das Hilfesystem als nicht hilfreich empfunden, so dass die Geschwister Freunde und Partner aufsuchten, um sich psychisch zu entlasten.

Als nächstes wird aus diesem komplexen theoretischen Bereich Erwartungen und Vorstellungen an die Geschwistertagung dargelegt um dadurch, den Fokus der Arbeit einzugrenzen. Insgesamt ist der aktuelle Forschungsstand noch lückenhaft. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Bedingungen erschweren den Vergleich der einzelnen Studien. Man kann festhalten, dass der jetzige Forschungsstand die Spitze des Eisbergs ist und der Großteil der Geschwisterbeziehung unter dem Einfluss der psychischen Erkrankung noch nicht erfasst wurde. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die noch offenen Fragen in den Forschungsgegenstand mit einfließen.

5 Annahmen und Erwartungen zur Geschwistertagung

Vorab sei angemerkt, dass die Geschwistertagung eine Selbsthilfegruppe darstellt, die einen intimen und persönlichen Rahmen für die Geschwister bieten soll. Innerhalb der Tagung werden die Geschwister höchstwahrscheinlich von ihren positiven wie negativen Erlebnissen mit der Krankheit berichten. Hierbei sollten sie selbstständig erzählen können und nicht durch suggestive Fragen oder sogar Manipulationen beeinflusst werden, was zur Folge hätte, dass ihr freies Erzählen unterbunden wird und so der Charakter der Selbsthilfegruppe verloren ginge.

Diese freie Erzählweise bringt die Emotionalität und tief greifenden Themen ans Licht, um daraus mögliche Schlüsse für benötigte Hilfen ziehen zu können. Deshalb wurde es als wichtig erachtet, dass die Geschwister ihre Anliegen frei einbringen konnten. Um die Bedeutung einer eigenen Selbsthilfegruppe für Geschwister zu verdeutlichen, wurde ein Fragebogen entwickelt. Dieser soll nach der Geschwistertagung von den Geschwistern ausgefüllt werden, um den Nutzen dieser speziellen Angehörigengruppe zu beurteilen (näheres im Kapitel 6.3).

Anhand der Geschwistertagung wird die besondere psychosoziale Situation von erwachsenen Geschwistern sowie ihre subjektiven Perspektiven auf die psychische Erkrankung, die Familie und die benötigten Hilfen hin untersucht.

Aufgrund dessen wird eine detaillierte Auflistung mit den bisher festgestellten Belastungsfaktoren für die „gesunden“ Geschwister aus dem zusammengefassten Forschungsstand von Bock, Peukert & Schmid erstellt. Diese Liste soll die bisherigen festgestellten Belastungen der gesunden Geschwister zusammenfassen um sie später im Bezug zu den Erkenntnissen und Ergebnissen der hier vorliegenden Forschung hin zu analysieren.

Belastungskategorien aus der Perspektive von erwachsenen Geschwistern, die mit einem psychisch erkrankten Bruder oder einer psychisch erkrankten Schwester aufgewachsen sind:

1. Persönliche Lebenssituation:

- 1.1. Emotionale Belastung durch Schuldgefühle,

- 1.2. zeitlicher Aufwand und Einschränkungen der eigenen Autonomie und Freizeitgestaltung,
- 1.3. eigene gesundheitliche Belastung,
- 1.4. Ängste, selbst zu erkranken,
- 1.5. Belastung für die eigene Partnerschaft und Familie,
- 1.6. Ängste, selbst Kinder zu bekommen,
- 1.7. Angst, dass das eigene Kind erkrankt,
- 1.8. negative Auswirkungen für die eigene berufliche Tätigkeit,
- 1.9. finanzielle Belastung,
- 1.10. besonderer Anpassungsdruck, immer funktionieren zu müssen,
- 1.11. die Verantwortung, irgendwann für sein erkranktes Geschwister zu sorgen.

2. Umgang mit dem Erkrankten:

- 2.1. Unsicherheit im Umgang mit dem Erkrankten,
- 2.2. Ärger und Wut aufgrund des als egozentrisch erlebten Handelns,
- 2.3. Unsicherheit in Fragen der Belastbarkeit und Rückfallgefährdung,
- 2.4. Angst vor der Lebensunzufriedenheit des Geschwisters und dem evtl. daraus resultierenden Suizid,
- 2.5. Dilemma gegenüber dem Erkrankten durch Überschreitung der eigenen Belastbarkeit,
- 2.6. fehlende Krankheitseinsicht und mangelnde (medikamentöse) Compliance des Erkrankten,
- 2.7. Neudefinition der Geschwisterbeziehung (neue Rollenverteilung/ Identifikationsverlust / "Übernahme der Elternrolle"),
- 2.8. „Mad or Bad“ – Kann er nicht oder will er nicht?,
- 2.9. Belastung im Kontakt mit dem Ehepartner und/oder den Kindern des Erkrankten.
- 2.10. die Belastung, die/ der „Starke“ für den Kranken sein zu müssen

3. Subjektives Empfinden der Herkunftsfamilie:

- 3.1. Abgrenzungsproblematik gegenüber den Eltern,
- 3.2. Uneinigkeit bzgl. der Erkrankung und des Umgangs mit dem Erkrankten,
- 3.3. Geheimhaltung der Krankheit bzw. Ignorierung der Krankheit bis zu einem gewissen Grad durch die Eltern, Spannungsfeld zwischen den Eltern,
- 3.4. Rollenkonflikte bzw. Übernahme der Vermittlerrolle zwischen dem erkrankten Geschwister und den Eltern,

- 3.5. unterschiedliche Verteilung der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern
- 3.6. Die Erwartungen und Reaktionen der Eltern,
- 3.7. Ungleich-Behandlung/ Benachteiligung durch die Eltern,
- 3.8. Ressourcen der Eltern sind durch die Krankheit erschöpft,
- 3.9. Hilflosigkeit in einer für die Gesamtfamilie aufwühlenden Situation,
- 3.10. kein Ansprechpartner für die verwirrende Situation in der Familie.

4. Belastung im Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern:

- 4.1. Informationsdefizit bezüglich der Erkrankung,
- 4.2. mangelnde institutionelle Unterstützung,
- 4.3. Belastung infolge der Art der Behandlung des erkrankten Geschwisters,
- 4.4. Geschwister fühlen sich nicht ernst genommen mit ihren Sorgen Problemen und Ressourcen.

5. Belastung im sozialen Umfeld:

- 5.1. Erfahrungen von Unverständnis und Ablehnung,
- 5.2. Angst vor Stigmatisierung.

Wie auch bei den bisher dargestellten Untersuchungen von Bock, Peukert & Schmid wirkt eine Vielzahl von psychosozialen Belastungsfaktoren auf die „gesunden“ Geschwister ein. Dabei werden noch einige Fragen aufgeworfen, auf die kurz eingegangen wird, um diese danach evtl. aus dem Kontext der Erzählungen der Geschwister besser herausgreifen zu können.³³ Manche der folgenden Fragen können aufgrund ihrer Komplexität im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden.

Einige offene Fragen zum bisherigen Forschungsstand:

Was hat den Geschwistern geholfen, um der Belastung durch die Erkrankung des Bruders oder der Schwester standzuhalten?

Diese Frage kann nicht während der Tagung abschließend beantwortet werden, aber man kann evtl. vorhandene Ressourcen zur Bewältigung der belastenden Situation der

³³ Zu dem Zeitpunkt, als auf diese Fragen eingegangen wurde, war es noch nicht ersichtlich, ob diese in die Diskussion bei der Geschwistertagung mit einfließen werden, da die Geschwister mit ihren Erlebnissen im Vordergrund stehen sollen.

gesunden Geschwister herausarbeiten. In Bocks Studie erachteten die Geschwister Gespräche mit Freunden als hilfreich. Aber welche Aspekte haben noch geholfen und wie? Viele der Geschwister wissen vielleicht gar nicht mehr, was ihnen direkt geholfen hat, weil viele dieser Prozesse unbewusst ablaufen. Es wäre wünschenswert, der oben genannten Frage während der Geschwistertagung ein Stück näher zu kommen. Durch die erste Frage entwickelte sich auch die folgende Frage.

Gibt es innerhalb der „gesunden“ Geschwister eine Gruppe, wie z.B. Frauen, jüngere Geschwister etc., die besonders intensiv den Belastungen ausgesetzt sind?

Mit diesen Gruppen ist gemeint, ob manche Geschwister mehr oder weniger gefährdet sind, selbst zu erkranken, oder ob manche einfach mehr in das Belastungssystem miteinbezogen werden und dadurch andere Hilfsmöglichkeiten benötigen. Damit sind unter anderem die weiblichen „gesunden“ Geschwister gemeint, die immer noch mehr ins Hilfesystem der Familie miteinbezogen werden und auch als emotionaler gelten (vgl. Kapitel 3).

Als ein weiteres Beispiel für eine mögliche Gruppe mit besonderer Belastung könnte man eine Dreier- Geschwisterkonstellation nennen, bei denen das mittlere Geschwister psychisch erkrankt ist. Wer ist dort mehr gefährdet, der Jüngere oder der Ältere oder/ und liegt es am Altersabstand oder evtl. am dem Geschlecht?

Durch die Komplexität der Geschwisterbeziehung auf horizontaler wie auch vertikaler Ebene ist es schwer einzugrenzen, welche der zum Beispiel somatischen Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Deshalb kann diese Frage nur ausreichend in einer quantitativen Langzeitstudie bearbeitet werden, um mögliche Fehleinschätzungen zu vermeiden.

Welche Hilfen wären wichtig, um die anfangs eher belastende Situation mit dem erkrankten Geschwister als Bereicherung zu sehen?

Diese Frage ist relativ, was wiederum bedeutet, dass es für diese Frage evtl. keine „Lösung“ gibt, da die Erkenntnis, die belastende Situation mit einem psychisch erkrankten Menschen aufzuwachsen, als eine Bereicherung anzusehen, ein Reifungsprozess sein kann. Somit könnte nur durch die eigene Entwicklung und die Auseinandersetzung mit diesem Thema die Einsicht der Bereicherung kommen. Vielleicht könnte man aber mit bestimmten Hilfen diesen Prozess der Erkenntnis erleichtern bzw. beschleunigen.

Wie sehr werden die Geschwister von den Ängsten beeinflusst, dass sie selbst oder die eigenen Kinder erkranken?

Bestimmt diese Angst das eigene Familienleben beispielsweise so, dass man keine eigenen Kinder bekommt oder einen eher antiautoritären Erziehungsstil anwendet, um die Kinder nicht unnötig zu belasten?

Und warum hat man diese Angst? – weil evtl. das Leben mit einer psychischen Erkrankung nicht lebenswert ist? Hat man dadurch auch eine erhöhte Angst um den Erkrankten selbst? Diese Fragen wurden bereits in der Studie von Peukert aufgegriffen und sollen auch in dieser Studie näher untersucht werden.

Wie bestimmen die Erlebnisse, wenn man mit einem psychisch erkrankten Bruder oder Schwester aufwächst, das spätere eigene Leben, zum Beispiel bei der Wahl des Berufs, der Freunde oder des Partners?

Dass Geschwister psychisch Erkrankter vermehrt in sozialen Berufen arbeiten, konnte bereits von Peukert und Bock bestätigt werden. Aber welche Interessen könnten noch auf die besonderen Erlebnisse zurückzuführen sein?

Kann man die mögliche Konfrontation, für den erkrankten Bruder oder die Schwester zu sorgen, durch Hilfen erleichtern? Was kann in diesem Zusammenhang helfen?

Peukert beschreibt, dass man als Geschwister irgendwann mit der Frage konfrontiert wird, ob man für seinen erkrankten Bruder oder Schwester sorgen möchte bzw. kann. Die Frage, ob man sich seelisch drauf vorbereiten kann und wenn ja, wie, ist noch nicht ausreichend geklärt und soll in meine Analyse mit einfließen.

Die nächste Frage entstand auf der Grundlage des Kapitels 3. Es ging um den Aspekt, dass sich Geschwister gegenüber anderen (z.B. Eltern) verbünden. Sie grenzen sich dadurch von den anderen ab und bilden ein Wir- Gefüge. Negative Einflüsse, die von außen auf die Geschwisterbeziehung einwirken können, werden meist gemeinsam erlebt und zusammen durchgestanden.

Entstand trotz der psychischen Erkrankung diese Verbundenheit und Front gegen äußere Einflüsse oder hatte der gesunde Geschwisteranteil die doppelte Belastung,

die Krise alleine zu bewältigen und den Bruder oder die Schwester zusätzlich zu entlasten?

Diese Frage ist sehr allgemein gehalten, sie spiegelt aber die Qualität einer Geschwisterbeziehung wieder. Es ist abhängig von der Qualität der Geschwisterbeziehung, ob sich diese „Front“ gegenüber äußeren Einflüssen gebildet hat. Doch was macht die Qualität einer solchen Beziehung vor dem Hintergrund der psychischen Erkrankung aus? So stellt sich eine nächste Frage, inwieweit die „unspezifischen“ Krankheitsfaktoren bereits vor dem Ausbruch der Krankheit die Qualität der Geschwisterbeziehung beeinflusst haben. Wahrscheinlich ist es unmöglich, die Qualität der Geschwisterbeziehung aus dieser Frage heraus zu rekonstruieren.

Diese kurz aufgeführte Fragereihe könnte man noch viel weiter ausführen. Es soll an dieser Stelle auf den benötigten Gesprächsbedarf mit den gesunden Geschwistern während weiterer Geschwistertagungen hingewiesen werden.

Aufgrund des Vorhabens, *die besondere psychosoziale Situation von erwachsenen Geschwistern sowie ihre subjektiven Perspektiven auf die psychische Erkrankung, die Familie und die benötigten Hilfen hin zu untersuchen*, werden die zusammengetragenen Belastungsfaktoren als Grundlage für das weitere Vorgehen in dieser Untersuchung genutzt. Nach der Auswertung und Kategorisierung der Geschwistertagung werden die Aussagen der Geschwister mit den Ergebnissen des bisherigen Forschungsstandes verglichen.

6 Geschwistertagung

Die erste hessische Geschwistertagung fand am 15.11.08 in den Räumlichkeiten der FH Wiesbaden statt und dauerte inklusive Pausen sieben Stunden. Während der Vorstellungsrunde stellte sich heraus, dass bei allen Teilnehmern eine hochgradige seelische Belastung vorlag, die in den ausführlichen Erlebnisberichten deutlich wurde. Die Geschwister schilderten eindrucksvoll ihre Emotionen und die dramatischen Erlebnisse, die sie mit ihren erkrankten Geschwistern gemacht hatten und entlasteten sich somit durch ihren Erfahrungsaustausch. Die Entlastung durch die Erzählungen der tief greifenden seelischen Nöte stand im Vordergrund, so dass im Anschluss keine Zeit mehr für eine abschließende Diskussionsrunde war, bei der die oben genannten offenen Fragen mit einfließen hätten können. Trotzdem empfanden es alle als bereichernd, für ihre Geschwisterprobleme Gehör zu finden und sich mit anderen Anwesenden, denen es ähnlich ergangen ist, auszutauschen.

Im Folgenden wird die Bedeutung der Geschwistertagung für die Teilnehmer sowie deren Betroffenheit und Emotionalität anhand der subjektiven Schilderung der Begebenheiten und einer verkürzten Biographie einer Schwester eines psychisch Erkrankten dargestellt. Danach wird anhand eines Fragebogens die Sicht auf diese Geschwistertagung von Seiten der Teilnehmer herausgearbeitet, um danach auf ihre Belastungen einzugehen.

6.1 Rahmenbedingungen und Eindrücke der Geschwistertagung

An der hier beschriebenen Geschwistertagung nahmen insgesamt neun Geschwister teil, die in der Altersspanne von 21-58 Jahren vertreten waren. Die sieben Schwestern und zwei Brüder sprachen während der Geschwistertagung offen über ihre dramatischen Erlebnisse und Erfahrungen sowie Belastungen durch das Auftreten der psychischen Krankheit. Eine Schwester fiel aus dieser Reihe, da ihr Bruder eine geistige Behinderung hat, was man auch an ihrem Erlebnisbericht merkte. Dieser war mit denen der anderen nicht zu vergleichen, die in ihrer Biographie eine „Antwort“ für die Veränderung ihres Geschwisters suchten. Trotzdem stellten sich die Beiträge und Rückmeldungen dieser Teilnehmerin als wichtig und aufschlussreich dar.

Durch eine ausführliche Vorstellungsrunde entwickelten sich viele Erzählanstöße, durch die eine eigenständige und authentische Dynamik entstand. Die emotionale

Offenheit der Teilnehmer war beachtlich; dadurch entstand eine intime Atmosphäre, die für alle hilfreich und nützlich erschien, da sie Aufrichtigkeit zuließ. Die Moderation übernahm Professor Dr. Peukert, der selbst mit einem schizophren erkrankten Bruder aufgewachsen ist und dadurch das empathische Gespür für die Bedürfnisse und Anliegen der anderen Geschwister hatte. Sein systemisches Nachfragen bot den Betroffenen die Möglichkeit zum offenen Austausch.

Die emotionale Intensität in dieser Gruppe kann wahrscheinlich in diesen Zeilen nicht wiedergeben werden. Es sei aber angemerkt, dass viel geweint, aber auch gemeinsam gelacht und erleichtert aufgeatmet wurde. Zunächst wird die Biographie einer Teilnehmerin dargelegt, um die Emotionalität der Geschwistertagung besser illustrieren zu können.³⁴

Die gesamten Aussagen der Geschwister wurden während der Diskussion aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert, verdichtet und analysiert. Die Erhebung stellt somit eine reine qualitative stichprobenartige Untersuchung in diesem Bereich der Geschwisterforschung dar und wird im Kapitel 6.4 erläutert.

6.2 Kurze Darstellung einer Biographie

Frau E. ist 31 und ist die jüngste von drei Kindern. Sie wirkt wie eine junge, lebhaft, moderne Frau, die mitten im Leben steht. Sie verdient ihren Unterhalt als Angestellte in einer Behörde, ist allein stehend und lebt in ihrer eigenen Wohnung. Der psychisch erkrankte Bruder ist 38 Jahre alt und der mittlere von drei Geschwistern. Ihre zwei älteren Brüder haben beide ihre frühe Kindheit in der Türkei verbracht und sind dann mit ca. 10 Jahren nach Deutschland gekommen. Ihr Bruder ist mit ungefähr 21 Jahren erkrankt, als Frau E. selbst gerade 14 Jahre alt war. Sie beschreibt diese Zeit als sehr verwirrend und belastend: „Seitdem ich 14 bin, bin ich in der Psychiatrie. Das war sehr schlimm, um so öfter man geht, umso mehr gewöhnt man sich dran, aber es ist trotzdem anstrengend.“

Sie selbst ist in Deutschland geboren und auch hier aufgewachsen, aber sie betonte klar die Einflüsse der türkischen Kultur in ihrer Entwicklung. Die Eltern sind als Gastarbeiter nach Deutschland gekommen. Der erkrankte Bruder lebt bei den Eltern

³⁴ Diese Biographie wurde subjektiv von mir ausgewählt und soll zur besseren Veranschaulichung dienen, um die Betroffenheit der Geschwister, - die alle ähnliche tragische Sozialisationsgeschichten durchlebt haben-, zu verdeutlichen.

und wird von ihnen mit Essen und Zuwendung versorgt. Aufgrund des fortschreitenden Alters der Eltern und den vorliegenden Sprachproblemen kümmern sich Frau E. und der älteste Bruder hauptsächlich um den psychisch erkrankten Bruder.

Fr. E. begründet ihre Hilfe mit der Überforderung der Eltern und deren geringem Intellekt, da diese unter anderem aus mangelnden Deutschkenntnissen die Zusammenhänge der Krankheit nicht verstehen. Sie selbst ist der Meinung, dass andere Hilfe von außen wichtig wäre, dies ist aufgrund der Ansichten der Eltern und Bekannten nicht möglich. Fr. E. war sehr wütend und aufgebracht, dass die Eltern die Krankheit als Familienproblem ansehen, wodurch sie keine Unterstützung von außen in Anspruch nehmen kann und Fr. E. sich verpflichtet sieht, ihrem erkrankten Bruder zu helfen. Die Klinikaufenthalte des Bruders werden akzeptiert und stellen eine Entlastung dar, weil dort nichts mit ihm passieren kann. Die gesamte Familie besucht ihn dann jeden Tag in der Klinik. Der erkrankte Bruder sieht für die Behandlung in der Klinik keinen Bedarf und muss von Frau E. dazu überredet werden, überhaupt in die Klinik zu gehen.

In dem traditionell behafteten Glauben der Eltern und Bekannten sieht Frau E. eine starke Belastung für ihren Umgang mit ihrem Bruder: „Dann noch der religiöse Humbug, der da noch drumherum geht. Ja, dann noch Bekannte, die einen meiden, weil mein Bruder die Töchter vergewaltigen könnte.“

Ihr Bruder verübte vor einem halben Jahr einen Suizidversuch, der die ganze Familie schockierte und ängstigte. Sie wirkte aufgebracht und schilderte unter Tränen ihre Verzweiflung: „Und man denkt scheiße, was habe ich denn falsch gemacht? Ich habe doch alles gemacht oder meine Eltern.“ In der Zeit, in der ihr Bruder im Krankenhaus lag, brachte es Frau E. an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, da ihr Bruder nur auf sie reagierte und sie deshalb 24 Stunden an seiner Seite war. Seitdem ist sie der Überzeugung, durch besondere Fürsorge einen weiteren Suizidversuch verhindern zu können: „Seitdem er durchgekommen ist, hat mich der Eifer gepackt, ich bin wie seine Mutter jetzt.“ Sie kümmert sich gerne um ihren Bruder, aber in diesem Ausmaß widerwillig, da Fr. E. keinen Platz für ihr eigenes Leben sieht.

Der älteste Sohn der Familie hatte vorher die Betreuung übernommen, dieser war damit aber über die Jahre überlastet, so dass nun die ganze Verantwortung auf Frau E. liegt.

Sie selbst empfindet sich als „die starke kleine Schwester“ die für ihre Familie da sein muss, weil sie keine andere Lösung für ihren Bruder weiß. Sie betont, dass sie damit eigentlich gar nichts zu tun haben möchte und nur sie selbst sein will, wozu ihr aber keine Zeit bleibt.

6.3 Bewertung der Tagung anhand eines Fragebogens

Vor der Auswertung der Geschwisterdiskussion werden die Ergebnisse des Fragebogens vorangestellt. Die Beurteilung der Geschwistertagung durch die Geschwister anhand eines Fragebogens soll die nachfolgende Auswertung der Äußerungen während der Geschwistertagung untermauern und die Offenheit der Teilnehmer widerspiegeln und somit die Bedeutung der nachfolgenden Belastungsfaktoren veranschaulichen.

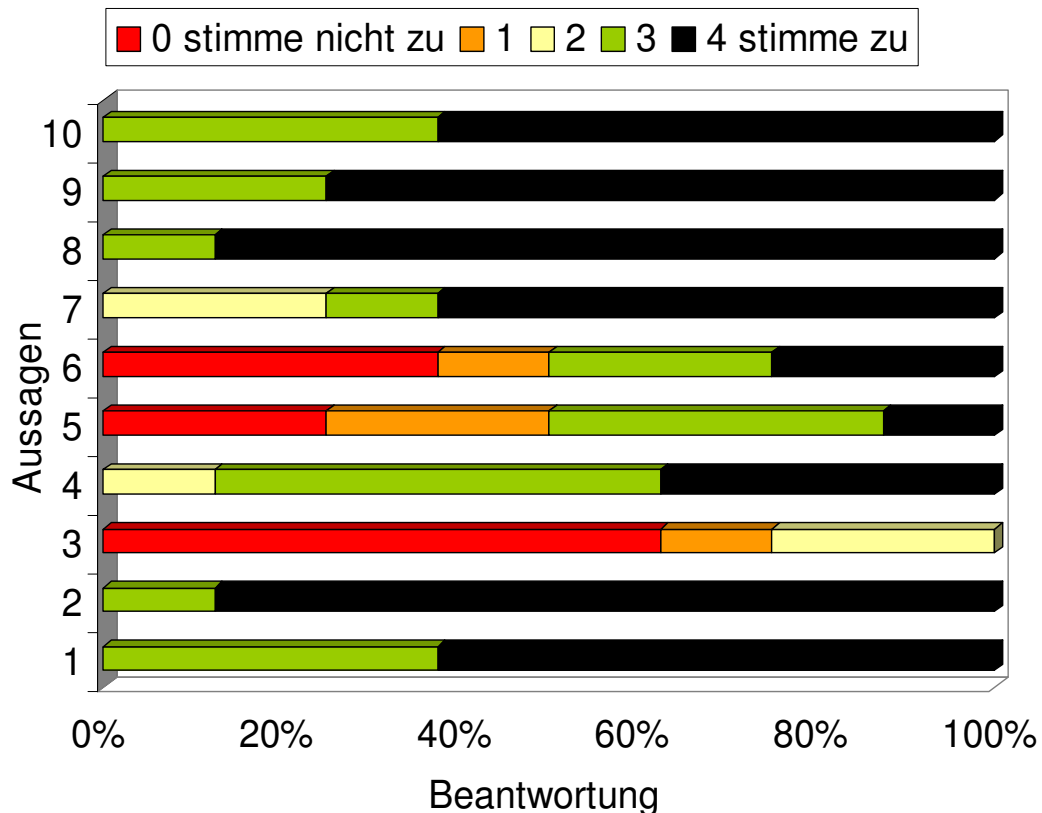
Am Ende der Geschwistertagung wurde dieser Fragebogen (siehe Anhang, Kap. A.3) an alle Geschwister ausgehändigt. Er hatte das Ziel, den „Geschwister-Austausch“ im Rahmen dieser Tagung zu bewerten. Alle neun Geschwister beurteilten die zehn vorgegebenen Antworten bereitwillig.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Schwester eines geistig behinderten Bruders teilgenommen hatte. Sie bemerkte bereits während der Tagung, dass dieses spezielle Geschwistertreffen für sie grundsätzlich der falsche Rahmen sei, weil ihre Erlebnisse mit dem Bruder überwiegend andere seien als mit einem psychisch erkrankten Geschwisterteil.³⁵

Aufgrund dessen, dass der Schwerpunkt der Tagung auf den Problematiken der Geschwister liegen sollte, die mit einem psychische Erkrankten Geschwisterteil aufgewachsen sind, wurde der Fragebogen dieser Teilnehmerin nicht in die Auswertung mit einbezogen. Somit kann der spezielle Nutzen dieses Geschwistertreffens für die gesunden Geschwister von psychisch Erkrankten eindeutiger herausgearbeitet werden.

Für die Beantwortung des Fragebogens stand eine Skala mit Abstufungen von 0-4 zur Verfügung, wobei 0 „stimme nicht zu“ und 4 „stimme zu“ bedeutete. Das Diagramm veranschaulicht die anschließende Auswertung der Fragebögen mit gerundeten Prozentzahlen.

³⁵ Anders als bei den Geschwistern, die mit einem psychisch erkrankten Geschwisterteil aufgewachsen sind, zeigte sich bei dieser Teilnehmerin, dass die Besonderheit ihres Bruders schon früh in der Kindheit erkennbar war und sie damit umzugehen lernte. Dies äußerte sich in ihrem Bericht über die Erlebnisse mit dem Bruder, wobei die Andersartigkeit als gegeben hingenommen werden konnte und somit akzeptiert wurde. Ihre Hauptbelastung lag nicht darin, die anfänglich verwirrende Situation durch die Veränderung des zuvor gesunden Geschwisters einzuordnen und damit umgehen zu lernen. Dadurch unterschied sie sich von den anderen Teilnehmern.



1. Über die Aussage „*neue Informationen durch die Geschwistertagung erhalten zu haben*“, waren sich alle Geschwister einig und stimmten tendenziell zu, einen Erkenntnisgewinn bekommen zu haben.
2. Alle acht Geschwister würden wieder an einer „*moderierten Angehörigengruppe teilnehmen*“.
3. Die Äußerung, an einer „*nicht moderierten Selbsthilfegruppe teilzunehmen*“ wurde von 80 % der Teilnehmer abgelehnt und 20 % hatten es neutral bewertet, d.h. sie schlossen es nicht aus, aber stimmten auch nicht zu.
4. 90 % der Teilnehmer empfanden die Geschwistertagung als „*entlastende Unterstützung*“, 10 % hielten es offen, sich festzulegen.
5. Die Geschwister waren bei der Einschätzung, ob sie ihre „*heutige Situation anders als vor der Tagung*“ beurteilen würden, unschlüssig. Sie wählten hier nicht eindeutig „stimme zu“ oder „stimme nicht zu“, sondern neigten eher zur nicht festgelegten Mitte. Die eine Hälfte der Geschwister antwortete eher mit Zustimmung, und die anderen stimmten eher nicht zu.
6. Geht es um die „*Einstellung zum Bruder oder der Schwester nach der Tagung*“, so empfanden 50 % der befragten Geschwister eine Veränderung nach der Tagung, bei 50 % änderte sich die Einstellung nicht.

7. 70 % der Teilnehmer stimmten zu, dass sie ihre „*Erfahrungen in die Gruppengespräche mit einbringen*“ konnten. Die anderen 30 % legten sich nicht fest, ob sie ihre Erfahrungen einbringen konnten.
8. 100 % waren der Meinung, dass sie „*Offen über ihre Gefühle sprechen*“ konnten.
9. Ebenso empfanden alle Geschwister den „*Erfahrungsaustausch mit den anderen Geschwistern*“ als hilfreich.
10. Die „*Erwartungen an die Geschwistertagung*“ wurden tendenziell laut allen Teilnehmern erfüllt.

Fazit:

Durch die Bewertung der Geschwistertagung kann die positive Bedeutung für die einzelnen Geschwister verdeutlicht werden, da alle Geschwister noch einmal an einer Tagung, die speziell für ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist, teilnehmen würden.

Die Antworten zur Frage 5 und 6 lieferten eine gespaltene Einschätzung zur zukünftigen Einstellung zum Bruder und der jeweiligen Situation nach der Tagung. Hier wäre es interessant zu erfahren, wodurch die zwei Gruppen entstanden sind. Liegt es am Geschlecht oder evtl. an der Reife des Alters, die Situation anders einzuschätzen? Evtl. sind Sichtweisen sehr verhärtet und Emotionen in akuter Form vorhanden. Ist die Situation mit dem Bruder schon als gut empfunden worden, so dass sich die Einstellung nicht zu ändern braucht? Bedarf es mehr Geschwistertagungen wie dieser um einen neuen Blickwinkel zu bekommen?

Im Rahmen dieser Diplomarbeit kann nicht geklärt werden, wodurch sich die Einstellung zum psychisch erkrankten Geschwister nach der Tagung evtl. geändert haben könnte. Interessant ist zudem, warum eine andere Einstellung zum Erkrankten überhaupt nötig wäre?

In einer Folgetagung könnten diese Fragen gezielt aufgegriffen werden um die Effekte einer solchen Veranstaltung und Gruppe zu erahnen. Zudem könnte über konkrete Hilfen gesprochen werden, die aufgrund der ausführlichen Beschreibung der belastenden Erfahrungen durch die Geschwister, im ersten Treffen nicht angesprochen werden konnten.

Dieser Fragebogen ist nicht repräsentativ, als Stichprobe verstanden spiegelt er aber den Nutzen für die Geschwister wieder und das Interesse, an weiteren moderierten Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

6.4 Auswertung der Belastungsfaktoren für die „gesunden Geschwister“

Als nächstes werden, in Anlehnung an die Kategorien des bisherigen Forschungsstandes, die Belastungen, die während der Geschwistertagung genannt wurden untersucht und nachfolgend ausgewertet. Als Grundlage dienen Tonbandaufnahmen die während der Diskussionsrunde der Geschwister erstellt wurden.³⁶

6.4.1 Persönliche Lebenssituation

6.4.1.1 Emotionale Belastung durch Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Angst

Fast alle Geschwister nannten belastende Schuldgefühle, insbesondere die Sorge, dass es nicht nur dem Erkrankten schlecht geht, sondern dass auch das Wohlbefinden der Eltern durch die bedrückende Situation eingeschränkt ist: *„Das meiste schlechte Gewissen habe ich vor meiner Mutter, weil ich sie alleine lasse mit meinem Bruder. Diese Belastung, die sie jeden Tag hat. Und ich weiß, dass es sie unheimlich belastet.“*

Häufig zeigte sich eine tiefe Trauer über die Veränderung des Verhaltens und die Lebenszufriedenheit des erkrankten Geschwisters: *„Aber weil er vielleicht erlebt, dass andere Familienmitglieder beruflich etwas erreicht haben, was er selber auch gerne gehabt hätte aber nicht konnte, und da fühlt er sich aber immer irgendwie schlecht. Mir geht's im Grunde dann auch schlecht dabei.“*

Selbst die eigene Gesundheit, im Vergleich zum Leid ihres erkrankten Geschwisters, löste tiefe Schuldgefühle aus: *„Ja ...dass es mir gut geht und ihm geht es eigentlich schlecht. Das bedrückt mich schon sehr.“* Das Gefühl der Schuldigkeit ging so weit, dass das eigene gesunde Leben in Frage gestellt wurde: *„Ich habe ein unheimliches Gefühl, nicht lebenswert zu sein, also dass mein Leben es nicht wert ist zu leben. Also ich find` keine anderen Worte dafür, aber ich denke immer so –ich bin nicht so wichtig aber ich muss jetzt gucken.“*

Viele fühlten die dauernde Präsenz der Schuldgefühle, wenn sie etwas für sich unternahmen und die freie Zeit nicht für den Bruder aufbrachten: *„Ich nehme das im Grunde immer mit, dass ich dann denke: Wenn ich was unternehmen kann, dann kann ich das gar nicht genießen, ja das ist, weil ich immer denke: Meine Güte, wie geht es*

³⁶ Zitate aus der Geschwistertagung werden durch kursive Schrift hervorgehoben.

ihm jetzt?“ Somit verursachte jede Abgrenzung zum kranken Bruder oder Schwester Verunsicherung und Schuldgefühle: „Er muss raus. Das habe ich auch sehr lange rausgezögert, weil das immer so das Gefühl war, ich schmeiß meinen Bruder aus dem Elternhaus, in dem ich mich breit gemacht hab.“

Ferner bedrückte die Geschwister, nicht genug für ihren Bruder/ Schwester getan zu haben, damit es ihm besser geht oder dass sogar die Krankheit selbst durch mehr Zuwendung hätte vermieden werden können: *„Und man denkt scheiße, was habe ich denn falsch gemacht? Ich habe doch alles gemacht oder meine Eltern.“*

Eine große emotionale Belastung stellt die Ohnmacht und Verzweiflung dar, die gegebene Situation einzuordnen und zu verstehen: *„Ich will einfach nur die Situation begreifen, wie sie jetzt ist und so hinnehmen, und das Beste draus machen. Sonst verlier` ich echt Kraft.“*

Es ist für die Geschwister schwer, einen Ausweg für die immer wieder schwierigen Situationen zu finden: *„Dann rief er mich nach zehn Wochen an. Er könnte nach Hause, er könnte ihn entlassen, aber er könnte nicht ohne Begleitung zurück reisen. Ja, was habe ich gemacht? Ich bin Samstag früh nach Warschau geflogen, [...] weil ich hatte Angst, mit ihm zurückzufliegen, weil ich dachte, was mach ich, wenn der im Flugzeug auffällig wird, dann landen die noch irgendwo, dann habe ich ein echtes Problem. Dann bin ich mit ihm im Nachtzug zurückgefahren. Das war für mich eine solche extreme Belastung. Ich kann das gar nicht ausdrücken, wie schlimm das war.“*

Unsicherheit und Angst bezüglich der Rückfallgefährdung des erkrankten Bruders oder der Schwester empfanden über die Hälfte als emotionale Belastung: *„Und was mir auch halt Angst macht, dass der Abstand zu dem letzten schweren Schub ja knapp zwei Jahre her ist und die Abstände davor deutlich größer waren. Und ich Angst habe, dass das immer kürzer wird, mit den Abständen.“*

6.4.1.2 Zeitlicher Aufwand und Einschränkungen der eigenen Autonomie und Freizeitgestaltung

Infolge der als notwendig erachteten Unterstützung für den erkrankten Bruder oder Schwester wurden zeitliche Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen genannt. Die Erlebnisse, die durch die Krankheit auftreten, adäquat zu verarbeiten wird als schwierig empfunden, weil die eigene Freizeit dazu nicht reicht: *„Ich habe auch noch nie drüber geredet. So wie jetzt, ich habe keine Zeit dazu. Wann? Ich verdräng` das so, weil sonst überrollt mich das so. Und ich weiß nicht, wo ich das*

rauslassen soll. Ich habe ja noch nicht mal Zeit für eine Selbsttherapie, damit ich das mal verarbeiten kann.“

Unter diesem Zeitmangel leidet lt. den Geschwistern die eigene Individualität und Autonomie: *„Ich will Musik hören, ich will kitschig sein, tussihft sein, also ich will alles sein, aber nicht mehr das. Das brauche ich nicht. Ich möchte das Leben sehen. Ich liebe das Leben. Ich brauche Kontakte zu anderen Menschen, aber ich habe keine Lust mehr auf das Thema. Ich weine mich dann bei einer Freundin aus.“*

Besonders die akuten Krankheitsphasen, in denen man ständig für das erkrankte Geschwister Ansprechpartner sein möchte und ihm beistehen will, schränken die eigene Freizeitgestaltung erheblich ein: *„Dann war er ca. fünf Monate in der Klinik und ist dann nach Hause gekommen, was wieder eine Belastung war. Es war nicht so, dass sich alle gefreut haben, dass er nach Hause kommt sondern ein Kraftakt, weil wir ihn schon jeden Tag in der Klinik besucht haben. Es war halt schwierig, sich über Monate um ihn kümmern zu müssen.“*

Rückblickend auf ihre Jugend empfanden die Geschwister die Zeit für sich selbst als sehr eingeschränkt, aufgrund der Tatsache, für die Familie funktionieren zu müssen und Solidarität zu zeigen: *„Seitdem ich 14 bin, bin ich in der Psychiatrie. Das war sehr schlimm, um so öfter man geht, umso mehr gewöhnt man sich dran, aber es ist trotzdem anstrengend.“*

Der Blick der Geschwister in die Zukunft, auf die unumstößliche Situation, irgendwann für den Bruder/ die Schwester sorgen zu müssen, schränkt viele in ihrer heutigen Lebensgestaltung ein: *„Ne, mein älterer Bruder ist schon so weit, dass er sein Haus verkauft hat und zieht jetzt auch auf die gleiche Straße, mit seiner ganzen Familie, damit er noch näher ist, damit, wenn es nicht mehr weiter geht, macht er die Betreuung für ihn, damit, wenn meine Eltern sterben, der Umbruch nicht so krass ist. Dann gewöhnt man sich jetzt schon dran, Stück für Stück auf Raten, ja, damit es dann nicht so hart kommt. Dann ist er in der Nähe, der Junge ist beruhigt, also unser kranker Bruder, ja.“*

6.4.1.3 Eigene gesundheitliche Belastung

Über die Hälfte der Geschwister gaben an, eigene gesundheitliche Belastungen infolge der Erkrankung des Geschwisters zu haben. *„Und vor zwei Jahren war dann meine Kraft am Ende, wo ich dachte, ich breche zusammen. Ich kann nicht für meine Kinder sorgen, für meine alten Eltern sorgen und für meinen Bruder.“*

Überlastung und Erschöpfungszustände durch die andauernde Anspannung führte für einige Geschwister zu der Notwendigkeit, therapeutische Hilfe für sich in Anspruch zu nehmen: *„Ich kann Sie nur ermutigen, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich habe es getan und ich habe davon mehr profitiert als von vielen anderen Dingen. Ich habe insgesamt sechs Jahre analytische und Tiefenpsychologie gemacht. Und es war echt klasse für mich.“*

6.4.1.4 Ängste, selbst zu erkranken

Neben den eigenen gesundheitlichen Belastungen thematisierten die Geschwister Bedenken, dass sie selbst psychisch krank werden könnten, besonders im Zusammenhang mit konfliktreichen Situationen mit ihren Geschwistern: *„Ich habe auch Angst, krank zu werden. Ich merke, ich habe einfach auch Angst, krank zu werden. Weil ich merke, meine Gedanken drehen durch und ich kann meine Person auch nicht mehr zuordnen.“*

6.4.1.5 Belastungen für die eigene Partnerschaft und Familie

Die Anstrengungen, die durch die Erkrankung des Geschwisters aufgetreten sind, können sich auch auf die Partnerschaft und die eigene Familie auswirken. Die Geschwister erleben einen Zwiespalt, auf der einen Seite dem erkrankten Bruder oder der Schwester angemessen helfen zu wollen und auf der anderen Seite die eigene Familie mit ihren Anliegen und Bedürfnissen nicht zu kurz kommen zu lassen: *„Wenn ich jetzt bei der ganzen Hilfe drauf gehe, oder meine kleine Familie drauf geht, dann ist das Gleichgewicht nicht mehr da. Dann darf ich die Nächstenliebe nicht überwiegen lassen, so dass es mich kaputt macht. Und ich denke, helfen grundsätzlich schon, aber unter den und den und den Bedingungen. Weil weiter geht es nicht, mehr kann ich nicht ertragen, weil sonst ist meine Familie gefährdet und meine Firma und so. Und wenn die Bedingungen nicht erfüllt werden, dann kann ich die Hilfe nicht bieten.“*

Einige der Betroffenen sahen keine Möglichkeit eine eigene Partnerschaft aufzubauen, weil man aufgrund des zeitlichen Aufwands für das Geschwister keine Zeit hat, jemand neues kennen zu lernen. Hinzu kommt die Angst davor, was der neue Partner zu einem *„bekloppten Bruder“* bzw. Schwester sagen würde.

Andere Teilnehmer merkten, dass sie bestimmte Handlungsmuster aus den Erlebnissen mit dem Geschwister entwickelten, die sie in Partnerschaften als

hinderlich empfanden: *„Ich will helfen, diese Struktur habe ich übernommen. Ich merke, dass ich in anderen Beziehungen ähnlich reagiere, auch in Partnerschaften. Ich habe immer die Rolle, wo fange ich etwas auf?“*

Andere Geschwister wiederum äußerten Ängste vor unkontrollierten Gefühlsausbrüchen oder Aggressionen durch das erkrankte Geschwister: *„Und wenn mein Bruder dort ist, möchte meine Frau nicht mehr, dass mein Sohn dort hingehet, weil immer die Gefahr besteht, es kommt zu Auseinandersetzungen. Es gibt Streit oder er wird aggressiv [...]. Und insofern ist es immer eine gewisse Gefahr für meine kleine Familie, dass er jetzt wieder als Eindringling kommt und diese destabilisiert, genau.“*

6.4.1.6 Angst, dass das eigene Kind erkrankt

„Ich glaube, dass man gut mit der Krankheit leben kann, aber durch meine Biographie hatte ich schon Angst um meine Kinder.“ Wie dieser Teilnehmerin erging es vielen. Sie befürchtete die Erkrankung der eigenen Kinder. Die einen versuchten, diesen Gedanken auszublenden und ein weitgehend normales Leben mit den Kindern zu führen, die anderen waren sehr bedacht mit ihrem Kind, nahmen jede Andersartigkeit wahr und verglichen dieses Verhalten mit dem des Erkrankten.

6.4.1.7 Negative Auswirkungen für die eigene berufliche Tätigkeit

Infolge des erhöhten Betreuungsaufwandes und durch die Sorge um den erkrankten Bruder oder die Schwester wurde von den Geschwistern die eigene berufliche Tätigkeit als belastet erlebt. Geschwister, die in sozialen Bereichen arbeiteten, empfanden ihre Arbeit zwar als hilfreich im Umgang mit dem Bruder, hatten aber zugleich das Gefühl der Verschmelzung der beiden Lebensbereiche: *„Ich arbeite ja auch noch mit vielen kranken Leuten zusammen [...]. Und wenn ich Leute vor mir sitzen habe, dann merke ich einfach an einem Punkt, es tut nicht mehr gut. Weil vorher bin ich diese Schiene gefahren, ich habe profitiert von diesem Wissen. Das war meine Stärke und jetzt ist meine Stärke so ein bisschen zu meinem Fluch geworden. Ich muss aufpassen, denn ich habe das Gefühl, ich habe gar nicht mehr Feierabend.“*

Viele empfanden es als negativ, durch Folgen der Krankheit nicht den Traumberuf gewählt zu haben: *„[...] ich hätte gerne Kunstgeschichte studiert, aber ich musste ja die Solide sein.“*, *„Ich habe auch nicht meinen Berufswunsch gewählt, sondern ich*

habe einen Beruf gewählt, wo ich möglichst schnell unabhängig war und Geld verdient habe.“

6.4.1.8 Finanzielle Belastungen

Die finanziellen Aufwendungen für ihre erkrankten Geschwister empfanden viele als selbstverständlich.³⁷ Als Belastung empfanden die gesunden Geschwister vielmehr, dass der Betroffene mit wenig Geld leben muss oder mit Geld nicht umgehen kann. Viele beklagten die fehlende Wertschätzung der finanziellen Unterstützung, seitens der Familie. Meist lebt der Erkrankte noch zu Hause oder in der nahen Umgebung, er finanziert sich durch Arbeitslosengeld oder den Geldern einer Frühberentung und zusätzlicher Unterstützung der Familie: *„So bekommt er Unterstützung aus der Familie, da ist auch Hartz IV mit dabei und er lebt in der Nähe von meinen Eltern mit seiner Frau.“*

6.4.1.9 Besonderer Anpassungsdruck, immer funktionieren zu müssen

Die Geschwister bemühten sich meist um Unauffälligkeit, um keine zusätzliche Last für die Familie zu sein: *„Und ich war immer angepasst, das war so, ich hatte keine eigene Identität, ich habe immer versucht, alles zu schlichten oder auf jeden Fall keine Probleme zu machen. Ich war nie gut in der Schule, aber ich habe auch immer versucht, dass ich nicht schlecht war, also dass ich keinen Ärger mache.“*

Die meisten Geschwister erleben sich selbst in der Rolle, als „die kleine starke Schwester“ oder den „großen starken Bruder“, in der sie funktionieren müssen, obwohl sie sich manchmal gar nicht so fühlen. *„Furchtbar. Dann kommt noch die Erwartungshaltung von meiner Mutter dazu, dass ich mich als die Ältere kümmerge. Meine Schwester ist noch mal deutlich jünger als ich, die hat noch drei schulpflichtige Kinder und kann sich von daher auch nicht so kümmern. Ich bin jetzt seit ein paar*

³⁷ Peukert stellte bereits überraschend, eine relative niedrige Bewertung der Finanzielle Belastung bei den Eltern fest. Obwohl lt. Peukert die indirekten Krankheitskosten für die 90er Jahre für Schizophrenie bei ca. 15.750,-DM betrug, was wiederum 50% der gesamten indirekten Kosten wäre. (vgl. in Binder, W., Bender W. (2008). Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg einer Dialogischen Psychiatrie. Köln: Claus Richter Verlag, S. 115)

Jahren im Ruhestand und hatte mir das dann auch ein bisschen anders vorgestellt, dass ich mehr Zeit für mich haben kann.“

6.4.1.10 Die Verantwortung, irgendwann für sein erkranktes Geschwister sorgen zu müssen

Die Tatsache, dass die Eltern irgendwann zu alt sind und auch sterben, bringt die Geschwister in die selbst definierte Verantwortung, für ihr erkranktes Geschwister zu sorgen. Sie meinen, die elterliche Verpflichtung, für den Erkrankten zu sorgen, übernehmen zu müssen. *„Was passiert, wenn meine Eltern nicht mehr da sind? Ich bin jetzt schon formal in den Prozess mit eingebunden, dass ich dann die Ansprechpartnerin für meinen Bruder bin. Was die Vermögensbetreuung angeht, da sehe ich, dass eine riesengroße Aufgabe auf mich zukommt. Die nehme ich gerne an. Wie ich dann damit umgehe, das weiß ich dann noch nicht genau. Ich bin in die ganzen Aktivitäten noch nicht eingebunden.“*

Die Geschwister empfanden alle diese bevorstehende Verantwortung als dauernde Belastung: *„Ja, eine langfristige Lösung, weil für mich ist es auch eine Bedrohung. Und ich weiß, dass er mir irgendwann am Hals hängen wird. Wenn mein Vater mal über achtzig ist und nicht mehr alles händeln kann. Er ist eigentlich der ruhende Pol in der Familie, der das alles ausgleicht, der dann mit dem Richter spricht und ihm einen Anwalt sucht und solche Sachen. Aber das kann er dann irgendwann nicht mehr und dann hängt es wahrscheinlich an mir.“*

Die Geschwister wirkten verzweifelt und suchten für sich eine individuelle Lösung, um sich auf das Problem besser vorzubereiten und damit umgehen zu können, irgendwann für sein erkranktes Geschwister zu sorgen: *„Aber ich versuch das halt so zu sehen: Fakt ist, meine Eltern werden irgendwann mal sterben und ich bin die Jüngste. Umso schneller ich mich mit dem Gedanken angefreundet habe, umso leichter wird es mir fallen, damit umzugehen, hoffentlich.“* Die Auseinandersetzung mit dem Umstand, die Verantwortung an Institutionen abzugeben oder selbst verantwortlich zu bleiben, belastete die Geschwister sehr.

6.4.2 Umgang mit dem Erkrankten

6.4.2.1 Unsicherheit im Umgang mit ihm

Die Hilflosigkeit, in wieweit man den Erkrankten stützen muss und wie sehr man ihn selbst bestimmen lassen kann, war für viele Geschwister belastend: *„Und ich denke, dass unser Verhältnis manchmal auch schwierig ist [...]. Er sagt, ich sollte nicht über ihn bestimmen. Ja, er möchte auch ein selbstbestimmtes Leben führen. Und ich frage mich, wie das mit dieser Krankheit möglich sein kann. Das ist etwas, dass mich sehr belastet.“* Die Geschwister sehen sich in einer Verantwortlichkeit die sie aber selbst nicht tragen können.

6.4.2.2 Ärger und Wut aufgrund des als egozentrisch erlebten Handelns

Die Symptome der Krankheit, die sich im Verhalten der Betroffenen zeigt, löste Fremdheit und Unbehagen aus. Auf längere Sicht erweckten solche skurrilen Situationen mit dem Erkrankten negative Gefühle wie Ärger, Wut, Trauer und Unverständnis: *„Und so was wird dann durch andere Zwänge wieder aufgearbeitet, die er dann wieder rauslässt. Richtig kindisch, er macht Klingelstreiche bei Nachbarn oder drückt während der ganzen Autofahrt auf die Hupe [...]. Es ist so bescheuert.“*

Infolge andauernder Anspannung und Hilflosigkeit reagierten manche Geschwister trotz ihrer Empathie für den Betroffenen wütend und aggressiv: *„Als wir täglich aufeinander getroffen sind, bin ich ihm auch nur noch negativ begegnet. Ich habe nur noch gemosert, du musst jetzt aufstehen und mal mitarbeiten und du musst auch mal was essen ohne dass ich fünf Mal komme und sage: „Jetzt iss doch mal was!“ Wo ich dann auch laut geworden bin und dann auch rumgeschrien habe. Aber eigentlich schreit er ja nach Liebe und das geht dann gar nicht.“*

Eine andere Gruppe von Geschwistern empfand vordergründig eher negative Gefühle für das Verhalten ihres Erkranktes Geschwister. Eine fehlende Krankheitseinsicht des erkrankten Geschwisters verursacht zum Beispiel reine ablehnende Gefühle und Unverständnis: *„Der ist meines Erachtens gestört. Also was mich an meinem Bruder ärgert ist, dass er immer die Schuld bei anderen sucht. Niemals, niemals ist es er, der mal an sich arbeiten müsste oder sich mal Mühe geben müsste oder sich mal in Therapie begeben müsste.“*

6.4.2.3 Angst vor der Lebensunzufriedenheit des Geschwisters und dem evtl. daraus resultierenden Suizid

Die gesunden Geschwister erachten,- auf Grundlage ihres eigenen Anspruches und ihrer Überzeugungen-, bestimmte Faktoren, die ihnen zur ihrer Lebenszufriedenheit wichtig erscheinen, als nötig, um ein erfülltes Leben zu führen. Die Lebensqualität des erkrankten Geschwisters wird als eingeschränkt wahrgenommen, da ihnen zum Beispiel soziale Kontakte, Aktivitäten oder Genussfähigkeit fehlen: *„Das dieser Zustand der Depression, die Einsamkeit [...]. Das ist dieser Zustand, in dem man sich Tag für Tag befindet und vielleicht auch Woche für Woche, sogar Monat für Monat, also ich würde mich da auch umbringen.“*

Ferner wird die Angst und Betroffenheit bezüglich Lebensunzufriedenheit des Erkrankten zusätzlich noch verstärkt, wenn bereits erste Suizidversuche vorliegen: *„Ich habe mich schon mit diesem Gedanken beschäftigt und im Unterbewusstsein rechne ich schon damit, wenn ich wiederkomme, was passieren könnte. Denn es ist schon einmal passiert, warum soll es nicht noch mal passieren? Aber es kann auch sein, das es nicht passiert.“*

Über die Hälfte der Geschwister leben mit dem Gedanken, einen Suizid evtl. verhindern zu können, wenn sie mehr für ihr Geschwister leisten und erbringen. Einige der „Älteren“ erkannten den Irrglauben, dass sich der Bruder nicht umbringt, weil die Geschwister zu wenig getan haben. Zudem hatten viele das beklemmende Gefühl, die Lebenslage des Geschwister verbessern zu müssen: *„Was mich auch ganz stark beschäftigt: Die Frage, dass jemand leben möchte. Also mein Bruder ist auch ein lebensfroher Mensch, wir haben sehr engen Kontakt. Und ich glaube, dass er diesen, ja so in dieser Form auch nicht leben möchte. Und ich frage mich, wie wäre es möglich, eine bessere Lebensqualität zu schaffen? Jetzt auch für mich als Schwester, wie kann ich ihm helfen?“*

6.4.2.4 Dilemma im Umgang mit den Erkrankten

Über die Hälfte der Geschwister erlebten es als äußerst schwierig ihren Bruder oder Schwester ausreichend zu unterstützen und dabei die eigene Grenze der eigenen Belastbarkeit nicht zu überschreiten: *„Und ich denke, dass das verstärkt, dass ich mich um ihn kümmere und für ihn Sorge und dabei vergesse, für mich selbst zu sorgen. Ja, das kann ich schon so formulieren. Das sind Ängste, Wut, Trauer, Hilflosigkeit, das kommt alles damit hinein.“*

Besonders in akuten Krisenzeiten ist die klare Abgrenzung zum Betroffenen meistens nicht vorhanden und stellt eine weitaus höhere Belastung dar. *„Und dann sind immer Situationen, wo ich denke, ach das kann doch nicht sein. Das immer wieder die Hilfe gefordert ist. Wenn die Familie nicht hilft, wer dann?“* Die Ambivalenz, zwischen der verlangten Hilfe durch das erkrankte Geschwister und der empfundenen Verpflichtung helfen zu müssen, bringt die meisten Geschwister in eine schwierige Zwangslage.

6.4.2.5 Fehlende Krankheitseinsicht und mangelnde (medikamentöse) Compliance des Erkrankten

Viele Geschwister empfanden die Uneinsichtigkeit der erkrankten Geschwister bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit als sehr schwierig: *„Also so schlecht, dass wir jetzt eine Betreuung beim Amtsgericht beantragt haben, weil wir sehen, dass er in Behandlung muss, aber er selber hat die Einsicht nicht.“*

Der unsachgemäße Umgang mit den benötigten Medikamenten besorgte die Teilnehmer gleichermaßen. *„Nein, er lehnt es ab. Wir haben schon vieles versucht, aber er sagt, ich bin nicht krank. Mittlerweile habe ich noch eine zweite Sorge dazu, weil er verstärkt Alkohol trinkt [...]. Was auch noch `ne Sorge ist, wenn das noch dazu kommt; denn er darf gar keinen Alkohol trinken aufgrund seiner Medikamente, die er nehmen muss.“*

6.4.2.6 Neudefinition der Geschwisterbeziehung (neue Rollenverteilung/ Identifikationsverlust / „Übernahme der Elternrolle“)

Wie an anderer Stelle schon erwähnt, birgt die Verantwortlichkeit für den Bruder oder die Schwester für die gesunden Geschwister eine erhöhte Belastung. Durch diese neue Aufgabe kann sich die horizontale Geschwisterebene auf die Elternebene verlagern: *„Seitdem er durchgekommen ist, hat mich der Eifer gepackt, ich bin wie seine Mutter jetzt.“*

Durch diese Rollenverschiebung ergeben sich neue Konflikte zwischen den Geschwistern. Diese beruhen zum Beispiel darauf, dass die „kleine Schwester“ verantwortlich für den älteren Bruder wird und sich dadurch nichts sagen lassen möchte. Generell ist es für die erkrankten Geschwister schwierig, Hilfe anzunehmen, weil sie nicht von jüngeren Geschwistern bestimmt werden möchten: *„Und ich denke, dass unser Verhältnis manchmal auch schwierig ist, weil als Ältere, er sagt, ich sollte nicht über ihn bestimmen.“*

6.4.2.7 „Mad or Bad“ – Kann er nicht oder will er nicht?

Einige Geschwister äußerten, das sie verwirrt seien über das, was der Erkrankte teilweise kann und welche Tätigkeiten aufgrund der Krankheit nicht funktionieren: *„Ja, mit den Zigaretten das ist total witzig, nicht essen nicht trinken, nicht einkaufen, nicht waschen aber die Zigaretten, die sind aufgefüllt.“*

Dieses Gefühl, dass er nur das macht was er möchte, breitete in manchen Familien Wut und Aggression: *„Bei uns sind noch so viele Aggressionen in der Familie. Denn er ist so krank und vergisst alles, aber die Zigaretten und den Kaffee, den vergisst er nicht. Also seine Lieblingssachen vergisst er irgendwie nicht. Aber Tabletten vergisst er und putzen brauch er ja gar nicht machen. Ich bin ja schon froh, wenn er die Toilette abspült.“*

6.4.3 Eigenes Subjektives Empfinden der Herkunftsfamilie

6.4.3.1 Abgrenzungsproblematik gegenüber den Forderungen der Eltern

Manche Geschwister erachten die Einforderung von Hilfe durch die Eltern als äußerst problematisch. Den gesunden Geschwistern fiel es schwer, sich in einem für sie gesunden Maß abzugrenzen. Eine besonders prägnante Situation hatte ein Teilnehmer, der das Unternehmen der Familie übernommen hatte: *„Und das andere ist, dass meine Eltern ständig wieder drängeln, ich soll ihm doch eine Arbeit geben in meiner Firma. Weil meine Mutter der Meinung ist, der bräuchte ja nur ne Arbeit, dann würde alles wieder gut werden [...]. Also bin ich ständig unter Druck, ich soll ihm doch eine Arbeit geben.“*

6.4.3.2 Uneinigkeiten bzgl. der Erkrankung und des Umgangs mit dem Erkrankten

Fast alle Geschwister nannten Uneinigkeiten bezüglich des „richtigen“ Umgangs mit dem erkrankten Familienmitglied.

Daraus resultierten gegenseitige Schuldzuweisungen innerhalb der Familie und Überforderung: *„Aber erstmal, als er weg war (die Teilnehmerin organisierte für den Erkrankten Bruder eine Heimunterbringung), wie ich das nur machen konnte und die*

(Eltern) waren schon ziemlich fassungslos. Ich müsste mich selber schützen, das ging so einfach nicht mehr, sonst kann ich eure Enkelkinder nicht mehr betreuen. Wir wohnen alle in einem Haus.“

Es ergeben sich Belastungen für das gesunde Geschwister, wenn sie sich übergangen und nicht ernst genommen fühlen: „Mein Vater hat ihm dann eine Lehrstelle in unserer Firma besorgt, gegen meinen Willen – ich wollte das nicht. Aber er hat es durchgedrückt.“

Die ambivalente Einstellung der Eltern gegenüber den Erkrankten ist für die gesunden Kinder kaum zu ertragen, da sie sich hilflos dem widersprüchlichen Verhalten ausgesetzt sehen und damit machtlos sind: „Dann haben sie ihn mal endlich rausgeworfen, was ich ihnen schon lange sage, sie sollen mal endlich konsequent sein und durchgreifen. Dann haben sie es endlich mal gemacht, das ging dann aber nur drei oder vier Wochen lang, da war er wieder bei ihnen untergekommen. Und diese Inkonsequenz besonders von meiner Mutter, die ärgert mich dann total [...]. Aber sie ist heute total im Krach mit ihm und ärgert sich und will ihn rausschmeißen und einen Tag später ist sie genau das Gegenteil und bemuttert ihn wieder und nimmt ihn wieder auf, anstatt sie mal konsequent eine Linie durchzieht. Und sie ist da auch überhaupt nicht lernfähig. Ich erzähle ihr das seit zwanzig Jahren, sei doch mal konsequent und zieh das doch mal durch. Dann sagt sie im besten Fall noch ja, aber in fünf Minuten ist das wieder vergessen.“

6.4.3.3 Geheimhaltungen der Krankheit bzw. Ignorierung der Krankheit

Zusätzlich zu den Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Familie wurden Widersprüche geäußert bezüglich des Umgangs mit der Erkrankung außerhalb der Familie. Alle beteiligten Geschwister erlebten ihr Verhalten als offener, gegenüber Dritten- im Vergleich zu den Eltern: „Ich hatte ja zu Anfang auch schon gesagt, meine Eltern hatten auch die Philosophie, es soll keiner wissen. Aber das hat mich noch mehr leiden lassen, das halt mitzuspielen, das zu verheimlichen.“

6.4.3.4 Ungleiche Verteilung der Verantwortung unter den gesunden Geschwistern

In einer Familie mit mehreren gesunden Geschwistern, wobei nur eines die Hauptverantwortung übernommen hat, empfanden diese Geschwister sich allein

gelassen und ungerecht behandelt. Die meisten dieser Geschwister dachten, dass sie die Verantwortung aufgrund ihrer Eigenschaft des „ältere Geschwister“ zugespielt bekommen haben: *„Furchtbar. Dann kommt noch die Erwartungshaltung von meiner Mutter dazu, dass ich mich als die Ältere kümmere. Meine Schwester ist noch mal deutlich jünger als ich, die hat noch drei schulpflichtige Kinder und kann sich von daher auch nicht so kümmern. Ich bin jetzt seit ein paar Jahren im Ruhestand und hatte mir das dann auch ein bisschen anders vorgestellt, dass ich mehr Zeit für mich haben kann.“*

Die räumliche Nähe zur Herkunftsfamilie wurde als ein weiterer Grund für die auferlegte Verantwortlichkeit gesehen: *„Und ich sehe das Ganze auf mich zukommen, dass ich ihn demnächst am Hals habe. Mein jüngster Bruder wohnt halt in [...] (weiter weg als der der Befragte).“*

6.4.3.5 Die widerwillige Übernahme der Eltern Rolle

Eltern sind gemäß ihrer Rolle verantwortlich für ihre Kinder, demnach sorgen sich die Eltern um die Zukunft des Erkrankten, wenn sie ihm nicht mehr zu Seite stehen können. Diese Sorge bekommen die gesunden Geschwister unweigerlich zu spüren und unterliegen so den Vorwürfe der Eltern, für den Erkrankten die Verantwortung zu übernehmen. Als besonders schwierig wird es empfunden, wenn die Eltern ihrer Verantwortung, für ihr eigenes Kind zu sorgen, selbst nicht gerecht geworden sind und das die „gesunden“ Geschwister sich in der Lage sehen, diese schwierige Situation auffangen zu müssen: *„Was ich auch noch loswerden will, ich bin ein Stück weit sauer auf meine Eltern, weil die haben das einfach so laufen lassen. Ohne zu überlegen, was in der Zukunft sein wird, wenn sie nicht mehr können. Und auch so stillschweigend erwartet haben, dass ich das so übernehme. Ich hatte auch all die Jahre sehr viel Verständnis für meine Eltern, aber jetzt bin ich richtig sauer. Das sag ich meinen Eltern dann auch.“*

6.4.3.6 Ungleiche Behandlung/ Benachteiligung durch die Eltern bzgl. hoher Aufmerksamkeit für das kranke Geschwisterteil

Viele der Geschwister äußerten, dass sie in Folge der Krankheit des Geschwisters weniger Beachtung von den Eltern bekamen, als sie es benötigt hätten. Dieses Gefühl des „Zurücksteckens“ belastet nicht nur die Geschwisterbeziehung, sondern auch die

zu den Eltern: *„Ich würde auch gerne mehr Zeit alleine mit meiner Mutter verbringen, aber sie hat immer ein schlechtes Gewissen ihm gegenüber wenn wir z.B. in die Stadt gehen, einen Kaffee trinken, weil er hockt ja zu Hause. Sie meint dann immer, wir müssen ihn rausholen, etwas mit ihm unternehmen und das höre ich halt immer wieder. Auch wenn ich etwas mit meinem Vater mache, sagt er, jetzt könnte der X dabei sein. So, dass jede Chance genutzt wird, etwas mit ihm zu machen, aber ich hätte doch auch nur gerne ein ruhiges Gefühl. Damit meine ich, ich mache etwas und er ist mal nicht dabei und das ist dann auch mal gut so wie es ist.“*

6.4.3.7 Ressourcen der Eltern und Angst um sie

Neben der großen Sorge um den kranken Bruder oder die Schwester erlebten die Geschwister die Sorge um die Belastbarkeit der Eltern als hochdramatisch: *„Ich mache mir Sorgen, dass meine Mutter stirbt, weil sie sich so große Sorgen macht und mein Bruder immer wieder zu ihr hingeht. Und sie das so belastet, das macht mir auch Angst.“*

Alle Geschwister wollten mit ihren Vorhaben, dem Erkrankten zu helfen, unweigerlich auch die Eltern oder andere Familienmitglieder schützen. Zudem entwickelten sie Angst und Verzweiflung darüber, dass die älter werdenden Eltern vor der Belastung nicht zu schützen seien: *„Und warum es mich auch noch belastet, weil meine Eltern sind jetzt Mitte siebzig und es ist abzusehen, dass sie es nicht mehr allzu lange auffangen können. Und ich habe auch die Sorge, dass er sie nervlich ruiniert. Weil die nimmt es ja auch total mit, wenn er seine Ausbrüche hat und sie beschuldigt, dass sie an seiner Misere schuld wären. Ja, ganz schlimme Beschimpfungen fallen da auch.“*

6.4.3.8 Hilflosigkeit in einer für die Gesamtfamilie aufwühlenden Situation

Eine psychische Erkrankung ist üblicherweise nicht über Nacht da, sondern entwickelt sich mit ihren unspezifischen Symptomen über Jahre hin zur einer Krankheit. Das ist meist eine Zerreißprobe für die Beteiligten, die das Verhalten des Erkrankten irritieren aber auch verängstigen kann. Viele der Geschwister suchten zusammen mit ihrer Familie in dieser für sie überfordernden Situation Antworten: *„Die Frage, warum ist er psychisch krank geworden, hat uns sehr beschäftigt und umgetrieben.“*

Diese Zerreißprobe kann die Familie näher zusammenführen, aber auch trennen und somit spalten: *„Mein Vater ist seit Jahren ausgezogen und meine Mutter ist auch ziemlich überfordert damit, denn sie ist unheimlich sensibel.“*

6.4.3.9 Kein Ansprechpartner für die (anfänglich) verwirrende Situation in der Familie

Das Gefühl, allein zu sein mit der nicht einzuordnen Situation, resultiert aus der Hilflosigkeit der gesamten Familie. Die Eltern suchten Antworten für sich und Hilfe für den Erkrankten. Wenn die gesunden Geschwister Glück hatten, dann wurden sie mit in diesen Prozess einbezogen, wenn nicht, standen sie mit ihren Fragen alleine da. *„Ich hatte das halt alles persönlich genommen. Und warum er so ist wie er ist. Es ging eigentlich darum, warum er so wenig beigetragen hat zum Familienfrieden.“*

Viele Geschwister beschrieben die Ignorierung der Krankheit bis zu einem gewissen Grad durch die Eltern, wodurch sich das gesunde Geschwister mit der Andersartigkeit seines Bruders oder Schwester alleine auseinander setzen musste: *„Ich habe relativ schnell geahnt, dass mein Bruder in irgendeiner Weise anders ist als die anderen Kinder. Er war fünf, als er immer wieder ausgetickt ist und ich habe meinen Eltern gesagt: Hier da stimmt was nicht. Ich war dann die böse Tochter, die ihren armen Bruder schlecht gemacht hat.“*

Die Geschwister fühlten sich sichtlich erleichtert, erstmals einen Ansprechpartner für ihre angestauten Fragen über die verwirrenden Situationen zu haben: *„Ich will einfach nur die Situation begreifen, wie sie jetzt ist und so hinnehmen und das Beste draus machen.“* Des Weiteren *„Ist das denn heilbar oder gibt es da keine Aussicht, dass das heilen wird?“*

6.4.4 Belastung im Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern

6.4.4.1 Mangelnde institutionelle Unterstützungen

Eine adäquate Hilfe für den Betroffenen zu finden empfanden viele der Geschwister als äußerst schwierig: *„Er möchte ja auch in psychologische Behandlung, er hat sich auch bei mehreren Psychologen vorgestellt, aber es gibt viele, vielleicht sind wir auch noch nicht bei den Besten angekommen, aber es gibt viele, die sagen, bei einer Psychose, das möchte ich nicht übernehmen. Also es gab bis jetzt noch keinen, der*

sich wirklich um ihn gekümmert hat außerhalb der Klinik. Und in der Klinik setzten sie auch hauptsächlich auf Medikamente und so.“

Zudem sehen die Geschwister für sich selbst keine Möglichkeit, aus dem bestehenden Hilfesystem Entlastung zu erhalten: *„Ich habe auch noch nie drüber geredet. So wie jetzt, ich habe keine Zeit dazu. Wann? Ich verdräng` das so, weil sonst überrollt mich das so. Und ich weiß nicht, wo ich das rauslassen soll. Ich habe ja noch nicht mal Zeit für ne Selbsttherapie, damit ich das mal verarbeiten kann.“*

6.4.4.2 Geschwister fühlen sich nicht ernst genommen mit ihren Sorgen, Problemen und auch Ressourcen

Geschwister fühlen sich missverstanden und ungerecht behandelt von Mitarbeitern der Institutionen: *„Dann kam er in eine betreute WG. Das hat mich auch sehr viel Kraft gekostet, weil ich in dem Krankenhaus von einer Sozialarbeiterin beschimpft wurde. „Ich wollte ihn ins Heim stecken und er könnte doch alles“, und sie auch nicht verstanden hat, er könnte doch alles, aber er macht ja nichts, gar nichts. Ich wusste auch, dass das mit der WG nicht klappt, weil da nur alle zwei Wochen jemand vorbei kommt und im Prinzip die Leute da alles selber machen. Und der hat ja natürlich nichts gemacht, gar nichts.“*

6.4.5 Belastung im sozialen Umfeld

6.4.5.1 Erfahrungen von Unverständnis und Ablehnung

Speziell Geschwister mit Migrationshintergrund äußerten, dass sie aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds und ihres Glaubens Ablehnung erfahren: *„Dann noch der religiöse Humbug, der da noch drumherum geht. Ja, dann noch Bekannte, die einen meiden, weil mein Bruder die Töchter vergewaltigen könnte. Weil er krank ist, verrückt ist, kann ja sein.“*

6.4.5.2 Ängste vor Stigmatisierung

Besorgnis und Trauer aufgrund von Diskriminierung durch das Umfeld wie Arbeit und Nachbarschaft erschwerte den Geschwistern ihren Alltag: *„Und die Gesellschaft*

akzeptiert es nicht, ob es die Nachbarn sind [...] Bei uns hängt es ja mit der Kultur zusammen, dass es die Nachbarn nicht mitbekommen und so. Aber vielleicht würde es allen gut tun, besonders meinem Bruder, wenn der in einer WG leben würde oder in etwas Ähnlichem.

7 Diskussion³⁸

Die untersuchten psychosozialen Belastungsfaktoren der gesunden Geschwister sind vielfältig und offenbaren zugleich eine übereinstimmende Struktur. Die Frage der Verantwortlichkeit stand bei den Geschwistern im Mittelpunkt des Erfahrungsaustausches. Sehen sich die Geschwister selbst in dieser Verantwortlichkeit oder werden sie von außen Verantwortlich gemacht?

Die Geschwister setzten sich mit der Verantwortlichkeit auseinander, über kurz oder lang für ihren erkrankten Bruder oder die Schwester sorgen zu müssen und somit die Rolle der Eltern zu übernehmen, wenn diese sie nicht tragen können. Diese Übernahme der Verantwortung geschah meist wieder willig. Viele der Geschwister sahen es als Zumutung an, dass die Eltern sie zum Teil in diese Rolle drängten. *„Was ich auch noch loswerden will, ich bin ein Stück weit sauer auf meine Eltern, weil die haben das einfach so laufen lassen. Ohne zu überlegen, was in der Zukunft sein wird, wenn sie nicht mehr können. Und auch so stillschweigend erwartet haben, dass ich das so übernehme. Ich hatte auch all die Jahre sehr viel Verständnis für meine Eltern, aber jetzt bin ich richtig sauer. Das sag ich meinen Eltern dann auch.“*

Dass Eltern die Verantwortlichkeit haben, für ihr krankes Kind zu sorgen und für dieses da zu sein, wird heute in Angehörigengruppen selbstverständlich thematisiert und bearbeitet. Dass aber die Geschwister nicht nur die gleiche Belastung durch die übertragene Verantwortung haben, sondern zusätzliche Rollen auferlegt bekommen, die sie gar nicht übernehmen möchten, sondern sich nur in der Verpflichtung sehen, diese eigentliche Aufgabe der Eltern zu übernehmen, wird verkannt. Dass man für seine Eltern und für sein eigenes Kind sorgt, wird als gegeben vorausgesetzt, aber dass Geschwister untereinander für sich sorgen, ist in unserer Kultur eher unüblich. Liegt dagegen eine psychische Erkrankung beim Bruder oder der Schwester vor, kann man feststellen, dass sich die gesunden Geschwister die Frage nach der Verantwortung für ihren erkrankten Bruder/ die Schwester stellen müssen, wenn die Eltern dazu nicht (mehr) in der Lage sind.³⁹ Dieser Wechsel der Verantwortlichkeit ist

³⁸ Die "Diskussion" stellt in dieser Arbeit eine besondere Form der Auswertung dar. Es wird die vorherige Forschung mit ihren wichtigsten Erkenntnissen zusammengefasst sowie Rückschlüsse zur bisherigen Forschung gezogen, um bereits erste Handlungsempfehlungen aus den untersuchten Belastungsfaktoren ableiten zu können. Die Handlungsempfehlungen werden im nachfolgenden Kapitel noch einmal gebündelt zusammengetragen und vertieft.

³⁹ Es sei denn, die komplette Verantwortung liegt in den Händen einer Institution wie, z.B. der geschlossenen Psychiatrie oder Forensik. Dann entfällt die Verantwortung in der Form für die ganze Familie und andere Belastungen können in den Vordergrund treten.

für die Geschwister höchst konflikthaft, denn sie versuchen, die Balance zu finden ihr eigenes Leben so weit wie es geht normal weiterzuführen und zudem die Anforderungen durch die Erkrankung des Geschwisters zu bewältigen. Des Weiteren besteht die innere Auseinandersetzung der Geschwister, inwieweit sie für ihren Bruder oder ihre Schwester sorgen möchten oder können oder ob sie diese Verantwortung an professionelle Helfer abgeben, wenn bisher noch keine Unterstützung bestand. Der Gedanke daran belastet die Geschwister so sehr, dass Verzweiflung, Hilflosigkeit, Trauer und Angst im Vordergrund der Erzählungen lagen. Die meisten Geschwister waren in den Prozess der Unterstützung mit eingebunden, so dass sie die Anforderungen, die auf sie zukommen werden, einschätzen konnten.

Trotz der schweren Belastungen durch die Betreuung des erkrankten Geschwisters kümmerten sich alle Anwesenden der Tagung um ihren Bruder oder ihre Schwester oder zogen es in Erwägung. *„Wenn ich jetzt bei der ganzen Hilfe drauf gehe, oder meine kleine Familie drauf geht, dann ist das Gleichgewicht nicht mehr da. Dann darf ich die Nächstenliebe nicht überwiegen lassen, so dass es mich kaputt macht. Und ich denke, helfen grundsätzlich schon, aber unter den und den und den Bedingungen.“*

Neben dem Anspruch, dem Erkrankten zu helfen, stand die Unterstützung der Eltern im Vordergrund. Durch die Sorge und Angst um die Eltern lässt sich zum Teil die Bereitschaft erklären, trotz vorhandener negativer Gefühle wie z.B. Wut und Ärger gegenüber dem Verhalten des Kranken, ihn weiterhin zu unterstützen. *„Und warum es mich auch noch belastet, weil meine Eltern sind jetzt Mitte siebzig und es ist abzusehen, dass sie es nicht mehr allzu lange auffangen können. Und ich habe auch die Sorge, dass er sie nervlich ruiniert.“*

Ein Bruder der Geschwistertagung sagte über die erkrankten Geschwister: „Sie fordern und fördern uns“. Die meisten Geschwister stellten sich unweigerlich dieser Anforderung und verstanden die besondere Belastung als Herausforderung und nahmen diese auch an.

Die erwachsenen Geschwister sahen sich selbst in der Rolle der „starken Schwester“ oder des „großen Bruders“, der für den Kranken sorgen und funktionieren muss. Hierbei war die Gefahr zu erkennen, dass die Geschwister selbstlos handeln und dadurch ihre eigene Gesundheit aufs Spiel setzen aufgrund von Überforderung und Überschreitung der eigenen Belastungsgrenze.

Immer wieder wurde erhofft, durch das eigene Engagement Schlimmeres verhindern zu können. So entwickeln sich häufig Schuldgefühle, da viele Geschwister befürchten, nicht genug für das erkrankte Geschwister teil getan zu haben, um dessen

Lebenszufriedenheit zu steigern. Ferner verursacht dieser innere Druck aus Angst, Sorge, Schuldgefühlen und Hilflosigkeit die Vernachlässigung der eigenen Interessen und somit ein aufopferndes Verhalten gegenüber dem Erkrankten. Dies führt zu Erschöpfungszuständen und der Gefahr, selbst zu erkranken. Berichteten die Geschwister vom Suizid oder dem Suizidversuch ihrer Geschwister, dann stand neben der Trauer der Selbstvorwurf, nicht genug getan zu haben, um es zu verhindern. Der Glaube, es verhindern zu können, ist ein Irrglaube der Geschwister, denn das können sie in dem Sinne nicht. Hr. Peukert merkte an, dass sich die erkrankten Geschwister nicht umbringen, weil die Schwester oder der Bruder zu wenig für sie getan haben, sondern weil sie so, wie sie leben, nicht mehr weiterleben wollen. Die Geschwister verstanden dies, aber verzweifelten gleichzeitig an der schwierigen Lebenssituation ihrer Geschwister und überlegten, was sie tun können, um die Lebenszufriedenheit ihres Bruder/ ihrer Schwester zu steigern.

7.1 Ein typischer Sozialisationsprozess?

Die Auswertung der Geschwistertagung stimmt überein mit den Ergebnissen der Forschung von Bock, Peukert und Schmid.

Die typische beobachtbare Sozialisationsgeschichte bei den „gesunden“ Geschwistern verläuft wie folgt: Von der Hoffnung, dem kranken Geschwister helfen zu können, über die Akzeptanz der Krankheit bis hin zur Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und aus dieser Unabhängigkeit heraus die Vertiefung der Geschwisterbeziehung. Dieser Verlauf zeigte sich auch bei den Teilnehmern der Geschwistertagung.

Interessant war, dass die Geschwister den eigentlich natürlichen Prozess der Abnabelung aus der Herkunftsfamilie als etwas besonderes betrachteten. Sie empfanden den Umzug in eine andere Stadt oder die gesammelten Erfahrungen durch Auslandsaufenthalte als einen benötigten Rückzug aus der erlebten Nähe oder Verantwortlichkeit der Herkunftsfamilie. Diesen Prozess erachteten die Geschwister eines psychisch kranken Bruders oder einer psychisch kranken Schwester als eine für sie wichtige Strategie, um sich selbst gesund zu entwickeln. Das gezielte Verlassen der Familie bedeutet zu gleich, den Erkrankten allein zu lassen und sich den Elterlichen Problemen zu entziehen. Somit war das Verlassen des Elternhauses zu gleich mit Schuldgefühlen verbunden, nämlich die Familie im Stich gelassen zu haben.

7.2 Die Sicht auf die Profis

Anders als in der Studie von Bock et. al kritisierten die Geschwister in dieser Untersuchung nicht vermehrt die institutionelle Ebene, sondern empfanden sie überwiegend als hilfreich, obwohl sie die bestehenden Defizite bemängelten, die sie allerdings nicht konkretisierten. Die Geschwister fühlten sich in der Behandlung des Erkrankten außen vor gelassen und fanden keinen passenden Zugang zum System, so dass sie Freunde und Partner aufsuchten, um sich psychisch zu entlasten. Eine Schwester wusste gar nicht, dass bei ihrer Schwester eine Krankheit diagnostiziert worden war und seit Jahren Betreuung erhielt. Andere empfanden die Betreuung für ihre erkrankten Geschwister als unzureichend, da Therapeuten und Psychologen Behandlungen ablehnten oder diese einfach zu schnell beendeten. Zusätzlich bemängelten sie die einseitige Behandlung nur durch Medikamente, so dass sich die Geschwister immer wieder in der Verantwortung sahen, selbst helfen zu müssen.

7.3 Die Geschwister trifft es Unterschiedlich

Die anfängliche Überlegung vor der Geschwistertagung war, dass es evtl. bestimmte Gruppen innerhalb der gesunden Geschwister gibt, die besonders gefährdet sind, selbst durch zu viel Stress und Überforderung zu erkranken. Diese Vermutung kann hier zwar nicht bestätigt werden, aber es gibt Unterschiede im Umgang und im Miterleben der Krankheit innerhalb der Geschwistergruppe. Durch die Erzählungen der Geschwister kristallisieren sich meines Erachtens Untergruppen heraus, die sich zur Gesamtgruppe folgendermaßen abgrenzen.

7.3.1 Gefangen im Spiel?! – Das Miterleben einer Persönlichkeitsstörungen

Während der Diskussion wurde von schicksalhaften Erlebnissen mit den Krankheiten Depression, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung berichtet. Hierbei fielen insbesondere die Berichte über Persönlichkeitsstörung auf, da diese Erkrankung außerordentliche Verwirrung bei den gesunden Geschwistern auslöste. Vom Kindesalter an bis ins Erwachsenenalter war es den Geschwistern meistens nicht möglich, die unklare Situation eindeutig mit einer Krankheit in Verbindung zu bringen. *„Und irgendwann hat meine Schwester eine ganz boshafte Seite entwickelt [...] Sie*

war auf der einen Seite total gemein. Ich war zwar über Jahre ihre einzige Bezugsperson, aber sie hat – was ich immer so Psychospielchen genannt habe-, gemacht. Sie war ganz intellektuell und ganz empathisch und konnte auch ganz viel Mitgefühl zeigen aber das kippte so, wenn man nicht machte was sie wollte, dann hat sich das Ganze gegen mich gerichtet.“ Trotz Vermutungen, „dass da etwas nicht stimmt“ oder einer festgestellten Diagnose, lösten Verhaltensweisen wie diese bei den Geschwistern und sonstigen Angehörigen Wut, Verwirrung und Zweifel an ihrer Wahrnehmung hervor. Vielen Geschwistern fiel es schwer, die Persönlichkeitsstörung ihres Bruders/ ihrer Schwester zu erkennen, da diese sich häufig subtil äußert und es meist keine akuten, „aktiven“ Krankheitsphasen gibt wie z.B. bei Schizophrenien oder Depressionen. Die Geschwister gerieten in die „Spielebene“ der kranken Geschwister. (vgl. Kap. 2.3.) Wie bereits zu Anfang der Diplomarbeit beschrieben, „testen“ Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ihre wichtigsten Interaktionspartner auch durch Provokation. Die Geschwister schilderten diese Provokation durch Vorwürfe oder persönliche Angriffe an ihrer Person, unter anderem an streitsüchtiger Forderungen und Diskussionen. Wie es speziell während der Tagung anhand der Borderline-Störung dargestellt wurde, kann es bei manchen Formen von Persönlichkeitsstörung zu heftigsten Auseinandersetzungen mit dem Erkrankten kommen, obwohl man selber gar nicht merken muss, dass es gerade an dieser Krankheit liegt. Diese Provokation verschafft den Betroffenen Klarheit, ob sie sich auf eine Beziehung weiter einlassen, also annähern oder abwenden, und somit die „Vermeidungstendenz“ wählen.

Damit kann man sagen, dass der anfängliche verwirrende Zustand, der bei einer psychischen Krankheit auftritt, bei Persönlichkeitsstörungen oft länger andauert und somit schwerwiegender auf die Geschwister einwirkt.

7.3.2 Die „Harten“ und die „Zarten“ – Geschlechtsspezifische Unterschiede

Ein weiterer Unterschied in dem Erleben der Krankheit konnte zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. Während der Tagung fielen die Schwestern eher mit ihren fürsorglichen, intuitiven, gefühlsspontanen, einfühlsamen und sanften Beschreibungen auf, während die Brüder selbstsicher, rational, un-emotional und rau die Sachlage schilderten. Diese typische Rollenzuschreibung kann sich natürlich auch nur nach außen hin präsentieren, ohne etwas über den tatsächlichen Seelenzustand des Berichtenden zu offenbaren.

Trotzdem wäre es interessant festzustellen, ob Männer sich auch innerlich besser abgrenzen können oder ob sie die Situation ähnlich dramatisch und emotional wie die Schwestern wahrnehmen und empfinden. Die Frauen der Geschwistertagung sprachen vermehrt davon, dass sie immer das Gefühl hätten, alle Probleme um sich herum auffangen zu müssen. *„Ich will helfen, diese Struktur habe ich übernommen. Ich merke, dass ich in anderen Beziehungen ähnlich reagiere, auch in Partnerschaften. Ich habe immer die Rolle, wo fange ich etwas auf?“*

7.3.3 Kulturspezifisches Erleben der Krankheit

Des Weiteren sind speziell die gesunden Geschwister mit einem Migrationshintergrund in den Vordergrund gerückt. In ihrem Fall spielten bei der psychischen Erkrankung in ihrer Familie besondere kulturspezifische Deutungsmuster, unterschiedliche soziale Anforderungen, Ausgrenzung, Krankheitsverständnisse und sprachliche Missverständnisse eine wichtige Rolle. Dieser kulturelle Hintergrund bedingt, dass diese Geschwister keine Möglichkeit sehen, professionelle Hilfe von außen in die Familie zu holen bzw. welche für sich in Anspruch zu nehmen. Eine Schwester berichtete, dass die Krankheit ein ganz großes Tabuthema sei und deutete auch an, dass es für sie gefährlich sei, eine externe Person mit einzubeziehen. Sie äußerte, dass ihr Gefahr aus der eigenen Familie drohe, falls dies bekannt werden würde. Die Geschwister berichteten, dass die Familienmitglieder sich zwar gegenseitig unterstützen, aber dass ein externer Ansprechpartner zur Entlastung der gesamten Familie sehr hilfreich seien würde. Ferner müssten in der Angehörigenarbeit gezielt die spezifischen Belange der Geschwister mit Migrationshintergrund gezielt betrachtet werden und ein Zugang zu ihnen geschaffen werden. Hierbei sollten die besonderen Behandlungsaspekte und das Verständnis von kulturell unterschiedlichen Umgangsweisen vertieft werden.

Diese aufgeführten Gruppen könnten besonders verstrickt in die Belastungen sein, in Folge der psychischen Erkrankung; daher benötigen sie spezielle Hilfen, um mit ihren Belastungen adäquat umgehen zu können. Zum jetzigen Zeitpunkt der Forschung kann aber noch keine allgemeingültige Aussage über „Risikogruppen“⁴⁰ getroffen werden. Die Geschwister von psychisch Erkrankten müssen generell erst einmal in den Fokus der Betrachtung gelangen, um überhaupt angemessene Hilfe zu erhalten.

⁴⁰ Mit „Risikogruppen“ sind in diesem Fall Geschwister gemeint die ein erhöhtes Risiko haben, aufgrund der erhöhten Belastung selbst psychisch zu Erkranken.

7.4 Ermutigung zur Hilfe

Man kann weiterhin die Verantwortung für seinen erkrankten Bruder oder die Schwester übernehmen, auch wenn man bewusst professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Dies war auch allen Geschwistern klar; trotzdem zeigte sich in ihren Ausführungen, dass Schuldgefühle aufgrund des Gefühls, den Erkrankten „abzuschieben“ oder „nicht genug für ihn gesorgt zu haben“, vorhanden waren. Somit erachteten die Geschwister die Hilfe durch Institutionen eher als Ersatz, statt sie als eine zusätzliche Unterstützung anzuerkennen. Unter Berücksichtigung der Biographien und der Äußerungen der Geschwister ergab sich rückblickend ein bestimmter Umgang mit den bestehenden Hilfesystemen.

Diesen Umgang typisiere ich nachfolgend anhand von vier Gruppen, um unterschiedliche „**Zugangsvoraussetzungen**“ für bedarfsgerechte Hilfen für die gesunden Geschwister festlegen zu können:

1. Die erste kleine Geschwistergruppe zeichnete sich durch ihre positive Einstellung zum bestehenden Hilfesystem aus. Die Geschwister dieser Gruppierung erachteten mögliche Hilfestellungen als entlastende Unterstützung. Leichte Zweifel und Verunsicherungen kamen bei ihnen bezüglich der eigenen Fähigkeiten und des Gefühls, das Problem nicht selbst bewältigen zu können, auf. In der Praxis kann man diesen Geschwistern wohl am ehesten helfen, denn sie suchen selbst externe Hilfe und sind dazu bereit, diese anzunehmen. Wenn ihnen der Nutzen und der Gewinn für sich selbst und den Betroffenen durch professionelle Helfer noch näher gebracht werden würde, könnte man ihnen Rückhalt geben und sie in ihrer Entscheidung, Hilfe in Anspruch zu nehmen, bekräftigen. Die Geschwister könnten somit ein Stückweit beruhigter die Verantwortung für den Erkrankten abgeben und dadurch entlastet werden.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass professionelle Helfer durch Informationen über ihre Arbeit, deren theoretischen Hintergrund und ihre Methoden Lücken schließen und die Geschwister dadurch unterstützen können.

2. Ferner gab es während der Tagung Geschwister, -in dieser Gruppe waren alle mit einem Migrationshintergrund-, die sich zwar Hilfe wünschten, aber dennoch

auf Unterstützung durch Dritte verzichteten.⁴¹ Dieses ambivalente Verhalten lässt sich auf ihren familiären Kontext zurückführen, in dem Hilfe von außen als nicht notwendig erachtet wird. Dies kann verschiedene Gründe haben wie z.B. religiöse oder kulturelle Motive, sowie Angst und Informationsmangel. Somit erkannten die gesunden Geschwister keinen konkreten Zugang zum bestehenden Hilfesystem, um sich dadurch zu entlasten und somit auch dem Erkrankten selbst zu helfen.

In Anbetracht dieser Umstände gibt es im heutigen Hilfesystem keine ausreichenden Unterstützungen für diese Geschwister samt ihren Familien.

3. Eine weitere kleine Gruppe sind die Geschwister, denen sich die Frage gar nicht stellt, ob sie zusätzliche Hilfen in Anspruch nehmen wollen, da ihre Geschwister in vollstationären Einrichtungen betreut werden und dauerhaft dort leben. Diese Fälle, bei denen der Erkrankte in geschlossenen Einrichtungen lebt, sind allgemein betrachtet eher selten. Trotzdem sollten die Angehörigen mit in den Behandlungsprozess einbezogen werden sowie Mitspracherecht erhalten. Der Zugang zu dieser Gruppe ist gegeben, da der Kontakt mit der Institution besteht. Es sollte ein reger Informationsaustausch ins Auge gefasst werden, um auf die Erfahrungen des Geschwisters mit dem Erkrankten zurückgreifen zu können und dadurch die Sichtweisen für alle Beteiligten zu erweitern. Dieser Dialog wird zunehmend als wichtig erachtet, aber es bedarf noch einiger Zeit, damit dieser Austausch in allen Bereichen der Psychiatrie auf gleicher Augenhöhe stattfindet. Erst wenn das unauffälligste und schwächste Glied in einer Kette Beachtung sowie Gehör findet und zu Wort kommt, dann findet ein ausgeglichener Dialog statt. Das „schwächste Glied in der Kette“ muss nicht automatisch der Erkrankte selber sein.

Natürlich spielt bei der in Anspruchnahme von Hilfe auch die Krankheitseinsicht und Bereitschaft des Bruder oder der Schwester eine Rolle. Die Beschreibung der benötigten Zugangsvoraussetzungen sind aus der Perspektive der gesunden Geschwister erstellt worden und kommen aber zugleich der ganzen Familie zu Gute. Diese Aufstellung der verschiedenen Umgangsweisen mit dem zu Verfügung stehenden Hilfesystem soll Defizite aufzeigen und zur Grundlage der nachfolgenden Verbesserungsansätze dienen.

⁴¹ In akuten Krankheitszuständen wurde der Klinikaufenthalt in Anspruch genommen und toleriert.

7.5 Handlungsempfehlungen

Angesichts der Fülle an festgestellten Belastungsfaktoren und den unterschiedlichen „Zugangsvoraussetzungen“ und „hochgradig Belasteten Gruppen“ von gesunden Geschwistern müssen die daraus resultierenden Hilfen individuell und zielorientiert auf die Geschwister und ihre Familienproblematik abgestimmt werden. Eine grundlegende Erweiterung und Spezialisierung des Hilfesystems ist nötig, um den breit gefächerten Bedarf zu decken.

Prävention an Schulen

Es wäre auf lange Sicht ein Umdenken in der Gesellschaft wünschenswert, was wiederum durch präventive Maßnahmen ermöglicht werden könnte. Die psychischen Krankheiten sollten regulär in die Lehrpläne der weiterführenden Schulen mit aufgenommen werden, da einige von ihnen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt zählen. Es gibt bereits erste Schulprojekte in Deutschland, die das Thema „Andersartigkeit, Verrücktheit und psychische Erkrankung“ im Unterricht behandeln. Das innovative Projekt „Irre menschlich“⁴² betreibt Informationsarbeit, an Hamburger Schulen, um die Teilnehmer aufzuklären und erzielte damit positive Ergebnisse. Ihr gesammeltes Wissen stellt die Initiative gerne zu Verfügung und entwickelt anhand von ausführlichen Informationsmappen und Erfahrungsberichten einen individuellen abgestimmten Lehrplan (vgl. Bock, in Prävention in der Praxis 2004, S. 197 ff.).

Ein frühes Verständnis von psychischen Krankheiten kann Vorurteile abbauen und schon Kinder und Jugendliche für die Probleme der Betroffenen sensibilisieren. So könnte das Wissen der Kinder in die Familien transportiert oder zumindest thematisiert werden. Eltern könnten so zum Nachdenken angeregt werden und sich mit dem Thema auseinandersetzen. Kinder, die in einer Familie mit einem psychisch Erkrankten aufwachsen, hätten durch die grundlegende Aufklärung und den Informationsgewinn in der Schule eine viel bessere Möglichkeit, sich der belastenden Situation frühzeitig anzunähern und Ansprechpartner zu finden, dies könnten zum Beispiel Lehrer oder Schulsozialarbeiter sein. Wenn Wissen über psychische Krankheiten zur Allgemeinbildung gehören würde, könnten viele Vorurteile und Ängste abgebaut werden. Die vermehrte Anregung (oder sogar Pflicht?) für Schüler, ein Sozialpraktikum abzuleisten, könnte das Verständnis für stigmatisierte Gruppen

⁴² Kontakt: „Irre menschlich Hamburg“ c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg, Martinstr. 52, 20246 Hamburg, Tel. 040 42803- 9259.

innerhalb der Gesellschaft fördern und zusätzlich die eigenen sozialen Kompetenzen erweitern. Vielleicht erhalten die Schüler durch diese Maßnahmen eine Anregung für die eigene berufliche Zukunft.

Sozialraumorientiert

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Re-Integration von psychisch Erkrankten in die Gesellschaft. Psychisch Erkrankte sollten stärker in das Leben ihres Stadtteils eingebunden werden. Hierbei sollten die Ressourcen und Interessen der Klienten im Mittelpunkt stehen. Vorzustellen wären ehrenamtliche Tätigkeiten, die ihnen Spaß machen, wie zum Beispiel Hausaufgabenbetreuung der Nachbarskinder, Einzel-Gitarrenunterricht, Einkäufe oder soziale Kontaktpflege für die Rentner, Gartenpflege oder Deutschunterricht für Migranten. Dies ist ein Ausschnitt an möglichen Tätigkeiten, die psychisch Erkrankte evtl. ermutigt und ihnen eine neue Perspektive bietet. Die Herausforderung für die Sozialarbeiter liegt darin, die ersten Weichen zu stellen und dabei mitzuhelfen, den Klienten diese Tätigkeiten zu ermöglichen.

Wenn psychisch Erkrankte auf beschriebene Weise tatsächlich mehr in das Leben der Gemeinde integriert würden, käme die „Gemeindepsychiatrie“ ihrem ursprünglichen Auftrag wieder näher und die Angehörigen, -und somit natürlich auch die Geschwister-wären wesentlich entlastet.

Kulturelle Unterschiede

In Anbetracht der zuvor beschriebenen Umstände gibt es im heutigen Hilfesystem keine ausreichenden Unterstützungen für Familien mit Migrationshintergrund. Hier müsste ein anderer Rahmen in der Psychiatrie geschaffen werden, der die Differenziertheit und Besonderheit der Lebenssituation dieser Gruppe beachtet. Gerade nicht- psychiatrische Hilfen wie z.B. Vereine, Kulturstätten oder Sprachschulen sollten im Vordergrund der Überlegungen stehen, um einen Zugang zur Migrationskultur zu finden. Es sollten keine neuen „Sonderräume“ geschaffen werden, sondern eine Re-Integration der Erkrankten in das gesellschaftliche Leben erfolgen.

Veränderungen auf fachlichen, strukturellen und politischen Ebenen wären notwendig, um einen Zugang für diese Zielgruppen zu erreichen und somit eine individuelle und integrierte Hilfeplanung für die Geschwister gewährleisten zu können.

Besonders geeignet für ausländische Familien, bei denen ein Mitglied psychisch

erkrankt ist, sind Sozialarbeiter mit eigenem Migrationshintergrund, da sie die Probleme mit der Krankheit im jeweiligen kulturellen Kontext eher nachvollziehen können als jemand mit „deutscher“ Sozialisation. Trotzdem ist dies keine Lösung und es müssten Schulungen und Fortbildungen in transkultureller Pädagogik für alle Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen stattfinden, um auf die konkreten Bedürfnisse in zum Beispiel türkischen, asiatischen oder afrikanischen Familien einzugehen.

Mit diesen Fortbildungen könnten beispielsweise folgende Fragen erörtert werden: Wie wird dort (im Herkunftsland der jeweiligen Familie) mit psychischer Krankheit umgegangen? Was sagt die betreffende Religion dazu? Welche Normen und Werte gelten in der jeweiligen Kultur, und wie tolerant/ intolerant ist diese, wenn jene nicht erfüllt werden können (zum Beispiel von psychisch Erkrankten)? Die Arbeit mit psychisch Erkrankten ist meiner Meinung nach nur mit Grundkenntnissen über transkulturelle Ansätze zu leisten.

Sensibilisierung der Gesellschaft

Aufklärungsarbeit ist einer der zentralen Punkte, welche die Psychiatrie leisten muss. Besonders Menschen, die dem Thema „psychische Erkrankung“ negativ gegenüberstehen, müssen meiner Meinung nach dafür sensibilisiert werden. Die Mediendarstellungen sind ein Stück weit mitverantwortlich für das häufig finstere Image vom „Wahnsinnigen“. Ein Beispiel hierfür sind Sexualstraftäter, bei denen in den Medien immer auch deren psychische Erkrankung erwähnt wird. Natürlich heißt das nicht, dass alle psychisch Kranken Sexualstraftäter sind, aber dennoch wird „psychisch krank“ durch derartige Mediendarstellungen somit mit „straffällig“, „gewaltbereit“ oder „sexuell gestört“ assoziiert. Die Medien verzerren häufig das Bild von psychisch Erkrankten und dramatisieren die Gefahr, die von „Psychos“ ausgeht, um ihre Schlagzeilen besser zu vermarkten. Durch aufklärende Filme wie z.B. „Das weiße Rauschen“⁴³, die im Kino oder im Fernsehen laufen, kann diese Thematik angemessen dargestellt werden und so ein breites Publikum angesprochen werden. Artikel über psychische Erkrankungen sollten vermehrt in Zeitungen und Zeitschriften durch einen Experten vorgestellt werden, damit eine realistische Darstellung erfolgen und „negative Propaganda“ vermieden werden kann.

Eine Veränderung im Denken der Menschen würde nicht nur den Betroffenen helfen und sie fördern, sondern auch den Geschwistern den Zugang zum Hilfesystem erleichtern, weil evtl. deren Hemmungen sowie ihre Scham geringer wären.

⁴³ Erscheinungsjahr 2001, Regisseurs Hans Weingartner.

Persönlichkeitsstörung verstehen lernen

Wie bereits festgestellt kann man sagen, dass der anfängliche verwirrende Zustand, der bei einer psychischen Krankheit auftritt, bei Persönlichkeitsstörungen oft länger andauert und somit schwerwiegender auf die Geschwister einwirkt. Aus diesem Grund müsste im Hilfesystem verstärkt auf diese Geschwister und Familien geachtet werden, um sie speziell zu schulen und ihnen beispielsweise im Rahmen psychoedukativer Gruppen Informationen über Persönlichkeitsstörungen zukommen zu lassen. Angehörigengruppen, die krankheitsspezifisch arbeiten, gibt es schon länger; diese müssten aber die Geschwister schon im Kindesalter verstärkt mit einbeziehen. Eine Mensch mit einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung stellt schon für Professionelle eine sehr große Herausforderung dar; wie muss es dann erst einem Kind ergehen, dass in so einer undurchsichtigen Situation aufwächst?

Geschlechtsspezifisch Gruppen

Unter dem Aspekt der unterschiedlichen Verarbeitungen und Umgangsweisen mit belastenden Situationen bei Männern und Frauen wären geschlechtsspezifische Angehörigengruppen sinnvoll und ratsam, um die individuellen Belange besser herausarbeiten zu können. Vielleicht können die Geschwister zur Gründung einer derartigen Selbsthilfegruppe angeregt werden. Zu bedenken ist hierbei, dass die Geschwister lt. des Fragebogens eine moderierte Selbsthilfegruppe vorziehen. Zudem sind die Geschwistergruppen für eine Spaltung noch zu klein und der Zeitpunkt zum jetzigen Forschungsstand verfrüht.

Geschwister im Blickpunkt der Professionellen?!

Festzuhalten ist, dass die Experten eine professionelle Haltung gegenüber den Geschwistern entwickeln müssen, damit überhaupt der erwähnte „Dialog“ entstehen kann. Dieser Dialog sollte für die „Profis“ längst eine Selbstverständlichkeit sein, aber in der Alltagspraxis werden, meines Erachtens die Angehörigen und besonders die Geschwister noch viel zu selten mit einbezogen.

Geschwister die mit einem psychisch erkrankten Bruder oder einer psychisch erkrankten Schwester aufwachsen, müssten erst einmal von den professionellen Helfern in der psychiatrischen Alltagspraxis entdeckt werden.

Wie die vielschichtigen und zu gleich hochgradigen Belastungsfaktoren zeigten, wäre professionelle Unterstützung zur Entlastung der „gesunden“ Geschwister dringend angebracht gewesen, um nicht nur die Geschwister zu entlasten sondern zugleich alle Familienangehörigen.

Die Profis sollten für die Anliegen der „gesunden“ Geschwister sensibilisiert werden; dazu müssten sie die Geschwister aufzusuchen, um auf die individuellen Belange dieser eingehen zu können.

Alle Geschwister nahmen von sich aus an der Geschwistertagung teil, gerade aufgrund der Verzweiflung und Hilflosigkeit durch die gravierenden Belastungen. Wenn man rechtzeitig auf die Geschwister zugegangen wäre, hätte man diesen Geschwistern (sowie den Familien) einige Probleme ersparen können. Das bedeutet, dass der ganzen Familie hätte geholfen werden können, wenn man anerkannt hätte, dass die gesunden Geschwister mindestens genau so viel individuelle Hilfe benötigen wie Eltern, Kinder oder Partner von psychisch Kranken.

Für die Zukunft der nachfolgenden Geschwistergeneration wäre es wünschenswert, sie rechtzeitig bei der Auseinandersetzung mit dieser Belastung zu begleiten, damit sie für sich eine richtige Lösung finden und ihre Entscheidungsfähigkeit gestärkt werden kann. Die Eltern sollten hierzu in Angehörigengruppen auf die Belastung der nicht erkrankten Kinder hingewiesen werden und auf mögliche Folgen ihres Handelns aufmerksam gemacht werden. Daher sollte den Eltern Methoden aufgezeigt werden, wie sie den gesunden heranwachsenden Kinder eine Hilfe sein können.

Es gilt, die Belastungen der Geschwister ernst zu nehmen und somit die Grundlage dafür zu schaffen, dass die Schwierigkeiten und Fragen der Geschwister Gehör finden, damit sowohl die Probleme des gesunden Geschwisters als auch die des Betroffenen sowie der Gesamtfamilie gelöst werden können.

Ein erster Beitrag könnten weitere (moderierte) Geschwistertagungen darstellen, in denen sich die Geschwister austauschen und entlasten, um dadurch weitere Hilfen für sich und andere Geschwister zu entdecken.

8 Persönliche Einschätzung

Während der Auseinandersetzung mit dieser Arbeit rückte für mich folgende Frage in den Vordergrund: Wie viel Verantwortung wird dem Erkrankten selbst zugesprochen? Oder besser gesagt: Können die gesunden Geschwister oder deren Familie die Last der Verantwortlichkeit nicht ein Stück weit an den Erkrankten selbst zurückgeben?

Die besonders tief greifende Belastung durch Schuldgefühle entwickelte sich hauptsächlich durch die gefühlte Verantwortung für den erkrankten Bruder oder die Schwester. Das Gefühl, immer für ihn/ sie da sein zu müssen, den nächsten Suizid verhindern zu können oder für seine Lebenszufriedenheit verantwortlich zu sein, sind Beispiele hierfür. Die Schuldgefühle entstanden dadurch, dass die Geschwister das Gefühl hatten, stellenweise versagt oder nicht genug getan zu haben.

Um die gesunden Geschwister, mit Hilfe von Experten zu entlasten, sollte zusammen mit dem Erkrankten versucht werden, die Schuldfrage zu thematisieren. Es wäre sicherlich nicht in allen Fällen möglich, aber dennoch wichtig und wünschenswert, mit dem kranken Bruder/ der Schwester über folgende Fragen ins Gespräch zu kommen;

- Welche Hilfen wünschen Sie sich?
- Gibt es jemanden, der für ihre Lebenszufriedenheit (mit) verantwortlich ist?
- Was erwarten Sie von ihren Geschwistern?
- Wie schätzen Sie die eigene Verantwortlichkeit ein?
- Wie erleben Sie ihre Familie?
- Wer könnte für die dargestellten Verstrickungen verantwortlich sein?

Das Wissen des Erkrankten und die Aspekte seiner Person könnte eine Verschiebung der Schuldzuweisung bei den gesunden Geschwistern verursachen; vielleicht muss man sich ja die Schuldfrage gar nicht stellen und kann diese auflösen. Hierbei wäre ein Vergleich zu körperlichen Krankheiten sinnvoll, denn beim Entstehen von Rheuma oder Krebs wird nicht automatisch danach gefragt, wer daran „schuld“ ist. Dies setzt eine wahre „Krankheitseinsicht“ voraus, im Sinne des Erkennens und Einordnens der Symptomatik des Betroffenen im ursprünglichen Sinne von „Krankheit“ als ein „nicht (mehr) Können“.

Meiner Meinung nach muss die Verantwortung (so weit wie möglich) an den Betroffenen zurückgegeben werden. Hierzu sollten Experten das Konzept des

Empowerment⁴⁴ zur Unterstützung anbieten. Hilfreich wäre zum Beispiel für die Profis, einen individuellen Hilfeplan gemeinsam mit der Familie zu erstellen. Für die Profis würde dies bedeuten, in die Familien zu gehen und somit aufsuchende Arbeit zu leisten. Betroffene, Angehörige und Experten sollten miteinander die jeweilige Zuständigkeit klären und festlegen. Das kann für alle Beteiligten eine Entlastung bedeuten. Für die kranken Geschwister kann eine derartige Unterstützung, Anregung und Förderung in einer zunehmenden Selbstbestimmung münden. In der Praxis würde dem Menschen somit ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung gestellt werden. Die Gefahr der Überbelastung durch selbstloses Handeln der gesunden Geschwister könnte mit diesem Hilfeplan erheblich eingegrenzt werden. Es stellt sich nur die Frage, ob die gesunden Geschwister akzeptieren können, dass ihr Geschwisterteil dann manche Dinge selbst zu verantworten hat. Können sie die Fehlschläge stillschweigend ertragen, die sie selber hätten verhindern können? Oder sind die Geschwister bereits gefangen in der widerwilligen Verantwortung, können sie diese abgeben bzw. wollen sie das? Eventuell könnte hier eine Psychotherapie sinnvolle Unterstützung leisten.

Geschwister könnten aufgrund der Verlagerung der Verantwortlichkeit Schuldgefühle abbauen und ein Stück weit mehr Freiheit für sich in Anspruch nehmen und somit für ein entspannteres Familienklima sorgen.

Abschließend ist festzuhalten, dass trotz aller Belastungen, Probleme und Schwierigkeiten, die hier angesprochen worden sind, fast alle gesunden Geschwister die Erlebnisse mit ihrem psychisch Erkrankten Bruder oder Schwester als eine Herausforderung empfanden. Die Geschwister sahen die Bereicherung dadurch, dass sie besondere Qualifikationen für ihr eigenes Leben entdeckten, wie zum Beispiel verständnisvoller und gelassener im Alltagsleben zu sein. Oder einfach, dass sie so geworden sind wie sie sind und ihrem Geschwister dafür dankbar sind.

⁴⁴ Empowerment bedeutet, die aktive Aneignung bzw. Rückgewinnung von Kontrolle, Macht und Kraft der Betroffenen selbst, um wieder mehr Autonomie und Lebenskräfte zu erhalten.

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
CFI	Camberwell Family Interview
ebd.	ebenda (= wie vorgenanntes)
et al.	lat.: et alii (= und andere)
EE	Expressed emotion – Modell
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WPA	World Psychiatric Association

9 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4th ed.; Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association. [deutsch: Saß, H. et al. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manu Psychisch Störungen- Textreversion – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe].
- Bank, S., Kahn, M. (1990). Geschwister-Bindung. Paderborn: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaft.
- Bäumel, J. (1994). Psychose- Aus dem Schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin: Springer.
- Berger, M. (2004). Psychische Erkrankungen. Klinik und Erkrankung. 2., Aufl.- München: Urban & Fischer.
- Binder, W., Bender, W. (2008). Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg einer Dialogischen Psychiatrie. Köln: Claus Richter Verlag.
- Bock, T. (2006). Eigensinn und Psychose »Noncompliance« als Chance. Neumünster: Paranus.
- Bock, T., Dörner, K., Naber, D. (Hg.) (2004). Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie.
- Bock, T. (2004). In Präventionen bei psychische Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Bonn: Psychiatrie. S.197-212.
- BAPK e. V. (Hg.) (2008). Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Balance- Ratgeber.
- BAPK e. V. (Hg.) (2001). Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Psychiatrie.
- Fiedler, P. (2003). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. 2., Aufl.– Göttingen: Hogrefe.
- Finzen, A. (2001a). Schizophrenie- Die Krankheit behandeln. Bonn: Psychiatrie.
- Fishel, E. (1994). Schwestern Liebe und Rivalität Innerhalb und Außerhalb der Familie. Berlin: Ullstein.
- Häfner, H. (2000). Das Rätsel Schizophrenie: eine Krankheit wird entschlüsselt. München: Beck.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. & Nowotny, B. (1996). Der Frühverlauf der Schizophrenie. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 5, 22-31.

- Hohagen, F., Nessler, T. (2006). Wenn Geist und Seele Streiken- Handbuch psychischer Gesundheit. München: Südwest.
- Kasten, H. (1993): Die Geschwisterbeziehung. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Kasten, H. (1993): Die Geschwisterbeziehung. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Kasten, H. (1998): Geschwister Vorbilder, Rivalen, Vertraute. 2., Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- Klosinski, G. (Hg.) (2000): Verschwistert mit Leib und Seele. Geschwisterbeziehungen gestern- heute- morgen. Tübingen: Attempto.
- Mitmansgruber, H. (2003): Kognition und Emotion. Die Regulation von Gefühlen im Alltag und bei psychischen Störungen. Bern: Hans Huber.
- Peukert, Reinhard (2002): Das chronisch kranke Kind in der Schule. Würzburg: VdS, S.53-66.
- Sachse, R., (2006). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie- Verlag.
- Sohni, H., (2004). Geschwisterbeziehungen in Familien, Gruppen und in der Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2006). Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinischer- diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD- 10. (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.; Hrsg.; H. Dilling, H. Freyberger). Bern: Huber.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2006). Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD -10 (3., vollständig überarbeitete Aufl.; Hrsg.; H. Müssigbrodt, S. Kleinschmidt, A. Schürmann, H. Freyerberger, H. Dilling). Bern: Huber.
- Wittchen, H., Hoyer, J. (2006). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.- W. Schwartz (Hrsg.), Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin: Springer.
- Wildermuth, M. (2008). Zur Realität und Bedeutung von Geschwisterbeziehungen innerhalb einer mittel- bis langfristigen kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Behandlung. Lengerich: Pabst.
- Wolfersdorf, M. & Heindl, A. (2003). Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Lengerich: Pabst.
- Wolfersdorf, M. (2000). Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. Bonn: Psychiatrie.

Fachzeitschriften:

Schmid, Rita: "Außen vor und doch mitten drin" - die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. In Psychiatrische Praxi; Jg. 31, 2004, Nr. 5, S. 255-227.

Bock, Thomas: Belastung und Herausforderung: Situationen und Perspektiven von Geschwistern schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Informationen; Jg. 38, 2008, Nr. 1, S. 28-31.

Peukert, Reinhard: Geschwister teilen alles? Eindrücke vom ersten Treffen einiger Geschwister psychisch kranker Menschen. Psychosoziale Rundschau 2003; 4:35-37.

Internetbeiträge:

Weltgesundheitsorganisation:

http://www.euro.who.int/document/rc55/grc2005_2.pdf (15.09.08 um 10.30 Uhr).

<http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2004/200411261?language=german>
(15.09.08 um 11.20 Uhr).

<http://www.euro.who.int/document/mnh/gbrief08.pdf> (01.10.08 um 11.30 Uhr).

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich versichere hiermit, die Diplomarbeit nur unter Verwendung der in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmittel selbständig angefertigt zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Quellen stammen, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat noch keiner anderen Prüfung in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegen.“

Wiesbaden, 11. Dezember 2008

(Miriam Munkert)

