

## **Zur Situation von erwachsenen Geschwistern psychisch Kranker –**

## **Hilfestellungen anhand von Theorien zur Lebensbewältigung**

## **The situation of adult siblings of the mentally ill – providing assistance on the basis of life coping theories**

**Bachelorarbeit an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften  
der Hochschule München - Studiengang Soziale Arbeit**

Ort und Datum der Abgabe: München, den 05.07.2017

## Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	1-7
1.1	Relevanz der Themenstellung .....	1-2
1.2	Zielsetzung und Fragestellung.....	2-4
1.3	Methode, Aufbau und Struktur .....	4-7
1.3.1	Methode.....	4-5
1.3.2	Aufbau und Struktur.....	5-7
2	Begriffserklärung.....	7-9
2.1	Entwicklung und Begriffsbestimmung .....	7
2.2	Klassifikation .....	8-9
3	Zur Situation von Geschwistern psychisch Kranker .....	9-42
3.1	Geschwister fühlen sich dem psychisch Erkrankten gegenüber verantwortlich.....	9-17
3.1.1	aufgrund gesellschaftlicher und familiärer Erwartungen..	10-11
3.1.2	aufgrund der Veränderungen im Gesundheits- und Versorgungssystem .....	11-12
3.1.3	aufgrund emotionaler Bindung.....	12-17
3.1.3.1	Geschwister - eine besondere Beziehung.....	12-14
3.1.3.2	Unterschiede in der Beziehung.....	14-15
3.1.3.3	Balanceakt zwischen Nähe und Distanz .....	15-17

3.2	Geschwister sind von den Auswirkungen der psychischen Erkrankung betroffen .....	17-36
3.2.1	Geschwister erleben Belastungen .....	18-27
3.2.1.1	in Beziehung zu dem erkrankten Geschwister .....	18-22
3.2.1.2	in Beziehung zu den übrigen Familienmitgliedern.	22-24
3.2.1.3	hinsichtlich der eigenen Lebenssituation .....	24-25
3.2.1.4	hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes .....	26-27
3.2.2	Geschwister erleben Befürchtungen .....	27-32
3.2.2.1	in Beziehung zu dem erkrankten Geschwister .....	27-29
3.2.2.2	in Beziehung zu den übrigen Familienmitgliedern.	29-30
3.2.2.3	hinsichtlich der eigenen Lebenssituation .....	30-31
3.2.2.4	hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes .....	31-32
3.2.3	Geschwister erleben Bereicherungen .....	32-36
3.2.3.1	in Beziehung zu dem erkrankten Geschwister .....	32-33
3.2.3.2	in Beziehung zu den übrigen Familienmitgliedern.	33-34
3.2.3.3	hinsichtlich der eigenen Lebenssituation .....	34-35
3.2.3.4	hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes .....	35-36
3.3	auf die Belastungssituation der Geschwister Einfluss nehmende Aspekte.....	36-42
3.3.1	Geschwisterkonstellationen .....	37-40
3.3.1.1	geschlechterspezifische Aspekte .....	37-38
3.3.1.2	der Aspekt des Altersunterschiedes .....	38

3.3.1.3	der Aspekt der Geschwisterposition .....	39
3.3.1.4	der Aspekte der Geschwisteranzahl .....	40
3.3.2	zeitliche Aspekte – das Alter der gesunden Geschwister bei Krankheitsbeginn .....	40-41
3.3.3	Aspekte über die Lebensspanne .....	41
3.3.4	Art und Dauer der Erkrankung .....	41-42
4	Zur den Bewältigungsstrategien von Geschwistern psychisch Kranker.....	42-45
4.1	Forschungsstand .....	42-43
4.2	methodische Probleme bei der Erhebung von Daten.....	43-44
4.3	bevorzugt gewählte Bewältigungsstrategien.....	44-45
5	Zur den Hilfsangeboten für Geschwister von psychisch Kranken .....	45-59
5.1	Angebote – aktueller Stand.....	46-56
5.1.1	professionelle Angebote .....	46-52
5.1.1.1	Einzelgespräche mit dem Therapeuten/Arzt .....	46-47
5.1.1.2	Angehörigengruppen .....	47-49
5.1.1.3	sozialpsychiatrische Dienste .....	49-50
5.1.1.4	psychiatrische Krisen- und Notfalldienste .....	50-51
5.1.1.5	Beratungsstellen .....	51
5.1.1.6	Beschwerdestellen.....	51
5.1.1.7	Fachliteratur, Medien, Seminare .....	51-52
5.1.1.8	Erholungsangebote.....	52

5.1.2	semiprofessionelle Angebote .....	52-56
5.1.2.1	Angehörigenselbsthilfegruppen.....	52-53
5.1.2.2	Angehörige beraten Angehörige .....	54
5.1.2.3	unabhängige Beschwerdestellen .....	54-55
5.1.2.4	Fachliteratur, Medien, Seminare .....	55-56
5.1.2.5	Erholungsangebote.....	56
5.2	Probleme, Interventions- und Handlungsbedarf.....	56-59
5.2.1	im professionellen Bereich.....	56-57
5.2.2	im semiprofessionellen Bereich .....	58-59
6	Sinn und Zweck von Theorien in der Sozialen Arbeit.....	59-61
7	Zu Theorien zur Lebensbewältigung .....	61-67
7.1	Gründe für die Wahl der beiden Konzepte.....	61-62
7.2	Konzept zur Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch .....	62-64
7.3	Konzept zur Stressbewältigung nach Richard S. Lazarus .....	64-67
8	Hilfestellung für Geschwister psychisch Kranker anhand dieser Theorien zur Lebensbewältigung .....	68-77
8.1	Hilfestellung mittels der Bewältigungstheorie von L. Böhnisch ..	68-72
8.2	Hilfestellung mittels der Stresstheorie von R.S. Lazarus .....	72-77
9	Schlussbetrachtung.....	78-80
10	Literaturverzeichnis .....	81-88

Erklärung

# 1 Einführung

## 1.1 Relevanz der Themenstellung

Seelische Erkrankungen zählen im 21. Jahrhundert in Deutschland zu den Volkskrankheiten. Neben den in Fachkreisen wahrgenommenen hohen Prävalenzzahlen für psychische Störungen zeigen insbesondere die Ergebnisse der WHO Global Burden of Disease Study die Bedeutung seelischer Störungen für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem (vgl. Spießl 2008, S. 318). Zudem lassen Berichte der Krankenkassen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit aufhorchen, z. B. habe laut BKK Gesundheitsreport von 2016 die Arbeitsunfähigkeit durch psychische Störungen im Vergleich zu 1997 um 68,7% zugenommen (ebd.). Seit 2001 sind psychische Erkrankungen zudem die Hauptursache von Erwerbsunfähigkeit, so werden laut der Deutschen Rentenversicherung jährlich etwa 50 000 Menschen wegen einer seelischen Erkrankung frühberentet (vgl. ebd.).

Dabei reicht die Spannweite von leichten Formen des psychischen Unwohlseins bis zu schweren psychischen Erkrankungen. Unabhängig vom Schweregrad der Krankheit leiden die meisten Betroffenen jedoch wesentlich unter einer Einschränkung ihrer Lebensqualität, sowie ihrer Leistungsfähigkeit und müssen mit negativen Folgen in persönlicher und gesellschaftlicher Hinsicht rechnen. Laut Robert-Koch-Institut haben insbesondere Depressionen, Angststörungen, Sucht- und Demenzerkrankungen eine große Public-Health Relevanz, d.h. aus gesellschaftlicher Perspektive werden diese Formen einer psychischen Erkrankung am deutlichsten wahrgenommen.

Aber nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für das soziale Umfeld bedeutet eine psychische Erkrankung einen erheblichen Einschnitt in ihre Lebenssituation. Primär für die Familienangehörigen kann sie eine massive Belastung darstellen und verlangt deshalb nach Antworten bzgl. der Bewältigungsmöglichkeiten. Neben den Eltern und Partnern sind es zumeist die Geschwister, welche im Umgang mit dem Erkrankten mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert sind. Nach familienpsychologischen Erkenntnissen stehen Geschwister zu dem Erkrankten in einem sehr bedeutsamen Verhältnis (vgl. Schneewind 2000, S. 160) und gehören in ihrer Rolle zu den

engsten Bezugspersonen. Dieser Verantwortung gerecht zu werden, ohne dabei die eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen bzw. ohne selber zu erkranken, ist für viele betroffene Geschwister zu einer Lebens(bewältigungs)-aufgabe geworden. So erlebt es auch die Verfasserin dieser Arbeit, die das Dilemma von Angehörigen psychisch Kranker selbst teilt, weil ihre Schwester seit über zwei Jahrzehnten unter schweren Depressionen leidet. Unter anderem hat sie sich auch deshalb für dieses Thema entschieden.

Lange Jahre wurden Familienmitglieder, obwohl existentiell betroffen, mit ihren Sorgen und Nöten in der „Psychiatrie-Szene“ (vgl. Deger-Erlenmaier 1987, S. 8) bloß am Rande wahrgenommen und haben nur in Selbsthilfegruppen ein Sprachrohr gefunden.

Angesichts der Tatsache, dass die Zahl von psychisch kranken Menschen in den letzten Jahren rasant angestiegen ist (vgl. BKK Gesundheitsreport 2016, S. 59-60) und somit naturgemäß auch die Zahl der betroffenen Geschwister zugenommen hat, gewinnt die Fragestellung nach Bewältigungsstrategien in solch besonderen Lebenslagen gewaltig an Relevanz.

Nach allgemeinen medizinischen Gesichtspunkten, so der bayerische Landesverband für Angehörige psychisch Kranker, sind nämlich 65% der Angehörigen von chronisch psychisch Kranken langfristig selbst behandlungsbedürftig (vgl. Möhrmann Straub 2015, S.7). Die nervliche Anspannung sei laut einer Gießener Angehörigenstudie (GISA) doppelt so hoch wie in gesunden Familien und der Dauerstress entspräche dem vor einem Staatsexamen (vgl. Franz et al. 2003, S. 215ff, zit. n. Jasz 2012, S. 27).

Aber auch aus politischer und gesellschaftlicher Perspektive heraus gewinnt die Thematik an Bedeutung, da Angehörige von psychisch Kranken, im Zuge der Psychiatriereform, einen immer wesentlicheren Anteil bei der Versorgung von psychisch Kranken übernehmen.

## **1.2 Zielsetzung und Fragestellung**

Betroffene Geschwister, die aufgrund der Belastungssituation mit einem psychisch Erkrankten aus der seelischen Balance geraten sind und/oder verhin-

dern wollen, selbst physisch oder psychisch zu erkranken, stellen sich die Frage nach geeigneten Möglichkeiten und Strategien zur Bewältigung der unterschiedlichen Problemlagen. Neben den psychiatrischen Fachdiensten in Kliniken wenden sie sich in ihrer Not auch an die Vertreter der Sozialen Arbeit wie beispielsweise die Sozialpsychiatrischen Dienste oder andere Beratungsstellen. Dort erhoffen sie sich von professionell tätigen Sozialarbeitern kompetente und fachlich fundierte Unterstützung.

Insgesamt ist jedoch festzustellen, „dass in der Versorgung psychisch Erkrankter die Geschwister bisher eine vernachlässigte Angehörigengruppe sind, obgleich sie für den Erkrankten häufig die zentrale Stütze in seiner Krankheitsbewältigung darstellen und entlastete Angehörige auch die Patienten selbst entlasten und in ihrem Behandlungserfolg unterstützen können“ (vgl. Sellwood et. al. 2003, zit. n. Schmid et. al. 2005, S. 745). Deshalb gilt es, größere Anstrengungen als bisher zu unternehmen, die spezifischen Belastungen der Geschwister im institutionellen Alltag zu berücksichtigen und ihnen Handlungsmöglichkeiten zur eigenen Entlastung zu eröffnen (vgl. Stahlberg et. al. 2004, zit. n. Schmid et. al., S. 745). Dabei stellen sich die Fragen: Wie reagiert die Soziale Arbeit, bzw. ihre Vertreter derzeit auf den gegebenen Handlungsbedarf? Welche Methoden stehen ihr zur Verfügung? Welche Bewältigungsmodelle hat sie anzubieten? Ist es für sie sinnvoll, angesichts der spezifischen Problemlage von Geschwistern Theorien zur Lebensbewältigung heranzuziehen?

### **Lassen sich anhand von Theorien zur Lebensbewältigung für Geschwister psychisch Kranker Hilfestellungen ableiten?**

Die Klärung dieser Fragestellung(en) soll Ziel meiner Arbeit sein.

Um den Leser in die Thematik der Bewältigung von Belastungen der Geschwister psychisch Kranker einzuführen und diese angemessen in einen Gesamtzusammenhang einzubetten, versucht die Verfasserin im Vorfeld einige kontextbezogene Fragen zu erörtern:



- Inwiefern fühlen sich Geschwister gegenüber dem psychisch Erkrankten verantwortlich und welche Aspekte nehmen Einfluss auf ihr Empfinden?
- Mit welchen Auswirkungen, Belastungen, Befürchtungen, aber auch Bereicherungen, sind Geschwister psychisch Kranker konfrontiert?
- Welche Strategien stehen diesen Betroffenen zur Bewältigung zur Verfügung, welche werden genutzt?
- Könnten theoretischen Konzepte zur Lebensbewältigung geeignet sein, ebenfalls zur Bewältigung der Belastungen beizutragen?

### **1.3 Methode, Aufbau und Struktur**

#### **1.3.1 Methode**

Grundlage zur Beantwortung der zu untersuchenden Fragen bildet eine umfangreiche Literaturrecherche. Fachliteratur zu den Themen: „psychische Erkrankung“, „Geschwister“ und „Geschwisterbindungen“, „Angehörige psychisch Kranker“, „Ressourcen und Bewältigung“ und zu „Theorien der Sozialen Arbeit“ und „Theorien zur Lebens- bzw. Stressbewältigung“ wurde in verschiedenen Hochschulbibliotheken Münchens gefunden. Ergänzt werden die fachlichen Informationen durch die Internetrecherche. Dabei wurde auf die Datenbank „PubMed“ zugegriffen und mit dem Suchbegriff „siblings of mentally ill“ 39 Dokumente gefunden. Daraus bezog die Verfasserin der Arbeit eine englischsprachige Studie aus Polen zu Bewältigungsstrategien von Geschwistern psychisch Kranker und zwei Reviews zum Thema der Belastungssituation dieser Geschwister in ihre Arbeit mit ein. Da R. Schmid, H. Spießl und C. Cording zu jenen Wissenschaftlern zählen, die sich im deutschsprachigen Raum am umfänglichsten mit der Thematik „Belastungen von Geschwistern psychisch Erkrankter“ befasst haben, wählte die Verfasserin auch diese Namen als Stichwörter bei „PubMed“ und stieß auf weitere 24 Dokumente. Nach Aussonderung jener Artikel, die für die Fragestellung weniger relevante Darstellungen lieferten, verblieben 4 Fachartikel, die auf die Ausarbeitung Einfluss nahmen.

Eine Dissertation, die sich mit dem Thema „Bedeutung der Geschwister geistig behinderter Menschen“ auseinandersetzt, wurde über das allgemeine Suchportal „google“ gefunden. Den Hinweis zu einer weiteren Dissertation zum Thema „Belastungen, Kontrollüberzeugungen und dem Bewältigungsverhalten von psychisch kranken Patienten und Angehörigen in stationärer Behandlung“ erhielt die Verfasserin durch den telefonischen Kontakt zum Universitätsklinikum Regensburg, wo R. Schmid lange Jahre zum Thema Geschwister psychisch Kranker forschte und schließlich promovierte.

Für den ersten Teil der Abhandlung, der sich primär mit der Situation von Geschwistern von psychisch Kranken auseinandersetzt, wurden hauptsächlich die Informationen aus verschiedenen Reviews verwendet. Durch den persönlichen Kontakt mit verschiedenen Vertretern der Bundes- und Landesverbände als auch der Aktionsgemeinschaft für Angehörige psychisch Kranker in München bekam die Verfasserin zudem Hinweise zu Artikeln in Fachzeitschriften („Psychosoziale Umschau“, „unbeirrbar“), Fernsehbeiträgen und Fachbeiträgen im Netz, die ergänzend als Informationsquellen für die Arbeit genutzt wurden. Zusätzlich dienten die bisher vom Landesverband herausgegebenen Broschüren zum Thema „Angehörigenarbeit“ als Quelle. Wohlwissend, dass die Inhalte in diesen Heften nicht immer den wissenschaftlichen Ansprüchen einer Bachelorarbeit genügen, zitiert die Verfasserin trotzdem in Ihrer Arbeit teilweise aus Artikeln dieser Druckschriften. Denn die Beiträge in diesen Rechtsratgebern haben einen besonderen Wert, weil sie meist aus der Perspektive der Angehörigen verfasst wurden und sich an deren spezifischen Bedürfnissen orientieren.

Mitunter wurde auch den Literaturhinweisen in den verschiedenen Dissertationen, Reviews, Büchern und Fachartikeln nachgegangen.

### **1.3.2 Aufbau und Struktur**

Die Bachelorarbeit wird in 9 Kapitel eingeteilt.

In der Einführung wird versucht, die Relevanz der Themenstellung, die Kernfrage „Lässt sich anhand von Theorien zur Lebensbewältigung Hilfestellung

für Geschwister von psychisch Kranken ableiten?“ und die Zielsetzung der Arbeit zu erläutern. Zudem erhält der Leser Informationen zu Aufbau und Struktur der Arbeit.

Im folgenden Kapitel 2 wird eine Begriffsbestimmung vorgenommen, um vorerst zu klären, was die Fachwelt unter dem weiten Begriff „psychische Erkrankung“ versteht. Des Weiteren wird darauf eingegangen, weshalb Kenntnisse diesbezüglich für Angehörige wichtig und von Bedeutung sind.

Im Kapitel 3 beschreibt die Verfasserin ausführlich die Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter. Dabei legt sie zunächst das Hauptaugenmerk auf das Gefühl der Verantwortlichkeit. Anschließend geht sie darauf ein, mit welchen komplexen Schwierigkeiten Geschwister von psychisch kranken Menschen konfrontiert sind, aber auch welche Chancen und Risiken aus dieser spezifischen Situation erwachsen können bzw. welche Aspekte in dieser Hinsicht positiv gewertet werden können. Weil diese Auswirkungen von den Geschwistern sehr unterschiedlich erlebt und wahrgenommen werden, wird abschließend in diesem Kapitel auf die verschiedenen Gesichtspunkte eingegangen, die möglicherweise Einfluss auf die Betroffenheit der Geschwister nehmen.

Kapitel 4 klärt die Frage, welche Strategien Geschwistern psychisch Kranker vorwiegend nutzen, um die komplexen Problemlagen, die mit ihrer Rolle verbunden sind, zu bewältigen. Neben den aktuellen Forschungsergebnissen nimmt die Verfasserin Bezug auf die methodischen Probleme bei der Erhebung der Daten.

In Kapitel 5 wird ein Überblick über Hilfsangebote gegeben, die Angehörigen von psychisch Kranken derzeit zur Verfügung stehen. Dabei erfolgt eine Aufteilung in Angebote aus dem professionellen und semiprofessionellen Bereich. Zuletzt wird in diesem Kapitel aufgezeigt, inwiefern sich bezüglich der Angebotspalette ein Interventions- bzw. Handlungsbedarf ableiten lässt.

Bevor die Verfasserin in Kapitel 7 ausführlich zwei Theorien zur Lebensbewältigung vorstellt und auch jeweils die Gründe für deren Auswahl nennt,

versucht sie in Kapitel 6 zuerst generell zu klären, weshalb die Anwendung von Theorien in der Sozialen Arbeit sinnvoll und zweckmäßig ist.

In Kapitel 8 wird dann der Versuch unternommen, zu verdeutlichen, inwiefern mittels dieser beiden Theorien Hilfestellung für Geschwister von psychisch Kranken abgeleitet werden kann.

Schließlich wird bei der Schlussbetrachtung in Kapitel 9 Resümee gezogen, welche Aspekte der Verfasserin bei der Anwendung der beiden Theorien im Rahmen der psychosozialen Beratung von Geschwistern psychisch Kranker als wesentlich erscheinen und welchen Handlungsbedarf sie daraus für Tätige in der Angehörigenarbeit ableitet.

## **2 Begriffserklärung**

### **2.1 Entwicklung und Begriffsbestimmung**

Frei nach dem Motto des chinesischen Philosophen und Strategen Sunzi, der behauptete: "Du musst deinen Feind kennen, um ihn besiegen zu können" (vgl. Sunzi 2001, S. 35) wird in vorliegendem Kapitel der Versuch unternommen, Klärung in die Begrifflichkeit „psychische Erkrankung“ zu bringen. Denn es sind nicht zuletzt Unklarheiten bzgl. psychischer Erkrankungen, die eine Bewältigung der damit einhergehenden Belastung erschweren.

Bereits Mitte des 16. Jahrhunderts stellte der deutsche Arzt und Begründer der modernen Psychopathologie Johann Weyer (1515 – 1588) fest, dass der Geist ebenso von Krankheiten befallen werden kann wie der Körper, und löste damit die von vielen akzeptierte Überzeugung ab, psychische Störungen könnten nur durch Dämonen hervorgerufen werden.

Aus Unwissenheit resultiert Unsicherheit, die die gesunden Geschwister im Umgang mit dem Erkrankten belasten (vgl. Seligman 1988, zit. n. Schmid et.al. 2005, S. 738). Diese Unsicherheiten zeigen sich aber auch bei und im Umgang mit den anderen Familienmitgliedern, den professionellen Helfern und dem eigenem Bekanntenkreis.

## 2.2 Klassifikation

Obwohl wir dank Wissenschaft und Forschung heutzutage ein differenzierteres Bild von psychischen Erkrankungen haben, stößt die Fachwelt bei der Klassifikation aufgrund der Komplexität der Erscheinungsbilder psychischer Störungen, der fließenden Übergänge zwischen den verschiedenen Formen sowie des unzureichenden Wissens über deren Entstehungsbedingungen auf Schwierigkeiten (vgl. Möller 2009, S. 64).

Mittels international verbindlicher Klassifikationssystemen wie der ICD-10 („International Classification of Diseases“) der Weltgesundheitsorganisation WHO und des DSM-V („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) der US-amerikanischen Psychiater-Vereinigung versucht man mittlerweile, einzelne psychische Störungsbilder anhand von Merkmalen und Kriterien zu beschreiben. Diese Kategorisierungen ermöglichen eine einheitliche Auffassung und Darstellung bzgl. der Verhaltens- und Erlebensmuster einzelner psychischer Krankheiten (vgl. Walter, 2009).

Obwohl es keine allumfassende Definition gibt, welche alle im DSM-V angesprochenen Störungsaspekte abdeckt, sind die folgenden Elemente unverzichtbar:

„Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, denen psychische und seelische Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderungen hinsichtlich sozialer oder beruflich-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z.B. der Tod einer geliebten Person, sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abwei-

chung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde“ ( Falkai u. Wittchen 2015, S. 26).

### **3 Zur Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter**

„Die Familie ist ein Geflecht enger zwischenmenschlicher Beziehungen. Persönliche Probleme und Krisen eines Familienmitglieds stören die Atmosphäre und das Gleichgewicht der ganzen Familie, und die anderen Familienmitglieder werden zu Mitbetroffenen“ (Tossmann 1987, S. 87). Dabei erleben und verarbeiten Geschwister die psychische Erkrankung ihrer Schwester oder ihres Bruders in vielerlei Hinsicht anders als die Eltern, Partner oder Kinder. Bevor in folgenden Unterpunkten die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf Geschwister und darauf Einfluss nehmende Gesichtspunkte konkreter erläutert werden, zeigt die Verfasserin auf, aufgrund welcher Aspekte sich Geschwister dem psychisch Erkrankten gegenüber verantwortlich fühlen können.

#### **3.1 Geschwister fühlen sich dem psychisch Erkrankten gegenüber verantwortlich**

Geschwister des psychisch Erkrankten tragen in gleicher Weise wie sonstige Personen keinerlei rechtliche Verantwortung. Weil sie als Geschwister nicht zu den Verwandten in gerader Linie i. S. d. § 1601 BGB zählen, besteht keine Unterhaltspflicht. Selbst wenn sie mit diesem zusammen wohnen, darf anders als noch bis zum 31.12.2004 von staatlicher Seite keine Bedarfsgemeinschaft mehr unterstellt werden. Während § 16 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) insoweit noch allgemein vermutete, ein in Haushaltsgemeinschaft mit Verwandten oder auch Verschwägerten lebender Hilfesuchender würde von diesen Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten, stellt § 39 Nr. 2 SGB XII (in Kraft seit 01.01.2005) nun ausdrücklich klar, dass diese gesetzliche Vermutungsregel für Angehörige psychisch Erkrankter (soweit behindert i. S. d. § 53 Nr. 2 SGB XII) und somit deren Geschwister nicht mehr gilt. Trotzdem

fühlen diese sich doch häufig von dem Gefühl belastet, verantwortlich für den erkrankten Bruder oder Schwester zu sein.

### **3.1.1 aufgrund gesellschaftlicher und familiärer Erwartungen**

Die Institution „Familie“ befindet sich in einem Strukturwandel. Die bürgerliche Familie verliert ihre Monopolstellung. Denn in den letzten Jahrzehnten kam es verstärkt zu einer Pluralisierung von Familienmodellen und alternativen Lebensentwürfen wie Patchwork-Familien, Lebens- und Wohngemeinschaften. Auch Scheidung und Trennung von Eltern sind mittlerweile sozial akzeptierte Phänomene. Dieser gesellschaftliche Wandlungsprozess birgt neben vielen neu erworbenen Freiheiten auch ein hohes Maß an (Lebens-) Risiken und so verwundert es nicht, dass „Familie“ heutzutage in vielerlei Hinsicht einen Bedeutungszuwachs erfährt und dass die Definition von Familie sehr auf emotionale Aspekte bezogen ist. Es hat den Anschein, dass die große soziale Unsicherheit stabile und altbekannte familiäre Muster fordert. Zu einem dieser Muster zählt auch, dass man innerhalb der Familie füreinander einzustehen hat. Denn, so der Soziologieprofessor Johannes Huinink, „nirgendwo anders in der Gesellschaft findet sich die besondere Art der intimen, sehr persönlichen sozialen Beziehungen zwischen Partnern sowie Eltern und Kindern; und das hohe Maß der Bereitschaft, sich ohne Wenn und Aber gegenseitig zu unterstützen“ (vgl. Huinink 2009, S.3). Auch im Begriff des westlichen Individualismus und der zunehmenden Individualisierung im Rahmen der Modernisierungsprozesse würden viele kurzschlüssige Konnotationen stecken. Die Individuumszentrierung und damit der Ausschluss des soziokulturellen Kontextes würden eher in den gegenwärtigen wissenschaftlichen und professionellen Modellen der Psychologie und Psychiatrie stecken als in der gesellschaftlichen Realität (vgl. Zaumseil 2006, S. 39). Die Familie, so der Schweizer Familiensoziologe Franz X. Kaufmann, wird weiterhin als eine soziale Institution angesehen, die für ihre Mitglieder und die Gesellschaft bestimmte Aufgaben erfüllen soll. Die Individuen erwarten von der Familie, dass sie ihrem Wohlbefinden diene und zur Befriedigung von Bedürfnissen beiträgt, was so von keinem anderen Teil der Gesellschaft übernom-

men werden kann (vgl. Kaufmann 2009, S.3). Für Geschwister psychisch Erkrankter bedeuten diese normativen gesellschaftlichen Aufträge häufig eine große Last. Besonders der Balanceakt zwischen empfundener Verantwortung und Überforderung stellt viele Betroffene vor eine große Herausforderung.

### **3.1.2 aufgrund von Veränderungen im Gesundheits- und Versorgungssystem**

Die teilweise Verlagerung psychiatrischer Therapien aus dem vollstationären Bereich in teilstationäre und ambulante Einrichtungen bringt u.a. auch eine Zunahme der alltäglichen Belastungen der Angehörigen mit sich (vgl. Deister 2006, S. 557). Es wird deutlich, dass es im Zuge der Psychiatriereform nicht nur Errungenschaften zu verbuchen gibt. Der Druck zu mehr selbstorganisierter Bewältigung von chronischen Krankheiten ist enorm, wobei die wachsende Bürde der psychischen Störungen die größte ist (vgl. Zaumseil 2006, S.37). Wir befinden uns, so erklärt Prof. Dr. Manfred Zaumseil von der Freien Universität in Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, weiter, in einem Umstrukturierungsprozess, in dem ein mündiger Patient besser für sich und wohl informierte Angehörige besser für die ihren sorgen sollen (vgl. ebd.). Angermeyer und Kollegen gehen davon aus, dass für die verstärkte Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess spricht, dass kein noch so gutes professionelles Unterstützungsangebot die natürlichen sozialen Einbindungen in Familie und Partnerschaft ersetzen kann (vgl. 1999, zit. n. Jungbauer et.al. 2001, S.105). Ob und wie Angehörige mit der Rolle des „Hilfstherapeuten“ (vgl. Straub 2003, S. 4) und den damit verbunden Belastungen umzugehen in der Lage sind, bleibt jedoch nach wie vor eine offene Frage, die auch im Bereich der Forschung auf Interesse stößt.

Das „goldene Zeitalter“ (vgl. Butterwegge 2013, S.37) des Wohlfahrtsstaates war u.a. durch eine recht umfassende Versorgung bis hin zu einer fürsorglichen Belagerung der als chronisch krank Eingestuften gekennzeichnet (vgl.



Zaumseil 2006, S.37). Diese Form der Versorgung gehört aufgrund finanzieller Engpässe im System der Vergangenheit an.

Mittlerweile werden laut dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker mehr als 60% der chronisch psychisch kranken Menschen in Deutschland in und durch ihrer Familien betreut (vgl. Seifert 2008, S. 209). Diese sind somit ein wichtiges Glied in der psychiatrischen Versorgungskette, unverzichtbar zum Beispiel bei der Nachsorge nach stationärer Behandlung (ebd.). Dabei erklärt Eva Straub, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. in ihrem Artikel „Und wer fragt nach mir?“, dass Angehörige dennoch nicht die natürlichen Lückenbüßer für unzureichende, nicht bedarfsgerechte, nicht funktionierende Versorgungsstrukturen sind bzw. sein dürfen. Sie fordert die Politik und die Planer der psychiatrischen Versorgung heraus und will wissen, wer nach der Belastbarkeit der Familie fragt und was mit den Familien passiert, wenn immer mehr Versorgungsaufgaben auf sie abgewälzt werden (ebd.). Ein Bewusstsein hierfür zu schaffen, so Straub weiter, und die Interessen der Angehörigen psychisch kranker Menschen zu vertreten, sei auch Aufgabe der organisierten Angehörigen-Selbsthilfe auf Landes- und Bundesebene. Diese müsse auf Lücken in der Versorgung, auf Fehlplanungen und auf in der praktischen Umsetzung stecken gebliebene Gesetze hinweisen und zudem eine nicht nur patientengerechte sondern auch familiengerechte Versorgungslandschaft und Gesellschaftsordnung fordern (ebd.). Dies sei eine notwendige Konsequenz aus der Psychiatrie-Reform und eine unabdingbare Voraussetzung für die Fortsetzung einer schwerpunktmäßig im ambulanten Bereich liegenden psychiatrischen Versorgung (ebd.)

### **3.1.3 aufgrund emotionaler Bindung**

#### **3.1.3.1 Geschwister – eine besondere Beziehung**

Zu Geschwistern kann man, so variiert Prof. Dr. Jürg Frick den Kommunikationswissenschaftler und Psychotherapeuten Paul Watzlawick, anders als zu sonstigen Personen nicht eine Nichtbeziehung haben. Die gemeinsame Her-

kunft und Entwicklungsgeschichte würden ein unauflösbares Band bilden (vgl. Frick 2015, S. 21). Die Frage, welche Beschaffenheit ein solches „Band“ hat, das Geschwister von Geburt an verbindet, und welche Ursachen diese Bindungen verstärken bzw. verkümmern lassen, motivierte bereits 1989 die amerikanischen Dozenten für Psychologie Stephen Bank und Michael Kahn mit ihren Kollegen, acht Jahre lang die Geschwisterbindung zu untersuchen, sie zu begreifen, ihre einzelnen Komponenten freizulegen und aufzudecken, warum sie eine der dauerhaftesten und einflussreichsten Beziehungen im Leben ist (vgl. Bank u. Kahn 1989, S. 8). Seither haben zahlreiche Autoren den Versuch unternommen, Erkenntnisse aus der Geschwisterforschung zusammenzutragen und das Bewusstsein für diese spezifische Form der Beziehung und die Besonderheit der Rolle als Geschwister zu stärken. Die Bindung (oder Beziehung) zu Geschwistern, so Prof. Dr. Frick, hätte nämlich für einen Menschen eine ähnlich tiefe Bedeutung wie die Bindung an seine Eltern (vgl. Frick 2015, S. 175) und gelte nach der Beziehung zu den Eltern als die wichtigste Primärbeziehung (vgl. Kasten 2003, S.21). Substantiell, so der Diplompsychologe Reinhard Rudeck in einem Fachmagazin zum Thema „Geschwister“, gibt es in Geschwisterbeziehungen in Bezug auf Häufigkeit und Intensität, also sowohl quantitativ als auch qualitativ, mehr Intimität und Nähe als in anderen Beziehungen (vgl. Rudeck 2012, S. 5). Sie könnten sich in ungeschützten und hilflosen Situationen erleben, von denen andere nie erfahren, und alltägliche Gewohnheiten, Ängstlichkeit, Empfindlichkeiten, Unsicherheiten und Verlassenheitsängste unmittelbar voneinander mitbekommen (ebd.). Auch der Familienpsychologe Schneewind gibt eine treffende Erläuterung, wenn er die Geschwisterbeziehung als „einen Beziehungstypus besonderer Art darstellt, da sie in der Regel die am längsten währende, unaufkündbare und annähernd egalitäre menschliche Beziehung ist, die auf einer gemeinsamen Vergangenheit beruht“ (vgl. Schneewind 2000, S. 160). So könne man sich seine Geschwister nämlich nicht aussuchen, den Kontakt zu ihnen könne man zwar abrechnen, aber die Beziehung zu ihnen wohl kaum jemals dauerhaft beenden (vgl. Kasten 2003, S. 152). Und selbst, so Jürg Frick in seinem Buch „Ich mag dich – du nervst mich“, wenn sie (die Geschwister) über Jahre zerstritten sind oder alle Kontakte und Brücken zueinander abgebrochen haben, sei die viele Jahre gemeinsam erlebte Kind-

heits- und Jugendzeit ein unauslöschliches und prägendes verinnerlichtes Beziehungsfeld mit allen Sonnen- und Schattenseiten (vgl. Frick 2015, S. 175). Die Beziehung zu Geschwistern, so Frick weiter, bringe tiefe Gefühle von Nähe, Verbundenheit, Liebe, Vertrautheit und Kooperation mit sich aber auch ebenso starke Emotionen wie Eifersucht, Ablehnung, Entfremdung Hass und Konkurrenz (vgl. Frick 2015, S. 31). Der Versuch, eine einheitliche Definition einer Geschwisterbeziehung zu schaffen, musste aufgrund der facettenreichen Ausgestaltung der unterschiedlichen Bindungen, die zwischen Geschwistern existieren, bisher scheitern. So kann eine „Bindung“ für Geschwister sowohl ein vereinigendes Band, eine Verpflichtung bzw. Übereinkunft und/oder eine Beziehung bzw. -system bedeuten (vgl. Bank und Kahn 1989, S. 21). Die Beziehung kann sowohl warm und positiv als auch negativ und abwertend sein (ebd.). Dabei müssen die Beziehungen seitens der Betroffenen keineswegs einheitlich erlebt werden, denn die individuellen Sichtweisen angesichts unterschiedlicher Bedürfnisse und teilweise deutlich asymmetrischer Rollen können durchaus divergieren (vgl. Walper u.a. 2009, S. 69).

### **3.1.3.2 Unterschiede in der Beziehung**

Von entscheidender Bedeutung für eine emotionale Beziehung zwischen Geschwistern sei nach Bank und Kahn der „Zugang“, den Geschwister zueinander hätten (vgl. Bank und Kahn 1989, S. 14 ff). Dabei gelten für „Geschwister mit niedrigem Zugang“ Merkmale wie beispielsweise ein hoher Altersunterschied, der zur Folge hat, dass die Geschwister eigentlich verschiedenen Generationen angehören. Sie hätten daher wenig Zeit miteinander verbracht und daher kaum gemeinsame persönliche Geschichten (ebd.). Ein geringer Altersunterschied und Gleichgeschlechtlichkeit der Geschwister würden hingegen den Zugang zu gemeinsamen Lebensereignissen fördern. Je früher der Zugang beginnt und je länger er dauert, desto intensiver wird die Beziehung zwischen Geschwistern [...] (ebd.). In ihrer klinischen Forschung zeigen Bank und Kahn weiter eindrucksvoll, dass sich angesichts negativer familiärer Erfahrungen die Bindung unter Geschwistern häufig

durch größere Nähe auszeichnet, aber auch durch negative Aspekte mit missbräuchlichen Dynamiken geprägt ist (vgl. Walper 2009, S. 23). Emotional befriedigende Beziehungen z.B. zu den Eltern, den eigenen Kindern oder Partner lassen die Geschwisterbeziehungen wiederum schwächer und unwichtiger werden (vgl. Bank und Kahn 1989, S. 24).

Am deutlichsten seien Geschwisterbeziehungen in Kindheit und Jugend, danach würden sie „ruhen“, wenn neue Familien gegründet werden und eigene Kinder dazukommen. Im Erwachsenenalter würde der Geschwisterprozess wieder aktiviert, vor allem, wenn die alt gewordenen Eltern versorgt werden müssen (ebd.).

Zudem nehmen das elterliche Erziehungsverhalten, die Qualität der Partnerschaft der Eltern, die Verhaltenstendenzen bzw. Eigenschaften der Geschwister und auch äußere Faktoren, wie beispielsweise die Wohnstruktur, Einfluss auf die Gestaltung der Geschwisterbeziehung. Aber auch die Geschwisterrangfolge, Geschwisteranzahl und geschlechterspezifische Aspekte spielen eine entscheidende Rolle dabei, wie sich die Bindung/Beziehung unter Geschwistern entwickelt.

Weil Geschwisterkonstellationen zudem wesentlich die Belastungssituation von Geschwistern psychisch Erkrankter beeinflussen, wird darauf im Kapitel 3.3 noch detaillierter eingegangen.

### **3.1.3.3 Balanceakte zwischen Nähe und Distanz**

Nachdem nun die Bedeutsamkeit, die Geschwister füreinander haben, und die auf die Beziehung Einfluss nehmende Aspekte angedeutet wurden, stellt sich die Frage, inwiefern diese Bindungen im Zusammenhang mit dem Gefühl der Verantwortlichkeit für Geschwister und speziell für psychisch erkrankte Geschwister stehen. Naturgemäß ist davon auszugehen, dass die Bindung zu einem Angehörigen und die Verantwortung, die man füreinander übernimmt, sich gegenseitig bedingen. Das würde bedeuten, je intensiver die emotionale Bindung zum Geschwister ist, desto stärker sieht sich das Geschwister in der Verantwortung. Empirische Daten, die diese Behauptung

bestätigen, liegen allerdings nicht vor. Da in vielen Publikationen zudem lediglich von „Angehörigen psychisch Kranker“ die Rede ist, ohne dass zwischen der Erkrankungsgruppe einerseits und der Beziehung andererseits differenziert wurde, sind bislang insgesamt nur vorsichtige Aussagen darüber möglich, inwieweit die Art und Intensität der Beziehung zu einem psychisch Kranken das Belastungserleben der Angehörigen beeinflusst (vgl. Magliano 1999, zit. n. Jungbauer et al. 2001, S. 107).

Tatsache ist jedoch, dass Geschwistern, selbst wenn sie gesund sind, aufgrund dieser schicksalhaften „Zwangsgemeinschaft“ (vgl. Sitzler 2014, S. 14) eine Abgrenzung zueinander nicht immer leicht fällt. Für Geschwister von psychisch kranken Menschen stellt sich häufig die zentrale Frage, inwieweit sie ihr eigenes Leben leben dürfen, ohne ihr erkranktes Geschwister bzw. die Eltern im Stich zu lassen (vgl. Moormann 1994, zit. n. Schmidt et. al. 2005, S. 740) und ihre eigenen moralischen Ansprüche nicht zu verleugnen.

Geschwistersein insbesondere mit einem psychisch Erkrankten bedeutet aufgrund der emotionalen Bindung zueinander einen stetigen Balanceakt zwischen Nähe und Distanz, zwischen Verantwortungsübernahme und Verantwortungsabgabe. Betroffene wägen Fragen, wie beispielsweise: „Wie entscheidungsfähig ist der Kranke?, wie viel Selbstbestimmung kann er wahrnehmen? und wie viel Verantwortung müssen, ja, können wir, die nahen - vielleicht einzigen – Bezugspersonen, übernehmen für denjenigen, der sie unserer Meinung nach am meisten braucht (vgl. Straub 2008, S. 190)?“ immer wieder ab. Es läge, so Straub weiter, an den Besonderheiten psychischer Krankheiten, dass sich die nahen Bezugspersonen der Betroffenen besonders in der ersten Zeit der Krankheit ganz selbstverständlich verantwortlich fühlen für alles, was um den Patienten herum geschieht und was zur Entscheidung ansteht.

Gleichzeitig tragen Geschwister und andere Angehörige natürlich auch Verantwortung für sich selbst. Diese mit der Zeit offenbar immer notwendiger werdende Aufteilung der Verantwortung fordert von ihnen den Spagat, einerseits sich nicht vor der Verantwortung zu „drücken“ und andererseits der

Pflicht nachzukommen, sich um den kranken Bruder bzw. die kranke Schwester zu kümmern (vgl. Möhrmann 2015, S.24)

### **3.2 Geschwister sind von den Auswirkungen der psychischen Erkrankung betroffen**

Die Schwester bzw. der Bruder eines psychisch kranken Menschen zu sein, bedeutet Herausforderungen in vielerlei Hinsicht. Wenn dieses Schicksal bereits Kinder trifft, sind diese von früh an mit menschlichem Leid und Unvermögen konfrontiert, mit Belastungen, mit Einschränkungen und mit veränderten Beziehungen zu ihren Eltern (vgl. Achilles 2002, S. 9). Da die Belastungssituation von Geschwistern psychisch Kranker im Kindesalter eine zusätzlich Spezifische darstellt und diese Kinder mit besonderen Problemen hinsichtlich ihrer Entwicklung und Beziehung zu den gemeinsamen Eltern konfrontiert sind, hielt es die Verfasserin für sinnvoll, sie in der vorliegenden Abhandlung nicht gesondert zu thematisieren. Der Umfang der Arbeit würde den erweiterten Kreis mit der besonderen Belastungssituation von Kindern mit psychisch kranken Geschwistern nicht fassen.

Die Lebenssituation von Geschwistern psychisch Erkrankter bietet neben den Risiken auch Chancen für die persönliche Entwicklung und kann, sofern die Erfahrungen positiv erlebt und gewertet werden, eine Bereicherung bedeuten. Um zu begreifen, aufgrund welcher Aspekte Geschwister herausgefordert sind, Probleme und Schwierigkeiten zu meistern bzw. zu bewältigen, muss man verstehen, inwiefern sie von den Auswirkungen einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Diese Frage beantwortet folgender Abschnitt. Dabei werden zuerst belastende Gesichtspunkte genannt, dann jene, welche ihnen Sorgen bereiten, und anschließend diejenigen Aspekte, die sie als Bereicherung empfinden. Die Geschwister erleben Auswirkungen sowohl in Beziehung zu dem erkrankten Geschwister als auch zu den übrigen gesunden Geschwistern und den Eltern, des Weiteren auch hinsichtlich ihrer eigenen Lebenssituation und bezüglich ihres sozialen Umfeldes. Da sich die Auswirkungen je nach Bezugsgruppe sehr unterschiedlich darstellen, hat die Verfasserin sie in jeweils separaten Unterpunkten erarbeitet.

### **3.2.1 Geschwister erleben Belastungen**

Klaus Dörner stellte bereits 1985 die interessante These auf, dass Angehörige von psychisch kranken Menschen möglicherweise mehr unter den Auswirkungen der Erkrankung leiden als der Patient selbst (vgl. Dörner 1987, S.76). Denn während nämlich der Patient einen Teil seines Leidens, seiner Angst in Form von Symptomen (Wahnidee, Trinken) abbinden könne, „als Patient“ in seinem Leiden anerkannt wäre und die psychiatrisch Tätigen als Gesprächspartner für sein Problem zur Verfügung hätte, wären die Angehörigen ihrem Leiden schutzlos ausgeliefert [...] (vgl. ebd.). Mit welchem „Leid“, Problemen und Belastungen speziell Geschwister von psychisch Kranken konfrontiert sind und welchen Belastungen sie sich gegenübergestellt sehen, soll im Folgenden erörtert werden.

#### **3.2.1.1 in der Beziehung zu dem erkrankten Geschwister**

- durch die Ambivalenz der Gefühle

Geschwisterbeziehungen sind im Allgemeinen durch ambivalente Gefühle zueinander gekennzeichnet. Mit der psychischen Erkrankung eines Bruders/einer Schwester gehen häufig unterschiedliche und/oder gegensätzliche Stimmungen, Gefühle, Einstellungen und Wahrnehmungen einher. Diese Wechselbäder der Emotionen bekommen besonders die naheliegenden Bezugspersonen zu spüren. Diese Gefühle wiederum sind bei den gesunden Geschwistern gegenüber dem Erkrankten – i.d.R. im Vergleich zu den Gefühlen der Eltern – kritischer und von mehr Ambivalenz geprägt (vgl. Brenner 1982, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 741). So ist die Beziehung einerseits häufig von tiefem Mitgefühl und Verständnis getragen, aber andererseits kennen Geschwister Wut und Ärger beispielsweise darüber, dass der erkrankte Bruder oder die erkrankte Schwester Erwartungen und Verhaltensweisen an den Tag legt, die inakzeptabel erscheinen. Sie schwanken zwischen der Hoffnung auf Besserung des Krankenstatus und der Enttäuschung bei Rückfällen oder bei einer Verschlechterung des psychischen Zustandes bzw. der Beziehungsqualität.

- durch Nähe und Distanz

Auch die Regulation zwischen Nähe und Distanz zum Erkrankten bedeutet für viele betroffene Geschwister eine permanente Gratwanderung. Probleme, sich abzugrenzen, kennen nahezu alle Betroffenen und diese belasten häufig den Umgang zusätzlich (vgl. Schmid et al. 2005, S. 738). Geschwister erleben in der problembehafteten Beziehung zum erkrankten Familienmitglied Phasen der Entmutigung und Resignation, sind aber auch meist wieder bereit, der Verbindung erneut eine Chance zu geben und beispielsweise inadäquate Reaktionen des kranken Bruders bzw. der kranken Schwester zu vergeben und zu entschuldigen. Diese wechselhaften Gefühle zehren naturgemäß an den Kräften der gesunden Geschwister. Zudem erleben sie die Persönlichkeitsveränderung, die mit der psychischen Erkrankung einhergeht, als Verlust des Geschwisters, mit dem/der ein unkomplizierter Austausch, ein Umgang auf „Augenhöhe“ nicht mehr möglich ist.

- durch Schuldgefühle gegenüber dem Erkrankten

Zu diesem breiten Spektrum an emotionalen Belastungen zählen Rita Schmid, Hermann Spießl und Clemens Cording in ihrem gemeinsam verfassten wissenschaftlichen Artikel „Zwischen Verantwortung und Abgrenzung“, der in der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ veröffentlicht wurde, auch Schuldgefühle und –vorwürfe, welche Geschwister oft gegenüber ihrem psychisch erkrankten Bruder bzw. ihrer Schwester empfinden. Dabei geht die Verfasserin weniger davon aus, dass diese bei Geschwistern mit der Frage nach der Krankheitsentstehung bzw. Mitverursachung in Verbindung gebracht werden, (wie dies von Eltern psychisch Kranker häufig thematisiert wird - vgl. Schmid et al. 2005, S. 277) sondern vielmehr damit, dass sie sich mit den Fragen quälen, ob sie dem Kranken gerecht werden, ob sie das Richtige für ihn tun, ob sie auf sein Verhalten in richtiger Weise reagieren (vgl. Creer et al. 1989, zit. n. ebd.) und ob sie seinen Erwartungen entsprechen (vgl. ebd.). Zu den schwerwiegendsten und intensivsten Schuldgefühlen und Vorwürfen zählen wohl jene, die aufgrund einer gegen den Willen des Kranken eingeleiteten Behandlungsmaßnahme (vgl. Jungbauer 2002, zit.



n. Schmid et al. S. 277), einer vom Erkrankten selbst abgelehnten aber dennoch veranlassten Einweisung in die psychiatrische Klinik oder gar durch den Suizid bzw. Suizidversuch des erkrankten Geschwisters verursacht werden. Auf den permanent zu leistenden Balanceakt zwischen dem Gefühl der Verantwortlichkeit und dem Lossagen aus dieser Verantwortung ist die Verfasserin im vorangegangenen Teil der Arbeit (3.1) bereits eingegangen, er soll aber in diesem Abschnitt der Vollständigkeit halber nochmals erwähnt werden.

- durch Ohnmacht und Hilflosigkeit

Als letzter prägnanter emotionaler Belastungsfaktor soll noch das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit genannt werden, welches Angehörige primär dann erleben, wenn sie unzureichend über die Krankheit und über Unterstützungsmöglichkeiten informiert sind und bzgl. des Umgangs mit dem psychisch Erkrankten verunsichert sind.

Ein Grund für diese Verunsicherung ist bei vielen betroffenen Geschwistern die notwendige Revidierung bestehender Rollenverteilungen innerhalb der Geschwister infolge der Erkrankung (vgl. Schmid et al. 2004, S. 226). Ältere Geschwister würden, insbesondere wenn die Eltern bereits verstorben sind bzw. sich mit dem Erkrankten überfordert fühlen, häufig früh in die Verantwortung (Elternrolle!) für das erkrankte Geschwister gedrängt (vgl. Marsh et al. 1993, zit. n. Schmid et al. 2004, S. 225). Jüngere Geschwister chronisch Kranker seien dagegen eher mit der Umkehrung der normativen Geschwisterrolle belastet, wenn das jüngere Geschwister den Entwicklungsstand des älteren erkrankten Geschwisters erreicht und übertrifft. Diese Rollenumkehr und der damit einhergehende Identitätsverlust mit der „großen Schwester bzw. dem großen Bruder“ könne das jüngere Geschwister ebenfalls überfordern (vgl. Faber et al. 1963, zit. n. Schmid et al. 2004, S. 226).

- durch die Symptome der Erkrankung

Viele Belastungen, welche Geschwister psychisch Kranker treffen, sind symptombedingt. Dabei, so Konstanze Koenning, Mitherausgeberin des Buches „Freispruch der Familien“, seien es nicht jene Symptome, die den Psychiater interessieren, wie etwa Stimmen hören, Wahnideen oder Halluzinationen, sondern eher das merkwürdige Verhalten des Erkrankten wie beispielsweise die Inaktivität und Apathie oder aber die übermäßige Aktivität, die Vernachlässigung des Äußeren und der Wohnung, der häufig gestörte Tag- und Nachtrhythmus und etliches mehr (vgl. Koenning 1985, S. 25 f). Schmid, Spießl und Cording fanden mittels einer Studie heraus, dass 81,3% der befragten Angehörigen an dem krankheitsbedingten veränderten Verhalten des Erkrankten leiden (vgl. Schmid et al. 2005, S. 274). Die Studie ergab, dass besonders das Ablehnen von Unterstützungsangeboten und das Ablehnen der Angehörigen selbst, Reizbarkeit, Nörgeleien und inadäquate Reaktionen, aber auch Drohungen und verbale Übergriffe von den Erkrankten als sehr belastend erlebt werden (vgl. ebd.). Starkes Rauchen und Alkoholkonsum wurden dagegen eher selten als belastend empfunden (ebd.).

Eva Straub greift diese Thematik in der Broschüre des Bundesverbandes für Angehörige psychisch Kranker „Und wer fragt nach mir?“ erneut auf und erklärt, dass es auch ein übermenschliches Ansinnen wäre, die Symptome einfach übersehen zu wollen. Es sei völlig normal, dass die irritierenden und beängstigenden Symptome auf Dauer erheblich sind und immer wieder zu schaffen machen würden. Denn Angehörige wären gefühlsmäßig zu sehr beteiligt, um immer geduldig den Zwangssymptomen zuzusehen, die dumpf gemurmelten Worte und ausgestoßenen Laute zu überhören, das tagelange im Bett liegen zu ertragen, den an Autismus erinnernden Rückzug zu ignorieren und weiterhin eine Kommunikation zu versuchen, die Aggressionen und Beschimpfungen achselzuckend als Krankheitssymptome abzutun (vgl. Straub 2010, S. 10). Der Bruder bzw. die Schwester des psychisch Erkrankten werden in solchen Situationen ganz besonders herausgefordert, den notwendigen Abstand und Gelassenheit zu bewahren, um die Belastung hinsichtlich der Krankheitssymptome und -folgen zu ertragen und die krank-

heitsbedingten, häufig seltsam anmutenden Verhaltensänderungen zu akzeptieren.

### **3.2.1.2 in Beziehung zu den übrigen Familienmitgliedern**

Erkrankt ein Mitglied der Familie an der Psyche, verändern sich die familiäre Atmosphäre und auch die Beziehungen zueinander häufig fundamental. Dabei nehmen alle betroffenen Geschwister sowie die Eltern des Erkrankten die Situation unterschiedlich wahr und erleben die Erkrankung aus verschiedenen Perspektiven. Obwohl gemeinhin bekannt ist, dass für den psychisch Erkrankten die Familie, allgemeiner ausgedrückt das engere soziale Umfeld, eine wichtige Rolle für seine gesundheitliche Stabilisierung spielt (vgl. Straub u. Chuonyo 2014, S.5), kommt es aber besonders innerhalb der familiären Gemeinschaft aufgrund der krankheitsbedingten ungewohnten Verhaltensweisen häufig zu konfusen, alle Beteiligten irritierenden, verunsichernden und belastenden Situationen im Umgang miteinander. Geschwister von psychisch Kranken sind somit nicht nur in der Beziehung zum erkrankten Bruder bzw. zur erkrankten Schwester herausgefordert, mit den entsprechenden Belastungen umzugehen, sondern haben auch in ihrem familiären Umfeld vielfältige Schwierigkeiten zu bewältigen.

So beschreiben Schmid und ihre Kollegen in dem von ihnen verfassten Review die so genannte „Mad or Bad-Problematik“, welche sowohl die Geschwister- als auch die Elternbeziehung belastet (vgl. Schmid u.a. 2005, S. 739). „*Kann er/sie nicht*“ oder „*will er/sie nicht*“ ist die Frage, die sich die meisten Angehörigen bei der Beurteilung verschiedener Verhaltensweisen des Erkrankten stellen und dabei oft zu sehr unterschiedlichen Interpretationen und somit andersgearteten Vorstellungen hinsichtlich des richtigen Umgangs mit dem Erkrankten kommen. Angehörige befänden sich hier in einem schwierigen Spannungsfeld zwischen Verantwortung und eigener Abgrenzung, zwischen Idealisierung und Pathologisierung des Erkrankten (vgl. Bäuml et al. 2003, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 277). Gelingt es den gesunden Geschwistern nicht, für die jeweils andere Sichtweise und Deutung ausreichend Verständnis und Akzeptanz aufzubringen und einen gemeinsam

gangbaren Weg bzgl. des Umgangs mit dem Erkrankten zu finden, kommt es leicht zu Streitigkeiten und Schuldzuweisungen untereinander. Es wird vermutet, dass diejenigen Geschwister, die sich aufgrund der Zerwürfnisse zurückziehen, den Kontakt zum psychisch Erkrankten abbrechen oder sich von ihm distanzieren, einen hohen Preis bezahlen, weil Beziehungsabbrüche dieser Art häufig bewusste wie unbewusste Schuldgefühle zur Folge haben (vgl. Schmid et al. 2005, S. 740). Untersuchungen dazu liegen jedoch keine vor (ebd.).

Einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die gesunden Geschwister psychisch Kranker stellen die ausgesprochenen und unausgesprochenen Erwartungen der gemeinsamen Eltern an sie dar. Diese sind einerseits geknüpft an eigene Leistungserfolge und andererseits auch an die Unterstützung im Umgang mit dem erkrankten Geschwister und dessen Versorgung. Eine von Bock u.a. durchgeführte Befragung bestätigt diese Behauptung. Denn darin berichteten viele betroffene Geschwister von einem „besonderen Druck zum Erfolg“ (Bock u.a. 2008, S. 29). Schmid u. a. sehen darin eine Kompensationsmöglichkeit, durch welche Eltern versuchen, mit ihrer Trauer über die eingeschränkten Möglichkeiten des erkrankten Kindes fertig zu werden und sich Hoffnungen zu erfüllen, denen das kranke Kind nicht mehr gerecht werden kann (vgl. Tröster 1999, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 740).

In innerfamiliäre Konflikte geraten Geschwister psychisch Kranker auch dadurch, dass sie häufig die Funktion eines Vermittlers übernehmen. Dabei geraten oft besonders engagierte Geschwister, welche sich auch um organisatorische und rechtliche Belange des Erkrankten kümmern, manchmal „zwischen die Fronten“. So bedeutet es häufig ein schwieriges Unterfangen, den Wünschen und Vorstellungen der erkrankten Geschwister gerecht zu werden und zugleich die Erwartungen der restlichen Familienmitglieder zu befriedigen. So kann es für das sich kümmernde Geschwister äußerst stressig werden, wenn beispielsweise der Erkrankte eine betreute Einrichtung verlassen will, um selbstständig leben zu können, dabei auf Unterstützung seitens der Familie hofft, die gesunden Geschwister bzw. Eltern ihm diesen Schritt aber nicht zutrauen und diese Veränderung ablehnen. In solchen und anderen Fällen sind naturgemäß Loyalitätskonflikte vorprogrammiert, denn das Ge-

schwister steht aufgrund der unterschiedlichen Ansichten der Beteiligten zwischen den Parteien und fühlt sich ggf. unter Druck gesetzt, sich einer Seite gegenüber illoyal zu verhalten.

### **3.2.1.3 hinsichtlich der eigenen Lebenssituation**

„Es wäre nur noch die Unterbringung in einem Heim geblieben und sie wäre ein Sozialfall geworden, wenn wir nicht unsere Familie geöffnet hätten [...]“, so beschreibt Lotte Mucha, Schwester einer schizophrenen Schwester, beispielhaft ein Dilemma, welches vielen Geschwistern von psychisch Erkrankten vertraut ist (vgl. Mucha 1987, S. 56). Besonders in der mittleren Lebenshälfte, so Schmid und Kollegen, wenn die Eltern aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen die Verantwortung für das erkrankte Geschwister an ihr gesundes Kind/Kinder abgeben müssen, wird es für diese schwierig, sich ihren Freiraum zur Verwirklichung eigener Vorstellungen in Beruf und Freizeit zu erhalten (vgl. Seligmann 1988, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 741). Dies bestätigte auch eine Studie von Lively, in der 63,3% der befragten Geschwister schizophrener Patienten den Einfluss der Erkrankung ihres Geschwisters auf ihre eigene Freizeit als bedeutend bzw. als sehr bedeutend ansahen (vgl. Lively 1995, zit. n. ebd.). Leben die gesunden Geschwister selbst in Beziehung und/oder haben Kinder, sind sie zudem damit herausgefordert, allen Beteiligten in ihren unterschiedlichen Bedürfnislagen gerecht zu werden. Eine besondere Belastung kann dieser Balanceakt insbesondere auch dann darstellen, wenn die übrigen Familienmitgliedern in einem ungu-ten bzw. schlechteren Verhältnis zum Erkrankten stehen und nur wenig oder keine Bereitschaft zeigen, diesen „mitzutragen“. Die unterstützungsbereiten Geschwister kommen dann häufig in Verlegenheit und haben ein schlechtes Gewissen dem gegenüber, dem sie den Vorrang verwehrt haben. Auch die Frage, inwieweit sie die oder den psychisch erkrankten Bruder/Schwester den eigenen Kindern bzw. dem Partner „zumuten“ können, ist für viele der Betroffenen nicht leicht zu beantworten und bringt sie häufig in innere Be- drängnis.

Solche Stresssituationen können Ursache für unterschiedliche gesundheitliche Probleme sein. So fühlten sich - laut einer Befragung unter Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker - etwa ein Drittel der Befragten durch die Betreuung des Erkrankten sehr stark, ein weiteres Drittel mäßig stark in ihrer Gesundheit beeinträchtigt (vgl. Jungbauer 2001, S.109). Rund 9 von 10 Angehörigen klagten vor allem über psychische Beschwerden wie Grübelei, innere Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen. Zu nahezu identischen Aussagen kommen Rita Schmid und ihre Kollegen. Sie berichten, dass - laut einer Untersuchung von befragten Geschwistern schizophrener Erkrankter - 66,7% negative Auswirkungen der Erkrankung auf ihre eigene Gesundheit in Form von psychischen Problemen erleben und 20% somatische Beschwerden nennen (vgl. Lively 1995, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 741).

Aufgrund der psychischen Erkrankung und der damit einhergehenden beruflichen Leistungsunfähigkeit gehen die meisten der Betroffenen keiner geregelten Erwerbsarbeit nach und büßen somit auch häufig ihre materielle Existenzgrundlage ein. Trotz dann zu erfolgreicher Leistungen wie z. B. in Form von Grundsicherung oder Rente bei Erwerbsunfähigkeit kommen viele der psychisch Erkrankten oft nur unzureichend mit diesem Einkommen zurecht. Betreuten in Einrichtungen verbleibt bei Inanspruchnahme der genannten Leistungen meist nur ein Taschengeldebtrag von ca. 100,-€ im Monat; Sozialleistungen und Frührenten fallen häufig ebenfalls sehr mager aus. Dazu kommt, dass viele der Erkrankten entweder überhaupt nicht mit Geld umgehen können oder in kritischen Phasen große Summen ausgeben, verschenken oder verlieren (vgl. Koenning 1987, S. 31). Eine zusätzliche finanzielle Belastung ergibt sich oft noch dadurch, dass viele von ihnen übermäßig stark rauchen. Aus dieser Notlage heraus bitten sie häufig auch die Geschwister, ihnen finanziell „unter die Arme zu greifen“. Somit werden die Geschwister psychisch Kranker neben den vielfältigen immateriellen Belastungen zudem finanziell herausgefordert.

### **3.2.1.4 hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes**

Psychisch kranke Menschen ziehen sich nicht selten aus der Gesellschaft zurück, isolieren sich und pflegen nur wenige soziale Kontakte. Ihre Angehörigen stehen hingegen oft „mitten im Leben“ und haben dementsprechend viele Menschen um sich. Diese Beziehungen in der Schule, im Beruf, im Freundeskreis etc. sind für sie auch äußerst hilfreich, um sich neben den innerfamiliären Belastungen, welche durch die Erkrankung des Geschwisters verursacht sind, auszutauschen, abzulenken, Spaß zu haben und/oder einfach „Normalität“ zu erleben. Diese Kontakte büßen jedoch häufig an Unbefangenheit ein, weil sich Geschwister von psychisch Kranken aufgrund des auffälligen Verhaltens und/oder des vernachlässigten, von der psychischen Erkrankung gezeichneten Äußeren des kranken Bruders oder der kranken Schwester schämen bzw. Angst haben, von ihrem sozialen Umfeld stigmatisiert oder gar abgelehnt zu werden. So geben laut einer Umfrage unter Geschwistern schizophrener Erkrankter 60% der Geschwister an, dass sie das unkalkulierbare und peinliche Verhalten des Erkrankten in der Öffentlichkeit als belastend erleben (vgl. Friedrich et al. 1999, zit. n. Schmid et al. 2005, S.738). Dazu zeigen jüngere Geschwister deutlich mehr Ängste und Gefühle der Stigmatisierung, als ältere (vgl. Greenberg et al. 1997, zit. n. ebd.). Viele betroffene Geschwister vermeiden daher bewusst Gespräche, welche die bestehende Problematik mit dem psychisch Erkrankten aufgreifen, weichen Fragen zu seinem/ihrem Ergehen aus und verleugnen ihre ambivalenten Gefühle zu diesem selbst vor Freunden. Diese unangenehmen Gefühle des Fremdschämens und des peinlichen Berührtseins gehen eng mit den Werten und Normvorstellungen der gesunden Geschwister einher (vgl. Paulus u. Krach 2011). Die Verfasserin vermutet daher, dass der offene Umgang mit der psychischen Erkrankung des Geschwisters im sozialen Umfeld in direktem Zusammenhang steht zu der Haltung und Einstellung, die das gesunde Geschwister grundsätzlich zu psychischen Störungen hat.

Den Stress, dem Geschwister von psychisch Erkrankten ausgesetzt sind, tragen diese häufig auch in ihren beruflichen bzw. schulischen Alltag mit hinein. Dabei zehren die problembehafteten geschwisterlichen Beziehungen zum psychisch Erkrankten außerdem an den Kräften, die für die Bewältigung

der schulischen wie beruflichen Anforderungen entscheidend sind. Nicht selten berichten Angehörige, dass infolge der Erkrankung des Patienten ihre eigene Berufstätigkeit in Mitleidenschaft gezogen wird und sie ihre Arbeit aufgrund der Verantwortung gegenüber dem Patienten als Belastung und zusätzlichen Druck empfinden (vgl. Simon 2000, zit. n. Bauer 2010, S. 226). Manche Angehörige berichten sogar, dass sie eine weniger beanspruchende Arbeit annehmen, aufgrund der Doppelbelastung vorzeitig in Rente gehen oder in jüngeren Jahren ganz auf ihren Beruf verzichten mussten (vgl. Griengl & Katschnig 2002, ebd.).

### **3.2.2 Geschwister erleben Befürchtungen**

Angehörige von psychisch Erkrankten sorgen sich in vielerlei Hinsicht. Finden sie keine geeigneten Strategien und Wege, die Befürchtungen und Ängste zu bewältigen, können diese auch ihre eigene seelische und körperliche Gesundheit schwer beeinträchtigen. Inwiefern diese Befürchtungen, Sorgen und Ängste den Alltag von Geschwistern psychisch Kranker bestimmen, mit welchen existentiellen Fragen aber auch belanglos erscheinenden Überlegungen sie sich beschäftigen bzw. quälen, soll Inhalt der folgenden Ausarbeitung sein.

#### **3.2.2.1 in der Beziehung zu dem erkrankten Geschwister**

„Wie soll denn das mit ihm/ihr weitergehen?“ „Ist er/sie stabil genug, um die Wohnung halten zu können, oder steht eine erneute Einweisung in die psychiatrische Klinik an?“, „Was passiert mit meinem psychisch kranken Bruder/mit meiner psychisch kranken Schwester, wenn ich mich weiter aus seinem/ihrem Leben zurückziehe oder gar den Kontakt ganz abbreche?“ „Landet er/sie eventuell noch auf der Straße?“

43,3% der von Schmid und ihren Kollegen befragten Angehörigen gaben an, Ängste bezüglich der Zukunft des Patienten und der eigenen Zukunft zu erleben (vgl. Schmid et al. 2005, S. 273). Besonders die Frage nach der Ver-



sorgung des Erkrankten nach dem Tod der Eltern, welche zu Lebzeiten meist die Hauptbetreuung ihres kranken Kindes übernehmen, bereitet vielen betroffenen gesunden Geschwistern Sorge. Ca. 90% der chronisch psychisch Erkrankten gehen infolge ihrer Erkrankung weder eine Ehe noch eine feste Lebensgemeinschaft ein und haben demzufolge auch seltener eigene Kinder (vgl. Horwitz 1992, zit. n. Schmid et al. S. 742). Da im Leben eines psychisch erkrankten Menschen häufig kaum soziale Kontakte existieren, liegt es für viele Geschwister auf der Hand, dass ihnen zukünftig die Betreuung und Begleitung des kranken Geschwisters obliegen wird, sofern sie sich nicht der „ererbten“ Verantwortung entziehen. Diese Vorstellung erfüllt viele mit der Sorge, ob sie dieser Aufgabe gewachsen sind, bzw. Ängsten, dem erkrankten Geschwister eventuell nicht gerecht werden zu können.

Karl- Heinz Möhrmann, Vorsitzender des Bundesverbandes für Angehörige psychisch Kranker, beschreibt in einem Artikel der psychosozialen Umschau, „Wenn die Angst das Leben bestimmt“, auch die Befürchtungen vor einem Suizid des Erkrankten und die Schwierigkeiten im Umgang mit Suiziddrohungen. Daneben kennen Angehörige die Furcht, dass der Betroffene im Wahn oder in der Manie eventuell eine Straftat begehen könnte oder sich und andere beispielsweise im Straßenverkehr gefährdet, dass er eventuell in die Fänge einer Sekte oder in ungute Kreise gerät, verantwortungslos mit seinem Vermögen umgeht, unsinnige Einkäufe tätigt und viele Befürchtungen mehr (vgl. Möhrmann 2017, S. 46). Und immer wieder taucht die quälende Frage auf, ob es denn nie wieder gut werden wird mit ihm bzw. mit ihr, der Zustand sich eventuell in Zukunft noch verschlechtert, irgendwann vielleicht der psychisch erkrankte Bruder, die psychisch erkrankte Schwester aufgrund der häufig stattfindenden Persönlichkeitsveränderung innerlich nicht mehr erreichbar ist. Belastend erleben Geschwister von physisch Erkrankten zudem die Unsicherheit, die sie bzgl. der Art der Behandlung empfinden. Dies treffe auf 78,3 % der betroffenen Angehörigen zu (vgl. Finzen 2001, zit. n. Schmid 2005, S. 274). Dies gilt insbesondere, wenn sie den Eindruck haben, die Behandlung sei einseitig auf die medikamentöse Unterstützung ausgerichtet, aber die psychotherapeutische Behandlung des Patienten werde vernachlässigt. (vgl. Schmid et al, 2005, S.274). Weiterhin verbinden viele Men-

schen das „in die Psychiatrie müssen“ mit dem Schlimmsten, was passieren kann, weil uralte Bilder aus den Zeiten der Irren- und Blödenanstalten noch als Vorurteil in ihren Köpfen herumgeistern (vgl. Straub und Chuonyo 2012, S. 6). Gesunden Geschwistern wie den psychisch Erkrankten selbst fällt es schwer, sich von diesen inneren, angstbesetzten Bildern zu lösen.

### **3.2.2.2 in Beziehung zu den übrigen Familienmitgliedern**

Engagierte Geschwister psychisch Kranker sorgen und ängstigen sich aber nicht nur um den Erkrankten, sondern sind auch durch Überlegungen belastet, wie und ob die übrigen Familienmitglieder mit der schwierigen Situation der Betreuung und Begleitung des psychisch erkrankten Menschen zurechtkommen. Die Verfasserin vermutet, dass dabei das Ausmaß der Befürchtungen und Sorgen sowohl mit der Familiendynamik und dem Familienzusammenhalt korreliert als auch mit den sozialen und finanziellen Bedingungen, die in der Herkunftsfamilie vorherrschen. Zwar berichteten Hoenig und Hamilton bereits 1966, dass Alter, Bildung und Schichtzugehörigkeit das Ausmaß der erlebten Belastung von Angehörigen kaum beeinflussen und neuere Untersuchungen von Jungbauer und Kollegen bestätigten diesen Befund (vgl. Solomon 1995, zit. n. Jungbauer et al. 2001, S. 106), allerdings gehen diese doch davon aus, dass ein niedriger sozioökonomischer Status als „Indexvariable“ für weitere potenzielle Belastungsfaktoren (z.B. materielle Unsicherheit, beengte Wohnverhältnisse, Größe des sozialen Netzes etc.) betrachtet werden könne (vgl. Jungbauer et al. 2001, S. 106).

Insbesondere dann, wenn die gemeinsamen Eltern älter und schwächer werden oder deren Gesundheit bzw. Kräfte schwinden, fürchten viele der gesunden Geschwister, dass sie die übertragene Versorgung des erkrankten Bruders/der erkrankten Schwester zukünftig überfordern könnte. Schätzt das gesunde Geschwister ferner die geistige Urteilskraft der Eltern und der weiteren Geschwister als nicht hinreichend ein und/oder sind sich die übrigen Familienmitglieder bzgl. der finanziellen und sozialen Unterstützung nicht einig, befürchten die gesunden Geschwister eventuell auch, dass der psychisch Erkrankte sie ausnutzt oder sogar hintergeht.

Diesen schwierigen Familiensituationen mit einem psychisch Kranken weichen viele, insbesondere junge Geschwister aus, indem sie die Herkunftsfamilie zumindest für eine gewisse Zeit, verlassen (vgl. Schmid et. a. 2005, S. 740). Aber auch wenn das gesunde Geschwister Distanz zum erkrankten Geschwister und ggf. zur Familie sucht, bleibt die Sorge um das Wohlergehen der Eltern und die Angst, dass diese mit den Belastungen infolge der Erkrankung des Geschwisters überfordert sein und eigenen Schaden erleiden könnten. Dies stellt einen nicht zu unterschätzenden Belastungsfaktor für die gesunden Geschwister dar, der allerdings noch kaum untersucht wurde (vgl. Scelles 1997, ebd.).

### **3.2.2.3 hinsichtlich der eigenen Lebenssituation**

Auch die ganz persönliche Lebenssituation und -qualität, welche wiederum gekoppelt ist an die Lebensführung, die Familie, die Partnerschaft, die eigene Gesundheit und die Finanzen ist, von der psychischen Erkrankung des Geschwisters betroffen. Viele gesunde Geschwister haben Bedenken, dass diese Bereiche zukünftig aufgrund der psychischen Erkrankung des Bruders bzw. der Schwester übermäßig strapaziert werden könnten. Sie fürchten Einbußen der Autonomie bezüglich der eigenen Lebensführung, fragen sich, ob er/sie in Zukunft finanziell zurechtkommt und/oder pflegerisch unterstützt werden muss, sind sich unsicher, ob der Partner und/oder die eigenen Kinder, diese und andere Herausforderung weiterhin mittragen werden, oder ob die problematische Beziehung auf Dauer die eigenen Möglichkeiten übersteigt.

Dabei schwingt permanent die Angst mit, irgendwann selbst „verrückt zu werden“ bzw. psychisch zu erkranken. Obwohl inzwischen eine genetische Komponente bei der Entwicklung verschiedener psychischer Erkrankungen nachgewiesen ist (vgl. Rietveld 2003, zit. n. Schmidt et al. 2005, S. 742), kann alleine dadurch die Manifestation einer Erkrankung nicht erklärt werden. Auch heute, so Schmid und Kollegen weiter, kann aufgrund der multifaktoriellen Genese psychischer Störungen – selbst unter Einbeziehung aller bekannten individuellen wie situativen Umstände im konkreten Einzelfall – keine be-

friedigende Antwort gegeben werden, warum ggf. das eine Geschwister erkrankt und das andere nicht (vgl. Dyson 1989, zit. n. ebd.). Hinsichtlich dieser wenig beruhigenden Datenlage lässt sich die Unsicherheit und Angst von Geschwistern psychisch kranker Menschen, selbst seelisch zu erkranken bzw. belastendes Erbgut an die eignen Kinder weiterzugeben, durchaus nachvollziehen. Zudem beschäftigt und belastet betroffene Paare die Frage, ob sie angesichts dieses Risikos besser auf eigene Kinder verzichten und sich somit den Kinderwunsch gänzlich versagen sollen (vgl. Peukert 2003, S. 36).

#### **3.2.2.4      hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes**

Aus Angst vor Stigmatisierung durch das soziale Umfeld oder vor anderweitigen Nachteilen verheimlichen die gesunden Geschwister oft die Tatsache, Bruder oder Schwester eines psychisch Kranken zu sein. Die Verfasserin hatte selbst jahrelang Bedenken, am Arbeitsplatz zu erzählen, dass ihre ältere Schwester psychisch erkrankt ist. Die Sorge, in schwierigen Situationen als nicht psychisch belastbar und ausreichend stabil eingeschätzt zu werden und/oder mit Unterstellungen konfrontiert zu werden - dass sich beispielsweise die innerfamiliäre Belastung nachteilig auf die Leitungsfähigkeit auswirken könnte - hielten sie davon ab, ihre Arbeitskollegen „einzuweihen“.

Ferner ist festzustellen, dass insbesondere auch Geschwister, die im öffentlichen Raum eine gewisse renommierte bzw. prominente Stellung einnehmen, befürchten, die psychische Erkrankung des Bruders bzw. der Schwester könnte einen „Schatten“ auf ihr Image werfen. Die Verfasserin dieser Abhandlung sieht diese Behauptung dadurch bestätigt, dass in der Boulevardpresse kaum Schlagzeilen über Prominente zu finden waren, die Bruder oder Schwester eines psychisch Kranken sind.

30% der gesunden Geschwister sehen sich laut einer Studie von Angermeyer und Kollegen Diskriminierungen ausgesetzt. Die Art der Diskriminierung reiche dabei vom Rückzug der anderen, Unverständnis bis hin zu sozialen Sanktionen wie Kündigung oder Erstattung einer Anzeige (vgl. Angermeyer

u.a 1997, S. 215-220). Die Befürchtungen der gesunden Geschwister haben daher wohl eine gewisse Berechtigung.

### **3.2.3 Geschwister erleben Bereicherungen**

*„Wir werden leiden, werden schwierige Momente durchmachen, werden viele Enttäuschungen erleben, doch alles dieses erweitert unsere Erfahrungen. Und wenn wir es geschafft haben, kommen wir gestärkt heraus und sind stolz und selbstbewusster.“ (Paulo Coelho)*

Dass man dem Schicksal, Bruder oder Schwester eines psychisch Erkrankten zu sein, auch Positives abgewinnen kann, und dass aus dieser spezifischen Situation sogar ein persönlicher Gewinn zu erzielen ist, erkennen gesunde Geschwister - wenn überhaupt - häufig erst nach langen Jahren der Auseinandersetzung mit ihrer Thematik. Wenn sie dafür allerdings einen Blick entwickelt haben, gewinnen sie neben einer zusätzlichen und äußerst hilfreichen Ressource bei der Bewältigung der Belastungen auch eine Bereicherung ihres Lebens durch persönliches Wachstum. Leider wurden bisher die positiven Erfahrungen in den Familien und Entwicklungen des gesunden Geschwisters wenig untersucht (vgl. Schwartz et al. 2002, zit. n. Schmid 2005, S. 743). In dem folgenden Abschnitt soll jedoch der Versuch unternommen werden, all jene Aspekte zu formulieren, die eine Bereicherung für Geschwister psychisch Kranker darstellen könnten.

#### **3.2.3.1 in Beziehung zu dem erkrankten Geschwister**

Lively u.a. kamen in ihrer Studie mit Geschwistern von schizophrenen Patienten zu den Ergebnissen, dass sich nach Ausbruch einer psychischen Erkrankung zwar alle Beziehungen der Patienten verändern, die Beziehung zu den Geschwistern jedoch am stärksten betroffen sei (vgl. Lively 1995, zit. n. Schrank et al. 2007, S. 217). Dabei wird die Beziehung zur kranken Schwester bzw. zum kranken Bruder, gemäß einer Umfrage von Bock u.a., von einer überwiegenden Zahl als nah und durch die Erkrankung als noch dichter er-

lebt (vgl. Bock u.a. 2008,S.29). Auch Prof. Dr. Peukert, ehemaliger Vorsitzender des Landesverbandes für Angehörige psychisch Kranker in Hessen und selbst betroffener Bruder, berichtete von einem Treffen von Geschwistern psychisch Kranker und resümiert: „...doch es gab nicht nur Ängste. Bei einigen in der Gruppe standen die Bereicherungen im Vordergrund, die sich im Laufe der Jahre eingestellt hatten“ (vgl. Peukert 2003, S. 35). Diese Bereicherungen, insbesondere bezüglich der Beziehungsqualität und Beziehungsintensität zwischen psychisch Kranken und ihren Geschwistern, beschreibt auch Dr. Burkhardt Genser in seinem Buch „Nachrichten aus einer psychiatrischen Klinik“. Er erklärt, dass der „geschwisterliche Umgang von einer spezifischen Nähe bei gleichzeitig unbedingter wechselseitiger Anerkennung der eigenständigen Persönlichkeit gekennzeichnet sei [...]“ (vgl. Genser 2010, S. 53).

Neben diesem möglichen positiven Aspekt der Veränderung hinsichtlich der Nähe und Intimität in der Beziehung erleben betroffene Geschwister häufig auch eine tiefe Verbundenheit mit dem erkrankten Geschwister und erhalten Dank für die Unterstützung (vgl. Friedrich et al. 2002, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 743).

Einige befragte Eltern von psychisch Erkrankten sehen laut einer Studie von Schwartz und Gidron in der Betreuung ihres Kindes ihre „Lebensmission“ (vgl. Schwartz u. Gidron 2002, zit. n. Wolf 2013, S. 33). Inwiefern dieser Aussage auch Geschwister von psychisch Kranken zustimmen würden, wäre nach Ansicht der Verfasserin, eine interessante Forschungsfrage.

### **3.2.3.2 in Beziehung zu den übrigen Familienmitgliedern**

Obwohl, wie die vorangegangenen Ausführungen deutlich gemacht haben, die innerfamiliären Beziehungen durch die psychische Erkrankung erheblichen Belastungen ausgesetzt und alle Beteiligten mit vielerlei Herausforderungen hinsichtlich des Umgangs miteinander konfrontiert sind, erkennen viele in ihrem gemeinsamen Los auch die Chance, besonders eng zusammenzuwachsen und ein inniges bzw. innigeres Verhältnis zueinander zu

entwickeln. So beschreiben Schmid und ihre Kollegen, dass beispielsweise aufgrund der Erkrankung des Geschwisters der Familienzusammenhalt tragfähiger geworden sei (vgl. Friedrich et al. 2002, zit. n. Schmid 2005, S. 743).

In einem Ratgeber des Angehörigenverbandes psychisch Kranker wird zudem darauf hingewiesen, dass aufgrund der psychischen Erkrankung möglicherweise die gemeinsame Alltagsgestaltung und die Umgangsweisen miteinander neu zu überdenken sind und eventuell Vereinbarungen getroffen werden müssen, damit alle Familienmitglieder sich wohl fühlen und zurechtkommen (vgl. Straub, 2014, S. 40). Die notwendige Auseinandersetzung mit dem gemeinsamen Schicksal, das Miteinanderreden(müssen) und der Austausch über Gefühle und Befindlichkeiten bieten somit auch die Chance, dass die gesamte Familie davon profitiert, weil ihre Beziehung zueinander eine Prägung und einen Tiefgang in positiver Hinsicht erfahren kann.

### **3.2.3.3 hinsichtlich der eigenen Lebenssituation**

Gelingt es den Geschwistern ihre herausfordernde, konfliktreiche und häufig problembelastete Situation als Bruder bzw. Schwester eines psychisch Kranken anzunehmen und negative, resignative bzw. hoffnungslose Gedanken zu bewältigen, können sie erleben, dass aus ihrer schwierigen Lebenssituation bezüglich ihrer persönlichen charakterlichen und seelischen Entwicklung sehr viel Gutes erwächst. Schmid und Kollegen fordern daher die Forschung auf, statt einer einseitigen Defizitorientierung auch die Ressourcen und Kompetenzen der Familienmitglieder zu untersuchen, die sich infolge der Erkrankung entwickelt haben (vgl. Schmidt et al. 2005, S. 743). Neben dem Ausbau sozialer Fähigkeiten wie Empathie, Verantwortungsbewusstsein, Toleranz, und Geduld eignen sich etliche Geschwister Strategien zur Konfliktlösung an und lernen, selbst in schwierigen Situationen, zu organisieren und den Überblick zu behalten (vgl. Friedrich et al. 2002, zit. n. ebd.).

Ein Gewinn ergibt sich für die gesunden Geschwister zudem, wenn sie in ihrer besonderen Situation lernen, die eigene Befindlichkeit und Belastungsgrenzen anzusprechen (vgl. Staub 2014, S. 41) bzw. selbst realistisch einzu-

schätzen. Denn viele Betroffene erkennen, dass sie einer „grandiosen“ Selbstüberschätzung unterlegen sind, weil sie dachten, ihrem erkrankten Geschwister durch Nähe, ständige Anwesenheit in Krisen und Abfangen von Belastungen unmittelbar und vor allem gesundheitswirksam hilfreich sein zu können (vgl. Peukert 2017, S.4). Die bittere aber heilsame Erfahrung, loslassen zu müssen und die Tatsache zu akzeptieren, dass die Möglichkeiten als Bruder bzw. Schwester begrenzt sind, kann den Sinn für die Realitäten schärfen. Angehörige von psychisch Erkrankten haben die Möglichkeit, „die Kunst zu erlernen, realistische Erwartungen zu entwickeln und mit der richtigen Einstellung - gelassen und ergebnisoffen - auf die Erfüllung oder Nichterfüllung zu warten und dann angemessen zu reagieren“ (vgl. Möhrmann 2015, S. 34).

Sind Geschwister in der Lage die Umstände und ihr Schicksal zu bejahen, ziehen viele daraus ein Gefühl der Zufriedenheit, der Schaffensfreude und Sinnhaftigkeit (vgl. Möhrmann 2015, S. 55). Nicht zuletzt ergibt sich für viele betroffene Geschwister eine Stärkung des Selbstbewusstseins, des Selbstwertes und des Selbstvertrauens.

#### **3.2.3.4 hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes**

Angehörige von psychisch Kranken fürchten sich zwar einerseits vor Vorurteilen der Umwelt und vor der Stigmatisierung durch das soziale Umfeld und der Öffentlichkeit (vgl. Möhrmann 2017, S. 47), erfahren andererseits jedoch häufig, aufgrund ihres Engagements und ihrer Opferbereitschaft, Lob und Anerkennung.

Einige Betroffene haben sich zusätzlich entschlossen, sich in Angehörigen-Gruppen, Verbänden oder anderweitigen Hilfsorganisationen für Angehörige psychisch Kranker „nützlich“ zu machen und haben somit einen Weg gefunden, im Bereich der Seelsorge, der Psychiatrie und/oder Sozialpolitik Einfluss zu nehmen. Die wertvollen Erfahrungen und Kenntnisse dieser „Schicksalsgefährten“ werden insbesondere von fragenden, hilfsbedürftigen Angehörigen, aber mittlerweile auch von professionellen Helfern, zunehmend gewür-



digt. (vgl. Seifert 2008, S. 206). Das Gefühl, gebraucht zu werden und möglicherweise bezüglich der Qualität der Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken aber ebenso zum Wohle der Angehörigen unterstützend tätig zu sein, stellt für viele betroffene Geschwister eine Bereicherung dar.

Nicht zuletzt, so erklärt Prof. Dr. Peukert, sehen auch manche Geschwister ihre (soziale) Berufswahl in positiver Weise von der Erkrankung ihres Geschwisters beeinflusst (vgl. Peukert 2003, S. 37). Da Geschwister häufig jahrelange Erfahrungen im Umgang mit dem psychisch Erkrankten, dem Umfeld der Psychiatrie, den Erlebnissen mit dem sozialen Umfeld und dem Versorgungssystem haben, konnten sie sich bereits als „Laien“ berufsspezifische Kompetenzen aneignen, die ihnen wiederum bei der Ausbildung zum professionellen Helfer sehr nützlich sein können.

### **3.3 auf die Belastungssituation der Geschwister einflussnehmende Aspekte**

In folgendem Abschnitt soll geklärt werden, welchen Einfluss die Geschwister-Konstellationen, die Art und Dauer der psychischen Erkrankung und zeitliche Aspekte, d.h. wann die Erkrankung erstmalig in Erscheinung tritt, auf das Erleben der Belastungssituation der Geschwister psychisch Erkrankter haben.

Das umfassende Spektrum aller Wirkfaktoren, wie beispielsweise die spezielle Situation von Zwillingen, Stiefgeschwistern und Geschwistern aufgrund von Adoption oder Pflegschaft können folgende Ausführungen nicht abbilden. Zudem können weitere belastende Einflussfaktoren, wie beispielsweise desolate Familienverhältnisse, finanzielle Belastungen, zusätzliche innerfamiliäre Krisen oder Krankheiten, der Tod oder die Abwesenheit eines Elternteils etc. aufgrund des Schwerpunktes der Arbeit und der damit notwendigen Beschränkung im Umfang leider nicht mehr erörtert werden.

### **3.3.1 Geschwisterkonstellationen**

Unter Geschwisterkonstellationen werden jene Aspekte verstanden, die mit der Geschwisterposition, der Geschwisteranzahl, der Geschlechterverteilung und dem Altersabstand unter den Geschwistern im Zusammenhang stehen.

Der Einfluss der Geschwisterkonstellationen auf die Persönlichkeitsentwicklung und auf die Beziehung der Geschwister untereinander ist von großer Bedeutung. Dies wurde durch zahlreiche Studien innerhalb normativer Geschwisterbeziehungen bestätigt. Inwiefern jedoch Geschwisterkonstellationen auch das Belastungserleben von Geschwistern psychisch Erkrankter beeinflussen, ist bisher kaum untersucht. Die Datenlage dazu ist dementsprechend dürftig. Weil die Verfasserin davon ausgeht, dass sich die Belastungssituation von Geschwistern psychisch Erkrankter der von Geschwistern geistig Behinderter ähnlich ist, wird sie in folgendem Abschnitt des Öfteren auf Studien mit letzteren zurückgreifen.

#### **3.3.1.1 geschlechterspezifische Aspekte**

Untersuchungen von Greenberg u.a. zeigten, dass sich in der Regel Schwestern deutlich mehr für ein erkranktes Geschwister verantwortlich fühlen, häufigeren Kontakt pflegen und sich durch die psychische Erkrankung stärker belastet fühlen als Brüder (vgl. Greenberg et al. 1999, zit. n. Schmid et.al. 2005, S. 743).

Mehrere Studien berichten übereinstimmend, dass generell weibliche Angehörige größere Belastungen erleben als männliche Angehörige, insbesondere wenn sie im gleichen Haushalt mit dem psychisch Kranken leben (vgl. Jones et al. 1995, zit. n. Jungbauer et al. 2001, S. 106). Dieser Befund sei auf die Tatsache zurückzuführen, dass Frauen (insbesondere Mütter schizophrener Patienten) in den meisten Fällen die wichtigste Bezugsperson für den Erkrankten sind bzw. bleiben (ebd.).

Andere Autoren gehen davon aus, dass es eher dem Aspekt der Gleichgeschlechtlichkeit unter den Geschwistern geschuldet ist, wer sich im Bedarfs-

fall verstärkt um den psychisch kranken Bruder bzw. die psychisch kranke Schwester kümmert (vgl. Gibson 1986, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 743). Diese Behauptung stützt eine Studie von Orsmond und Seltzer aus dem Jahr 2000, durch die festgestellt wurde, dass Brüder von Menschen mit einer Behinderung mehr in das Leben ihrer kranken Brüder involviert sind als in das ihrer Schwestern (vgl. Wolf 2013, S. 55). Die Verfasserin geht davon aus, dass die Intensität der Betreuung mit der erlebten Belastung der Geschwister in direkter Verbindung steht, Belege dazu liegen allerdings nicht vor. Zugleich fehlen Vergleichsstudien zum Umgang von gleichgeschlechtlichen gesunden und psychisch kranken Geschwistern.

Das Geschlecht des erkrankten Geschwisters bedingt nach Greenberg et al. 1997 und Horwitz 1993 keinen Unterschied bezüglich des Belastungserlebens der gesunden Geschwister (vgl. Schmid et al, 2005, S. 744).

### **3.3.1.2 der Aspekt des Altersunterschiedes**

Grundsätzlich verliert der Einfluss des Altersunterschiedes in Beziehungen unter Geschwistern mit einem psychisch Erkrankten aufgrund der stattfindenden Rollenumkehr häufig an Bedeutung.

Abgesehen davon scheinen die allgemeinen Merkmale und Grundsätze normativer Geschwisterbeziehungen auch oft in den besonderen Beziehungen zwischen gesunden und psychisch kranken Geschwistern Gültigkeit zu haben. Dazu zählt beispielsweise die Feststellung, dass je größer der Altersabstand der Geschwister, desto geringer die Bindung zueinander ist (siehe 3.1.3.2). Bezüglich der Belastungssituation erklärte Breslau bereits 1982, dass je größer der Altersunterschied zum erkrankten Geschwister sei, umso weniger ungünstig würde sich die Erkrankung auf das gesunde Geschwister auswirken (vgl. Schmid et al, 2005, S. 744).

### 3.3.1.3 der Aspekt der Geschwisterposition

Bleiben kulturelle Hintergründe unberücksichtigt, gibt es - trotz immenser Forschung auf dem Gebiet - keine empirischen Belege dafür, dass die Geschwisterposition Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen und/oder Beziehungsmerkmale unter Geschwistern nimmt.

Es gäbe allerdings, so Jürg Frick, Tendenzen, die jedoch nicht verallgemeinert werden dürften, da zwischen Familienmitgliedern dynamische Beziehungen bestehen würden (vgl. Frick 2015, S. 36). Solche Tendenzen sind beispielsweise die Bewunderung, die ältere Geschwister häufig durch die jüngeren erfahren, oder die Vorbildfunktion der älteren Geschwister. Aufgrund der krankheitsbedingten Rollenumkehrungen in der Beziehung zwischen psychisch Erkrankten und ihren Geschwistern können solche Tendenzen jedoch nur bedingt angenommen werden.

Wissenschaftliche Erkenntnisse, die sich mit der Geschwisterposition in Verbindung zum Belastungserleben von Geschwistern psychisch Erkrankter beschäftigen haben, liegen nicht vor.

In der Studie von Orsmond und Seltzer mit Geschwistern von behinderten Menschen konnten allerdings folgende Ergebnisse festgestellt werden: Geschwister, die älter sind als der Mensch mit Behinderung, hatten als Kind einerseits ein erhöhtes Gefühl der Verantwortung, andererseits aber weniger positive Affekte. Zudem bestanden mehr Konflikte zwischen den Geschwistern. Bei den Geschwistern, die jünger sind, konnten weder Zusammenhänge mit der affektiven Komponente noch Auswirkungen auf die Sozialisation außerhalb des Elternhauses erschlossen werden (vgl. Wolf 2013, S. 56).

In den Untersuchungen von Ferrari bei chronisch erkrankten Kindern und ihren gesunden Geschwistern hatten die im Vergleich zum Erkrankten jüngeren gesunden Geschwister allerdings schlechtere Anpassungswerte im Sinne von niedrigerer sozialer Kompetenz, niedrigerem Selbstkonzept und höheren Externalisierungswerten als die älteren gesunden Geschwister (vgl. Ferrari 1984, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 744).

Inwiefern diese Befunde auch im Erwachsenenalter gelten und auf die spezifische Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter übertragbar sind, müsste erst noch untersucht werden.

#### **3.3.1.4 der Aspekt der Geschwisteranzahl**

Dr. Heinrich Tröster vermutet, dass in größeren Familien die Situation für die Geschwister möglicherweise günstiger ist, da sich die Betreuung des Erkrankten auf mehrere Geschwister verteilt, der elterliche Erwartungsdruck nicht mehr auf einem gesunden Kind alleine lastet und sich die gesunden Geschwister zudem untereinander stützen können (vgl. Tröster 1999, S. 171).

Eine große Familie mit vielen Geschwistern kann jedoch, wie im Vorfeld (3.2.1.2 und 3.2.2.2) detailliert beschrieben wurde, auch eine zusätzliche Belastung darstellen. Insbesondere hinsichtlich des Umgangs miteinander sind größere Familien naturgemäß stärker herausgefordert als kleine.

In Anbetracht dieser heterogenen Sichtweisen wäre es eine spannende Forschungsfrage, ob sich die Geschwisteranzahl auf das Belastungserleben von Geschwistern psychisch Kranker schlussendlich eher positiv oder eher negativ auswirkt.

#### **3.3.2 zeitliche Aspekte – das Alter der gesunden Geschwister bei Krankheitsbeginn**

Laut Greenberg 1997 fühlen sich ältere Geschwister durch die Erkrankung ihres Geschwisters im Allgemeinen weniger belastet als Geschwister in jungen Lebensjahren (vgl. Schmid et al., S. 744).

Allerdings sei bzgl. des Alters des erkrankten wie gesunden Geschwisters bei Krankheitsausbruch zu bedenken, dass mit fortschreitendem Alter zugleich die Anpassungsleistungen an die chronische Erkrankung schlechter werden und die Stressbelastung steigt (vgl. Seiffge-Krenke 1996, ebd.).

Die Verfasserin geht davon aus, dass Geschwister im mittleren Lebensalter die psychische Erkrankung des Geschwisters belastender erleben als Geschwister, die bereits in Ruhestand sind. Begründet sieht sie ihre Annahme durch die zusätzlichen Herausforderungen in Beruf, Partnerschaft und Familie (siehe 3.2.1.3). Auch jüngere Geschwister, die eventuell noch bei den

hauptbelasteten Eltern und/oder mit dem psychisch erkrankten Geschwister ein gemeinsames Zuhause teilen, könnten eine Mehrbelastung erfahren. Leider kann hinsichtlich dieser Argumente gleichfalls nur von einer Vermutung gesprochen werden, da auf keinerlei Forschungsergebnisse zurückgegriffen werden kann.

### **3.3.3 Aspekte über die Lebensspanne**

Die normative Geschwisterbeziehung durchläuft im Allgemeinen drei Phasen: (1) frühe Phase der Intimität, (2) mittlere Phase der Distanz und (3) die späte Phase der Wiederannäherung (vgl. Wolf 2013, S. 64). Der Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der Intensität geschwisterlicher Beziehungen kann somit als U-förmig beschrieben werden (ebd.).

Weil chronisch psychisch Kranke (siehe 3.3.2.1) infolge ihrer Erkrankung zumeist alleinstehend und demzufolge häufiger kinderlos sind, oftmals schon früh berentet und zudem sozial isoliert leben, verläuft die Entwicklung über die Lebensspanne zumeist nicht normativ. Eine Untersuchung zum Kontaktverhalten psychisch Erkrankter zu ihren gesunden Geschwistern bzw. zu den Eltern über die Lebensspanne hinweg, konnte die Verfasserin allerdings nicht ausfindig machen. Mehrere Autoren sind sich jedoch darüber einig, dass sich die Sozialisationsgeschichte von Geschwistern psychisch Erkrankter häufig ähnele (vgl. Peukert 2003, S.37). Sie würden zunächst wenig Interesse für das erkrankte Geschwister zeigen und in relativ jungen Jahren die Herkunftsfamilie verlassen, um sich dann im Erwachsenenalter ihrem kranken Geschwister - häufig unsicher, aber mit Anteilnahme und Interesse – wieder zu nähern (vgl. Nechmand et al. 2000, zit. n. Schmidt 2005, S. 740).

### **3.3.4 Art und Dauer der Erkrankung**

Das Belastungserleben von Geschwistern psychisch Erkrankter hängt naturgemäß auch von der Art und der Dauer der psychischen Erkrankung ab. Im Mittelpunkt der meisten vorliegenden Studien, so Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer, stehen die Belastungen von Angehörigen schizophrener Pati-

enten. Dabei wurden der Schweregrad und die Häufigkeit schizophrener Symptome und devianter Verhaltensweisen in vielen Untersuchungen als wichtigster Faktor für den Grad der objektiven Belastung Angehöriger beschrieben (vgl. Reinhard 1994, zit. n. Jungbauer et al. 2001, S. 108).

Generell sei das Ausmaß der angegebenen Belastung von Angehörigen mit bipolar affektiven Störungen mit dem der Angehörigen schizophrener Patienten vergleichbar (vgl. Jenkins et al. 1999, zit. n. ebd.). Studien, welche über die verschiedenen Diagnosegruppen hinweg die spezifische Belastungssituation der Angehörigen erheben, gab es bisher nur im Vergleich dieser zweier Diagnosegruppen (vgl. Bauer 2010, S. 228). Rita Bauer (ehemals die bereits vielzitierte Frau Schmid) führte im Rahmen ihrer Promotion 2010 weitere Untersuchungen zum Belastungserleben von Angehörigen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Erkrankung des Familienmitgliedes durch und kam zu dem Ergebnis, dass unabhängig von der Diagnose des erkrankten Familienmitgliedes von den Angehörigen jeweils vor allem die emotionalen und gesundheitlichen Belastungen, sowohl objektiv als auch subjektiv, als besonders gravierend wahrgenommen wurden (vgl. Bauer 2010, S. 81).

Bezüglich der Dauer der Erkrankung seien Geschwister demselben Auf und Ab der Hoffnungen und Enttäuschungen bzgl. des Erkrankungsverlaufes unterworfen wie andere Angehörige und der Patient selbst (vgl. Friedrich 1999, zit. n. Schmid et al. 2005, S. 744), und die Belastung steige für alle Beteiligten mit der Dauer der Erkrankung bzw. der Anzahl der notwendigen Krankenhausaufenthalte (ebd.).

## **4 Zu den Bewältigungsstrategien von Geschwistern psychisch Kranker**

### **4.1 Forschungsstand**

Eine systematische Erfassung der Bewältigungsstrategien der Angehörigen in Abhängigkeit von der Art ihrer Beziehung zum Patienten (Eltern, Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Geschwister) sowie differenzierte vergleichende Untersuchungen in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose des Er-

kranken fehlen bis heute bzw. liegen nur für einzelne Untergruppen vor (vgl. Bauer 2010, S. 27). Margliano et al. stellten beispielsweise bereits 1998 in ihrer europaweiten Befragung unter Angehörigen schizophrener Menschen fest, dass Belastungen durchgängig dann besonders stark erlebt wurden, wenn wenig soziale Unterstützung vorhanden war und die eigenen Bewältigungskompetenzen vergleichsweise schwach ausgeprägt war (vgl. Margliano 1998, zit. n. Jungbauer et al. 2001, S. 107).

Die Dipl.- Psychologin und Dipl. Theologin Rita Bauer verglich in einer Studie an der Universität in Regensburg neben den Belastungseinschätzungen auch die charakteristischen Krankheitsbewältigungsstrategien Angehöriger mit denen der psychisch Erkrankten. Den Vergleich konstruierte sie in Abhängigkeit zu den verschiedenen Diagnosegruppen Schizophrenie, unipolare Depression, bipolar affektive Störung und Persönlichkeitsstörungen. Die Ergebnisse hierzu werden in Punkt 4.3 beschrieben.

## **4.2 methodische Probleme bei der Erhebung von Daten**

Die Datenlage zu Bewältigungsstrategien von Angehörigen (insbesondere Geschwister(n)) psychisch Kranker anderer Diagnosegruppen als der Schizophrenie ist derzeit noch dürftig. Wenngleich die Auswahl an Inventaren zur Erfassung von Daten zu Bewältigungsstrategien zwar groß sei, nennt Bauer (s.o.) jedoch folgende Erschwernisse bei der Erhebung valider Daten. So führt sie in diesem Zusammenhang beispielsweise die Heterogenität der theoretischen Annahmen an, die den einzelnen Erhebungsinstrumenten zugrunde liegen. Des Weiteren sieht sie eine Schwierigkeit darin, dass die meisten Inventare auf Selbsteinschätzungen basieren und eine ergänzende Bewertung durch Fremdeinschätzung häufig fehlen würde. Zudem würden die individuellen Krankheitsbewältigungsstrategien auch vom Zeitpunkt der Erkrankung, dem Krankheitsstadium, der Art der Erkrankung und Behandlung, dem persönlichen und sozialen Hintergrund des Erkrankten sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängen (vgl. Muthny 1993, zit. n. Bauer 2010, S. 25). Die Verfasserin geht davon aus, dass auch der Angehörigenstatus aufgrund der zum Teil andersgearteten Problemkonstellationen



entscheidenden Einfluss auf die gewählten Bewältigungsstrategien nimmt, was somit ebenfalls das Ziehen valider Schlussfolgerungen erschwert.

Die nachfolgend genannten bevorzugten Methoden der Bewältigung beziehen sich nur allgemein auf Angehörige psychisch Erkrankter.

### **4.3 bevorzugt gewählte Bewältigungsstrategien**

Gemäß der Studie von Rita Bauer nutzen Angehörige - unabhängig von der Diagnose des Patienten - vorrangig aktiv problemorientierte Copingstrategien (vgl. Bauer 2010, S. 243). Diese von Lazarus und Launier (1978) beschriebene Verarbeitungsstrategie wird auch instrumentelles Coping genannt und bezieht sich auf das aktive Handeln einer Person, um die Stressoren zu reduzieren oder - im Idealfall - zu beseitigen (vgl. Kaluza 2005, S. 76). Hierbei können sich die Aktivitäten einerseits auf die Veränderung der Situation (problemorientiert) und andererseits auf das Einwirken auf die eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen (emotionsorientiert) beziehen (ebd.).

Nahezu gleich häufig wie aktive problemorientierte Copingstrategien nennen Angehörige psychisch Erkrankter das Verarbeitungsmuster der Ablenkung und des Selbstaufbaues (vgl. Bauer 2010, S. 243). Zudem gehören Religiosität und Sinnsuche sowie depressive Verarbeitungsmethoden zu ihrem oft genannten Repertoire (vgl. ebd.).

Bagatellisierung und Wunschdenken gehören nicht zu den bevorzugt gewählten Verarbeitungsstrategien von Angehörigen psychisch Kranker, Items dieser Bereiche wurden in der Studie nur selten angekreuzt (vgl. Bauer 2010, S. 244).

Eine weitere Studie, welche in Polen durchgeführt wurde, erforschte zum einen das Kohärenzgefühl bei gesunden Geschwistern mit an Schizophrenie leidenden Personen und zum anderen die Bewältigungsstrategien in der Beziehung zum kranken Bruder bzw. zur kranken Schwester. Mittels eines Fragebogens: „Way of coping with stress questionnaire“ wurde festgestellt, dass die Befragten bedeutend häufiger auf die Probleme als auf die Gefühle aus-

gerichtete Bewältigungsstrategien nutzten. Diese Studienergebnisse decken sich somit mit den Forschungsergebnissen von Bauer.

Osuchowska-Kościjańska und sein Forschungsteam folgerten daraus, dass sich die therapeutische Arbeit mit gesunden Geschwistern psychisch Kranker primär darauf konzentrieren sollte, bei diesen folgende Aspekte zu stärken:

- das Gefühl der persönlichen Kompetenz
- die Entwicklung persönlicher Ressourcen, das Kennenlernen verschiedener Möglichkeiten zur Stressbewältigung
- Klärung der Gefühle zum kranken Bruder/kranken Schwester
- Unterstützungsleistungen im Prozess des Annehmens von Veränderungen in der Beziehung zum kranken Geschwister

(vgl. Osuchowska-Kościjańska et al. 2014, S. 371 ff)

## **5 Zu den Hilfsangeboten für Geschwister von psychisch Erkrankten**

Aus den vorangegangenen Ausführungen ist deutlich geworden, dass angesichts der massiven Herausforderungen und Belastungen von Angehörigen, speziell auch der von Geschwistern psychisch Kranker, immens großer Unterstützungsbedarf besteht. Auf ihre schwierige Situation muss daher mit adäquaten Hilfsangeboten reagiert werden. Insbesondere durch die „revolutionären“ Veränderungen aufgrund der Psychiatrie-Reform, die u.a. bewirkt hat, dass Patienten immer schneller aus dem psychiatrischen Krankenhaus, in vielen Fällen in ihre Familien hinein, entlassen werden, gewinnt das private Netzwerk der Patienten an Bedeutung. Angehörige fordern daher zu Recht einen Ausbau des Hilfesystems auf professioneller und semiprofessioneller Ebene. Auf welche Formen und Unterstützungsmöglichkeiten Angehörige von psychisch Erkrankten bisher zurückgreifen können und auf welchen Gebieten noch Bedarfslücken existieren, soll Inhalt der folgenden Ausführungen sein.

## **5.1 Angebote - aktueller Stand**

Die Palette an Hilfsangeboten für Angehörige psychisch Kranker scheint auf den ersten Blick breitgefächert und vielfältig zu sein. In nahezu jeder größeren Stadt Deutschlands haben Angehörige die Möglichkeit, sich über die Erkrankung und deren Auswirkungen, über das psychiatrische Versorgungssystem und ihre jeweiligen Hilfsangebote für Patienten und ihre Familienmitglieder, über sozialrechtliche Grundlagen und andere für Angehörige psychisch Kranker relevante Themen zu informieren. Doch decken die bestehenden Angebote den Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten wirklich ab? Werden die Bedürfnisse der Angehörigen nach Hilfestellung erkannt und sorgen diese Programme in der Praxis der Betroffenen tatsächlich für Entlastung?

Es sei vorweggenommen, dass die folgend aufgeführten Hilfsangebote immer für Angehörige im Allgemeinen ausgerichtet sind. Spezifische Unterstützungsangebote für Geschwister von psychisch Erkrankten lassen sich ausschließlich im semiprofessionellen Bereich der Selbsthilfegruppen, bei den sogenannten „Geschwistergruppen“, finden.

### **5.1.1 professionelle Angebote**

#### **5.1.1.1 Einzelgespräche mit dem Therapeuten/Arzt**

Im Vordergrund der Angehörigenarbeit steht nach wie vor das Einzelgespräch mit dem Arzt bzw. Therapeuten (vgl. Mönking-Schulze 2003, S. 29). Insbesondere bei einem Erstkontakt mit der Psychiatrie ist diese Form von Unterstützung für die Angehörigen äußerst hilfreich, um persönliche Ängste und Problemlagen zu besprechen. Der Einwand, dazu müsse erst das Einverständnis des Patienten eingeholt werden, gilt dabei lediglich für Informationen des Arztes über den Patienten, nicht jedoch für ein Gespräch allgemein (ebd.). Formalrechtlich müssen für diese Art von Gesprächen keinerlei Genehmigungen von Seiten des Patienten, wie eine Entbindung von der Schweigepflicht, eingeholt werden. Allerdings sei es für die therapeutische

Beziehung zum Patienten hilfreich, dass dieser damit einverstanden ist (vgl. ebd.). Dr. Schulze-Mönking, Professor an der Fachklinik für Psychiatrie, Psychologie und Neurologie in Telgte fordert, dass es eine stationäre Behandlung ohne Kontakt mit einem Angehörigen nicht mehr geben sollte. Jeder Angehörige müsse die Gelegenheit bekommen, sofern er dies wünsche, alleine mit einem Therapeuten zu sprechen (ebd.). Die sich daraus ergebende Schlussfolgerung erscheint der Verfasserin jedoch hochproblematisch und fragwürdig. In der Konsequenz könnte ein psychisch Kranker nämlich dann grundsätzlich nicht mehr entscheiden oder zumindest widersprechen dürfen, mit wem über seinen Fall gesprochen wird und mit wem nicht. Wenigstens so lange, wie der psychisch Erkrankte nicht unter rechtlicher Betreuung (inklusive dem Aufgabenkreis Gesundheit) seines psychisch gesunden Geschwisters bzw. Angehörigen steht, darf dieser Forderung, nach Auffassung der Verfasserin, wegen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten nicht nachgegeben werden

#### **5.1.1.2 Angehörigengruppen**

Angehörigenarbeit ist mittlerweile in vielen Leitbildern psychiatrischer Institutionen konzeptionell verankert und gehört zu deren Selbstverständnis. In sehr vielen psychiatrischen Kliniken wird diese Arbeit in Form von Angehörigengruppen - teilweise auch mit professioneller Begleitung, etwa mit Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen oder pflegerischem Fachpersonal - angeboten. Dabei werden in einem gewissen Turnus, beispielsweise einmal monatlich, Treffen initiiert, bei denen Angehörige zu einem Erfahrung- und Informationsaustausch zusammenkommen können. Die Gruppe der Angehörigen mit meist ähnlich gelagerten Schwierigkeiten und Herausforderungen hat dann die Möglichkeit, sich über situationsspezifische Themen wie beispielsweise Informationen zum psychiatrischen Krankheitsbild bzw. -verlauf, zur Medikation, zu weiterführenden Anlaufstellen und Adressen etc. auszutauschen. Dieses niedrigschwellige Angebot bietet aber auch einen geeigneten Rahmen, um mit Selbstbetroffenen über Ängste, Sorgen und Nöte zu sprechen und eigene Haltungen und Handlungsspielräume im Umgang mit dem kran-

ken Angehörigen zu überdenken. In einer Reihe von Studien, so Jungbauer und Kollegen, konnte durch solche professionell angeleiteten Angehörigen-Gruppen bei diesen sowohl ein besseres Verständnis der krankheitsbedingten Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten des Patienten als auch eine deutliche Verbesserung des subjektiven Befindens erreicht werden (vgl. Jungbauer et al. 2001, S. 110). Zudem bringt die Einbeziehung der Angehörigen nicht nur kurzfristig sondern auch langfristig positive Effekte für die Angehörigen, für die Patienten und für die Gesellschaft in Form einer Reduktion der Rückfallraten und der Wiederaufnahmen - und damit auch der Kosten (vgl. Spießl et al. 2005, S. 216).

Für die psychiatrische Versorgung gewannen in den letzten zwei Jahrzehnten besonders die psychoedukativen Familieninterventionen bzw. die psychoedukativen Patienten- und Angehörigen-Gruppen an Bedeutung (vgl. Berger et al. 2004, S. 1). Unter Psychoedukation wird die zielorientierte und strukturierte Vermittlung präventiv relevanter Informationen von Professionellen an die Betroffenen bzw. deren Angehörige, kombiniert mit den psychotherapeutischen Wirkfaktoren einer Gruppentherapie, verstanden (ebd.).

Scherrmann et al. plädierten bereits 1992 dafür, die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen in den Mittelpunkt der Angehörigenarbeit zu rücken (vgl. Scherrmann 1992, zit. n. Jungbauer et al. S. 110). Diese Empfehlung bestätigen auch verschiedene Studien (siehe Bauer 2010, S. 294, Jungbauer 2001 et al., S. 110), die zeigen, dass Angehörige psychisch Kranker die fachliche Unterstützung mittels Information über die Erkrankung und den Umgang mit dem Kranken als besonders hilfreich bei der Bewältigung ihrer Belastungen empfinden.

Aufgrund der mangelhaften zeitlichen und personellen Ressourcen des klinischen Fachpersonals wird die „psychoedukative Familienarbeit“ im psychiatrischen Alltag eher selten angeboten. Diese Form der Angehörigenarbeit bietet jedoch eine wertvolle Möglichkeit, alle beteiligten Familienmitglieder im Beisein von Professionellen „an einen Tisch“ zu versammeln und mittels konstruktiver, informationsbasierter Gespräche Entlastung zu schaffen bzw. das Selbsthilfepotential der Familienmitglieder zu fördern.

Eine besondere Form der Familienarbeit stellt dabei die "multiple psycho-educative Familienintervention" dar. Dabei werden mehrere Familien, d.h. die psychisch Erkrankten mit ihren Angehörigen, zu einer Gruppe zusammengefasst. Durch den neu entwickelten multifamilialen Ansatz verspricht sich die Arbeitsgruppe synergetische Effekte, eine bessere Fokussierung auf Probleme der familiären Interaktion und einen ökonomischeren Einsatz der professionellen Kräfte (vgl. Berger et al. 2004, S. 5).

Auch in sogenannten „trialogischen Gesprächsreihen“ werden Angehörige mit einbezogen und mit ihren Erfahrungen, Beobachtungen, Befürchtungen, Interessen und Vorstellungen bzgl. des psychiatrischen Alltags ernst genommen. Hierbei werden Treffen (Trialog-Foren, Trialog-Seminare etc.) mit Psychiatrie-Erfahrenen, professionellen Mitarbeitern der Psychiatrie, Angehörigen und anderweitig Interessierten organisiert. Sie bieten ebenfalls eine Gelegenheit, auf „Augenhöhe“ und auf neutralem Boden, d.h. außerhalb der Psychiatrie, miteinander ins Gespräch zu kommen. Dieser Erfahrungsaustausch dient dem „voneinander lernen“ und dem Überdenken einseitiger Betrachtungsweisen und Haltungen und kann somit bei allen Beteiligten zu einer Entspannung im Umgang mit der psychischen Erkrankung und dem Erkrankten beitragen.

Zudem werden Angehörigenvisiten in Einrichtungen von Angehörigen psychisch Erkrankter als Bereicherung und Hilfe erlebt (vgl. Fähndrich et al., S.115). Auch in diesem Rahmen haben Angehörige die Möglichkeit, Fragen rund um das Thema der psychischen Erkrankung und Fragen zu Unterstützungsmöglichkeiten für sich und den Erkrankten zu stellen und somit Entlastung zu erfahren.

### **5.1.1.3 sozialpsychiatrische Dienste**

Der sozialpsychiatrische Dienst kann sowohl von psychisch Erkrankten als auch von deren Angehörigen in Anspruch genommen werden und bietet psychologische, sozialpädagogische und/oder therapeutische Unterstützung, Begleitung und Beratung. Aufgrund der breiten Vernetzung des „SpD“ mit anderen Institutionen erhalten Betroffene dort ein breitgefächertes Informati-

onsangebot über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten in der Region. Dieser kostenfreie Dienst wird in nahezu jeder Kleinstadt angeboten und stellt aufgrund der vertraulichen, meist erfahrenen und fachlich kompetenten Unterstützung eine wichtige Stütze für betroffene Angehörige psychisch Erkrankter dar.

#### **5.1.1.4 psychiatrische Krisen- und Notfalldienste**

Psychiatrische Krisen und Notfälle bedeuten für alle beteiligten Familienmitglieder ein dramatisches Belastungsereignis und erfordern ein schnelles und unbürokratisches Hilfsangebot. Die Zuständigkeit für die Krisenintervention obliegt in den meisten Fällen den stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, wie beispielsweise den sozialpsychiatrischen Diensten und anderen Beratungsstellen. Im Falle einer psychiatrischen Krise außerhalb der üblichen Geschäftszeiten standen Patienten und Angehörige von psychisch Erkrankten jedoch noch vor wenigen Jahren keine psychiatrischen Fachdienste zur Seite. Mittlerweile wurde in vielen Ländern die psychiatrische Versorgung durch einen ambulanten psychiatrischen Krisendienst flächendeckend erweitert.

Davor, so Josef Mederer, Präsident des Bezirks Oberbayern im Gespräch mit Eva Straub, hätten Angehörige aufgrund der Befürchtung, mit dem Notarzt würde auch - sichtbar für alle Nachbarn - die Polizei mit Blaulicht anrücken, oft unglaubliches Leid durchlebt, bevor sie Hilfe geholt hätten (vgl. Mederer, S. 8). Dazu kommt, dass der ärztliche Notdienst mit Ärzten aller Fachrichtungen umschichtig besetzt ist und daher nicht erwartet werden kann, dass diese aufgrund ihrer medizinischen Grundausbildung mit psychisch Erkrankten unterschiedlicher Diagnosegruppen in einer Krise immer den rechten Umgang finden (vgl. Obert 2008, S. 77). Psychiatrische Krisen- und Notfalldienste wirken, so der Dipl. Sozialpädagoge und Mitautor des Buches „Mit psychisch Kranken leben“, Klaus Obert, paradoxerweise mitunter bereits durch ihre bloße Existenz entlastend, ohne dass sie konkret tätig werden müssen. Schon das Wissen oder die gelegentlich gemachte Erfahrung, dass im Notfall rasch Unterstützung von außen verfügbar ist, könne es

den Beteiligten erleichtern, mit einer kritischen Situation zunächst alleine zu-  
recht zu kommen (vgl. ebd.).

#### **5.1.1.5 Beratungsstellen**

In einigen Großstädten können Angehörige von psychisch Kranken auch Be-  
ratungsstellen aufsuchen, um dort Rat und Unterstützung einzuholen. In die-  
sen Beratungsstellen steht zumeist ein multiprofessionelles Team von  
Psychologen, Ärzten, Sozialarbeitern, Juristen und Theologen zur Verfügung,  
welche niedrigschwellig, oft sogar ohne vorherige Terminabsprache, anonym  
und kostenfrei zu unterschiedlichsten (Lebens-)Themen beraten. Bei Bedarf  
und Wunsch vermitteln sie den Ratsuchenden auch an andere kompetente  
Fachstellen.

#### **5.1.1.6 Beschwerdestellen**

Einige Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems haben als  
Anlaufstelle bei Problemen für Patienten und ihre Angehörige auch ein Be-  
schwerdemanagement eingeführt. Diese Vermittlungsstelle vor Ort dient als  
Anlaufstelle, wenn Angehörige mit den Leistungen der Klinik unzufrieden sind  
und/oder sich aufgrund anderer Problemlagen bzw. Konflikte beschweren  
wollen. Im Bedarfsfall um eine fachlich kompetente Unterstützung zu wissen,  
die ggf. Beschwerdewege aufzeigt und bei Streitfragen Schlichtungsversuche  
unternimmt, ist für Angehörige von psychisch Erkrankten ein hilfreiches An-  
gebot. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie sich gegenüber den Entschei-  
dungen und Verfahren in psychiatrischen Institutionen ohnmächtig und hilflos  
erleben.

#### **5.1.1.7 Fachliteratur, Medien, Seminare**

Nicht zuletzt bieten unzählige Broschüren, Ratgeber, Fachzeitschriften, Bei-  
träge im Netz, Fachseminare und Fachbücher einen nicht zu unterschätzen-  
den Beitrag bei der Unterstützung und Bewältigung der Belastung von Ange-



hörigen psychisch Kranker. Denn sie ermöglichen in direkter Art und Weise den Zugang zu ausführlichen Informationen über die Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und das gegenwärtige Versorgungssystem.

Eine weitere Möglichkeit der Entlastung für Angehörige von psychisch Kranken bietet die Telefonseelsorge, welche zumeist von kirchlichen Einrichtungen angeboten wird. Dieser gebührenfreie Dienst bietet all jenen Angehörigen Hilfestellung durch Gespräche und Zuhören, die eventuell mit ihren Sorgen und Nöten anonym bleiben wollen und/oder wenig mobil sind.

#### **5.1.1.8 Erholungsangebote**

In Zusammenarbeit mit dem evangelischen Müttergenesungswerk in Württemberg wird vom Bundesverband der Angehörigen von psychisch Kranken eine spezielle Schwerpunktkur für Mütter bzw. Frauen angeboten, die einen psychisch kranken Angehörigen begleiten. Dieses Angebot reagiert auf die besondere Belastungssituation von weiblichen Angehörigen psychisch Erkrankter (siehe 3.3.1.1) und versucht diesen Müttern, Partnerinnen und Schwestern eine Auszeit zu ermöglichen und somit Entlastung zu verschaffen.

### **5.1.2 semiprofessionelle Angebote**

#### **5.1.2.1 Angehörigenselbsthilfegruppen**

Diese meist lokal organisierten Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfevereine von Angehörigen psychisch Kranker sind bzgl. ihrer Maßnahmen zur Hilfestellung sehr unterschiedlich strukturiert und aufgebaut. Gemeinsam haben Teilnehmer jedoch das Ziel, sich gegenseitig bei der Bewältigung der Schwierigkeiten im Alltag mit einem psychisch kranken Familienmitglied zu unterstützen und von den Erfahrungen und Kenntnissen anderer Betroffener zu profitieren. Von einigen dieser Gruppen werden beispielsweise auch Angehörigensprechstunden abgehalten und Informationsabende für Angehörige psychisch Erkrankter zu speziellen, für Betroffene relevanten, Themen ange-

boten und dazu Ärzte, Juristen und andere Professionelle als Referenten geladen.

Die Unterstützung durch Angehörigenselbsthilfegruppen ist die einzige Form, welche unter anderem den Beziehungsstatus der Angehörigen unmittelbar berücksichtigt. So wurden beispielsweise neben „Eltern- und Partner-Gruppen“ auch „Geschwistergruppen“ initiiert, in denen sich diese über die spezifische Problematik ihrer Rolle (als Geschwister) austauschen können. Denn, so die Leiterin der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, ihrer Freunde und Förderer e.V. München, in einem Telefongespräch mit der Verfasserin, der Beziehungsstatus des Angehörigen (Eltern, Partner, Geschwister) sei von größerer Bedeutung und hätte stärkeren Einfluss auf die Problemkonstellation als die Art der psychischen Erkrankung.

Als weiterer, wenn auch nur mittelbar erfahrener Entlastungsaspekt für Angehörige ist das politische und gesellschaftliche Engagement vieler bundes- bzw. landesweit organisierter Selbsthilfegruppen zu nennen, die sich tatkräftig für die Verbesserung der Situation und Rechte von psychisch Erkrankten und ihren Angehörigen einsetzen. Zudem eröffnen Selbsthilfeorganisationen Angehörigen die Möglichkeit zu partizipieren und auf psychiatrische Versorgungsstrukturen Einfluss zu nehmen. Die Erfahrung der Selbstwirksamkeit kann wiederum der Förderung von Selbstbewusstsein, Mut und Kraft für weitere Hürden bei der Bewältigung der Belastungen dienen.

Weil laut einer Befragung der Einrichtungen im ambulant betreuten Wohnen Angehörigenarbeit fast nie zu deren Regelangebot gehört, sondern allenfalls punktuell und einzelfallbezogen erfolgt (vgl. Staschik und Jungbauer 2008, S. 20), ergreifen Angehörige auch in diesem Bereich selbst die Initiative, um diese unbefriedigende Situation zu verändern. So entstanden durch das ehrenamtliche Engagement von Angehörigen und durch die Unterstützung der Landesverbände bereits in verschiedenen Einrichtungen Angehörigenselbsthilfegruppen, die nach dem oben aufgeführten Muster geführt werden.

### **5.1.2.2 Angehörige beraten Angehörige**

Wie in Punkt 4.3 ausgeführt ist die aktiv problemorientierte Bewältigungsstrategie die von den Angehörigen psychisch Erkrankter am meisten gewählte Form der Verarbeitung ihrer Probleme. Selbst aktiv zu werden und sich über die psychische Krankheit und ihre mehrdimensionalen Auswirkungen zu informieren, ist für die meisten Betroffenen ein wirksamer und gangbarer Weg, um ihre komplexen Problemlagen zu meistern. Angehörige haben erkannt, dass insbesondere der Austausch untereinander in Kombination mit strukturierter, sachkundiger Information von Seiten Professioneller einen hohen emotionalen Entlastungseffekt bewirkt. Die Idee, Angehörige, die über langjährige Erfahrungen im Umgang mit psychisch Erkrankten verfügen, von Psychiatrie-Fachleuten ausbilden zu lassen, um selbst als geschulte Mitarbeiter psychoedukative Angehörigengruppen zu leiten, entstand aus der Zusammenarbeit des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. mit dem „Centrum für Disease Management der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München“.

Dass die Mitarbeit bei diesem Selbsthilfemodell, ebenso wie das Engagement in anderen Bereichen der Angehörigenarbeit, nicht zuletzt auch demjenigen nutzt, der bereit ist, sich zum „Psychiatrie-Experten“ ausbilden zu lassen und dadurch in Form einer Gruppenleitung anderen Angehörigen zur Seite zu stehen, versteht sich von selbst. Der gewonnene fachliche Input steigert die Selbstsicherheit und die Gelassenheit im Umgang mit der Thematik. Zudem schätzen viele das Gefühl, dass aus ihren oft leidvollen Erfahrungen ein Nutzen gezogen werden kann.

### **5.1.2.3 unabhängige Beschwerdestellen**

Um Angehörige von psychisch Erkrankten bei konflikthaften Anliegen bzw. Problemen, die diese nicht in einrichtungsinternen Beschwerdestellen vortragen wollen, zu unterstützen, wurden unabhängige Beschwerdestellen eingerichtet. Diese sind idealerweise trialogisch besetzte, ehrenamtliche Gremien, die sich - unabhängig auch örtlich von einzelnen psychiatrischen Einrichtun-

gen - um Vermittlung bei Beschwerden von Seiten der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen kümmern (vgl. Oberbayerische Initiative 2011, S. 49). Zudem gibt es in manchen psychiatrischen Kliniken auch ehrenamtlich tätige, unabhängige und nicht weisungsgebundene Patientenfürsprecher, an die sich die Patienten selbst sowie deren Angehörige zu den Sprechstunden wenden können.

Der Entlastungseffekt für Angehörige liegt bei diesen beiden Hilfsangeboten primär in der Vermittlung von Sicherheit und von dem Wissen, bei Konflikten oder Problemen von einer neutralen Stelle unterstützt zu werden.

#### **5.1.2.4 Fachliteratur, Medien, Seminare**

Auch im semiprofessionellen Bereich ist die Anzahl an Büchern, Ratgebern, Zeitschriften, an angebotenen Seminaren und Tagungen, eingerichteten Internetforen und Telefon-Hotlines enorm. Insbesondere der Bundes- und Landesverband für Angehörige psychisch Erkrankter ist als Herausgeber von verschiedenen Ratgebern (z.B. Rechtsratgeber für Angehörige psychisch Erkrankter), Zeitschriften (z.B. psychosoziale Umschau, „unbeirrbar“) und Büchern (z.B. „mit psychisch Kranken leben“) Pionier bzgl. der Aufklärung und Information von Angehörigen psychisch Kranker. Seit den Anfängen in den achtziger Jahren organisieren deren Mitglieder permanent Tagungen (z.B. „Recovery“ für Angehörige psychisch Kranker) und Seminare (z.B. zur Leitung von Selbsthilfegruppen), um Angehörige in ihrer spezifischen Situation über die neuesten Erkenntnisse und Entwicklungen auf dem Gebiet der Angehörigenforschung und allgemein zu psychiatrischen Themen zu informieren und ihnen dadurch bei der Bewältigung der Belastungen zur Seite zu stehen. Auch sogenannte „psychoedukative Wochenenden“, bei denen die Wissensvermittlung über psychische Krankheiten und Entfaltungsmöglichkeiten im Mittelpunkt stehen, werden vom Bundesverband für Angehörige psychisch Kranker veranstaltet.

Neben den jeweiligen Landesverbänden von Angehörigen psychisch Kranker, die eine telefonische Beratung anbieten, wurde auch vom Bundesver-

band ein sogenanntes „SeeleFon“ eingerichtet. Diese Telefon-Hotlines dienen der landes- bzw. bundesweiten Information und Beratung von Angehörigen psychisch Kranker und vermitteln bei Bedarf an weiterführende Adressen und Anlaufstellen des psychiatrischen Versorgungsnetzes. Eine Online-Befragung der Nutzer ergab eine hohe Zufriedenheit (62,71%) mit diesem Beratungsangebot. Viele schätzten das Vermögen der Beratungsperson, aktiv zuhören zu können, andere betonten den Vorteil, mit selbst Betroffenen und Erfahrenen sprechen zu können (vgl. Klockgether u. Lisofsky 2014, S. 7).

Leider können bisher 60% der eingegangenen Erstanrufe nicht beantwortet werden; eine personelle und zeitliche Ausweitung des Angebotes wird daher sowohl von Ratsuchenden als auch von Mitarbeitern vorgeschlagen (vgl. ebd. S.8).

#### **5.1.2.5 Erholungsangebote**

In Kooperation mit Stiftungen können einige Landesverbände für Angehörige psychisch Kranker sogar kostenfreie Erholungsurlaube anbieten, zu denen besonders belastete Angehörige eingeladen werden. Das Hauptanliegen dieser Unterstützungsleistung besteht vor allem darin, den Angehörigen eine Auszeit zu ermöglichen und sie mit anderen betroffenen Angehörigen in Kontakt zu bringen.

## **5.2 Probleme, Interventions- und Handlungsbedarf**

### **5.2.1 im professionellen Bereich**

Obgleich der Einfluss der Angehörigen auf den Behandlungsprozess seit langem bekannt ist und familientherapeutische Ansätze das Behandlungsergebnis signifikant verbessern (vgl. Fallon 2003, zit. n. Spießl et al. 2004), seien, nach Schmid und ihren Kollegen, der Angehörigenarbeit bei der Umsetzung in der klinischen Routine allerdings Grenzen gesetzt (vgl. Schmid et al. 2006, S. 140). Denn gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)

seien in der Regelbehandlung nur zehn Minuten pro Patient und Woche für Angehörigengespräche vorgesehen und in Zeiten von Budgetkürzungen und Stellenstreichungen würde es noch schwieriger, in der Klinik eine angemessene Angehörigenarbeit zu leisten (vgl. ebd.). Dennoch dürfe es nicht so weit kommen, dass die Vernachlässigung von Familieninterventionen und die Psychoedukation von Angehörigen eine ökonomische Notwendigkeit werde (ebd., S. 142).

Um die Situation von Angehörigen zu verbessern, müssen nach Bauer auch im Bereich der Aus- und Fortbildung von professionellen Helfern in der psychiatrischen Klinik einige Veränderungen passieren. Denn während die physiologischen Determinanten und Zusammenhänge des Menschen in den medizinischen Lehrbüchern ausführlich beschrieben werden, bleiben viele inzwischen gut belegte Einflussfaktoren auf die psychische Befindlichkeit von Patienten und/oder Angehörigen in der Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal ungenannt (vgl. Bauer 2010, S. 290). Bauer geht davon aus, dass klinisches Personal erst dann adäquat und motiviert auf die Bedürfnislage von Angehörigen psychisch Kranker reagieren kann, wenn sie, geschult bezüglich der psychischen Konstrukte Belastungssituation, Krankheitsbewältigungsstrategien und Kontrollüberzeugungen etc., ein Bewusstsein für die Probleme der Angehörigen entwickelt haben. Diesem Wissen müssten aber auch Möglichkeiten zur Umsetzung gegenübergestellt werden. So appelliert Bauer auch für die Schaffung notwendiger Strukturen und Einrichtungen, um konkrete Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort in den psychiatrischen Kliniken etablieren zu können (vgl. ebd., S. 302).

Fachleute der Angehörigenbewegung sprechen sich grundsätzlich dafür aus, Qualitätsstandards in die Angehörigenarbeit zu implementieren. Qualitätskriterien, Aspekte der Umsetzung sowie Haltung und Akzeptanz gegenüber Angehörigen müssten diesbezüglich im Leitbild einer Institution verankert sein (vgl. Scherer u. Lampert 2016, S.10). Das Controlling der Prozessschritte und der Zielvorgaben im Qualitätsmanagement seien ideale Voraussetzungen für eine nachhaltig gelebte Angehörigenarbeit (ebd.).

## 5.2.2 im semiprofessionellen Bereich

Dass Selbsthilfeinitiativen und -gruppen für den Einzelnen Wirkung zeigen und zudem für die Gesellschaft wertvoll sind, bestätigen zwei Public-Health Forschungsprojekte, die im Selbsthilfezentrum München durchgeführt wurden (vgl. Selbsthilfejournal 2012, S. 2). In einem Artikel des Selbsthilfejournals „einBlick“ aus dem Jahr 2012 werden die Ergebnisse der Untersuchung, ergänzt durch Erfahrungen aus dem Selbsthilfezentrum, aufgeführt. Neben vielen Aspekten, von denen die Beteiligten selbst profitieren, verweist der Artikel auch auf den gesellschaftlichen und ökonomischen Wert der Selbsthilfe. Zudem kann auf eine vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte multizentrische Studie zum Stand der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland zurückgegriffen werden. Die SHILD-Studie vermittelt auf Basis einer bundesweiten Befragung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -unterstützungseinrichtungen sowie Kooperationspartnern der Selbsthilfe einen tiefen Eindruck von deren Entwicklungen und beschreibt Ziele und Erfolge, aber auch Potentiale und zukünftige Herausforderungen aus Sicht der Menschen, die sich in der Selbsthilfe engagieren. (vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2016). Ausführliche Erläuterungen der Ergebnisse dieser Studie würden den Rahmen dieser Arbeit leider sprengen. Die Hauptprobleme der Selbsthilfe wurden aber treffend von Herrn Zechert, dem Schriftführer des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, zusammengefasst:

Generell, so Herr Zechert, stehe die gesundheitsbezogene Selbsthilfe, welche u.a. vom Bundesverband und den 15 Landesverbänden mit großem Engagement seit ca. drei Jahrzehnten geleistet wird, vor großen Herausforderungen. Ein Problem sei hier die Überalterung in den Reihen der Selbsthilfe. Der Altersdurchschnitt derer, die sich in der Selbsthilfe für Angehörige psychisch Kranker engagieren, sei sehr hoch. Die jüngere Generation, bis ca. 30 Jahren, so mutmaßt Herr Zecher, bevorzuge andere Formen der Selbsthilfe wie etwa den unverbindlichen und unregelmäßigen Austausch und die Information über das Netz oder über Chats.

Jene, die sich ehrenamtlich einbringen, hätten viel zu tun und wären teilweise auch zeitlich überlastet. In den letzten Jahren hätten sich die Anforderungen an die aktiven Menschen in der Selbsthilfe kontinuierlich erhöht. „Diese Entwicklungen bewegen sich zwischen den Polen „konstruktive Herausforderung vs. Überforderung“, „partnerschaftliche Anerkennung vs. Zumutung“ und „Kooperation auf Augenhöhe vs. Instrumentalisierung“ (vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2016).

Ein weiteres Problem stelle die Finanzierung dar. Es gäbe zwar durchaus Unterstützung für die organisierte Selbsthilfe, z.B. durch die Krankenkassen, diese sei aber fast immer nur projektgefördert oder auf ein Jahr angelegt. So könne finanzielle Sicherheit und eine selbstverständliche Kultur der Selbsthilfe nicht wirklich über den derzeitigen Stand hinauswachsen. Ebenso sei die personelle Sicherheit nicht gegeben.

Aus Sicht der Verfasserin kommt hinzu, dass der Besuch bzw. der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Angehörige psychisch Kranker nicht für alle Betroffenen zur Bewältigung der eigenen Schwierigkeiten und Probleme geeignet ist. Sich zeitlich festzulegen, wann und wie lange man sich mit anderen betroffenen Angehörigen austauscht, mit „fremden“ Personen in einer Runde über Ängste und Erfahrungen in der Familien zu sprechen, die Muse und Geduld aufzubringen, auch die Leidensgeschichte der anderen Teilnehmer anzuhören und dazu eventuell Stellung zu beziehen, ist eventuell nicht jedermanns Sache.

## **6 Sinn und Zweck von Theorien in der Sozialen Arbeit**

Bevor in folgenden Ausführungen detailliert und ausführlich zwei Theorien zur Lebens- bzw. Stressbewältigung dargelegt werden, soll der vorliegende Abschnitt zunächst klären, weshalb es für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit von Nutzen ist, sich mit Theorien auseinanderzusetzen bzw. in ihrem Denken und Handeln auf diese in ihrem Arbeitsalltag zurückzugreifen.

Professionelle Soziale Arbeit zeichnet sich dadurch aus, dass ihr Handeln auf Theorien gegründet und an Werten orientiert ist und auf wissenschaftlich



fundierten Arbeitsweisen und Methoden basiert (vgl. Sagebiel, Nguyen-Meyer 2012, S. 2). Unabhängig von bestimmten Organisationen, Zielgruppen und Problemlagen beziehen sich professionell Tätige auf ein allgemeines Professionswissen (ebd.).

Im Arbeitsalltag der Sozialpädagogen liefern im Idealfall theoretische Kenntnisse die Grundlage für das fachlich kompetente Handeln. Die Praxis wiederum gibt Rückmeldung über die Anwendungsmöglichkeit bzw. -eignung. Die Daten, welche sich aus diesem reflexiven und wechselseitigen Prozess in der Sozialen Arbeit ergeben, sind sowohl für die Forschung als auch die weiteren Theorieentwicklung von Nutzen (vgl. Sagebiel, Nguyen-Meyer 2012, S. 9).

Unter Theorien der Sozialen Arbeit sind somit erforschte, überprüfte und verifizierte Denkmodelle zu verstehen, welche auf Erklärungswissen basieren (vgl. Becker 2010, S. 4).

Sie bieten uns Begriffe, Definitionen, Kategorien, mit deren Hilfe wir die Welt „interpunktieren“ und verstehen können (vgl. Herwig-Lempp 2003, S. 4). Sie zeigen uns, wie wir die Wirklichkeit beschreiben können, sie stellen Modelle dar, anhand derer wir unsere Beobachtungen machen können, und sie weisen uns darauf hin, worauf wir achten sollen, wenn wir hinsehen (vgl. ebd.).

Solche Theorien helfen den Professionellen, ihre Wahrnehmungen und Urteile zu strukturieren (May 2008, S.22). Sie geben ihnen Orientierung für ihr Handeln bzw. legitimieren dieses gegenüber anderen (ebd.).

Dabei ist entscheidend, dass ein Praxisbezug gegeben ist, d.h. dass die theoretischen Erklärungsversuche und Modelle nicht losgelöst und abstrakt von den alltäglichen Problemlagen existieren. Da für die Disziplin „Soziale Arbeit“ eine deutliche handlungswissenschaftliche Komponente charakteristisch ist, sollten sozialpädagogische Theorien nicht nur Zusammenhänge erklären, sondern auch Handlungsaufforderungen enthalten und darin Hinweise auf das methodische Vorgehen geben können (vgl. Böhnisch 2016a, S. 105).

Gelingt der Transfer von theoretischem Wissen zu praktischer Anwendung, können die vielfältigen und unterschiedlichen Theorien der Sozialen Arbeit ihren Fachkräften als ein Handwerkszeug dienen (auch in der Angehörigenarbeit), um die oftmals komplexen Problemlagen ihrer Klientel und deren Ursachen besser zu verstehen und adäquat zu reagieren, aber auch die „Gren-

zen und Möglichkeiten sozialpädagogischen Handelns reflektiert werden"(vgl. Böhnisch 2016a, S.11).

## **7 Zu Theorien zur Lebensbewältigung**

Neben systemtheoretischen und system(ist)ischen, diskursanalytischen, professionstheoretischen und psychoanalytischen Ansätzen zählt Michael May in seiner Darstellung der gegenwärtigen Theorien der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum auch alltags-, lebenswelt-, lebenslagen- und lebensbewältigungsorientierte Ansätze auf (vgl. May 2008, S. 15).

In dem folgenden Abschnitt werden

- a) das von Lothar Böhnisch entwickelte Konzept zur Lebensbewältigung und
- b) die Stresstheorie von Richard S. Lazarus

vorge stellt.

Sie zählen zu den lebensbewältigungsorientierten Ansätzen.

### **7.1 Gründe für die Wahl der beiden Konzepte**

Die Verfasserin hat sich aus folgenden Gründen für die Wahl der o.g. Erklärungsmodelle entschieden:

- Das Konzept der (Lebens-)bewältigung von Lothar Böhnisch setzt sich mit dem Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenssituationen auseinander. Geschwister von psychisch Erkrankten erleben bzw. empfinden ihre Lebenssituation, wie ausführlich in Punkt 3.2.1 und 3.2.2 beschrieben, dauerhaft, phasenweise oder gelegentlich als „kritisch“.
- Böhnisch liefert neben einem theoretischen Erklärungsansatz für das Stressempfinden auch praktische Handlungsvorschläge für die Soziale Arbeit und macht die „gewonnenen Erkenntnisse diagnostisch brauchbar“ (vgl. Böhnisch 2016a, S. 11).

- Zudem, so Böhnisch, bleibe sein Konzept nicht beim Individuum stehen, sondern sei in der Lage, sozialinteraktive und gesellschaftliche Bedingungen aufzuschlüsseln (vgl. ebd.). Wie in den vorhergehenden Abschnitten aufgezeigt, wird die Belastungssituation von Geschwistern psychisch Kranker maßgeblich von ihrem familiären und gesellschaftlichen Umfeld mitbeeinflusst (siehe 3.2.1.2 u. 3.2.2.2).
- Das von Richard S. Lazarus und seinen Kollegen entwickelte transaktionale Stressmodell bietet ebenfalls ein Verständnis von innerpsychischen Regulationsprozessen, die bei der Bewältigung von Stress bzw. Belastungen von Bedeutung sind. Mit Belastungen und Stress in verschiedenster Form sind Geschwister von psychisch Kranken (siehe Punkt 3.2.1 und 3.2.2) konfrontiert.
- Dabei erleben sie die Belastungen hinsichtlich ihres psychisch kranken Bruders/ihrer psychisch kranken Schwester teilweise sehr verschieden und reagieren auf die familiäre Belastungssituation auf unterschiedliche Art und Weise (siehe 3.3). In dieser Hinsicht könnte der kognitive Erklärungsansatz von Lazarus interessante Erkenntnisse vermitteln. Dieser gibt nämlich vor, dass Stress vorwiegend das Resultat individueller Bewertung einer Situation bzw. individueller Einschätzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung dieses Ereignisses ist. Das Konzept der kognitiven Bewertung sei notwendig, um individuelle Unterschiede in der Art, Intensität und Dauer ausgelöster stressrelevanter Prozesse (z.B. emotionale Reaktionen wie Angst oder Ärger) unter ansonsten für verschiedene Personen gleichartigen Umweltbedingungen zu erklären (vgl. Krohne 2017, S. 11).

## **7.2 Konzept zur Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch**

- Die Grundannahme

Unter (Lebens-)Bewältigung versteht Lothar Böhnisch das Streben nach psychosozialer Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenskonstellationen (vgl. 2016 a, S. 20). Lebenssituationen und -konstellationen werden dann als kri-

tisch bezeichnet, wenn die bisherigen eigenen Ressourcen der Problemlösung versagen oder nicht mehr ausreichen und damit die psychosoziale Handlungsfähigkeit beeinträchtigt ist (vgl. Filipp 2008, zit. n. ebd).

In einem dreidimensionalen Modell „Lebensbewältigung“ stellt Böhnisch seine Grundannahmen dar. Er nimmt an, dass sowohl eine psychodynamische, eine soziodynamische als auch eine gesellschaftliche Dimension Einfluss nehmen auf das individuelle Bewältigungsverhalten von Menschen, die sich in kritischen Lebenskonstellationen befinden. In all diesen drei Dimensionen des Modells spiegle sich die Grundkomponente gelingender Bewältigung – die Chance der Thematisierung, des Aussprechen- und Mitteilens innerer Hilflosigkeit und Ohnmacht – wieder (vgl. Böhnisch 2016 a, S. 11).

- Zum Bewältigungskonzept

Böhnisch geht davon aus, dass sich der Mensch dann handlungsfähig erlebt, wenn er sich in einem inneren Gleichgewicht befindet. In diesem Zustand empfindet er einen hohen Selbstwert, erfährt soziale Anerkennung und erlebt somit Selbstwirksamkeit. Diese Handlungsfähigkeit kann durch kritische, problematische und/oder stressbelastete Situationen an Stabilität verlieren bzw. ganz abhanden kommen. Jedes Verhalten, mit dem wir es in der Sozialen Arbeit zu tun haben, so die Grundhypothese des Bewältigungskonzeptes von Lothar Böhnisch, steht mit solch einer „gestörten Handlungsfähigkeit“ in Verbindung. Für einen Großteil der Klientel der Sozialen Arbeit trifft zu, dass sie wenig soziale Anerkennung erfahren, kaum Selbstwirksamkeit spüren und unter einem gestörten Selbstwert leiden. Dieser Zustand wird zwar kognitiv nicht immer begriffen, aber psychisch und/oder somatisch gespürt (vgl. Böhnisch 2002, zit. n. May 2008, S. 58). Böhnisch knüpft mit seinem sozialpädagogischen Bewältigungskonzept daher auch an die Logik des aus der Stressforschung stammenden Coping-Konzeptes an, welches davon ausgeht, „dass die Bewältigung von Stresszuständen bei Problembelastungen und kritischen Lebensereignissen so strukturiert ist, dass der Mensch aus somatisch aktivierten Antrieben heraus nach der Wiedererlangung eines ho-

möostatischen (Gleichgewichts-)Zustandes um jeden Preis strebt“ (vgl. Böhnisch 2002, zit. n. May 2008, S. 59).

Um Anerkennung, Selbstwert und Selbstwirksamkeit zu erreichen, kann Handlungsfähigkeit, wenn diese nicht mit sozial konformem Verhalten erreicht wird, auch außerhalb der Norm gesucht werden. Das ´verwehrte Selbst` sucht dann, so Böhnisch, aufgrund der misslungenen „Balance zwischen psychischem Selbst und sozialer Umwelt [...] soziale Aufmerksamkeit auch in antisozialen bis hin zu sozial- oder selbstdestruktiven Handlungen“ (vgl. Böhnisch 2002, zit. n. ebd.).

Für das sozialpädagogische Handeln ergibt sich daher das zentrale Problem, dass „man jemanden aus einem antisozialen, aber für ihn/sie subjektiv als positiv empfundenen Gleichgewichtszustand in einen sozial konformen bringen soll“ (vgl. Böhnisch 2016 b, S. 22).

Auf den Bewältigungsdruck mit entsprechend empfundener Hilflosigkeit reagieren die Betroffenen nach dem Bewältigungsansatz von Böhnisch mit unterschiedlichem Verhalten. Dieses sei entweder nach außen, z.B. in Form von körperlicher Gewalt oder verbalen Ausbrüchen, oder aber nach innen gerichtet, z.B. in Form von Medikamentenmissbrauch oder eigener Schuldzuweisung. Dabei wird die innere Hilflosigkeit auf andere, Schwächere projiziert bzw. gegen einen selbst gerichtet.

### **7.3 Konzept zur Stressbewältigung nach Richard S. Lazarus**

- Die Grundannahme

#### Zur Bewältigung

Richard S. Lazarus definiert Bewältigung, „Coping“ als „[...] sich ständig ändernde, kognitive und verhaltensmäßige Bemühung, mit spezifischen internen und externen Anforderungen, die die Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertigzuwerden“ (Lazarus & Folkmann 1984, S.141 zit. n. Laux 1996, S. 58). Ziel sei es, das gestörte Person-Umwelt-Verhältnis wieder herzustellen (vgl. Heckmann 2012, S. 116). Dabei werden

jegliche Bemühungen, mit dem Konflikt zwischen Anforderung und Handlungsmöglichkeit fertig zu werden, als Bewältigung verstanden (vgl. ebd.). Lazarus versteht somit unter „Coping“ nicht alleine die gelungene Bewältigung, sondern vor allem die Auseinandersetzung mit einer Belastungssituation (vgl. ebd.).

### Zur Stresstheorie

Lazarus und seine Arbeitsgruppe entwickelten 1966 das transaktionale Stressreaktionsmodell, um Stress als „psychologisches Geschehen zu erklären, welches primär durch kognitive Prozesse gelenkt wird“ (vgl. Heinrichs et al. 2015, S.24). In ihre Definition (von Stress) beziehen die Forscher Aspekte ein, die die Subjektivität der beteiligten Personen und die Transaktion zwischen einer Person und einem Umweltreiz bzw. einer Umweltsituation betonen (vgl. Heckmann 2012, S. 115). Sie gehen davon aus, dass das subjektive Erleben von Stress weniger von der Qualität und Intensität des objektiven Ereignisses abhängt (z.B. Krankheit, Scheidung, Arbeitslosigkeit) als vielmehr von der Art und Weise, wie Menschen diese Belastungen und ihre Ressourcen zur Problembearbeitung einschätzen (Hobfoll u. Buchwald 2004, S. 18). Psychologischer Stress wird demnach erst dann als solcher wahrgenommen, wenn die betreffende Person die Situation als stressvoll bewertet. Demzufolge ist nicht jede Situation, die eine Anpassung erforderlich macht, eine Belastung, sondern lediglich diejenige, die mit den vorhandenen persönlichen und sozialen Ressourcen nicht mehr bewältigt werden kann bzw. als nicht bewältigbar eingeschätzt wird (vgl. Heckmann 2012, S.115). Die Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt bei der Stressentstehung muss „als ein transaktionaler Prozess zwischen Situations- und Persönlichkeitsvariablen verstanden werden, oder anders ausgedrückt, die Wahrnehmungsverarbeitung stellt immer das Resultat einer Person-Umwelt-Transaktion dar“ (Brüderl 1988, S. 33).

Durch diese Grundannahmen verlegte Lazarus den Forschungsschwerpunkt von den externen, auf das Individuum einwirkenden, Bedingungen auf den innerpsychischen Bewertungs- und Verarbeitungsprozess (vgl. ebd., S. 29). Dieses Modell liefert demnach auch eine Erklärung dafür, weshalb Menschen

auf externe Stressoren individuell unterschiedlich reagieren bzw. psychisch beansprucht werden.

- Zum Bewertungsprozess

Bevor der Betroffene eine Strategie zur Bewältigung (eng. coping) der jeweiligen Situation entwirft, wird das Ereignis in einem zeitgleich auftretenden und sich gegenseitig beeinflussenden innerlichen Prozess bewertet (engl. appraisal).

Dabei beurteilt die Person bei der „primären Bewertung“ (engl. primary appraisal) die Bedeutung des Umweltereignisses oder der Situation im Hinblick auf das eigenen Wohlbefinden, und bei der „sekundären Bewertung“ (eng. secondary appraisal) schätzt sie ihre Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Situation ein (vgl. Hölzle 2009, S. 39). „Primäre“ und „sekundäre“ Bewertung beziehen sich dabei nicht auf eine zeitliche Abfolge und/oder bringen dadurch ein Maß an Bedeutung zum Ausdruck, sondern gliedern den Prozess nur in zwei inhaltlich unterschiedliche Aspekte der Beurteilung.

Bewertet der Betroffene im Zuge der „primären Bewertung“ die vorhandene Situation bezüglich seiner eigenen Befindlichkeit als irrelevant oder gar positiv bzw. angenehm, bleibt eine Stressreaktion aus. Schätzt er sie allerdings bedrohlich bzw. herausfordernd ein und sieht er sein eigenes Wohlbefinden (z.B. Status, Anerkennung, Finanzen) in Gefahr, erlebt er Stress. Es kommt zu einer weiteren differenzierten Einschätzung der Belastung in die Kategorien: schädigend (Schaden/Verlust ist bereits eingetreten), bedrohend (antizipierte Schädigung) oder herausfordernd (die Belastung scheint bewältigbar).

Die Intensität des Stressempfindens hängt davon ab, wie günstig bzw. ungünstig der Betroffene im Rahmen der „sekundären Bewertung“ seine zur Verfügung stehenden äußeren (z.B. materiellen und sozialen) und inneren (physischen und psychischen) Kompetenzen zur Bewältigung der Situation (vgl. Hölzle 2008, S. 40) einschätzt.

- Zum Bewältigungsprozess

Der Betroffene wählt zur Bewältigung des Stressors entweder „instrumentelle“, d.h. problembezogene, und/oder „palliative“, d.h. emotionsregulierende Strategien.

Während die problembezogene Bewältigung die aktiv-gestaltende Veränderung der auslösenden oder aufrechterhaltenden Bedingungen der belastenden Situation zum Ziel hat, versucht der Betroffene mittels emotionsregulierender Bewältigungsstrategien, die negativen physiologischen und psychischen Folgen belastender Ereignisse zu reduzieren (vgl. Heinrichs et al. 2015, S. 26).

Entscheidend für die Wahl der Copingstrategie sind neben den Besonderheiten der vorliegenden Situation auch Persönlichkeitsmerkmale, wie beispielsweise ein hohes Selbstwirksamkeitsgefühl, eine optimistische Grundeinstellung, aber auch die kognitiven Strukturen der Person sowie die Erfahrungswerte und Überzeugungen, die diese bzgl. der Bewältigung von Schwierigkeiten verinnerlicht hat.

- Neubewertung

Im Verlauf der Auseinandersetzung mit der Umwelt und den dadurch eventuell modifizierten situativen Bedingungen kann es zu einer „Neubewertung“ (engl. re-appraisal) der Person-Umwelt-Beziehung kommen (vgl. Krohne 2017, S.11). Diese Neubewertung könne allerdings auch aus einer rein „innerpsychischen“ Auseinandersetzung mit der Situation resultieren, also ohne vorausgegangenes aktives Eingreifen, etwa indem bedrohliche Aspekte einer Situation umgedeutet werden (ebd.,S.12). Somit beweist neben dem Bewertungsprozess auch der Prozess der Bewältigung transaktionalen Charakter.



## **8 Hilfestellung für Geschwister psychisch Kranker anhand dieser Theorien zur Lebensbewältigung**

In dem folgenden Abschnitt soll nun der Versuch unternommen werden, sowohl die Aussagen und Inhalte der Erklärungsmodelle von Lothar Böhnisch zur Lebensbewältigung als auch des transaktionalen Stressmodells von Richard S. Lazarus auf die spezifische Situation von Geschwistern psychisch Kranker zu übertragen. Durch diesen Transfer wird erwartet, dass die Betroffenen Hilfestellung bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten erhalten, weil sie die Möglichkeit bekommen, innerpsychische Vorgänge anhand dieser Theorien zu begreifen und einzuordnen, und weil ihnen zudem konkrete Handlungsaufforderungen alternative Bewältigungsstrategien aufzeigen.

### **8.1 Hilfestellung mittels der Bewältigungstheorie von L. Böhnisch**

Dem betroffenen Geschwister eines psychisch Erkrankten wird im Gespräch mit dem/der Sozialarbeiter/in deutlich gemacht, dass seine spezifische Lebenssituation bzw. -konstellation nach Sicht von Lothar Böhnisch eine kritische darstellt. Dies bedeutet, dass er dadurch Belastung und Not empfindet, weil er seine zur Verfügung stehenden Ressourcen als nicht ausreichend oder gar als nicht vorhanden einschätzt.

So erlebt er sich beispielsweise hinsichtlich der Ambivalenz seiner Gefühle, die sich von Ärger, Wut, Enttäuschung bis hin zu Mitleid mit dem Erkrankten erstrecken, als ausgeliefert und hilflos. Seine Möglichkeiten, diese Emotionen zu regulieren, sind erschöpft, ihm gelingt es nicht, entspannt und auf eine für ihn angenehme Weise zu reagieren.

Angelehnt an das Bewältigungskonzept kann nun dem Betroffenen erklärt werden, dass die Ursache für sein Belastungsempfinden beispielsweise hinsichtlich dieser Emotionsregulierung seine erlebte Handlungsunfähigkeit sei. Er erlebt, dass sein inneres Gleichgewicht ins Wanken gerät. Er strebt nach Handlungsfähigkeit, d.h. er versucht

### seinen Selbstwert

- ➔ *„ich bin in der Lage, die psychische Krankheit meines Bruders/meiner Schwester zu verstehen, zu ertragen und adäquat auf die damit verbundenen Anforderungen zu reagieren (siehe 3.1.3)“*
- ➔ *„ich bin selbst ausreichend psychisch stabil, um diese Situationen zu meistern (siehe 3.2.2.3)“*

### seine Selbstwirksamkeit

- ➔ *„meine Versuche, die Emotionen gegenüber meinen erkrankten Geschwister zu regulieren gelingen mir; ich habe mich selbst im Griff, ich bin Herr dieser schwierigen Situation.“*

### seine soziale Anerkennung

- ➔ *„ich bin gesund und stabil und werde als solche/solcher auch in meinem sozialen Umfeld wahrgenommen und anerkannt; ich reagiere selbstbestimmt, angemessen und souverän; ich erfülle die gesellschaftlichen und familiären Erwartungen (siehe 3.1.1).“*

zu erhalten bzw. wieder zu erlangen.

Das unbedingte Streben nach Handlungsfähigkeit erzeugt in dem Betroffenen einen Bewältigungsdruck.

Auf diesen Bewältigungsdruck, den drohenden bzw. eingetretenen Verlust der Handlungsfähigkeit, reagiert das betroffene Geschwister - je nach Persönlichkeitsstruktur - mit einem nach außen oder nach innen gerichteten Bewältigungsverhalten.

So begegnet beispielsweise der ältere, extrovertierte und impulsive Bruder der Anfrage des psychisch Kranken nach finanzieller Unterstützung mit wüsten Beschimpfungen und Vorwürfen. Die jüngere, sehr sensible Schwester hingegen versucht, ihren Ärger über den ihrer Ansicht nach überzogenen Anspruch dadurch zu kompensieren, dass sie abends ein Glas Wein mehr als üblich trinkt.

Entscheidend bei der Anwendung des Konzeptes zur Lebensbewältigung von Böhnisch ist, das Bewältigungsverhalten unabhängig von der gewählten Form aus der Subjektperspektive der unter Bewältigungsdruck stehenden Klienten zu betrachten. Konkret bedeutet dies für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit, nicht nach dem „weshalb verhält er/sie sich auf diese Weise?“, sondern nach dem „warum braucht er dieses Verhalten?“ zu fragen.

Um am Beispiel des verbal ausfallenden Bruders bzw. der trinkenden Schwester zu bleiben, könnte diese äußere bzw. innere Abspaltung das Resultat eines entstandenen Bewältigungsdrucks sein, mit dem die Betroffenen nicht umzugehen in der Lage sind. Sie haben eventuell nie gelernt, über die empfundene Hilflosigkeit zu sprechen.

Der Bruder projiziert die eigene Schwäche in diesem Fall auf die psychisch kranke Schwester; diese wird zum Opfer, zum Träger (zur Verkörperung) der eigenen Hilflosigkeit. Die Schwester hingegen wählt einen nach innen gerichteten Bewältigungsansatz und versucht, ihre Emotionen durch den Konsum von Alkohol zu unterdrücken.

Die theoretischen Annahmen des Bewältigungskonzeptes von Böhnisch schließen eine Problemlösung über kognitive Operationen aus. D.h. der oder die Betroffene wird sich nicht einfach von den Sozialarbeitern/Innen ausreden lassen, dass er/sie diese für sich gewählte Form der Bewältigung (am Beispiel: verbale Beschimpfungen, Alkoholkonsum) nicht weiter anwenden darf. Der starke Drang nach Handlungsfähigkeit – nach Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit - kann diesen „somatisch unterlegenen psychosozialen Bewältigungsmechanismus“ (vgl. Böhnisch 2016b, S. 25) in seiner Dynamik nicht einfach beenden. Auch hier gilt es, den Grundsatz sozialpädagogischen Arbeitens umzusetzen und die Menschen erst einmal so zu nehmen, wie sie sind. Angelehnt an das Bewältigungskonzept von Böhnisch bedeutet dies: zuerst ihre subjektive Bewältigungskonstellation zu akzeptieren (vgl. 2016a, S. 51).

Das Bewältigungskonzept setzt daher darauf, den Betroffenen „Spielräume zu eröffnen“, in denen sie Anerkennung erhalten und damit Distanz zu ihrer bisherigen Situation gewinnen und darüber ihre Befindlichkeit thematisieren

können (vgl. Böhnisch 2016a, S. 105). Dies könne mit der Gestaltung funktionaler Äquivalente erreicht werden (ebd.). D.h. die Soziale Arbeit macht alternative Rollen- und Beziehungsangebote, mit dem Ziel, wieder sozial verträglich bzw. sozial verträglicher handlungsfähig zu werden bzw. sich selbst mehr zu entlasten. Eine zentrale Rolle kommt dabei auch dem Reframing zu. D.h. der Sozialarbeiter versucht, in den Schwächen des Betroffenen die Stärken zu erkennen und die Angebote danach auszurichten.

An unserem Beispiel orientiert könnte so ein Äquivalent für den verbal schlagfertigen und impulsiv agierenden Bruder beispielsweise eine Aufgabe sein, in der er seine Kraft bzw. Stärke, die er im Umgang mit seiner Schwester zeigt, anderweitig einsetzen kann. So könnte er eventuell derjenige in der Familie sein, der durch sein verbales Vermögen die Interessen der Schwester nach außen, beispielsweise bei Behördengängen oder gegenüber Institutionen, vertritt. Die übrigen Kontakte könnte er weniger zufällig gestalten, dafür aber die verbleibenden Begegnungen im Vorfeld gut durchdenken und dann der Schwester konstruktive Anregungen geben.

Für die Schwester, die für sich eine nach innen gerichtete Bewältigungsform gewählt hat, könnte sich anbieten, die Rolle derjenigen in der Familie zu übernehmen, die mit ihrer besonderen Achtsamkeit schnell bemerkt, wenn etwas mit der Schwester nicht in Ordnung ist. In ihrer bisherigen Funktion als „Problem-Schlucker“ bzw. „Weg-Spüler“ der Familie hat sie ja unweigerlich eine gewisse Bewältigungsaufgabe geleistet. Eventuell böte sich an, ihr die Rolle der „Alarmgeberin“ vorzuschlagen, die Bewältigung des Problems jedoch einer weiteren Person aus der Familie oder dem sozialen bzw. fachlichen Umfeld zu übergeben.

Unter inneren oder äußeren Abspaltungszwang geraten die Betroffenen nach Böhnisch dann, wenn sie in ihrer bisherigen Biographie nicht gelernt haben, ihre eigene Hilflosigkeit zu thematisieren (vgl. 2016 b, S. 25). „Wir (die in der sozialen Arbeit Tätigen) müssen die Botschaft dahinter erkennen, die innere Betroffenheit (als Hilflosigkeit), die der Klient selbst nicht thematisieren kann [...]“ (vgl. ebd.), und ihm dabei behilflich sein, diese auszudrücken, diese zur Sprache zu bringen.

Böhnisch erklärt zudem, dass es bei der Anwendung des Bewältigungsansatzes unabdingbar ist, sowohl geschlechterdifferente, biographische, soziodynamische als auch umweltliche und gesellschaftliche Aspekte mit einzubeziehen. Denn Lebensbewältigung und Lebenslage werden – gleichsam als theoretisches Tandem – im Bewältigungsansatz aufeinander bezogen (vgl. Böhnisch 2016 b, S. 18).

## 8.2 Hilfestellung mittels der Stresstheorie von R.S. Lazarus

Orientiert sich die psychosoziale Beratung eines Bruders bzw. einer Schwester eines psychisch Erkrankten am transaktionalen Stressmodell von Lazarus und seiner Arbeitsgruppe, wird dem Ratsuchenden verständlich gemacht, dass er sich selbst durch entsprechende Bewertungsprozesse zu einer gegebenen Anforderungsbedingung ins Verhältnis setzt (vgl. Kaluza 2015, S.46). Ihm/ihr wird deutlich gemacht, dass Stress im Sinne dieses Erklärungsmodells dann entsteht, wenn die Anforderung als subjektiv bedeutsam eingeschätzt wird. Das heißt, wichtige Lebensbereiche, Bedürfnisse, Motive und Ziele werden durch die jeweilige Situation als bedroht, geschädigt oder herausgefordert angesehen und zudem herrscht Unsicherheit darüber, inwiefern die eigenen Kompetenzen und die ggf. zur Verfügung stehenden externen Ressourcen für eine erfolgreiche Bewältigung der Anforderung ausreichen können (vgl. ebd.).

- Das Modell initiiert einen Perspektivwechsel

Im Zuge dieser Betrachtung wird der Versuch unternommen, die Perspektive des Betroffenen weg von der Situation (z.B. *„es regt mich dermaßen auf, dass sich meine psychisch kranke Schwester so gehen lässt, erst Mittags aufsteht und keiner Arbeit mehr nachgeht, dass ich den Kontakt zu ihr abbrechen muss“*) hin zu der subjektiven Bewertung der eigenen Einstellung gegenüber dieser Situation zu lenken. Mittels des Erklärungsmodells von Lazarus kann es gelingen, dass der Betroffene die Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit (siehe 3.2.1.1) der Situation gegenüber überwindet und sich – zumindest hinsichtlich seiner eigenen Bewertungsprozesse – wieder als Ak-

teur seines Lebens erkennt. Denn verschiedene sozialpsychologische Befunde zeigen, dass es Menschen wichtig ist, die Kontrolle zu behalten oder sie wieder zu erlangen und sich selbst als wirksam zu erleben (vgl. Bandura 1997, zit. n. Hölzle 2009, S. 40). Die Frage, die sich aus dem oben genannten Beispiel für den betroffenen Bruder bzw. die betroffene Schwester erneut ergeben könnte, wäre beispielsweise: *„Weshalb bewerte ich dieses Verhalten als so negativ oder gar bedrohlich? Welche Wertmaßstäbe, Haltungen und Einstellungen liegen diesen Beurteilungen zugrunde?“*

Ihren ihr eigenen Gebrauchswert scheint die Theorie dann am produktivsten entfalten zu können, wenn es ihr gelingt, dem praktischen Bewusstsein verschlossene Zusammenhänge sichtbar zu machen (vgl. May 2008, S.20). Kommt es im Zuge des durch das Modell initiierten Perspektivwechsels zu einem selbstreflexiven Austausch und zu einem gemeinsamen Überarbeiten bzw. -denken der eigene Einstellungen und Denkmuster hinsichtlich der vorliegenden Situation, kann dies zu einer Neubewertung der Gegebenheiten führen. Im vorliegenden Beispiel könnte der Betroffene erkennen, dass für ihn (nicht aber für seine Schwester) Arbeit einen zentralen und sehr bedeutungsvollen Aspekt im Leben darstellt und er daran auch seinen Selbstwert und soziale Anerkennung knüpft (seine Schwester jedoch nicht). Auf diese Selbsterkenntnis gegründet würde ggf. die empfundene Bedrohung - sein eigener sozialer Status könnte durch die in seinen Augen labile Arbeitseinstellung der kranken Schwester gefährdet sein - korrigiert werden und einer diese Lebenshaltung bzw. -einstellung akzeptierenden Sichtweise weichen. Die „Bedrohung“ (Gefährdung des sozialen Status) könnte sich dann ggf. als bloße Herausforderung (Akzeptanz der Einstellung) darstellen, die es zu meistern gilt. Die von Lazarus in seinem Erklärungsmodell vorgegebenen drei Filter (bedrohlich, irrelevant, positiv), mit der die Betroffenen Ereignisse wahrnehmen, enthalten enormes Potential, auch generell über das subjektive Erleben der Lebenssituation hinsichtlich der psychischen Erkrankung des Geschwisters zu sprechen. Der Austausch darüber, weshalb verschiedene Situationen als bedrohlich erlebt werden und welche persönlichen, familiären und/oder sozialen Aspekte auf dieses Empfinden Einfluss nehmen, kann

letztendlich zur Klärung und Befreiung von zumeist diffus empfundenen Gefühlslagen und der Identifizierung von persönlichen Stressoren führen.

- Das Modell initiiert Gespräche über die subjektive Einschätzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen

Die Einschätzung der Anforderungen und der eigenen Kompetenzen kann mehr oder weniger realitätsangemessen sein (vgl. Kaluza 2015, S. 46). Entscheidend ist, wie der Informationsverarbeitungsprozess in unserem Gehirn abläuft, welchen Mustern er folgt und an welchen inneren Maßstäben er sich orientiert (vgl. ebd.). Im Gespräch mit dem/der Sozialarbeiter/in erhält der Betroffene die Möglichkeit zu besprechen, wie er aus seiner subjektiven Sichtweise die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen einschätzt. Dabei ergeben sich ggf. Gelegenheiten stressverschärfende Denkmuster und persönliche Stressverstärker zu identifizieren, welche eine objektive Sicht der Bewältigungsmöglichkeiten behindern. Auch der Einfluss von individuellen Persönlichkeits- und Charaktermerkmalen der Betroffenen, einschneidenden Lebensereignissen und (Bewältigungs-)Erfahrungen in Hinblick auf die Einschätzung, inwiefern eine Situation als bewältigbar gewertet wird oder nicht, könnten in diesem Kontext zur Sprache kommen.

Um bei dem oben genannten Beispiel zu bleiben, könnte der Bruder angehalten werden, für sich folgende Frage zu klären: „*Weshalb traust du dir nicht oder nur bedingt zu, mit deiner psychisch kranken Schwester klar zu kommen, ohne ständig in Konflikt zu geraten?*“ „*Welche Aspekte behindern dich deiner Meinung nach an einer konstruktiven Bewältigung der Belastung?*“

In diesem Zusammenhang bietet es sich an, seine eventuell (über-) angepasste und stark auf die Anerkennung seines sozialen Umfeldes angewiesene Haltung zu reflektieren und seine kognitiven und sozialen Ressourcen zu überdenken. So kommt der o. g. Bruder eventuell mit Unterstützung des Sozialarbeiters zu der (Neu-) Einschätzung, dass seine psychosozialen Fähigkeiten im Grunde ausreichend sind, d.h. er sich innerlich stark genug wahrnimmt, um etwaige Stigmatisierung aus dem sozialen Umfeld zu ertragen.

Auch die Klärung lebensgeschichtlicher Bewältigungserfahrungen kann das Bewusstsein für die vorgenommene Bewertung schärfen und ggf. Blockaden zur Ressourcenentfaltung lösen. Eventuell erfuhr der Bruder aufgrund eines sich asozial verhaltenden Vaters, der die meiste Zeit seines Lebens keiner geregelten Arbeit nachging, und der erlebten Ohnmacht dieser Situation gegenüber schon in der Vergangenheit Schmach. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten versagten. Die Angst, eine solche Beschämung durch das Verhalten der Schwester erneut zu erfahren, lösen in ihm Stress aus. Die Erkenntnis, dass eine Übertragung dieser Ängste in der aktuellen Situation hinsichtlich der veränderten Lebensumstände ggf. unangemessen und unverhältnismäßig ist, könnte das Resultat eines solchen Reflexionsprozesses sein.

Lenkt der/die Sozialarbeiter/in das Gespräch auch auf typische Persönlichkeits- bzw. Charaktermerkmale des Betroffenen, kann eine solche Analyse ebenfalls verdeutlichen, weshalb eine Bewältigung als möglich, schwer oder nicht machbar erscheint. So versteht der Bruder beispielsweise, dass impulsive, extrovertierte und sozial angepasste Menschen wie er häufig in Gefahr stehen, dass ihr Temperament mit ihnen durch geht und sie sich im Tonfall vergreifen, weil ihnen eben das „Herz auf der Zunge“ liegt. Diese Eigenschaft müsse aber nicht nur negativ gewertet werden, noch sei sie nicht korrigierbar. Dieser Wesenszug könne auch in positive Bahnen gelenkt werden, indem er beispielsweise lernt, in seinem Umfeld oder einer Angehörigen(selbsthilfe)gruppe offen und ehrlich über seine Situation und Gefühle in Bezug auf seine psychisch kranke Schwester zu sprechen.

- Das Modell initiiert den Austausch über Bewältigungsmöglichkeiten

Neben der Veranschaulichung von subjektiven Bewertungsmaßstäben hinsichtlich der Situation (primary appraisal) und den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (secondary appraisal) bringt auch die Verdeutlichung der gewählten bzw. vermiedenen Strategien zur Bewältigung von stressigen Situationen Licht ins Dunkel des Wahrnehmungs- bzw. Verarbeitungsprozesses von Stress. Die Verfasserin geht nämlich davon aus, dass ein Bewusstsein über die eigenen Handlungsstrategien und die Reflexion von diesen bzgl.



ihrer Wirkung auf den Betroffenen und sein Umfeld die Grundlage für eine Veränderung bzw. Erweiterung dieser Möglichkeiten in sich birgt.

Mit dem ratsuchenden Bruder könnte diesbezüglich die Frage erörtert werden, welche Möglichkeiten er für sich erkennt, mit der für ihn wahrgenommenen Bedrohung seiner sozialen Anerkennung aufgrund der Arbeitshaltung seiner Schwester zurecht zu kommen.

Eventuell folgen Antworten wie beispielsweise:

- ➔ *„Ich seh‘ da keine Möglichkeit, ich pack‘ das nicht. Ich muss den Kontakt zu meiner Schwester abbrechen. Ich bring das Verständnis dafür nicht auf, dass jemand sich so gehen lässt.“*
- ➔ *„Mir platzt da jedes Mal der Kragen, wenn sie wieder jammert, dass es ihr so schlecht geht und sie den ganzen Tag nicht aus dem Bett gekommen ist. Das sag ich ihr dann auch, egal ob sie dann wieder beleidigt ist oder nicht.“*

Indem sich der Betroffene mit Unterstützung des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin mit der Situation auseinandersetzt und seine Reaktion auf verschiedene ihn belastende Situationen beschreibt, erhält er die Möglichkeit, diese zu reflektieren und eventuell auch zu überdenken, welche zusätzlichen belastenden Folgen die von ihm gewählte Strategie zur Bewältigung mit sich bringen. Denn, „die Art, Beeinträchtigungen beizukommen, also die Reaktion auf Belastungen selbst, kann zu einer konkreten Belastung werden (Thivissen 2014, S. 26). Solche dysfunktionalen Lösungsversuche ergäben sich zumeist dann, wenn nur eine geringe Perspektivbreite von Bewältigungsmöglichkeiten und Kompetenzen herangezogen und genutzt würde und zudem ihre langfristige Konsequenz unbedacht bliebe (vgl. Schubert 1994, S. 191, zit. n. Thivissen 2014, S. 26).

Nach den Folgen eines solchen „verbalen Schlagabtausches“ gefragt, könnte die Antwort des Bruders folgendermaßen ausfallen: *„Mir geht es nach solchen Telefonaten auch nicht gut. Ich weiß schon, dass das auch gar nichts bringt, ihr meine Meinung so an den Kopf zu knallen, aber irgendwie weiß ich mir in solchen Situationen auch nicht anders zu helfen. Ich mach mir dann*

*aber schon auch Vorwürfe, dass ich ihr gegenüber so aggressiv aufgetreten bin.“*

Das Thematisieren dieser Not und Hilflosigkeit und das Bewusstwerden darüber, dass die gewählte Strategie auf die Beziehung zerstörerisch wirkt (gestörte Person-Umwelt-Konstellation), bahnen ggf. den Weg, sich für alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu öffnen. Es wird deutlich, dass eine Veränderung entscheidend ist, damit es zu einer neuen Ausgewogenheit der Person-Umwelt-Beziehung kommt. Das transaktionale Stressmodell von Lazarus bietet zwar in dieser Hinsicht keine konkreten Vorschläge, allerdings kann die Einordnung und Kategorisierung von Copingstrategien (problem-, emotions-, bewertungsorientiertes Coping) zur Klärung, Reflexion und Orientierung hinsichtlich der eigenen Handlungsweise, -stils bzw. -möglichkeiten führen. In diesem Rahmen können zudem erneut auf die Strategiewahl Einfluss nehmende Aspekte wie die der Persönlichkeitsmerkmale, Erfahrungswerte, Überzeugungen, Denkmuster aber auch der Besonderheiten der jeweiligen Situation besprochen werden. Die Methode des „Reframing“ könnte auch an dieser Stelle geeignet sein, um gemeinsam Strategien zu entwickeln, welche hilfreich sind, die Situation sozial verträglich(er) zu bewältigen.

- Das Modell initiiert Veränderungsbereitschaft und macht Mut

Die Bewertung und Bewältigung der Gegebenheiten und somit in Folge das Stresserleben bedingen sich nach dem Erklärungsmodell wechselseitig und sind veränderbar. Aufgrund neuer Hinweise aus der Umgebung, der Rückmeldung hinsichtlich der eigenen Reaktionen und deren Konsequenzen sowie neuen Überlegungen kann es zu einer Änderung der ursprünglichen primären und sekundären Bewertung kommen (vgl. Kaluza 2015, S. 46).

Die bewusst oder unbewusst ablaufenden Denkprozesse, welche nach Lazarus für das Stresserleben verantwortlich sind, können demnach beeinflusst werden. Das transaktionale Stressmodell hat nach Meinung der Verfasserin daher Mut machenden, aktivierenden und inspirierenden Charakter und bietet die Gelegenheit, um mit den betroffenen Geschwistern über die vielfältigen Belastungen, den empfundenen Stress und den Ursachen dafür ins Gespräch zu kommen.

## 9 Schlussbetrachtung

Die vorangegangenen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die Lebenssituation von Geschwistern psychisch Kranker erheblich durch die Erkrankung des Bruders bzw. der Schwester beeinflusst wird. Das subjektive Belastungserleben und die Formen der Bewältigung variieren zwar unter den Geschwistern, gemeinsam ist ihnen allerdings, dass sie ihrem Los nicht einfach ausweichen können. Die Beziehung zum kranken Geschwister bleibt lebenslang bestehen, unabhängig davon, ob sie den Kontakt pflegen oder ihn dauerhaft unterdrücken. Gelingt es Geschwistern die spezifische familiäre Situation als Herausforderung zu begreifen und sie anzunehmen, können daraus eine Stärkung der Persönlichkeit, ein Ausbau der Selbstregulationsmechanismen und allgemein der Resilienz, d.h. der Fähigkeit des erfolgreichen Umgangs mit belastenden Ereignissen und Lebensumständen, erwachsen. Aber selbst dann, wenn sich die Geschwister den Herausforderungen im Umgang mit ihrem psychisch kranken Bruder bzw. ihrer psychisch kranken Schwester stellen und diese als Teil ihres Lebens akzeptieren, bleibt es ein lebenslanger Prozess, die Balance zwischen Unterstützung und Abgrenzung zum kranken Familienmitglied zu finden.

Die von professioneller wie von semiprofessioneller Seite für Angehörige von psychisch Kranken gemachten Angebote machen deutlich, dass diese vorwiegend darauf ausgelegt sind, das Bedürfnis der Angehörigen nach Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung und den Umgang mit dem Erkrankten zu befriedigen. Sie reagieren damit auf die durch zahlreiche Studien erforschten wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass dieser Aspekt von den Angehörigen psychisch Kranker als am förderlichsten bei der Bewältigung der Belastungen wahrgenommen wird (siehe 4.3). Wie und in welcher Form diese Wissensvermittlung bestmöglich passieren kann, ist nach wie vor Diskussionsthema, sowohl bei den professionellen als auch bei den semiprofessionellen Anbietern. Gemeinsam jedoch vertreten die Helfer die Ansicht, dass eine Erweiterung der fachlichen Kompetenzen der in der Angehörigenarbeit Tätigen durch spezifische Schulungen unumgänglich ist. Insbesondere, so Prof. Dr. Peukert, sollten sowohl in den Kliniken als auch in der Gemeindepsychiatrie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die salutogenen und

die pathogenen Aspekte der Geschwisterexistenz sensibilisiert werden (vgl. Peukert 2017, S. 13).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, zu klären, inwiefern es für Betroffene hilfreich sein kann, wenn Tätige in der psychosozialen Beratung auch über Kenntnisse hinsichtlich theoretischer Erklärungsmodelle zur Lebensbewältigung und Stress verfügen. Die Anwendung bzw. Übertragung dieser Theorien basiert ebenfalls auf der Grundlage von Informationsvermittlung, welche sich empirisch nachweislich als nützlich in der Angehörigenarbeit erwiesen hat. Allerdings kennzeichnet die Beratung mittels dieser theoretischen Konstrukte, dass der Transfer von Wissen und Informationen nicht alleine auf krankheitsspezifische Aspekte bzw. den Umgang mit dem kranken Geschwister ausgerichtet ist, sondern dem Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, seine „Innenansicht“ (vgl. Hölzle 2015, S. 42) darzustellen und die innerpsychischen Vorgänge, welche durch die Belastungssituation hervorgerufen werden, zu begreifen und reflexive Prozesse anzustoßen. Sowohl das Konzept zur Lebensbewältigung von Lothar Böhnisch als auch das transaktionale Stressmodell von Richard S. Lazarus erweisen sich als wertvolles und brauchbares Werkzeug, indem sie gewissermaßen eine Leitlinie für das klärende Beratungsgespräch mit Geschwister psychisch Kranker bieten. Begründet sieht die Verfasserin diese Argumentation in den Forschungsergebnissen zur Salutogenese und Resilienz. Nach Auffassung des Begründers Aaron Antonovsky (1923-1994) sei ein entscheidender Gesichtspunkt, ob ein Mensch eine Belastung tragen kann oder daran zerbricht, die mehr oder weniger starke Ausprägung des Kohärenzgefühls. Dieses mit dem physiologischen Immunsystem vergleichbare, psychische Immunsystem lässt sich zusammenfassend beschreiben als grundsätzliches und generelles Vertrauen in das Leben (vgl. Hölzle 2009, S. 72). Es beinhaltet nach Antonovsky drei Komponenten: das Gefühl von Handhabbarkeit (sense of manageability), das Gefühl von Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) und das Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility). Unter dem zuletzt genannten Aspekt wird dabei die Fähigkeit verstanden, auch unbekanntere Ereignisse als geordnete, strukturierte und konsistente Informationen verarbeiten zu können, so dass Ereignisse erklärbar und somit verstehbar sind

(vgl. ebd.). Nach Ansicht der Verfasserin wird durch die Anwendung der theoretischen Konzepte in der psychosozialen Beratung von Geschwistern psychisch Kranker insbesondere dieser Gesichtspunkt in direkter Art und Weise gefördert.

Eine Aufgabe der Pädagogik und der Sozialen Arbeit erkennt Michael May darin, dass sie entsprechende Potentiale bei Menschen zu Tage fördert (vgl. May 2008, S. 20). Diese „Hebammenkunst“ (vgl. ebd.) zeigt sich nach Meinung der Verfasserin u.a. dadurch, dass es ihr gelingt, den Betroffenen zu helfen, über ihre Hilflosigkeit, ihre sie belastenden und sie stressenden Gefühle, ihre Bedürfnisse und ihre Erfahrungen zu sprechen - sie in Sprache zu übersetzen. Denn wenn diese lernen, über ihre problembelasteten, stressreichen und/oder kritischen Lebenskonstellationen zu reden, ist der Weg für eine konstruktive Bewältigung geebnet. Dieser entscheidenden Gesichtspunkt und zugleich protektive Ressource wird nach Meinung der Verfasserin durch das Heranziehen der beiden theoretischen Modelle optimal unterstützt.

Eine Auseinandersetzung der Helfer mit Theorien zur Lebens- bzw. Stressbewältigung stellt sich demnach als äußerst sinnvoll und hilfreich dar, um betroffenen Geschwistern Unterstützung bei der Bewältigung ihrer spezifischen Problemlage zu bieten. Nicht zuletzt erkennt die Verfasserin jedoch auch die Notwendigkeit, dass sich die in der Angehörigenarbeit Tätigen selbst mit ihren eigenen Empfindungen, Bewältigungsstrategien und -mustern in für sie kritischen, belastenden und stressreichen Situationen auseinandergesetzt haben und einen guten Umgang, ggf. ebenfalls mit Hilfe der Bewältigungskonzepte von Böhnisch und Lazarus, gefunden haben.

## 10 Literaturverzeichnis

- Achilles, I. (2002). „...und um mich kümmert sich keiner!“ Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder. 4. überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Holzinger, A. (1997). Die Belastung der Angehörigen chronisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis, 1997, 24, S. 215 - S. 220.
- Aukenthaler, A. (2012). Klinische Psychologie und Psychotherapie - Grundlagen, Praxis, Kontext. Definition und Modelle psychischer Störungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bank, S. und Kahn, M. (1989). Geschwisterbindung. Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften. Paderborn: Jungfermann.
- Bauer, R. (2010). Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen - Eine Analyse wechselseitiger Bedingungen bei Patienten mit Schizophrenie, bipolar affektiven Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen - Dissertation. Universität Regensburg. URL:[https://epub.uni-regensburg.de/15771/1/Gesamtdatei\\_Band\\_1\\_Promotion\\_Rita\\_Bauer.pdf](https://epub.uni-regensburg.de/15771/1/Gesamtdatei_Band_1_Promotion_Rita_Bauer.pdf) (Zugriff 02.05.2017)  
  
URL:[https://epub.uni-regensburg.de/15771/2/Gesamtdatei\\_Band\\_2\\_Promotion\\_Rita\\_Bauer.pdf](https://epub.uni-regensburg.de/15771/2/Gesamtdatei_Band_2_Promotion_Rita_Bauer.pdf) (Zugriff 03.05.2017)
- Becker, M. (2011). Methoden Sozialer Arbeit - Vorlesungsskript. URL.:<http://www.organisationsentwicklung-becker.de/pdf/2010/Vorlesungsskript%20Methoden%20Sozialer%20Arbeit%20Becker%202011.pdf> (Zugriff 20.05.2017)
- Berger, H., Gunia, H., Friedrich, J. (2004). Psychoedukative Familienintervention. Grundlagen, Ergebnisse und Praxis. Stuttgart: Schattauer
- Binder, W., Bender, W. (Hrsg.). (2003). Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter Verlag.

- Butterwegge, C. (2013). Krise und Zukunft des Sozialstaates. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Bock, T., Fritz-Kruger, S., Stielow, K. (2008). Belastungen und Herausforderungen. Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Information, 38, 1, 2008, S. 23-31.
- Böhnisch, L., Schröer, W. (2016a). Lebensbewältigung - Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim: BELTZ Juventa Verlag.
- Böhnisch, L. (2016b). Der Weg zum sozialpädagogischen und sozialisationstheoretischen Konzept Lebensbewältigung. In: Litau, J., Walther, A., Warth, A., Wey, S. (Hrsg.) (2016). Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung. Methodologisches Vergewisserungen und empirische Befunde. Weinheim: BELTZ Juventa Verlag.
- Brüderl, L. (Hrsg.) (1988). Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Clavell, J. (Hrsg.). (2001). Sunzi – die Kunst des Krieges. München: Knaur-Verlag.
- Deger-Erlenmaier. Einführung (1987). In: Dörner, K., Egetmeyer, A., Koening, K. (Hrsg.). (1987). Freispruch der Familie. Angehörige, Patienten und die Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dörner, K., Egetmeyer, A., Koening, K. (Hrsg.). (1987). Freispruch der Familie. Angehörige, Patienten und die Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Fähndrich, E., Kempf, M., Kieser, C., Schütze, S., (2001). Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. In: Psychiatrischer Praxis. 2001, 28, 3, S. 115 – 117. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. (2015). Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Frick, J. (2015). Ich mag dich – du nervst mich. Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben. 4. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

- Genser, B. (2010). Nachrichten aus einer psychiatrischen Klinik. Nordstedt: Books on Demand Verlag.
- Heckmann, C. (2012). Alltags- und Belastungsbewältigung und soziale Netzwerke. In: Beck, I., Greving, H. (Hrsg.). (2012). Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Heinrichs, M., Stächele, T., Domes, G. (2015). Stress und Stressbewältigung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Herwig-Lempp, J. (2003). Welche Theorie braucht Soziale Arbeit? In: Sozialmagazin, 2003, 2, S.12 – 21
- Hölzle, C., Jansen, I. (Hrsg.) (2009). Ressourcenorientierte Biographiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen - Kreative Methoden. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hobfoll, S. Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: Buchenwald, P., Schwarzer, C., Hobfoll, S. (Hrsg.) (2004). „Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping“ Göttingen: Hogrefe
- Huinik, J. (2009). Familie: Konzeption und Realität. Persönlicher Zusammenhalt und emotionale Zuwendung.  
URL:<http://www.bpb.de/izpb/8017/familie-konzeption-und-realitaet?p=all> (Zugriff: 15.03.2017).
- Jasz, J. (2012). Dein anderes ich. Kinder psychisch kranker Eltern. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Jungbauer, J., Bischof, J., Angermeyer, M. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Zeitschrift Psychiatrische Praxis 2001, 28, 3, S. 105 – 114. Stuttgart: Thieme-Verlag
- Kaluza, G. (2015). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- Kasten, H. (2003). Geschwister. Vorbilder, Rivalen, Vertraute. 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kaufmann (2009). In: Familie: Konzeption und Realität. Aufgaben und Leistungen.



URL:<http://www.bpb.de/izpb/8017/familie-konzeption-und-realitaet?p=all> (Zugriff: 15.03.2017).

- Klockgether, K., Lisofsky, B. (2014). Mehr SeeleFon! In: Psychosoziale Umschau. Sonderdruck. 2014, S. 6 – S.8.
- Knieps, F., Pfaff, H., (Hrsg.). (2016). Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten. In: BKK Gesundheitsreport 2016. S.59 – 60. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgemeinschaft.
- Krohne, H., W. (2017). Stress und Stressbewältigung bei Operationen. Berlin: Springer Verlag.
- Landesverband psychisch Kranker in Bayern e.V. „AiA“-Angehörige informieren Angehörige - die Selbsthilfeform von Psychoedukation. Flyer.  
URL:[http://www.lvbayern-apk.de/pdf/AiA\\_Flyer.pdf](http://www.lvbayern-apk.de/pdf/AiA_Flyer.pdf). (Zugriff am 10.05.2017)
- Lazarus R., Folkmann, S. (1984). Stress, appraisal and coping. In: Laux, L.( 1996). Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Berlin
- May, M. (2008). Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mederer, J. (2015). Oberbayerischer psychiatrischer Krisendienst. Interview. In: unbeirrbar. Infoforum für Angehörige psychisch Kranker in Bayern. Nr. 51. Herausgegeben vom Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V., München
- Möhrmann, H.-J., Straub, E. (2015). Das geht uns alle an. Soll ich meines Bruders Hüter sein? Psychische Erkrankung und fehlende Krankheitseinsicht - die Belastung der Angehörigen. Herausgegeben vom Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V., München
- Möhrmann, H.-J. (2017). Wenn die Angst das Leben bestimmt. In: Psychosoziale Umschau. 2017, 1, S. S. 46 – 47.

- Mucha, L.(1987). „... nur eine Schwester?“ In: Dörner, K., Egetmeyer, A., Koening, K. (Hrsg.). (1987). Freispruch der Familie. Angehörige, Patienten und die Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Möller, H.-J., Laux, G. u. Deister, A. (2009). Psychiatrie und Psychotherapie. Allgemeine Psychopathologie, Krankheitslehre - Klassifikation. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Oberbayerische Initiative der Angehörigen psychisch Kranker (2011). Psychosozialer Wegweiser für Angehörige psychisch Kranker in Bayern. München: Eigenverlag.
- Osuchowska-Kościjańska, A., Charzyńska, K., Chadzyńska, M., Drozdzyńska, A., Kasperek-Zimowska, B., Bednarek, A., Sawicka, M. (2014). Sense of coherence and ways of coping in the relationship with brother or sister in healthy siblings of mentally ill persons. In: Psychiatr. Pol. 2014, 48, 2, S. 371-382. URL:[https://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP\\_2\\_2014/OsuchowskaENGverPsychiatrPol2014v48i2.pdf](https://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2014/OsuchowskaENGverPsychiatrPol2014v48i2.pdf)
- Peukert, R. Geschwister teilen alles? Eindruck vom ersten Treffen einiger Geschwister psychisch kranker Menschen. In: Psychosoziale Umschau, 2003, 4, S. 35 – 37.
- Peukert, R. (2017). Erlebte, gelebte, erlittene Verantwortung von Schwestern und Brüdern eines psychisch erkrankten Geschwisters. In: Tagungsband der APK 2016, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rudeck, R. (2012): Geschwister. „Helft uns, Geschwister zu sein!“. Herausgegeben vom Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V., München: Eigenverlag.
- Sagebiel, J., u. Nguyen-Meyer, N. (2012). Einige gegenwärtige Theorien der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum. URL.: [https://w3mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11\\_lokal/diefakultt\\_6/ansprechpartner\\_8/professoren\\_2/sagebiel\\_2/Sagebiel-Nguyen-Meyer-2012-ausgew\\_Theorien\\_SozArb\\_i\\_Dt.pdf](https://w3mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/diefakultt_6/ansprechpartner_8/professoren_2/sagebiel_2/Sagebiel-Nguyen-Meyer-2012-ausgew_Theorien_SozArb_i_Dt.pdf) (Zugriff 15.05.2017)

- Scherer, E., Lampert, T., (2016). Angehörigenarbeit in der Institution. In: Psychiatrie & Neurologie. 2016,4, S. 10 – S.12. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schmid, R., Spießl, H., Peukert, R. (2004). „Außen vor und doch mitten drin“ - Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis. 2004, 31, S. 225 – 227. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag
- Schmid, R., Spießl, H., Cording, C. (2005a). Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. In: Fortschritt Neurologie, Psychiatrie. 2005, 73, S. 736 – 749. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag.
- Schmid, R., Spießl, H., Cording, C. (2005b). Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis. 2005, 32, S. 272 – 280. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag
- Schmid, R., Spießl, H., Klein, E. ( 2006). „Theorie und Praxis“ der Angehörigenarbeit auf allgemeinpsychiatrischer Station. In: Krankenhauspsychiatrie. 2006, 17,4,S. 139 – S. 142. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schneewind, K.A. (2000). Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schrank, B., Sibitz I., Schaffer, M., Amering M. (2007). Zu Unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen. In: Neuropsychiatrie 2007, 21, S. 216-225.
- Seifert, J. (2008). Die Angehörigengruppe – Ein wirksames Mittel gegen das Gefühl nichts tun zu können. In: BApK e.V. (Hrsg.). (2008). Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: Balance Buch und medien Verlag.
- Sitzler, S. (2014). Geschwister: Die längste Beziehung des Lebens. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag
- Spießl, H., Schmid, R., Vukovich, A., Cording, C. (2004). Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. In: Der Nervenarzt. 2004, 75,5, S. 475 – S. 482. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Spießl, H., Schmid, R., Wiedemann, G., Cording, C. (2005). Unzufriedene Angehörige - Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit? In: Psychiatrische Praxis. 2005, 32,5 S. 215 – S. 217. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag.
- Spießl, H. u. Jacobi, F. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? In: Psychiatrische Praxis, 2008, 35, S. 318 – 320. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Staschik, T., Jungbauer, J. (2008). Angehörigenarbeit im Betreuten Wohnen. Bedarfe, Angebotsdefizite, Finanzierungsmöglichkeiten. In: Psychiatrische Praxis. 2008, 23, 1, S. 20 – 22. Bonn: Balance Buch + medien Verlag.
- Straub, E. (2003). In: Binder, W., Bender, W. (Hrsg.). (2003). Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter Verlag.
- Straub, E., Dahm-Mory, C., Seifert, J., Brill, K.-E. (Hrsg.). (2008). Mit psychisch Kranken leben. Und wer fragt nach mir? Bonn: Balance Buch + medien Verlag.
- Straub, E. (2010). Und wer fragt nach mir? Herausgegeben vom Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V., München
- Straub, E., Chuonyo, A. (2012). Zwischen Sorge und Hoffnung. Angehörige begegnen dem psychiatrischen Krankenhaus. Herausgegeben vom Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V., München
- Straub, E., Chuonyo, A. (2014). Besser miteinander zurechtkommen. Herausgegeben vom Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V., München
- Straub, E. (2016). Man muss nicht alles allein tragen. Belastungen der Angehörigen. In: unbeirrbar. InfoForum für Angehörige psychisch Kranker in Bayern. 2016, 55, S. 1-2
- Thivissen, J.G., (2014). Psychosoziale Beratung. Zwischen psychotherapeutischen Grundideen und eigenen Entwicklungen. Hamburg: Diplomica-Verlag GmbH.

- Tossmann, H. Peter (1987). Alkoholstörung und Familienatmosphäre. Welche Erfahrungen machen mitbetroffene Kinder? In: Brakhoff, J. (Hrsg.) (1987). Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Tröster, H. (1999). Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung. Zeitschrift für klinische Psychologie 1999, 28, S. 160- 176
- Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (2016). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (SHILD)  
URL: <https://www.uke.de/extern/shild/hintergrund.html> (Zugriff am 28.05.2017)
- Walper, S., Thönnissen, C., Wendt, E.-V. und Bergau, B. (2009). Geschwisterbeziehungen in riskanten Familienkonstellationen. Herausgegeben vom Sozialpädagogischen Institut des SOS-Kinderdorf e.V., Materialien 7. München: Eigenverlag.
- Walter, Oliver (2009). Psychische Störungen. Zum Begriff psychischer Störungen.  
URL:[http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische\\_Stoerungen/psychische\\_stoerungen.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Stoerungen/psychische_stoerungen.htm) (Zugriff: 14.03.2017).
- Wolf S. M. (2013). Bedeutung der Geschwister von Menschen mit geistiger Behinderung im Erwachsenenalter unter besonderer Berücksichtigung der Elternperspektive.  
URL:<https://eldorado.tudortmund.de/bitstream/2003/32843/1/disswolfmira.pdf> (Zugriff 24.04.2017).
- Zaumseil, M. und Wohlfahrt, E. (Hrsg.). (2006). Transkulturelle Psychiatrie- Interkulturelle Psychotherapie. Psychische Gesundheit und Krankheit im Kontext – World Health, Gemeindepsychologie und klinische Psychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.