

Reinhard Peukert, Leonore Julius

Geschwister psychisch erkrankter Menschen

Übersehen – überhört – übergangen
in den Familien und im Versorgungssystem



IMPRESSUM

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2022 Reinhard Peukert, Leonore Julius

Mitwirkende: GeschwisterNetzwerk.de

Lektorat: Mirjam Becker

Umschlaggestaltung: Markus Lau Hintzenstern, Berlin

Herstellung und Verlag: BoD – Books on Demand, Norderstedt

<https://www.bod.de/buchshop/>

1. Auflage 2022

ISBN: 978-3-756-22458-6

DOI: 10.1486/FuT_PV-509

Viele Personen haben am Zustandekommen dieser Monographie mitgewirkt. Geschwister und Eltern haben ihre Erfahrungen zu Protokoll gegeben, Expertinnen und Experten mit wissenschaftlichem Profil und langjährigen Erfahrungen in der Praxis haben sich auf das kritische Lesen von Entwürfen eingelassen und uns wertvolle Hinweise auf Schwachstellen gegeben.

Wir danken Herrn Dr. Volkmар Aderhold, Herrn Prof. Dr. Thomas Bock, Herrn Dr. Klaus Obert und Herrn Christian Zechert, die Ergänzungen und Differenzierungen aus ihrer jeweiligen Fachrichtung eingebracht und uns auf zusätzliche Materialien hingewiesen haben.

Die Kapitel zur Genetik und Epigenetik hätten wir ohne die Bereitschaft von Herrn Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch, uns seine fachliche Expertise zur Verfügung zu stellen, nicht aufnehmen können. Erst seine Unterstützung ermöglichte es, in diesem uns nur begrenzt zugänglichen Themenfeld Informationen zu verarbeiten und Meinungen zu vertreten, die dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen.

Ein besonderer Dank gilt Frau Dr. Ulrike Hoffmann-Richter und Frau Prof. Dr. Renate Schepker, die uns von Anfang an zur Realisierung der Projektidee ermutigten und uns bei den Ausführungen zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie bei den Überlegungen zu möglichen professionellen Hilfen beraten haben.

Quellen und Begriffliches

Um den Umfang der Publikation zu begrenzen, sind ergänzende Informationen (Anhänge) nicht in der Printversion enthalten; diese frei zugänglichen Dokumente stehen auf der Website des GeschwisterNetzwerks zur Verfügung.



Das Literaturverzeichnis mit mehr als 600 Quellenangaben:

→ www.geschwisternetzwerk.de/monographie/literatur

Die Übersetzung von Fundstellen aus englischsprachigen Dokumenten stammt von den Autoren, sofern nichts Abweichendes angegeben ist; sie sind mit „**“ markiert. Die Originalzitate:

→ www.geschwisternetzwerk.de/monographie/zitate

Zur Unterstützung des selektiven Lesens dient ein weiteres, deutlich detaillierteres Inhaltsverzeichnis:

→ www.geschwisternetzwerk.de/monographie/inhaltsverzeichnis

Längere Aussagen von Geschwistern, Eltern und weitere persönliche Äußerungen, auch wenn sie auf Texte Dritter zurückgehen, sind als ‚Zitat‘ vom übrigen Text abgesetzt. Zitate aus eigenen unveröffentlichten Interviews sind mit der Quellenangabe ‚(Interview)‘ versehen, Zitate aus dem Forum des GeschwisterNetzwerks mit der Quellenangabe ‚(Forum, Forums-ID)‘.

In diesem Text wird ‚familiär‘ im soziologischen Sinn von ‚familial‘ verwendet, womit die Familie als soziale Gruppe benannt wird, und nicht eine besondere Beziehungsqualität, so wie ‚familiär‘ in der Regel umgangssprachlich gebraucht wird.

In unterschiedlichen Quellen werden die Begriffe ‚transgenerationell‘ und ‚intergenerationell‘ bedeutungsgleich genutzt; hier wird der Begriff ‚transgenerationell‘ verwendet.

Wegen der besseren Lesbarkeit wird der Begriff ‚Autor‘ verwendet, wenn auf den Erstautor Bezug genommen wird.

INHALT

I	VORWORT	15
II	CHRONISCHE ERKRANKUNGEN UND BEHINDERUNGEN (BE)TREFFEN ALLE FAMILIENMITGLIEDER	19
III	DATENBASIS UND METHODISCHE ANMERKUNGEN	27
IV	HISTORISCHER ABRISS.....	55
V	MITGESCHWISTER ERLEBEN DIE ERKRANKUNG.....	89
VI	GESCHWISTER IM KONTEXT DER FAMILIE	229
VII	DIE ERFAHRUNGEN ZEIGEN LEBENSGESCHICHTLICHE WIRKUNG.....	299
VIII	HILFEN – STÄRKUNG – RECOVERY FÜR GESCHWISTER ..	361
IX	ZUSAMMENFASSUNG	403
X	ANHÄNGE	409

*Das detaillierte Inhaltsverzeichnis siehe Navigationsfenster ‚Lesezeichen‘
bzw. ‚Inhalt‘*

I

Vorwort

„... nur eine Schwester?“ hatte Lotte Mucha¹ ihren Beitrag in dem legendären Band „Freispruch der Familie“ (Dörner u. a. 1982) überschrieben und sie forderte:

„Wir Angehörigen sollen unser Leid nicht abwägen, es wiegt für jeden immer gleich schwer.“ (Mucha 1982, S. 56)

Sie apostrophiert damit ein Problem, das sich bis in die heutigen Tage durchzieht: Obwohl sich die Geschwister psychisch erkrankter Menschen den Herausforderungen der Erkrankung in der Familie stellen müssen, wurde in Deutschland sehr lange ihre besondere Situation in der Regel nicht zur Kenntnis genommen, weder vom Versorgungssystem noch von der Forschung, den Familien und auch nicht von der deutschen Angehörigenbewegung.

Eine allmähliche vorsichtige Änderung ist in den letzten Jahren zu beobachten. Zum einen haben sich erwachsene Geschwister mit einer chronisch erkrankten Schwester oder einem chronisch erkrankten Bruder selbstorganisiert auf den Weg gemacht und fanden sich bereits vor der Gründung des GeschwisterNetzwerks in ersten eigenen Selbsthilfegruppen zusammen. Mit der Gründung des GeschwisterNetzwerks im Jahre 2017 finden mehr und mehr Schwestern und Brüder Zugang zu weiteren Geschwistergruppen und -treffen, daneben tauschen sie sich in einem Forum aus. Zum anderen wurden – nicht selten beeinflusst durch eigene Erfahrungen – in den letzten Jahren Studierende und Dozenten auf die besondere Lebenssituation von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen (im Folgenden: Mitgeschwister) aufmerksam und versuchen in Bachelor- und Masterarbeiten, diese zu beleuchten, hin und wieder werden in den Arbeiten sogar mögliche Unterstützungsmaßnahmen erörtert.

Dennoch bleibt mit Blick auf die Praxis festzustellen: In Deutschland ist die Situation der Mitgeschwister bei den meisten Einrichtungen des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems ein weitgehend leeres Blatt – das muss sich angesichts der starken emotionalen Belastung der Mitgeschwister und aufgrund ihrer präventiven oder stabilisierenden Funktion für die erkrankte Schwester bzw. den erkrankten Bruder ändern!

¹ Lotte Mucha war eine der ersten Frauen der beginnenden Angehörigenbewegung und hat unter anderem als einzige Angehörige den Entstehungsprozess der Psychiatrie-Enquête mit beeinflusst; siehe Peukert 2015, S. 77.

Im Kapitel ‚Thematische Schließung vs. Defizite in der Studienlage‘ wird darauf eingegangen, dass es sich bei der Gruppe der Schwestern und Brüder von psychisch erkrankten Menschen keinesfalls um eine kleine Randgruppe handelt – und das gilt leider auch für die Zahl derjenigen Geschwister, die, ähnlich wie Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil, einer Hochrisikogruppe zuzurechnen sind und dringend als solche wahrgenommen und unterstützt werden sollten.

Wir möchten mit der Monographie Reflexionsprozesse anstoßen bzw. unterstützen:

Mitgeschwister erhalten Unterstützung beim Verstehen ihrer Situation und bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten; sie können ihre eigenen Erfahrungen in Beziehung setzen zu dem Erleben anderer Geschwister in einer ähnlichen Situation.

Eltern bekommen Einblick in die Familiendynamiken und einen Eindruck davon, was die häufig ‚unauffälligen‘ Geschwister des erkrankten Kindes umtreiben könnte.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Versorgungssystems werden die Situation der Mitgeschwister und deren Belange nahegebracht: Sie können darauf in ihre eigenen Berufspraxis reagieren – Problemlagen erkennen, aber auch die Potenziale der Mitgeschwister für die Behandlung und/oder Unterstützung der oder des Erkrankten.

Dozenten und Dozentinnen sowie Studierende werden umfassend über den Stand der internationalen Forschung und Hilfepraxis als Ausgangspunkt für eigene Studien informiert.

Der Kenntnisstand sowie die Interessen der Leserinnen und Leser aus diesen Gruppen unterscheiden sich sehr, dem wird mit dem Aufbau dieses Bandes Rechnung getragen. Die ungewöhnlich starke Gliederung, erkennbar an der detaillierten Inhaltsangabe und flankiert durch aussagekräftige Titel, ermöglicht selektives Lesen sowie den gezielten Zugriff auf einzelne Kapitel und Unterkapitel. Darüber hinaus wurde der Text kapitelübergreifend mit zahlreichen Verweisen auf verwandte oder ergänzende Themenbereiche versehen, die eine Vertiefung einzelner Aspekte unterstützen.

Der methodische Teil wurde recht umfangreich angelegt, damit auch diejenigen Geschwister die referierten Zusammenhänge angemessen einschätzen können, die über wenige Vorkenntnisse zu den Grenzen der Aussagefähigkeit von Studienergebnissen einschließlich deren Interpretation verfügen. Dem gleichen Ziel dient das historische Kapitel, dort wird die internationale Entwicklung der ‚Geschwisterbewegung‘ referiert und die kurze Tradition der Geschwisterforschung im deutschsprachigen und angelsächsischen Raum in Phasen gegliedert. Damit soll die Einordnung von einzelnen Studienaussagen in den jeweiligen theoretischen Kontext sowie die zum Teil sehr unterschiedliche Zielsetzung der Forscherinnen und Forscher erleichtert werden.

Zusätzlich zu den wenigen Studien aus dem deutschsprachigen Raum standen für diese Monographie schließlich – neben eigenen Erfahrungen des Autors – ca. 140 Interviews mit betroffenen Schwestern und Brüdern, die Einträge im Geschwisterforum sowie Protokolle von Geschwistertreffen und Elternseminaren zur Verfügung. Über das subjektive Erleben hinaus werden in den Selbstäußerungen immer wieder dieselben Fragen thematisiert, die viele Geschwister bewegen. Diese Fragen besitzen eine hohe Relevanz für ihre Selbstreflexionen und ihr Verhältnis zur Familie. Zwei der bedeutsamsten Fragen zur Erbllichkeit psychischer Störungen und zur Schuldproblematik werden in längeren Exkursen unter Heranziehung von Fachliteratur besprochen.

In den angelsächsischen Ländern hat die Beschäftigung mit den Geschwistern psychisch erkrankter Menschen eine deutlich längere Tradition, sowohl in der Forschung als auch in der Hilfe-Praxis und in der Geschwister-Selbsthilfe. Im Rahmen entsprechender Recherchen fanden viele Ergebnisse auf Basis der Selbstäußerungen eine Bestätigung in zum Teil quantitativen Untersuchungen, auch die wesentlichen Interpretationen in den und zu den deutschen Quellen konnten untermauert werden.

Bisher fehlte ein Überblick über die internationale Studienlage, über das in Deutschland und international zu beobachtende Selbsthilfeengagement der Mitgeschwister und über psychosoziale Angebote, die in einigen Ländern implementiert wurden. Mit dieser Monographie sollen die angesprochenen Lücken geschlossen werden.

II

Chronische Erkrankungen und
Behinderungen (be)treffen alle
Familienmitglieder

Wird ein Mensch schwer und vielleicht sogar längerfristig somatisch oder psychisch krank, verändert dies das Familienleben drastisch. Was allerdings häufig übersehen wird: Die vielfältigen Veränderungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen wirken sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Rolle des Individuums in der Familie unterschiedlich und verschieden stark aus, jedes Familienmitglied ist anders betroffen. Dies gilt für alle schweren oder chronischen Erkrankungen sowie Behinderungen. Bei psychischen Störungen wird das Zusammenleben der Familie jedoch zusätzlich durch (zunächst) unverständliche Verhaltensweisen der oder des Erkrankten erschwert. Ist (um mit der offensichtlichsten Konstellation zu beginnen) ein Kind erkrankt, sind ebenfalls alle Familienmitglieder mit betroffen, ganz besonders allerdings die Eltern: Sie müssen sich nun auf die Behandlung und die Bedürfnisse dieses Kindes konzentrieren, ganz abgesehen von der seelischen Belastung, die die Erkrankung für die Eltern selbst bedeutet und unabhängig von allen weiteren Anforderungen und Erschwernissen.

Für die Eltern tritt neben das Gefühl, das Kind nicht in Selbstverantwortung entlassen zu können oder für ein (fast) erwachsenes Kind wieder Verantwortung übernehmen zu müssen, eine verzweifelte Sorge um das Wohlergehen dieses Kindes – mit einem natürlichen starken Impuls, sich kümmern zu wollen und zu müssen. Denn „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.“ (Huinink 2008, S. 9) Hier wird von ‚Gefühl‘ gesprochen, denn die rechtlich kodifizierten Verantwortungen werden durch eine psychische Erkrankung nicht angetastet, es sei denn in besonderen Fällen durch gerichtliche Entscheidungen.

Als empirisch gesichert darf gelten: Bei einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung des Kindes führt dies zu einer Verbundenheit der Eltern mit diesem Kind, die weit über das übliche Maß hinausgeht. Eltern aus Patientenfamilien gaben in der Studie von Burkhardt u. a. ein signifikant größeres Ausmaß an Verbundenheit mit ihren an Schizophrenien erkrankten Kindern an als Eltern aus gewöhnlichen Familien (Burkhardt u. a. 2007, S. 235).

„Und überhaupt ist eine gute Mutter bereit, alles zu geben für ihr Kind.“
(Samstag und Samstag 2018, S. 96)

„Das Leben als Angehörige bedeutete doch zwangsläufig, dass man aus Pflicht oder Liebe das eigene Leben und das angebliche Recht darauf einschränkte. Oder nicht?“ (Ebenda, S. 52)

Erst im Laufe der Zeit werfen die meisten Eltern die bedeutsame Frage auf, der sich alle Angehörigen – seien es Partnerinnen oder Partner, Kinder oder Geschwister – stellen müssen:

„Wie viel Bürde zu tragen [...] [ist] für mich in Ordnung?“ (Ebenda)

In vielen Familien gibt es weitere Personen, auf die die mit der Erkrankung eingeleiteten innerfamiliären Veränderungen große Auswirkungen haben. Dazu gehören z. B. die Großeltern, die häufig versuchen, einen Teil der familiären Belastungen aufzufangen oder mitzutragen, aber auch die weiteren Kinder der Familie.

Die Mitgeschwister sind in besonderer Weise betroffen. Durch das Schicksal, Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Geschwisters zu sein, werden sie unmittelbar mit menschlichem Leid und Unvermögen konfrontiert, mit Belastungen, mit Einschränkungen und veränderten Beziehungen zu ihren Eltern (Achilles 2002, S. 9). Diese Situation ist besonders gravierend für die jüngeren Geschwister (Breslau 1982; Marsh u. a. 1993a, S. 13), da gerade bei ihnen plötzlich und massiv auftretende Belastungen aufgrund ihrer altersbedingt höheren Vulnerabilität zu Entwicklungsdefiziten führen können, d. h. zu Defiziten bei der Bewältigung altersspezifischer Aufgaben. Außerdem sind insbesondere die jüngeren Geschwister geneigt, die Erkrankung weder in der Schule noch bei Freunden anzusprechen und diese auch nicht zu sich nach Hause einzuladen (Sin u. a. 2012, S. 55). Die Fragen und Erlebnisse, die jüngere Geschwister umtreiben, wurden in dem Kinderbuch „Die Wunschperle“ (Wirbeleit u. a. 2018) verarbeitet und um einen Ratgeber für Eltern ergänzt.

Leben zwei Menschen in einer Gemeinschaft, in der einer der Partner erkrankt und der andere zu ihm steht, so ist der jeweilige Partner stark belastet. Es gibt in Deutschland viele solcher Partner. Einige von ihnen haben den Weg in die Angehörigenselbsthilfe gefunden und sorgen dafür, dass weder dort noch im Versorgungssystem ihre besondere Situation

übersehen wird. Durch die Erkrankung wird ein meist angestrebtes und bis dahin partnerschaftliches, auf Gleichheit beruhendes Beziehungsverhältnis mit enormen Herausforderungen konfrontiert und massiv verändert. Dem Gesunden bleibt z. B. nichts anderes übrig, als für den erkrankten Partner Verantwortung zu übernehmen und dabei zu versuchen, dennoch ein partnerschaftliches Verhältnis aufrecht zu erhalten. In ‚schwierigen Zeiten‘ kann dies nur dem Anschein nach gelingen, umso wichtiger ist es, in ‚guten Zeiten‘ tragfähige Vereinbarungen für Krisensituationen zu treffen.

Erkrankt ein Elternteil, sind dessen Kinder ganz außerordentlichen psychischen und häufig auch physischen Belastungen ausgesetzt (z. B. was die Ernährung angeht). Erfreulicherweise gehört dies inzwischen zum allgemeinen Wissensstand mit der Folge differenzierter Hilfen für diese Kinder (siehe z. B. Mattejat und Lisofsky 1998, Lenz u. a. 2013, Lenz u. a. 2017 oder auch die Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern [ag-kpke.de]). Daneben haben sich betroffene Kinder etwa seit der Jahrtausendwende in regionalen und überregionalen Gruppen selbst organisiert.²

In den nachfolgenden Kapiteln wird ausführlich dargestellt, dass eine psychische Erkrankung und die Krankheitsfolgen die Familiendynamik nachhaltig beeinflussen. Abhängig von den jeweiligen Lebensumständen aller Beteiligten sowie vom Krankheitsverlauf unterliegt sie Veränderungen, die wechselseitig über ein übliches Maß hinausgehen (siehe die Kapitel ‚Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich‘ und ‚Die Familiendynamik verändert sich‘).

Aus Sicht von Geschwistern, deren Schwester oder Bruder früh erkrankte, darf man von vier typischen Zeiträumen ausgehen, die sich deutlich voneinander abheben, wenngleich sie ineinander übergehen.

² Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigengruppen in Deutschland finden Sie z. B. über die Website des GeschwisterNetzwerks (geschnet.de/links) oder des BApK (bapk.de/suche); Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern unter anderem bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern (bag-kipe.de) und beim Dachverband Gemeindepsychiatrie (dvgp.org/map; im Aufbau, Stand: Februar 2022); dort können jeweils auch weitere Angebote eingetragen werden.

- Die Geschwister verbringen eine gemeinsame Kindheit und mindestens einen Teil einer gemeinsamen Jugend, in der die psychische Erkrankung noch nicht manifest und deutlich erkennbar ist. Erst im Rückblick finden Familienangehörige Hinweise, dass Verhaltensauffälligkeiten als Vorläufer oder Begleiterscheinung einer beginnenden Erkrankung erklärt werden können.
- Mit den Turbulenzen einer krisenhaften Zuspitzung beginnt eine neue Zeitrechnung – sei die Notlage hervorgerufen durch eine akute Psychose, einen Suizidversuch, eine lebensbedrohende körperliche Verfassung (z. B. bei Essstörungen), Situationen mit hoher Aggressivität oder sogar Gewalt. In der Regel folgt auf solche Ereignisse eine psychiatrische Behandlung, die nicht selten mit einer alle Beteiligten traumatisierenden zwangsweisen Klinikaufnahme einhergeht. Zumeist aber führen sie zum vollständigen (oft vorübergehenden) Zusammenbruch aller Gewissheiten, die bis dahin in der Familie gegolten haben. Dies wird begleitet von dem Gefühl, aus dem bisherigen Leben herausgefallen zu sein. Es ist eine Phase, die als enorme Belastung erlebt wird und mit lange nachwirkenden Erlebnissen verbunden sein kann.
- Entwickelt sich bei der Schwester oder dem Bruder eine chronische Erkrankung mit wiederkehrenden schweren Krisen und Krankheitsphasen, führen im Lauf der Zeit die gewonnenen Erfahrungen im familiären und geschwisterlichen Zusammenleben zu mehr oder weniger geeigneten Anpassungen an die von Grund auf veränderte Situation. Die durcheinander gewirbelten familiären Rollen beginnen sich neu zu ordnen.

In diesem in Jahren zu bemessenden Zeitraum sind die Geschwister neben dem Umgang mit der Erkrankung zudem mit den in diesem Lebensabschnitt zu bewältigenden Herausforderungen konfrontiert. So stellt sich für die meisten Geschwister eine Gemengelage ein, in der sie sich viele Fragen stellen und gleichzeitig viele lebenswichtige Entscheidungen zu fällen sind. Häufig ist es dieser Zeitraum, in dem sich bereits die Unsicherheit im Hinblick auf ein ‚Später‘ bemerkbar macht: Was wird werden, wenn die Eltern als primär Sorgetragende nicht mehr zur Verfügung stehen?

- Bei Geschwistern, die in dieser Zeitspanne keine befriedigenden Antworten fanden bzw. gut lebbaren Strategien entwickeln konnten, kann diese für viele, aber keinesfalls alle Geschwister unmerklich in einen weiteren Zeit- und Erfahrungsraum übergehen. Über die unmittelbare Selbstklärung der eigenen Gefühle und Gedanken zum Leben mit dieser Schwester bzw. diesem Bruder hinaus beschäftigen sie sich dann mit den Lebensverhältnissen anderer Geschwister. Dabei geht es nicht mehr nur darum, die aktuellen Herausforderungen zu meistern, vielmehr entwickelt sich das weitergehende Interesse, die möglichen Zusammenhänge im Erleben und Handeln von ‚den‘ Geschwistern psychisch erkrankter Menschen zu erkennen. Sie möchten verstehen, was es grundsätzlich heißt, in einer Familie mit einer psychisch kranken Schwester oder einem psychisch kranken Bruder aufgewachsen zu sein, und wie das im weiteren Leben selbst nach Verlassen der Herkunftsfamilie nachzuwirken scheint.

Auch bei Geschwistern, deren Schwester oder Bruder erst später im Leben erkrankt, sind solche Phasen zu erkennen, mit anderer Gewichtung und auf der Basis einer bereits gefestigten Persönlichkeitsentwicklung.

Die ohnehin gravierenden Belastungen aller Familienmitglieder werden offensichtlich von sozioökonomischen Faktoren mit beeinflusst. Einschlägige Studien belegen zwar, dass Alter, Bildung und Schichtzugehörigkeit das Ausmaß der Belastung von Angehörigen generell kaum beeinflussen, dennoch muss ein niedriger sozioökonomischer Status als „Indexvariable“ für weitere potenzielle Belastungsfaktoren (z. B. materielle Unsicherheit, beengte Wohnverhältnisse, Größe des sozialen Netzes etc.) betrachtet werden.“ (Jungbauer u. a. 2001, S. 106)

III

Datenbasis und methodische Anmerkungen

III.1 Entstehungsprozess und Materialbasis

Die umfangreiche Darstellung des Vorgehens erscheint uns notwendig, da eine recht bunte Mischung von Materialien die Grundlage der inhaltlichen Aussagen bildet. Bei entsprechendem Interesse könnte es von Belang sein, wie wir die Aussagekraft der unterschiedlichen Quellen einschätzen – das gilt für die referierten Studien und die Interpretation von Interviews und Gruppengesprächen bzw. -treffen gleichermaßen. Wir Autoren waren immer wieder beeindruckt, wie die in verschiedenen Kontexten mit oft sehr spezifischen Rahmenbedingungen erhobenen Selbstzeugnisse und die Ergebnisse von zum Teil quantitativen Studien zueinander gefunden haben. In mehreren Schritten wurden die folgenden Quellen genutzt.

III.1.1 Schritt I: Die eigenen Erfahrungen des Autors als Bruder, Interviews und Seminarprotokolle

Die erste ‚Quelle‘ waren die eigenen Erfahrungen und späteren Reflexionen dieser Erfahrungen als Bruder des psychisch erkrankten Ingo (siehe den Exkurs ‚Der persönliche Weg vom Angehörigen für sich zum Angehörigen an sich‘).

Als nächste Quellen wurden die vom Autor geführten Interviews mit Geschwistern sowie Protokolle von Geschwistertreffen hinzugezogen. Aufgrund des Zugangs zu weiteren Interviews standen mehr als 140 Interviewtexte und Auswertungen von Interviews zur Verfügung. Hinzu kommen Protokolle von drei Seminaren, an denen sowohl Eltern als auch Geschwister teilnahmen.

III.1.2 Schritt II: Deutschsprachige Geschwisterstudien und weitere Publikationen

In einem zweiten Schritt wurden in Zeitschriften veröffentlichte deutschsprachige Studien ausgewertet sowie Dissertationen, Diplom-, Bachelor- und Masterarbeiten.

Anschließend wurden die Ergebnisse der Auswertungen in Bezug gesetzt zu den drei deutschsprachigen Buchpublikationen von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen (Bühler-Stehlé 2005; Samstag und Samstag 2018; Hauschild 2019).

Zur vorläufigen Einordnung und Interpretation der Ergebnisse wurde zudem Literatur herangezogen, die sich nicht nur auf die Geschwister psychisch Erkrankter, sondern auch andere Gruppen chronisch erkrankter oder behinderter Menschen bezieht.

Ergänzt wurden die Studienaussagen durch Beiträge zum Geschwistererleben, die in Publikumszeitschriften oder als Fernsehdokumentationen erschienen sind.

III.1.2.1 Die Materialbasis: nicht breit, aber konkret und tief

Die Grundlage der beiden ersten Schritte sind viele Einzelgespräche sowie Gruppentreffen mit Geschwistern seitens des Autors, Berichte aus den Geschwistergruppen in Hamburg und Berlin sowie die wenigen deutschsprachigen Studien zu diesem Thema (Bach u. a. 1980; Bach 2018; Bauer 2010; Bock u. a. 2008; Hauschild 2019; Munkert 2008; Munkert und Peukert 2009a; Peukert 2003; Peukert 2017a; Peukert 2019b; Schmid u. a. 2004a; Schmid u. a. 2005a; Schmid u. a. 2006; Schmid u. a. 2009; Schrank u. a. 2007; Simon 2010; Zöberlein 2017a).

Die im Jahr 2019 von Jana Hauschild publizierte und hier berücksichtigte Arbeit „Übersehene Geschwister – Das Leben als Bruder oder Schwester psychisch Erkrankter“ wird ebenfalls als Studie gewertet. Sie

hat ein auch für Laien sehr gut zu lesendes Werk vorgelegt und wählte zur Verdeutlichung der Geschwister-Erfahrungen einprägsame Bilder. Für die Bewertung als Studie spricht das fachlich hohe Niveau, auf dem sie einfühlsam und engagiert ihre Erfahrungen als Schwester sowie die Schilderungen aus zwölf intensiven Gesprächen mit Geschwistern und Einträge aus dem Forum des GeschwisterNetzwerks mit Kenntnissen aus Studien zusammenführt (Hauschild 2019).³

Eine besondere Rolle nimmt das 2018 erschienene Buch „Wahnsinn um drei Ecken“ von Kerstin und Friederike Samstag ein, in dem versucht wird, die Folgen der psychischen Erkrankung des Sohnes bzw. Bruders aus Sicht der Mutter Kerstin Samstag und zugleich der Schwester Friederike Samstag nachzuzeichnen. Das unterschiedliche Erleben führte zu harten Auseinandersetzungen zwischen beiden Frauen, aus deren ungeschminkter Schilderung die familiären Prozesse und die verstörenden Familienbeziehungen verständlich werden. Sie lassen den Leser teilhaben an ihren wechselseitigen Verletzungen und Enttäuschungen, aber auch an ihrem inneren Wachstum angesichts der Herausforderungen in der Familie (Samstag und Samstag 2018). Der Leser wird Zeuge eines Prozesses, den Folkman und Lazarus (1980, S. 223) wie folgt beschrieben hatten: „Person und Umwelt werden im Kontext aufeinander bezogener Handlungen gesehen, die sich gegenseitig beeinflussen und beeinflusst werden.“ **

Im Rahmen dieser wechselseitigen Beeinflussungen findet eine Ko-Evolution des Erlebens und Verstehens statt. Das eigene Erleben beeinflusst das Erleben aller anderen Familienmitglieder, und wenn das sich entwickelnde Verstehen familiärer Prozesse untereinander ausgetauscht wird, dann vertieft es das gemeinsame Verstehen. Das eigene Verstehen wirkt auf das der anderen Familienmitglieder ein, so wie man selbst vom Erleben und dem geäußerten Verstehen der anderen Familienmitglieder beeinflusst wird. An diesem Prozess lassen uns Mutter und Tochter Samstag teilhaben.

³ Angesichts dessen sind kleine Inkorrektheiten gut zu verschmerzen, z. B. wenn sie – wie unter Angehörigen nicht selten – davon spricht, dass ein Elternteil oder eine Schwester bzw. ein Bruder das erkrankte Familienmitglied in eine Klinik eingewiesen habe. Dem Leser ist klar: Die Betreffenden haben die Einweisung lediglich initiiert, durchgeführt wurde sie von den dafür zuständigen Stellen. Aber dies macht keinen Unterschied in den berichteten Bewertungen der Gesprächspartner.

Ebenfalls eine besondere Rolle kommt dem Buch von Tina Bühler-Stehlé (2005) zu: „Mein großer Bruder – Eine Geschichte von Ohnmacht und Liebe“ mit der Widmung „Für Sven – mein Bruder zwischen Allianzen und Schweigemauern“. In vielen kurzen Passagen wendet sie sich an ihren zwei Jahre älteren Bruder. Mehr als zehn Jahre nach einer entscheidenden Wendung riskiert sie den Blick zurück: auf die einst vertraute Beziehung zu ihrem Bruder, den allmählichen Verlust dieses Bruders, auf ihren erfolglosen Kampf, die im Verhältnis zwischen Mutter und Sohn immer weiter ins Verderben führende Spirale aus Überforderung, Gewalt und Abschottung anzuhalten und die gescheiterten Versuche, das damit verbundene familiäre und behördliche Wegschauern zu durchbrechen – bis nach 18 Jahren Mutter und Sohn in lebensbedrohlichem Zustand in Kliniken aufgenommen werden. Damit beginnt eine allmähliche, vorsichtige Wiederannäherung zwischen den Geschwistern – und im Angesicht des Todes auch eine Aussöhnung zwischen Mutter und Tochter:

„Und ich hoffe, dass der lang ersehnte Frieden endlich den Weg zu uns findet.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 212)

Aber die Trauer und der Schmerz um den verlorenen Bruder bleiben:

„Dass Du Dich [...] in Vergessen hüllst, verstehe ich. Dass Du Dich mit der Vergangenheit halbwegs arrangiert hast, auch. Wo aber ist Dein Lachen, die Wut und Deine unbezwingbare Neugier geblieben? [...] Wo ist mein wissbegieriger Bruder, mein anhänglicher Freund von einst geblieben?“ (Ebenda, S. 213)

Das Buch lässt seine Leser verstört zurück, mit der vielleicht vorschnellen Zuschreibung, dass es sich bei den beschriebenen Entwicklungen um einen extremen Ausnahmefall handelt. Aber sind solche mit erheblichem Aufwand und viel Findigkeit aufrecht erhaltenen ‚Allianzen und Schweigemauern‘ tatsächlich singulär?

III.1.2.2 Thematische Schließung vs. Defizite in der Studienlage

In den deutschsprachigen Quellen können deutliche Übereinstimmungen ausgemacht werden. Von den Interviewten werden immer wieder die

gleichen Themen angesprochen und es zeigen sich Parallelen im subjektiven Erleben der Situation als Geschwister. Erst bei den Schlüssen, die die Befragten aus ihrem Erleben ziehen, gibt es Differenzen – aber auch diese divergierenden Schlüsse wiederholen sich ein ums andere Mal.

Wenn in zeitlich später geführten Interviews bzw. Texten keine oder nur unwesentliche Erfahrungen mehr präsentiert werden, die nicht bereits zuvor angesprochen wurden, und wenn sich keine weiteren Differenzierungen der unterschiedlichen Erkenntnisse einstellen, ist eine thematische Schließung erreicht. Was wir als thematische Schließung bezeichnen, geht auf die von Strauss und Corbin eingeführte theoretische Sättigung in der Forschungsmethodik der ‚Grounded Theory‘ zurück (Strauss und Corbin 1996).

Damit liegt das für qualitative Studien geltende Repräsentationskriterium vor: Die Interviewtexte beinhalten genügend Material für die folgende Analyse und Interpretation. Die thematische Schließung ist somit vergleichbar mit der statistisch ausreichenden Anzahl von ausgefüllten Fragebögen bei quantitativen Studien. Bei den hier in Frage stehenden subjektiven Belastungen ist das Kriterium bereits am Ende des zweiten Schrittes erreicht.

Trotzdem ergibt sich daraus kein vollständiges Bild, das alle Geschwister psychisch erkrankter Menschen umfassen würde, einige Gruppen von Geschwistern sind deutlich unterrepräsentiert.

Eine solche Ausnahme bildet der Verlust des Geschwisters durch Tod, eine nicht selten von dramatischen Umständen begleitete Erfahrung. Dies gilt insbesondere für das Erleben vollzogener Suizide, wobei die Angst vor suizidalen Handlungen allgegenwärtig ist, so bei Jana Hauschild (2019) und in den Einträgen im Forum des GeschwisterNetzwerks.

In den deutschen Texten fällt das nahezu völlige Fehlen ‚erfolgreicher Geschwistergeschichten‘ auf. Damit sind Berichte vom gemeinsamen Leben mit einem psychisch erkrankten Geschwister gemeint, in denen eine Schwester oder ein Bruder für sich in erster Linie eine positive Prägung der eigenen Biographie erkennt.

Im Vergleich zur internationalen Literatur sind in deutschsprachigen Studien auch Geschwister aus solchen Familien unterrepräsentiert, die trotz aller Belastungen relativ frühzeitig die Geschwisterkinder in einer für

diese angemessenen Weise an den Herausforderungen des veränderten Familienlebens beteiligt haben und so viele der unten aufgeführten Probleme vermeiden konnten.

Es wäre höchst wünschenswert, solche Erfolgsgeschichten zu erfahren, denn sie könnten dazu beitragen, den weit verbreiteten Eindruck ins Wanken zu bringen, eine psychische Erkrankung in der Familie sei ausnahmslos eine Katastrophe für alle Beteiligten – dem würde das Muster einer bewältigbaren Herausforderung gegenübergestellt, an der Geschwister wachsen. Dadurch würden die faktischen Belastungen und leidvollen Erfahrungen keinesfalls verniedlicht. Noch bedeutsamer wären solche Beispiele für Familien, die aktuell und erstmals mit der Erkrankung konfrontiert werden, denn die Erfolgsgeschichten werden voraussichtlich nachahmenswerte Aspekte enthalten, von denen Handlungsempfehlungen sowohl für betroffene Familien als auch für das Versorgungssystem abgeleitet werden könnten.⁴

Neben dem Mangel an expliziten Erfolgsgeschichten in qualitativen Studien steht auf der anderen Seite das völlige Fehlen von dramatischen Misserfolgsgeschichten. Es gibt einen Anteil von Mitgeschwistern, die im Erwachsenenalter ihre Belastungen deutlich benennen; deren Erfahrungen werden im weiteren Text referiert. Es kommen auch einige Geschwister zu Wort, die bei sich eine Traumatisierung und/oder eine Angststörung wahrnehmen. Aber jene Mitgeschwister, die selbst an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, sind nur zahlenmäßig im Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘ repräsentiert, in etlichen Studien werden solche Geschwister bei der Rekrutierung der Teilnehmenden jedoch ausdrücklich ausgeschlossen.

Eine weitere Gruppe von Geschwistern entzieht sich bewusst ihrer Wahrnehmung: Es sind diejenigen, die wegen der Erkrankung der Schwester oder des Bruders bzw. den Krankheitsfolgen mit der Herkunftsfamilie zumindest für einen längeren Zeitraum gebrochen haben und damit für Befragungen und Studien nicht erreichbar sind. Wie im

⁴ Boerma und Richterich (2008) hatten in einer gemeinsamen Masterarbeit gezielt und explizit Psychiatrie-Erfahrene gesucht, gefunden und interviewt, die ihr Leben mit der Erkrankung als Erfolgsgeschichte interpretieren. Eine Kurzfassung der Arbeit ist erschienen in der Psychosozialen Umschau 3/2009 (Boerma und Richterich 2009).

Kapitel ‚Die geschwisterliche Bindungsreserve ...‘ ausgeführt, muss davon ausgegangen werden, dass sie für die vollständige Lösung von der Familie einen Preis zu zahlen haben.

Völlig außen vor sowohl bei den deutschsprachigen Studien als auch bei jenen aus dem angelsächsischen Sprachraum bleibt bisher die Betrachtung von Familienkonstellationen, die nicht dem traditionellen Familienbild entsprechen. „Mit den seit Jahren zunehmenden Kombinationen von Stief-, Halb-, Adoptiv- und Pflegegeschwistern wird allmählich auch das Verständnis von Geschwisterlichkeit vielfältiger.“ (Rudeck 2012, S. 4 im Anschluss an Müller-Nienstedt u. a. 2001) Einige Aspekte werden im Kapitel über die ‚geschwisterliche Bindungsreserve‘ referiert.

Defizitär sind weiterhin Angaben zur mengenmäßigen Verteilung. Der qualitative Zugang deutschsprachiger Studien lässt dazu keine Aussagen zu, weder zu den unterschiedlichen Erfahrungen noch zu den individuellen Antworten darauf. Wenn also im deutschsprachigen Kontext von ‚einigen Geschwistern‘, ‚manchen Geschwistern‘ oder ‚vielen Geschwistern‘ die Rede ist, so darf daraus keinesfalls auf eine quantitative statistische Aussage zu den dargestellten Erfahrungen (im Sinne eines mengenbezogenen Vergleichs zu anderslautenden Erfahrungen) geschlossen werden. In jedem Falle handelt es sich jedoch um eine entsprechend große Gruppe von Mitgeschwistern, die das, was beschrieben wird, zu Protokoll gaben.

Selbst die Gesamtzahl von Geschwistern mit einer psychisch kranken Schwester oder einem psychisch kranken Bruder kann nur sehr grob geschätzt werden. Mit Bezug auf verfügbare Untersuchungen zu erheblich bzw. schwer erkrankten Menschen sowie statistischer Bevölkerungsdaten kann von einer absoluten Untergrenze ausgegangen werden: Geschwister bis zum Alter von 18 Jahren – 0,65 Mio.; Geschwister über 18 Jahre – 1,11 Mio. Die tatsächliche Zahl dauerhaft betroffener Geschwister kann wegen unzureichender bzw. widersprüchlicher Datenlage nicht ermittelt werden, sie dürfte jedoch *wesentlich* höher liegen (Julius 2020c).

Unter Heranziehung nationaler und internationaler Studien muss damit gerechnet werden, dass von diesen Personen bis zu 30 % aufgrund ihrer starken oder sehr starken Belastungen zu einer Hochrisikogruppe gehören, das entspricht über alle Altersgruppen hinweg mindestens 0,5 Mio. gefährdeter bzw. hochgefährdeter Menschen (ebenda).

III.1.3 Schritt III: Internationale Studien und Geschwistererfahrungen

Um zur Reduktion der eben genannten Begrenzungen beizutragen, fand in einem dritten Schritt eine Recherche in ‚pubmed‘ und eine Suchanfrage in ‚researchgate‘ unter vier Fragestellungen statt:

1. Lassen sich die für Deutschland gefundenen Ergebnisse mit internationaler Literatur bestätigen?
2. Können die bisherigen ausschließlich inhaltsbezogenen Beschreibungen um quantitative Studienergebnisse ergänzt werden?
3. Gibt es darüber hinaus weitere Fragestellungen und/oder Ergebnisse, die das Bild komplettieren können?
4. In den deutschsprachigen Texten werden immer wieder die Unterstützung der Geschwister durch die professionellen Helfer sowie mehr gesundheitspolitische Aufmerksamkeit für deren Problemlagen gefordert. Gibt es entsprechende Initiativen im europäischen und außereuropäischen Ausland und gibt es Hinweise auf deren Wirksamkeit?

Die vierte Fragestellung ist zudem relevant für die künftigen Aktivitäten des GeschwisterNetzwerks.

III.1.4 Schritt IV: Heranziehen von Befunden bei anderen chronischen Erkrankungen und Behinderungen

Sowohl die deutschen und internationalen Studien, in denen das Erleben von Geschwistern mit einer psychisch erkrankten Schwester oder einem psychisch erkrankten Bruder referiert werden, als auch die Interviews und Seminarberichte aus Deutschland weisen zwei Gemeinsamkeiten auf:

1. Bei den Interviewten bzw. den Probandinnen und Probanden, die ihre Erfahrungen zu Protokoll geben, handelt es sich fast ausnahmslos um erwachsene Geschwister. In sehr vielen Fällen berichten sie retrospektiv über ihr Erleben in Kindheit und Jugend und über die positiven

und negativen Folgen, die bis in die Erwachsenenzeit und teilweise bis ins hohe Alter Wirkung entfalten.

2. Nahezu alle sehen einen deutlichen Zusammenhang zwischen den familiären Dynamiken in ihrer Kindheit und Jugend und ihrer aktuellen sowie zukünftig erwarteten Lebenssituation.

Dem stehen jedoch so gut wie keine Studien mit Kindern und Jugendlichen gegenüber, die das später reflektierte Erleben originär bestätigen oder widerlegen könnten. Allerdings gibt es umfangreiche, auch deutschsprachige Literatur, die Geschwistererfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit einem nicht psychisch, sondern anderweitig erkrankten oder behinderten Geschwister zum Gegenstand hat. Die Aussagen dieser Geschwister gleichen oft bis in die Wortwahl hinein den auf Kindheit und Jugend bezogenen retrospektiven Äußerungen der erwachsenen Mitgeschwister.

Die sehr große Bedeutung des frühen Erlebens ist ausschlaggebend dafür, dies in den entsprechenden Kapiteln trotz des Mangels an Studien ausführlich darzustellen. Das hohe Maß der genannten Übereinstimmungen rechtfertigt es, die nicht für dieses Krankheitsbild erhobenen Befunde auch für die Schwestern und Brüder eines psychisch erkrankten Geschwisterkinds anzunehmen.

Gestützt wird diese Vorgehensweise durch die Tatsache, dass seit Jahrzehnten tätige Geschwisterorganisationen in Großbritannien, den USA und Australien nicht nach Krankheits- oder Behinderungsbild der ‚disabled siblings‘ unterscheiden, sondern die Gemeinsamkeiten der Situation aller nicht erkrankten Geschwister betonen – dies gilt sowohl für das Bestreben, diese Kinder aus dem Schatten zu holen, als auch für Forderungen, geeignete Unterstützungsmaßnahmen bereitzustellen.

III.1.5 Zur Systematik des Vorgehens I: Verstehen vs. Erklären

Mit der internationalen Literatur werden Studien einbezogen, die zum Teil einer wissenschaftstheoretisch anderen Kategorie angehören. Die qualitativen deutschsprachigen und internationalen Studien verfolgen den sozialwissenschaftlichen Zugang des Verstehens: Es geht um die Rekonstruktion von Sinnzusammenhängen, die aus den Äußerungen der Befragten herausgelesen werden. Dabei ist unerheblich, ob es sich um subjektive oder kollektive Sinnzusammenhänge handelt. Auch wenn keine Interviewtexte zugrunde liegen, sondern Fremd- oder Selbstbeobachtungen, soll verstanden und nicht erklärt werden. Beobachtbares Verhalten wird aus seinem Sinnerleben nachvollziehbar – und nicht, weil sich diese Verhaltenssequenz statistisch überzufällig (= signifikant) bei einer Personengruppe im Verhältnis zu einer anderen zeigt.

Mit der Berücksichtigung quantitativer Studien tritt ein Wechsel vom Verstehen zum Erklären ein, und mit ihrer Hereinnahme in diesen Text findet eine ‚unsaubere Vermischung‘ erkenntnistheoretisch divergierender Zugänge zur Realität statt. Dies wird wegen der Erweiterung des Blicks in Kauf genommen und mit dem Versuch verbunden, die ‚Verunreinigung‘ möglichst gering zu halten, indem dem Verstehen unbedingte Priorität eingeräumt wird: Die quantitativen Daten werden in die qualitativen, dem Anspruch an Verstehen folgenden Kontexte integriert und nicht umgekehrt.

Soziale Daten bzw. Ereignisse oder Beobachtungen zu erklären (anstatt sie zu verstehen) ist ein eigenes sozialwissenschaftliches Muster. Ein Gefühl, ein Verhalten, eine Beobachtung X wird dadurch erklärt, dass sie überzufällig mit dem Ereignis Y gemeinsam in Erscheinung tritt, also wird häufig Y als Ursache für X angenommen, obwohl lediglich eine Korrelation von X und Y vorliegt. In der Regel sind es theoretische Annahmen, die aus einer Korrelation eine Erklärung werden lassen.

Psychiatrische Diagnosen werden zumeist so verstanden. Unter der Annahme, es gäbe psychische Erkrankungen, die zudem mit den vorliegenden Diagnosen halbwegs sinnvoll zu klassifizieren sind, kann ab sofort eine qua Diagnose identifizierte Störung Y als Erklärung für ein auffälliges

Verhalten X herangezogen werden. Dies ist ausschließlich unter der unverbrüchlichen Annahme möglich, es gäbe diese psychische Störung, denn die Diagnose der seelischen Störung beruht auf der Tatsache, dass sich ein Fachgremium darauf geeinigt hat, beobachtete Verhaltensweisen zu einem Diagnoseschlüssel zusammenzufassen. Genau diese Verhaltensweisen werden von nun an mit dem Stellen der Diagnose bei der jeweiligen Person ‚erklärt‘ – ein klassischer Zirkelschluss, der psychiatrische Diagnosen so lange fragwürdig erscheinen lässt, bis biologische Marker für die Störungen identifiziert werden.

Schon vor 100 Jahren mahnt der in einer ‚Landesheilanstalt‘ tätige Arzt Hans Heise in seiner Dissertation zur Vorsicht, aus der Beobachtung des Verhaltens einer Person unter Anwendung der damals gebräuchlichen Diagnosekriterien auf bestimmte Erkrankungen zu schließen: „Neuerdings aber haben sich [...] Gründe dafür ergeben, die Differentialdiagnose dieser Zustandsbilder nach Seite der Schizophrenie hin etwas vorsichtiger zu behandeln, da sich seit den politischen Umwälzungen der letzten Jahre unter den Jugendlichen nicht selten als Folge von Umweltwirkungen [z. B. Nachlassen der ‚straffen Zucht‘ oder Aufhetzung] [...] immer häufiger äußerlich recht ähnliche Bilder boten von Labilität des seelischen Gleichgewichts, gesteigerter Reizbarkeit, gänzlichem Mangel an Autoritätsgefühl, gemüthlicher Gleichgültigkeit bis zu erschreckender Gemütsroheit mit den daraus sich ergebenden Folgen für die äußere Haltung und die Handlungsweise.“ (Heise 1921, S. 247)

Mit biologischen Markern kann eine Erkrankung unabhängig vom beobachtbaren Verhalten bestimmt werden, wobei Gene die stärksten biologischen Marker sind. Könnten für die psychischen Störungen Genveränderungen verantwortlich gemacht werden, so wäre der Zirkelschluss durchbrochen: Eine in der Biologie gründende Erkrankung zeigt Wirkungen im Verhalten. Da ist es schon ärgerlich, wenn namhafte Genetiker betonen: Es sind noch immer lediglich Korrelationen, die herausgefunden werden. Das gilt nach wie vor und so lange, bis funktionelle Wege von den Genveränderungen zu den Krankheitszeichen aufgeklärt werden können – oder aber andere Erklärungsmuster an die Stelle der Gentheorie treten bzw. diese ergänzen (siehe dazu das Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘).

III.1.6 Zur Systematik des Vorgehens II: Bottom-up statt Top-down

Das gewählte Vorgehen ist weder zufällig noch ist es wissenschaftlich stringent begründet. An den üblichen Standards gemessen hätten die Schritte andersherum gegangen werden müssen – von der inhaltlichen Sichtung der Literatur zur Sichtung der bisherigen Methodiken, danach zu den Interviews und Gesprächsprotokollen, und von den eigenen Erfahrungen hätte so lange als möglich Abstand gehalten werden sollen.

Das hier gewählte Vorgehen ist nicht zufällig – es reflektiert die eigene Betroffenheit, aus der zunächst Fragen, dann Hypothesen erwachsen, die schließlich mit möglichst wissenschaftlichen Mitteln beantwortet werden sollen. Auch dieses Muster findet sich in der hinzugezogenen Literatur, wo aus der Geschwisterrolle heraus geforscht wurde, wie z. B. bei Rex Dickens in Marsh u. a. (1993a, 1993b, 1997, 1998), oder wo eigene Erfahrungen als Bruder einer psychisch erkrankten Schwester die gesamte wissenschaftliche Biographie motiviert haben, wie z. B. bei W. Thomas Boyce (2019). Aus dieser Erfahrung erwuchs seine zentrale wissenschaftliche Fragestellung, die einen eigenen Forschungsstrang begründete, dem er sein Leben lang auf vielfältige Weise gefolgt ist. Seine Forschungen werden weiter unten berücksichtigt, da sie ein Konzept von psychischer Erkrankung nahelegen, bei dem die Dualität von ‚angeboren/vererbt‘ vs. ‚erworben‘ aufgelöst wird und das geeignet ist, die sehr unterschiedlichen Reaktionen auf die nahezu gleichen Erfahrungen als Schwester oder Bruder nachvollziehbar zu machen.

Ähnlich wie bei W. Thomas Boyce führte bei Pauline Boss (2008) die eigene Betroffenheit als Angehörige, wenn auch nicht als Schwester, zu einer wissenschaftlichen Karriere. Im Zentrum ihres Interesses stehen therapeutische Hilfen beim Umgang mit ‚uneindeutigen Verlusten‘ (ambiguousloss.com). Dafür hat sie sich über Jahrzehnte auf die interdisziplinäre Erforschung von familiärem Stress fokussiert. In ihrer Theorie des uneindeutigen Verlusts verbindet sie allgemeine Familienforschung und Soziologie mit Familientherapie und Psychologie. Aus ihren wissenschaftlichen Erkenntnissen und umfangreichen praktischen Erfahrungen in klinischen und gemeindebasierten Settings hat sie einen therapeutischen

Rahmen entwickelt, in dem das Individuum in den Kontext seiner sozialen Umgebung, der Familie oder auch größerer Gemeinschaften gestellt wird – diese Kontexte seien bei therapeutischen Interventionen unabdingbar zu berücksichtigen.

Das Vorgehen zeigt Wirkung im Text. Die Ergebnisse der Geschwisterforschung aus Deutschland stehen im Zentrum und werden um die Ergebnisse aus ausländischer Literatur ergänzt. In der Regel bestätigen die oft mehr als 20 Jahre früher (!) erschienenen Veröffentlichungen die Ergebnisse der deutschsprachigen Studien und vertiefen sie ggf. um Nuancen. Die internationalen Studien tragen quantitative Gesichtspunkte bei, den Einsatz von traditionellen und speziell für Geschwisterbefragungen entwickelten Messinstrumenten inklusive.

Hier und da wird (höchst ‚unwissenschaftlich‘) das subjektive Erleben des Autors eingeflochten – insbesondere dann, wenn es mit den Aussagen anderer Geschwister oder Autoren konfligiert. Die Entscheidung, diese Aussagen gleichrangig neben diejenigen von anderen Geschwistern zu stellen, ist darin begründet, dass ‚Erfolgsgeschichten‘, wie oben ausgeführt, Mangelware sind und der Autor für sich erkannt hat, dass die Folgen der Erkrankung seines Bruders Ingo für die eigene Entwicklung förderlich waren und die Erwähnung von positiven Effekten des gemeinsamen Aufwachsens mit einem erkrankten Geschwister in den verfügbaren Interviews und Studien unterrepräsentiert ist.

III.1.7 Exkurs: Der persönliche Weg vom „Angehörigen für sich“ zum „Angehörigen an sich“

Für mich, Reinhard Peukert, war der Suizid meines schizoaffektiv erkrankten Bruders Ingo vor einigen Jahren der Auslöser, den Blick zurückzuwerfen, beginnend mit einem gemeinsamen Leben als Kinder in dem niedersächsischen Flecken Salzderhelden nahe Einbeck. In der Jugendphase gingen wir in Wiesbaden, wo Ingo nie richtig Fuß fassen konnte, getrennte Wege. Nachdem Ingo erstmals diagnostiziert wurde, folgte ein intensives wechselseitiges Beachten und Schützen. Kurz danach wurde ich noch als Schüler Vater, heiratete und lebte mit meiner eigenen Familie in Armut. Mit Fortschreiten der sozialen Folgen der Erkrankung wurde Ingo arbeitsunfähig und etablierte mit zwei nicht erkrankten Frauen den ersten Patienten-Club (Club 75) in Wiesbaden. Wenige Jahre später forderte er mich auf, „etwas für so Leute wie uns zu machen“ und meine beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen in den Dienst psychisch erkrankter Menschen zu stellen.

Auf diesem Wege wurde ich mit der Zeit ein Gemeindepsychiatrie-Profi⁵, dem vor mehr als 20 Jahren erklärt wurde, er sei doch auch Angehöriger und ob er nicht den Vorsitz des hessischen Angehörigenverbandes übernehmen könne und wolle. Gefragt – getan, nachdem unmittelbar vor der Wahl der Eintritt in den Landesverband erfolgte.

⁵ Zunächst hatte ich naturwüchsig im Erleben und mit intensiven Gesprächen mit meinem Bruder Ingo ‚gelernt‘, was eine schizoaffektive Erkrankung sein kann. Erst mit ca. 35 Jahren begann ich, mich in dem Bereich Gemeindepsychiatrie zu professionalisieren – nicht über ein Studium, sondern durch Arbeits- und Ausbildungsprojekte, die von der damaligen Alternativ-Bewegung inspiriert waren. Dies führte zu der Zeit, als Ähnliches an vielen anderen Orten versucht wurde, zur Bewilligung eines Modells im Rahmen des sog. ‚Kleinen Modellverbundes‘ (Bundesministerium für Gesundheit 1993). Aus Anlass dieses Projektes begann ich nachzuvollziehen, was diejenigen, die sich in Praxis und Lehre im Bereich Psychiatrie etabliert hatten, zu den Erkrankungen zu wissen meinten. Ich wollte zunächst in Gremien die Debatten zu psychischen Erkrankungen verstehen sowie deren Auswirkungen und die sich daraus ergebenden Hilfebedarfe, um diese Debatten später mitgestalten zu können. Dass sich daraus Jahre später eine Professur für Sozialmanagement entwickeln sollte, war nicht abzusehen.

In diesem Moment vollzog sich im eigenen Erleben der Übergang vom ‚Angehörigen für sich‘ zum ‚Angehörigen an sich‘, d. h. die Transformation vom subjektiven Angehörigen-Erleben in eine auch institutionelle und vom Blick Dritter definierte Angehörigenrolle. So spricht man – und so wird man auch gehört – als ‚Angehöriger an sich‘ nicht länger nur und ausschließlich von sich und seinen individuellen Erfahrungen, sondern zugleich für ‚die Angehörigen‘ als Vertreter einer sozial definierten Gruppe – und das unabhängig davon, ob man eine Funktion innehat oder nicht. Damit geht zunächst unbemerkt, aber unweigerlich eine Verallgemeinerung und tendenzielle Abstraktion der eigenen Erfahrungen einher.

Dieser Gesichtspunkt ist wichtig bei der Interpretation von Studienergebnissen, denn es macht einen Unterschied, ob ‚Geschwister für sich‘ ihr ganz subjektives Erleben zu Protokoll geben, wie z. B. Geschwister des GeschwisterNetzwerks, oder ob sie sich als ‚Geschwister an sich‘ äußern: Geschwister, die Protagonisten von hoch strukturierten Angehörigenorganisationen geworden sind, wie z. B. NAMI in den USA. Wir werden sehen, wie sehr die Bewertung der eigenen Rolle als Schwester oder Bruder von der Zugehörigkeit bzw. Nähe zu einer dieser Organisationen abhängt.

III.2 Methodische Anmerkungen und Einschränkungen

III.2.1 Begründung der Benennungen ‚Mitgeschwister‘ und ‚psychisch erkrankte Geschwister‘

Von den in der Literatur verwendeten Benennungen treffen keine die Sachverhalte umfassend und ideologiefrei, denn jede greift irgendwo zu weit oder zu kurz und ist irgendwie ‚gefühlte falsch‘. Dennoch mussten wir zwei kategoriale Begriffe finden.

Die Geschwister, die eine psychisch erkrankte Schwester oder einen psychisch erkrankten Bruder haben, werden hier ‚Mitgeschwister‘ genannt. Für sie wurde die in der Literatur häufig gewählte Bezeichnung ‚Geschwisterkinder‘ verworfen, denn in diesem Beitrag sowie in der zitierten Literatur kommen zumeist Geschwister zu Wort, die das Kindesalter längst hinter sich gelassen haben. Von den Schwestern bzw. Brüdern, die psychiatrisch diagnostiziert und/oder behandelt wurden bzw. werden, wird hier als den ‚psychisch erkrankten Geschwistern‘ gesprochen.⁶ Immer wenn aus dem Kontext deutlich wird, von welchem Geschwister die Rede ist, wird auf die Ergänzungen ‚Mit...‘ bzw. ‚psychisch erkrankte ...‘ verzichtet.

Der Entscheidung für diese Begriffe gingen lange Diskussionen unter Geschwistern und mit Eltern voraus. Viele der Schwestern und Brüder, deren Aussagen in diesen Text eingeflossen sind, wollen selbst nicht als ‚die gesunde Schwester‘ bzw. ‚der gesunde Bruder‘ bezeichnet werden; einige von ihnen zweifeln außerdem an der Dichotomie von ‚gesund‘ und ‚(er)krank(t)‘, die dem klassischen Krankheitsbegriff zugrunde liegt. Auch im Kernland der Psychiatrie und bei seiner führenden Fachgesellschaft DGPPN ist die Debatte angekommen „von den Kategorien ‚hier krank –

⁶ Da sich dieser Text ausschließlich mit Konstellationen befasst, in denen für eines der Geschwister früher oder später eine psychische Störung diagnostiziert wurde oder wird, haben wir uns für den Begriff ‚psychisch erkrankt‘ entschieden.

dort gesund', hin zu einem Spektrum psychischer Gesundheit" (Angst und Heinz 2019, S. 22; Bock und Heinz 2016b).

Also wurde für diesen Text nach Alternativen zu ‚psychisch erkrankt‘ auf der einen und ‚gesund‘ auf der anderen Seite gesucht. Geprüft wurde der Begriff ‚Psychiatrie-erfahrene Geschwister‘, der dem Sprachgebrauch vieler Betroffener entspricht, den andere allerdings als ausgrenzend begreifen und was zudem das Lesen erschwert. Der Term ‚als psychisch erkrankt diagnostizierte Geschwister‘ ist noch weniger lesefreundlich, obwohl es den gemeinten Inhalt am ehesten abbildet: Bei allen als psychisch erkrankt benannten Geschwistern wurde ausnahmslos eine psychische Störung diagnostiziert. Fachlich korrekt wäre es, anstatt von ‚psychischen Erkrankungen‘ von ‚psychischen Störungen‘ zu reden. Aber die Benennung ‚psychisch gestörte Geschwister‘ klingt nicht nur zutiefst diffamierend, sondern lädt zu Missverständnissen ein.

Auch andere Autorinnen und Autoren sahen sich veranlasst, aufgrund der schwierigen Gesund-krank-Kategorisierung besser geeignete Definitionen für ihren Sprachgebrauch zu finden. Bank und Kahn (1989, S. 193) haben für ihre Untersuchungen die Benennung eines Geschwisters als ‚krank‘ wie folgt definiert:

1. Die Probleme eines der Kinder verlangen von der Familie jahrelange, außergewöhnliche Aufmerksamkeit.
2. Diese Probleme werden von der Familie für ernster und wichtiger gehalten als die der anderen Geschwister.
3. Das kranke Kind hat aufgrund seiner Störung mehr Hilfe beispielsweise durch Ärzte, Psychiater oder Sozialarbeiter oder auch Justizangehörige in Anspruch nehmen müssen.

Alle drei Kriterien treffen auf diejenigen Geschwister zu, die hier ‚psychisch erkrankt‘ genannt werden.

In nahezu allen Studien, die mit Kontrollgruppen aus unbelasteten Familien arbeiten, werden Probandinnen und Probanden dieser Gruppen (wissenschaftlich üblich) als ‚normale Kontrollen‘ bzw. ‚normal controls‘ bezeichnet. Soweit nichts Abweichendes vermerkt ist, beziehen sich Aussagen zu ‚Kontrollen‘ oder ‚Kontrollgruppen‘ immer auf solche Personen.

III.2.2 Zur Benennung ‚Eltern‘

In diesem Beitrag ist regelmäßig die Rede von ‚den Eltern‘, obwohl es sehr oft (aber keineswegs ausschließlich) die Mütter sind, auf die die Ausführungen zutreffen. Sie sind es in der Regel, die sich um das erkrankte Kind kümmern, auch in bestehenden Partnerschaften oder Ehen, denn häufig führt die Erkrankung des Kindes zum Rückzug des Vaters aus diesem Teil der elterlichen Gesamtverantwortung. Selbstredend sind mit der Bezeichnung ‚Eltern‘ auch die allein verantwortlichen Elternteile gemeint.

III.2.3 Hier ein Belastungs-Bias – dort eine Positiv-Verschiebung

Vielen Studien, die die Erfahrungen von Personen in schwieriger Lebenslage thematisieren, ist eine Verzerrung, ein Bias, gemeinsam, den wir als ‚Belastungs-Bias‘ bezeichnen. In unserem Fall ist dieser Bias dem Ziel vieler Studien geschuldet, endlich für die notwendige Aufmerksamkeit des Versorgungssystems auch für die Mitgeschwister zu sorgen. Dabei wird dem subjektiven Erleben der Geschwister, insbesondere den erlebten Belastungen, ein hoher Stellenwert eingeräumt. Da bei qualitativen Studien – zumindest im deutschsprachigen Raum – höchst selten Kontrollgruppen vorgesehen werden, verstärkt sich der Belastungs-Bias noch zusätzlich.

Darauf machen Boeger und Seiffge-Krenke (1996, S. 357) im Anschluss an Ferrari (1984) aufmerksam. In allen Studien zu Geschwisterbeziehungen mit einem schwer oder chronisch erkrankten Geschwister, in denen keine Kontrollgruppe vorgesehen war, habe dies studienbedingt zu einer Betonung der negativen Aspekte in den Beziehungen geführt. Deutlicher werden Cadman u. a., nachdem sie bei einer bevölkerungsbasierten Studie in der Provinz Ontario (Kanada) zu wesentlich anderen Ergebnissen kamen als die Studien in Behandlungssettings: „Kliniker, die chronisch kranke Kinder behandeln, sollten bei deren Geschwistern die psychische Gesundheit und Anpassungsfähigkeit beurteilen ohne Erwartungs-Bias, Probleme zu finden.“ (Cadman u. a. 1988, S. 117 **)

In vielen internationalen Studien wird die Verzerrung durch die Bildung von Kontrollgruppen relativiert, oft allerdings mit den üblichen Kosten: Es können Korrelationen festgestellt werden, z. B. zwischen Familienklima und Belastungen bzw. Gewinn aus der Geschwisterbeziehung, die Richtung der Beeinflussung bleibt jedoch ungeklärt, da es an prospektiven Studien zu den erlebten psychosozialen Lasten und Gewinnen fehlt. Kasten betonte zudem: „Im Zentrum zahlreicher Untersuchungen stehen die Reaktionen der gesunden Geschwister auf die Belastungen und weniger der Einfluss, den das gesunde Kind auf das kranke Geschwister ausübt.“ (Kasten 1993, nach Boeger und Seiffge-Krenke 1996, S. 357) Auch dazu liefern die internationalen Studien Hinweise.

Die zitierten Einschränkungen treffen auf nahezu alle deutschsprachigen Arbeiten zu psychisch Erkrankten und deren Geschwister zu: Die Belastungen der Mitgeschwister stehen im Fokus der Fragestellungen, gegenwärtig liegt nur eine Studie zu den Wirkungen der gesunden Geschwister auf die erkrankte Schwester bzw. den Bruder vor. Auch die Möglichkeit positiver Auswirkungen der herausfordernden Geschwister bzw. der besonderen Familiensituation auf die Entwicklung von Selbstständigkeit, sozialen Kompetenzen sowie die allgemeine Persönlichkeitsentwicklung der Mitgeschwister wird – im Gegensatz zur internationalen Literatur – nur in drei deutschsprachigen Studien explizit herausgestellt; häufig tritt dies eher überraschend und nebenbei zu Tage, so in der Arbeit von Claudia Bach (2018). Auch in der international viel beachteten Studie von Rita Schmid u. a. wurden die Belastungen erfragt – aber die Geschwister nannten unaufgefordert (without prompting) auch positive Erfahrungen als Ergebnis der Erkrankung der Schwester bzw. des Bruders (Schmid u. a. 2009, S. 331). Dem gegenüber stellt Cornelia Zöberlein in ihrer Bachelorarbeit Belastungen und Bereicherungen der Mitgeschwister gleichrangig nebeneinander (Zöberlein 2017a, S. 32).

Für viele Studien muss also von starken Selektionseffekten ausgegangen werden. Welche Geschwister gehen in Geschwistergruppen oder melden sich bei Interviewaufrufen? Diejenigen, die jeglichen Kontakt aufgegeben haben, werden sich nicht melden. Vielleicht sind das die Geschwister, die besonders stark unter den Belastungen gelitten haben und ggf. noch leiden.

Wie groß der Anteil der Geschwister ist, die aufgrund der Erkrankung mit ihrer Herkunftsfamilie gebrochen haben, kann kaum abgeschätzt werden. Einen Hinweis liefern Daten aus der Wisconsin-Langzeitstudie. Von 238 befragten Eltern eines an Schizophrenie erkrankten Kindes mit mindestens einem weiteren nicht-erkrankten Kind haben 28 angegeben, dieses erwachsene Kind würde sich weder aktuell kümmern, noch wolle es sich zukünftig an der Unterstützung des erkrankten Geschwisters beteiligen (Smith und Greenberg 2008, S. 59).

Daneben gibt es Verschiebungen in die entgegengesetzte Richtung – hin zur Betonung positiver Effekte. „In der Tat könnten durch zweckdienliche Stichproben die Effekte über- oder unterschätzt worden sein, die durch einen Bruder oder eine Schwester mit einer schweren psychischen Erkrankung hervorgerufen werden.“ (Wolfe u. a. 2014, S. 2 **) In den internationalen Studien wird die Möglichkeit deutlicher Positiv-Verschiebungen in den eigenen Ergebnissen ausdrücklich eingeräumt, wenn die Rekrutierung über von Eltern getragene Angehörigenorganisationen erfolgte.

Stålberg u. a. (2004, S. 452) sehen dieses Problem auch als Folge der erforderlichen Zustimmung von Patientinnen bzw. Patienten zur Befragung ihrer Geschwister, wenn die Rekrutierung der Mitgeschwister in einem Behandlungskontext (z. B. einer Klinik) stattfindet. In beiden Fällen ist die Forschungsbeteiligung von solchen Geschwistern sehr wahrscheinlich, die eine gute Beziehung zu ihrer erkrankten Schwester oder ihrem Bruder haben und/oder sich ihren Eltern sehr verbunden fühlen. Wo in der weiteren Darstellung mit der Wirksamkeit dieses Bias gerechnet werden muss, wird dies erwähnt.

III.2.4 Methodische Einschränkungen aufgrund der Studienlage

Angesprochen werden muss noch ein möglicher Bias ganz anderer Art. Sowohl bei den deutschsprachigen als auch bei den internationalen Studien liegt ein deutlicher Forschungsschwerpunkt auf den Geschwistern von Menschen mit psychotischen bzw. schizophrenen Erkrankungen. In

weitaus weniger Fällen werden Familien einbezogen, die mit den Diagnosen Bipolare Störung, Depression, Persönlichkeitsstörung und anderen umgehen müssen. Die Aufzählung entspricht dem Vorkommen in absteigender Häufigkeit. Der Bias wird noch dadurch verstärkt, dass die in diesen Studien verwendete Sekundärliteratur zu einem erheblichen Anteil auf Arbeiten mit dem Schwerpunkt Schizophrenie verweist. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Effekte unabhängig von der jeweils in Frage stehenden Diagnose des erkrankten Geschwisters verallgemeinert werden können und dürfen. Dafür gibt es drei Begründungen:

1. Einige wenige Studien sind explizit diagnoseunabhängig angelegt, so z. B. Bauer (2010), Munkert (2008), Schmid u. a. (2005a) aus Deutschland sowie Marsh u. a. (1993a, 1993b) aus den USA. Sie finden graduelle Unterschiede bei den Belastungen von Geschwistern bzw. Angehörigen allgemein in Relation zu einzelnen Krankheitssymptomen, jedoch keine generellen Unterschiede in der Wahrnehmung von und im Umgang mit der Geschwisterrolle.
2. Ebenso wenig liefern zwei populationsbasierte Studien Hinweise auf abweichende Merkmale bei verschiedenen psychiatrischen Diagnosen. In Wisconsin (USA) wurde in einer Langzeitstudie der soziale Einfluss des Geschwisterdaseins untersucht (Wolfe u. a. 2014), in einer repräsentativen Studie in England (Smith u. a. 2014) die Prädisposition für psychische Störungen bei informellen Helfern (carer).
3. Große Übereinstimmungen im Geschwisterempfinden von Mitgeschwistern chronisch somatisch erkrankter oder behinderter Menschen werden in den folgenden Kapiteln mehrfach zitiert (diverse Studien von Boeger und Seiffge-Krenke; Schmid u. a. 2005a). Andere Quellen beziehen sich auf ‚disabled persons‘ ohne weitere Unterscheidung, aber mit vergleichbaren Ergebnissen. Dies lässt die Hypothese zu, dass auch in der Untermenge von psychiatrischen Diagnosen zwar jede Erkrankung eine Spezifität aufweist, die familiären Kontexte sowie die geschwisterlichen Erfahrungen und deren Folgen jedoch sehr ähnlich ausfallen.

Bei Studien zur Genetik psychischer Erkrankungen liegt der Schwerpunkt des Forschungsgeschehens ebenfalls auf schizophrenen und bipolaren

Erkrankungen sowie unipolaren depressiven Störungen. In diesem Bereich ist eine Verallgemeinerung im genannten Sinn nur begrenzt möglich. Im Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘ und im Exkurs ‚(Epi-)Genetik und soziale Erfahrung‘ wird darauf gezielt eingegangen. Bei der Interpretation insbesondere älterer Studien zur Genetik von schizophrenen Erkrankungen ist zudem zu beachten, dass nach dem heutigen Wissensstand von ätiologisch verschiedenen Störungen auszugehen ist.

III.2.5 Vom Erhebungskontext produzierte Bedeutungen

Werden Schwestern und Brüder für Studien rekrutiert, deren Gegenstand die Erhebung von Aussagen zu ihrer Geschwisterrolle ist, so bewirkt der Anlass der Interviews, die von den Befragten vorgetragenen persönlichen oder familiären Belastungen in den Kontext der Erkrankung des Geschwisters zu stellen, ebenso wie das Verhalten der Eltern.

Geschwistergruppen finden aufgrund der gemeinsamen Situation als Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Geschwisters statt, um sich über genau diese Situation auszutauschen. In diesem Rahmen und durch die jeweilige Richtung der Fragestellungen bzw. Gesprächsthemen erscheinen *alle* geäußerten Konflikte, Belastungen und Schwierigkeiten in der eigenen Familie ausschließlich aus der *besonderen* Familiensituation herzurühren, nämlich der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes.

Dabei tritt die Tatsache in den Hintergrund, dass sich Geschwisterbeziehungen dem Wesen nach nicht unterscheiden, unabhängig davon, ob alle Geschwister gesund sind oder eines von ihnen chronisch krank oder behindert ist. Allerdings treten einzelne Aspekte in der Beziehung zu einem chronisch kranken bzw. behinderten Geschwister deutlicher hervor. Daneben sind einige Besonderheiten zu konstatieren, die z. B. der Art und Dauer der Erkrankung oder Behinderung, den spezifischen Krankheitsfolgen oder auch dem Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf geschuldet sind.

In allen Familien erleben die Geschwisterkinder den Umgang seitens ihrer Eltern unterschiedlich. Nahezu jede Familie kennt eine (verborgene) Bevorzugung eines der Kinder, die Aufmerksamkeit für die Kinder der Familie ist ungleich verteilt, und möglicherweise erfährt eines der Geschwisterkinder eine besondere Wertschätzung. In vielen Familien gibt es auf den ersten Blick ‚ungewöhnliche‘ Entwicklungsprozesse; so überholt z. B. ein jüngeres Geschwisterkind das ältere in der Schule, es ist vielleicht auch erfolgreicher bei der Familiengründung und im Berufsleben, obwohl dies ‚eigentlich‘ von der älteren Schwester bzw. dem älteren Bruder zu erwarten gewesen wäre.

Gewiss hat das in Studien, Interviews und Geschwistergruppen berichtete Erleben oftmals seinen Ursprung tatsächlich in der Erkrankung eines Familienmitgliedes. Allein die Annahme, ausnahmslos alle geschilderten Erfahrungssituationen seien für Familien mit einem psychisch erkrankten Kind exklusiv – diese Annahme ist höchst irreführend, auch wenn es kennzeichnend ist, dass die zu berichtenden Erfahrungen sich in diesen Familien ‚typischerweise‘ einstellen, nämlich in diesen Familien weit verbreitet sind (siehe auch das Kapitel ‚Probleme kommen in den besten Familien vor – die Relativierungsklausel‘).

Zusätzlich ist anzumerken: Die aus Familien mit einem psychisch erkrankten Geschwister berichteten Konflikte und Probleme werden nahezu wortgleich auch aus Familien mit anderen chronisch Erkrankten berichtet, z. B. bei einem Diabetes.

„Im Gespräch mit der Tochter drückt diese dann ihre massive Kränkung über die offenkundige Benachteiligung ihrer Person aus. Sie fühlt sich in der Familie einsam und überhaupt nicht aufgehoben, sie fiebert ihrem Abitur entgegen, weil sie danach die Familie augenblicklich verlassen will. Gegen ihren Bruder hegt sie einen starken Groll, weil er ihr den Zugang zu der Mutter verwehre. Ihre Mutter habe seit seiner Krankheit [...], und das ist fast so lange, wie sie sich erinnern kann, keine Zeit mehr für sie gehabt. Mit ihrem Vater könne sie sich auch kaum unterhalten, da dieser spät nach Hause komme und dann völlig erschöpft sei und seine Ruhe brauche.“ (Boeger und Seiffge-Krenke 1996, S. 360).

Der Bruder erkrankte mit fünf Jahren, die Tochter ist drei Jahre älter, ihre Befragung fand statt, als sie achtzehn Jahre alt war. In Interviews mit der Mutter wird im Übrigen die „unproblematische und positive Entwicklung

[der Tochter] nur in einem Nebensatz erwähnt [...]. In unseren mehrfach jährlich stattfindenden Interviews dreht sich alles um den erkrankten Sohn.“ (Ebenda) Weiter unten wird dieses frühe Verlassen der Herkunftsfamilie unter der Überschrift ‚Moratorium‘ besprochen.

Was in Gruppen mit einem homogenen Grundproblem, aber auch bei der Verdichtung von Interview-Beiträgen ebenfalls leicht übersehen wird: Das subjektive Erleben der einzelnen Beteiligten ist Ergebnis und Teil dynamischer Prozesse in der Familie selbst und in deren Umfeld, und an diesen Prozessen sind die Einzelnen immer auch aktiv Beteiligte. „Die Wirkung einer psychischen Erkrankung in der Familie ist kein linearer Prozess. Es ist eher ein interaktiver Prozess zwischen dem Einzelnen und der Familie, dem Familiensystem und der umgebenden Gemeinschaft.“ (Maurin u. a. 1990, S. 102, nach Jungbauer u. a. 2001, S. 110f. **) Jungbauer beklagt im Anschluss an Maurin, dass diese Tatsache in den üblichen Studien zur Belastung Angehöriger nicht berücksichtigt werde, indem die Belastung der Angehörigen grob vereinfachend als abhängige Variable angesehen werde – also als lineares unmittelbares Ergebnis der Erkrankung in der Familie, und nicht als Teil eines interaktiven Geschehens.

Zumindest für Nicht-Wissenschaftler muss darauf hingewiesen werden, auch vermeintlich ‚objektive‘ bevölkerungsbasierte Studien dürfen nicht ohne Berücksichtigung der kulturellen, politischen und informationstechnischen Rahmenbedingungen als ‚absolut‘ gewertet werden.

Neben vielen anderen Autoren hat sich bereits Ransom J. Arthur (1971) in „An introduction to social psychiatry“ mit der transkulturellen Psychiatrie befasst und Beispiele für solche Einflüsse etwa auf die ermittelte Prävalenz von psychischen Erkrankungen in asiatischen und afrikanischen Bevölkerungsgruppen sowie in abgeschlossenen US-Communities dokumentiert.

Während lange davon ausgegangen wurde, dass psychische Erkrankungen in der chinesischen Bevölkerung nicht existent seien, konnte T. Y. Lin in einer ersten epidemiologischen Studie auf der Insel Formosa (seit 1949 Republik China bzw. Taiwan) das Gegenteil belegen. Die Studie aus dem Zeitraum 1946–1948 konnte 15 Jahre später nahezu identisch wiederholt werden, mit deutlich erhöhten Prävalenzraten, was Lin auf die

enormen sozialen und wirtschaftlichen Umwälzungen in der Periode nach dem Chinesischen Bürgerkrieg zurückführt (Lin 1953 und Lin 1966, nach Arthur 1971, S. 102f.).

Ausgehend von Hospitalisierungsraten bei psychischen Erkrankungen war auch lange angenommen worden, die abgeschlossene und sehr ursprüngliche Lebensweise der Hutterer-Community (fundamentalistische religiöse Gemeinschaft deutschstämmiger Immigranten) im Mittleren Westen der USA könne möglicherweise einen Schutz vor psychischen Erkrankungen darstellen. In einer Feldstudie stellten Eaton und Weil jedoch fest, dass dies keineswegs der Fall ist, sondern die Hutterer – nicht nur bei psychischen Erkrankungen – nur im äußersten Notfall eine Behandlung im Krankenhaus in Anspruch nehmen (Eaton und Weil 1955, nach Arthur 1971, S. 104).

Solche Aspekte sollten bei der Einordnung von (internationalen) Studien stets präsent sein, das gilt insbesondere für das Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘.

IV

Historischer Abriss

IV.1 Die kurze Geschichte der Geschwister-Bewegung

IV.1.1 Es begann mit Geschwistern, die über sich nachdachten

Anders als in den angelsächsischen Ländern kamen die Geschwister psychisch erkrankter Familienmitglieder im deutschsprachigen Raum erst sehr spät in den Blick der (Fach-)Öffentlichkeit. In fast allen Ländern waren es die Geschwister selbst, die sich als erste äußerten, auf ihre besondere Rolle und ihre Bürde aufmerksam machten und Unterstützung einforderten.

Dennoch, die erste bekannte Stimme, die diese besondere Rolle benannte, stammt aus Deutschland. Lotte Mucha, die engagierte Angehörige und Schwester, wurde bereits im Vorwort dieser Monographie gewürdigt. Doch ihr Ruf „... nur eine Schwester?“ (Mucha 1982, S. 56) blieb für viele Jahre ungehört. Erst 20 Jahre später fanden ihre Vorreiterrolle und ihre Verdienste in der Diplomarbeit von Sabine Hummitzsch die überfällige Anerkennung (Hummitzsch 2002, S. 51ff.).

1983 untersuchte die Schwester L. P. Chase in ihrer Dissertation, welche Themen das Leben von Geschwistern prägen, deren Schwester oder Bruder an einer Schizophrenie erkrankt ist („Themes in the lives of well siblings of schizophrenics“). Dabei hat sie eine Reihe von Aspekten herausgearbeitet, die in vielen späteren Studien bestätigt wurden.

Ami Brodoff sprach 1988 in einem Essay von der Last des unsichtbaren Gepäcks (the burdens of invisible baggage). Das Essay erschien in der Reihe ‚first person accounts‘ („aus erster Hand“) der Zeitschrift *Schizophrenia Bulletin*. Zur Intention der Reihe schreibt das Journal: „Die wichtigste Anforderung unserer Redaktion ist, dass solche Beiträge [...] einen neuartigen oder einzigartigen Aspekt der Schizophrenie [thematisieren], mit besonderer Betonung von Gesichtspunkten, die für Profis von Bedeutung sein werden.“ (Brodoff 1988, S. 113 **)

Zwei Jahre früher beschrieb Lucy Fuchs (1986, S. 744f.) in derselben Rubrik nicht nur das Erleben von schizophrenen Störungen in ihrer Familie, sondern benannte ausdrücklich solche ‚wichtigen Punkte‘.

Das Nachdenken über ihre eigene Geschwisterrolle findet Niederschlag auch in der Studie von Joanne Riebschleger (1991), die – unter Einbeziehung ihrer Erfahrungen – als Sozialarbeiterin mit 20 Geschwistern sprach, um deren emotionale Reaktionen auf die Mitgeschwister-Situation zu erheben und daraus Folgerungen für die Soziale Arbeit zu ziehen.

1993 erschien das Ergebnis einer umfangreichen Studie an der University of Pittsburgh at Greensburg von Diane Marsh, Rex Dickens u. a. (1993a). Bereits diese frühe und bedeutsame Arbeit darf auch als Selbstäußerung von Geschwistern gewertet werden, denn Rex Dickens hat drei psychisch erkrankte Geschwister und beobachtete bei sich und anderen Mitgeschwistern ‚gefrorene Seelen‘. Sicherlich rührt daher auch die Betonung der Notwendigkeit, die besondere Rolle von Geschwistern in Familien mit psychisch Erkrankten zu berücksichtigen und die daraus resultierenden unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnisse zu beantworten. Dies gehört heute zum Credo des deutschen GeschwisterNetzwerks.

Die erste in Deutschland publizierte biographische Monographie war völlig in Vergessenheit geraten. Sie erschien im Jahr 1994 (Moorman 1994), zwei Jahre nach der amerikanischen Ausgabe. Es ist die Beschreibung der schwierigen Versuche, mit der psychischen Erkrankung der Schwester fertigzuwerden. 1997 wurde von Clea Simon mit ihrem Buchtitel erstmals das Bild der ‚Geschwister im Schatten‘ gezeichnet: „Mad house – growing up in the shadow of mentally ill siblings“ (Simon 1997).

Es mag an dieser Historie liegen, dass sich bis heute Geschwister im angelsächsischen Raum recht häufig mit ihrer Lebensgeschichte öffentlich zu Wort melden: sie schreiben selbst, lassen sich interviewen, gelegentlich sind sie auch in Rundfunk und Fernsehen zu hören und zu sehen. Dabei ist die Spannweite groß. Einige der Berichte finden ihren Weg in renommierte Medien wie *The New Yorker*, *The Washington Post*, *The Guardian* oder auf die Website von Oprah Winfrey, der bekanntesten Moderatorin in den USA. Die Links zu einigen dieser Peer-Erfahrungen wurden am Ende des Literaturverzeichnisses unter ‚Peer-Berichte (2020)‘ zusammengestellt.

IV.1.2 Die kurze Geschichte in Deutschland

In Deutschland wird erst seit wenigen Jahren zur Kenntnis genommen, wie massiv eine chronische Erkrankung bzw. Behinderung eines Bruders oder einer Schwester in das Leben der Mitgeschwister eingreift. Das Treffen einer Gruppe von Geschwistern behinderter und somatisch chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern sowie Professionellen im Jahr 1976 blieb ein regionales und singuläres Ereignis (Winkelheide 2017).

Auch die Forschung zur Beziehung zwischen gesunden und erkrankten bzw. behinderten Geschwistern kann in Deutschland keineswegs auf eine längere Tradition zurückblicken. Mehr noch: In einer Studie, in der die Dynamik zwischen den Eltern und den an Diabetes erkrankten Kindern betrachtet wurde, mussten in den 1990er Jahren die Mitgeschwister die Berücksichtigung ihrer Sicht der Dinge einfordern: „Bemerkenswert war das große Interesse, das die gesunden Geschwister chronisch kranker Jugendlicher unserer Studie entgegenbrachten. Nicht wenige gesunde Geschwister äußerten den Wunsch, in die Untersuchung einbezogen zu werden, um ihre Sicht- und Erlebensweisen darstellen zu können, und zeigten sich enttäuscht darüber, dass dies zu Beginn unserer Studie nicht vorgesehen war. Wir entschlossen uns deshalb, die Qualität der Geschwisterbeziehung auch aus der Sicht des gesunden Geschwisters zu erfassen.“ (Boeger und Seiffge-Krenke 1996, S. 358) Dass die Forschungsgruppe auf das Anliegen der Geschwister einging, kam der Studie letzten Endes sehr zugute (siehe Seiffge-Krenke u. a. 1996).

In Deutschland fand 2003 das erste Treffen für Geschwister und weitere Familienangehörige psychisch Erkrankter in Potsdam statt, das sehr kurzfristig geplant worden war und daher den Charakter einer spontanen Zusammenkunft hatte. Es sollte sich zeigen, dass dennoch bereits bei diesem Treffen alle wesentlichen Belastungen und positiven Herausforderungen der Mitgeschwister angesprochen wurden (Peukert 2003). Beobachtende Teilnehmerin war die Psychologin Rita Schmid, die zu diesem Zeitpunkt an Studien zur Belastung von Angehörigen und erstmals in Deutschland auch speziell von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen arbeitete (Schmid u. a. 2004a; Schmid 2004b; Schmid u. a. 2005a;

Schmid u. a. 2005b; Schmid u. a. 2006). Im Jahr darauf stellte sie bei einer Angehörigen-Tagung in Regensburg Teile der qualitativen Erhebung bei Geschwistern von an Schizophrenien erkrankten Patientinnen und Patienten vor (Schmid 2004b). Der Autor hielt im gleichen Jahr bei einem Expertengespräch im Bezirksklinikum Haar einen Vortrag zu Geschwistern, in dem die eigenen Erfahrungen sowie die bis dato vorliegenden Studienergebnisse von Schmid und Mitautoren thematisiert wurden (Peukert 2008a).

Etwa zum gleichen Zeitpunkt, als in Deutschland erstmals über Geschwister gesprochen und geschrieben wurde, fand in Australien bereits die ‚1st National Conference for Siblings in Australia‘ statt (Hinweis auf das Treffen im Jahr 2004 in SiblingsAustralia 2019), bei der auch ein Unterstützungsprogramm für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil oder Geschwister vorgestellt wurde (Pitman u. a. 2004; siehe auch den Abschnitt ‚Gruppenangebote für jüngere Geschwister‘). Dem gingen außerhalb Deutschlands bereits viele Studien zu Geschwistern psychisch erkrankter Menschen voraus, deren Ergebnisse in den folgenden Kapiteln referiert werden.

Im Jahr 2005 gründeten zwei Schwestern unter dem Dach der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, ihrer Freunde und Förderer München (apk-muenchen.de) die erste dortige Geschwistergruppe. Die beiden Schwestern wollten sich gezielt mit anderen Geschwistern über die besondere Familiensituation, ihre Probleme, Anliegen und Bedürfnisse austauschen. Diese erste Gruppe ist immer weiter gewachsen, und so hat sich im Jahr 2013 die zweite Selbsthilfegruppe nur für Geschwister gegründet.

Ab 2008 kamen sogenannte ‚reine Geschwistertreffen‘ zustande, d. h. eintägige regionale Zusammenkünfte ausschließlich von Geschwistern. Am 19.04.2008 fand ein solches Treffen in Hamburg statt (Peukert 2008b) und ein zweites Treffen am 14.11.2008 in Wiesbaden, aus dem hier als dem ‚ersten hessischen Geschwistertreffen‘ zitiert wird (Munkert und Peukert 2009a). Eingeladen hatten die jeweiligen Landesverbände der Angehörigen, ebenso wie beim (nach 2003) zweiten für alle Angehörige offenen Treffen zu Geschwisterfragen in Halle (Saale) am 07.07.2008.

Im nahezu gleichen zeitlichen Abstand wurden drei weitere Studien in deutscher Sprache veröffentlicht: Schrank u. a. (2007), Bock u. a. (2008) und Munkert (2008, Diplomarbeit), etwas später Simon (2010, Masterarbeit). Schrank und Mitautoren untersuchten erstmals im deutschsprachigen Raum, welche Aufmerksamkeit und Unterstützung Geschwister von psychisch Erkrankten durch Mitarbeitende im stationären Hilfesystem erfahren. Im Kapitel ‚Unterstützung für Geschwister in Deutschland‘ wird über den gegenwärtigen Stand solcher Leistungen berichtet.

Danach wurde es lange still, was die Geschwister angeht – nur unterbrochen von einer öffentlichen Veranstaltung des Angehörigenvereins in Darmstadt am 05.03.2011, bei der im zweiten Teil Eltern und Geschwister jeweils unter sich waren. Diese Geschwister konnten auf eigenen Wunsch am 15.11.2011 ein zweites Mal zusammenkommen, woraus sich aber keine regelmäßigen Treffen entwickelten, obwohl das zunächst vorgesehen war.

Leben in die Entwicklung kam erst wieder im Jahr 2017. In Mainz fand am 20.10.2017 ein Eltern-Seminar statt, an dem ohne explizite Einladung auch einige Geschwister teilnahmen (Peukert und Simon 2017b). Für die Entwicklung bedeutsamer war jedoch der spontane Entschluss von sechs Geschwistern, im Rahmen einer Angehörigenveranstaltung in Halle (Saale) ohne jegliche Vorbereitung ein GeschwisterNetzwerk ins Leben zu rufen, das heute unter anderem eine Website (geschwisternetzwerk.de; geschnet.de) sowie ein Forum (geschnet.de/forum) betreibt (Peukert 2017c). Nahezu ebenso spontan entstand 2017 beim Weltkongress für Psychiatrie die European Union for Siblings of Mentally Ill (EUSIMI), die allerdings gegenwärtig brachliegt.

Obgleich es durchaus vereinzelt Initiativen gab, so lief doch in Deutschland auch die Selbstorganisation von Geschwistern den angelsächsischen Entwicklungen hinterher. In den USA, England, Kanada und Australien hatten sich bereits im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts Geschwister-Organisationen etabliert.

IV.1.3 Die Geschwisterorganisationen im Ausland

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf den Geschwisterorganisationen in anderen Ländern, auf die Forschungen wird weiter unten eingegangen.

IV.1.3.1 Österreich

Über mehr als zehn Jahre leitete Annette Hördinger, Psychologin und hauptamtliche Mitarbeiterin des Wiener Angehörigenvereins unter dem Dach von HPE Österreich (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter, hpe.at) eine moderierte Gruppe für erwachsene Geschwister psychisch erkrankter Menschen. Die Treffen dieser Gruppe finden jeweils einmal im Monat für zwei Stunden statt. Zunächst wurden sie offen geführt, Ein- und Ausstieg waren jederzeit möglich. Seit 2018 startete jeweils im September für neun Monate eine geschlossene Gruppe, die Weiterführung dieses Angebots unter neuer Leitung ist geplant (hpe-wien.at). Geschlossene Gruppen „bringen gewisse Vorteile“, schreibt Frau Hördinger in einer Mail an den Autor (Hördinger 2019).

Anfang 2020 hat HPE Österreich eine Ausgabe der Verbandszeitschrift Kontakt dem Schwerpunktthema ‚Geschwister‘ gewidmet: „Geschwister psychisch erkrankter Menschen: Was sie belastet. Was sie stärkt.“ (HPE Österreich 2020)

Neben einem allgemeinen HPE-Forum gibt es kein spezielles Forum für Geschwister, sehr wohl aber eines für Kinder psychisch erkrankter Menschen.

IV.1.3.2 Griechenland

Spyros Zorbas hat 2006 einen Blog (athenssibblings.gr) gestartet, als seine behinderte Schwester in eine schwere Krise geriet. Daraus ist die Geschwisterorganisation KINAPSY entstanden, die allerdings nur einige

Jahre überlebt hat. Heute ist Zorbas Präsident von EPIONI (epioni.gr), gegründet 2016. Der Schwerpunkt von EPIONI liegt auf der Berücksichtigung von Angehörigen in ihrer Rolle als unbezahlte und unersetzliche Helfer/Betreuer/Kümmerer (carer).

IV.1.3.3 Großbritannien

Breite Aufmerksamkeit wurde psychischen Erkrankungen in Großbritannien zuteil, als sich 2017 ein damaliges Mitglied des Königshauses, Prinz Harry, öffentlich zu seinen mehr als 20 Jahre währenden psychischen Beeinträchtigungen und „zwei Jahre totales Chaos in meinem Leben“ äußerte und dabei auch seinem Bruder dankte. „Mein Bruder, wissen Sie, segne ihn, er war eine große Unterstützung für mich.“ (Harry, Duke of Sussex 2017 **)

Zunächst gemeinsam engagierten sich die Brüder mit ihren Ehefrauen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Familien und Freunde; unter anderem koordiniert und fördert die Royal Foundation die breit angelegte Kampagne ‚Heads Together‘ (headstogether.uk). Das Hauptanliegen dieser Initiative ist die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, aber sie legt auch konkrete Programme für besonders benachteiligte bzw. übersehene Gruppen auf, etwa für Kinder und Kriegsveteranen (Heads Together 2019).

‚Mentally Healthy Schools‘ (mentallyhealthyschools.uk) ist eines dieser Projekte und startete 2018. In vielen Beiträgen auf der Website werden Geschwister angesprochen, meist jedoch in ihrer Funktion als ‚young carer‘. Allerdings bietet die Seite auch unterstützende Informationen für Geschwister und einige der Kooperationspartner haben ‚siblings support‘ für Eltern und Lehrer im Programm, wie z. B. Wellatschool oder Contact (Mentally Healthy Schools 2019a, 2019b).

Contact, eine Selbsthilfeorganisation „for families with disabled children“, wurde 1970 von einigen Familien gegründet und schreibt seit 2016 neben anderen auch einen ‚Sibling Award‘ aus „für die oft unsichtbaren, aber großen Dinge, die Geschwister für ihre behinderten Brüder und Schwestern tun“ (Contact 2020 **).

Die Beachtung von Geschwistern hat in Großbritannien indes eine längere Geschichte. Die Wurzeln der Organisation Rethink Mental Illness (rethink.org) stammen aus dem Jahr 1972; 2011 hat sie sich den heutigen Namen gegeben. Sie ist aus einem Zusammenschluss von Angehörigen hervorgegangen, ihr erstes Mitglied war die Schwester Ernestine Adams. Inzwischen hat sich der Verband gemäß seiner Website zu einem der größten gemeinnützigen Anbieter von Dienstleistungen für Personen mit psychischen Erkrankungen entwickelt. Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und Angehörige kommen nur noch im Kuratorium (trustee board) vor. Die Organisation betreibt über 200 Einrichtungen und bietet Zugang zu rund 150 regionalen Gruppen, darunter zwei Geschwistergruppen in Süd-London und Bristol (Rethink Mental Illness 2021, Stand Mai 2022). Ähnlichkeiten bestehen zum deutschen Dachverband Gemeindepsychiatrie (dvgp.org), ebenfalls von Angehörigen mitgegründet, die aber jetzt nur noch als Beisitzer fungieren.

2007 wurde unter dem Dach von Rethink Mental Illness das Brothers and Sisters Siblings Network gegründet. Im Rahmen eines dreijährigen mit Lottomitteln gut ausgestatteten Projekts wurden ab 2010 die Geschwisterthemen vorangebracht und es entstanden landesweit Geschwistergruppen. „Wir gründeten das Geschwister Netzwerk, weil unsere Mitglieder uns darauf hinwiesen, dass es für die Geschwister von Menschen mit psychischen Erkrankungen wirklich schwierig sei, Unterstützung und Rat zu finden. Wir wollten einen Weg finden, diese Unterstützung anzubieten und die Geschwister miteinander zu vernetzen, um Erfahrungen und Ratschläge auszutauschen. – Im Juli 2010 hat uns der Big Lottery Fund freundlicherweise drei Jahre Förderung gewährt.“ (Rethink Mental Illness 2018 **)

Die beiden oben genannten Gruppen für Geschwister sind übriggeblieben, das Siblings Network existiert nicht mehr. Alle Hinweise für oder auf Geschwister wurden von der Website entfernt. Das Verhältnis der Organisation zu Geschwistern scheint das von Professionellen zu ihrer Klientel zu sein. Die Klientel (Geschwister) wird befragt, und aus den Ergebnissen werden Unterstützungspakete geschnürt. Daraus folgt die Notwendigkeit eines ständigen Mittelzuflusses zur Aufrechterhaltung der Organisation, der im Zweifel auch die befragte Klientel geopfert wird.

Ursprünglich ebenfalls unter dem Dach von Rethink Mental Illness wurden von den beiden Forschern und Praktikern Christopher Griffiths und Jacqueline Sin professionelle Hilfen für Geschwister angeboten (Griffiths und Sin 2013).

Auf Jacqueline Sin geht eine interessante Beobachtung zurück. Als in England das familienorientierte Projekt ‚EIPS‘ (Early Intervention in Psychosis Services) zur Frühintervention bei Psychosen gestartet wurde (Sin u. a. 2007), fiel der gelernten Fachkrankenschwester auf, dass in der praktischen Arbeit der Teams mit ‚Familie‘ immer die Eltern, meist sogar nur die Mütter, gemeint waren. Daraufhin haben Jacqueline Sin, Nicki Moone und Paul Harris in mehreren Zeitschriften auf die besondere Situation der Geschwister hingewiesen (unter anderem Sin u. a. 2008).

Sin, inzwischen Professor of Mental Health Nursing an der University of London, blieb dem Geschwisterthema treu. Mit weiteren Autorinnen publizierte sie mehrere Studien zur Entwicklung, Anwendung und Evaluation von Interventionen zur Stärkung von Geschwistern psychisch Erkrankter (z. B. Sin u. a. 2013; Sin u. a. 2014; Sin u. a. 2015; Sin u. a. 2016), auch ihre Dissertation widmete sie diesem Arbeitsschwerpunkt.

Bis heute unterstützt Sin die 1998 gegründete dialogisch getragene Organisation Meriden (meriden.com), die das Ziel hat, „sicherzustellen, dass Nutzer und Familien Zugang zu familien-sensiblen Diensten und evidenzbasierten Interventionen haben, [wobei] die Familien im Mittelpunkt eines hochwertigen Versorgungsangebots für psychische Gesundheit stehen.“ Meriden sieht in seinem Fortbildungs- und Unterstützungsangebot ‚The Meriden Family Programme‘ das größte seiner Art weltweit, in dessen Zentrum „Recovery for carers“ steht – explizit auch für Geschwister (Meriden 2020 **).

Nach dem Aus für das Siblings Network gibt es in England nur noch die Organisation Sibs für Geschwister von „disabled children and adults“. Sie geht auf Monica McCaffrey zurück, die bereits seit 1990 Workshops für Eltern mit Blick auf die Geschwister anbot, worauf sich einige Geschwistergruppen bildeten. 1998 fand der erste landesweite Austausch der Gruppenleiter statt und 2001 gründete Monica McCaffrey zusammen mit anderen erwachsenen Geschwistern Sibs (sibs.uk). Bis heute haben fast

alle Vorstandsmitglieder, Mitarbeiter und Beiräte einen persönlichen Erfahrungshintergrund. Ein Hauptziel der Organisation war, mit Unterstützung von professionellen Helfern regionale Gruppen zu initiieren, die in den ersten Jahren auch stark zunahmen. Als die Fördermittel ausliefen, lösten sich viele der Gruppen auf und es bildeten sich über einen längeren Zeitraum keine weiteren.

Mit einem neuen Konzept (und neuem Geld) konnte eine Änderung herbeigeführt werden: Von den landesweit derzeit sechzehn Gruppen für erwachsene Geschwister (sibs.uk, Stand Mai 2022) wurden allein neun seit 2019 gegründet. 2021 wurde zudem eine geschlossene Online-Trauergruppe für hinterbliebene Geschwister eingerichtet, für die es bereits eine Warteliste gibt. Im Juni 2020 hat Sibs einen umfangreichen Ratgeber „Self-care for siblings“ herausgebracht (Sibs 2020). Diese Publikation wurde von Geschwistern für Geschwister entwickelt und richtet – anders als meist in Großbritannien üblich – den Fokus ausdrücklich nicht auf die Carer-Funktion, sondern auf die lebenspraktischen und emotionalen Belange der erwachsenen Geschwister.

Umfangreiche Angebote hält Sibs auch für Eltern, Lehrer und Professionelle bereit. Von Sibs entwickeltes Arbeitsmaterial für den Aufbau und die Durchführung von präventiven Gruppen für Geschwister im Kindesalter wurde vom deutschen Geschwisterkinder-Netzwerk übersetzt und steht unter dem Titel ‚Frame‘ zur freien Nutzung zur Verfügung (Geschwisterkinder-Netzwerk 2020).

IV.1.3.4 Schweiz

In der Angehörigenselbsthilfe und in Beratungsstellen sind einige Geschwister aktiv. Eine Anfrage an die Angehörigenorganisationen auf den unterschiedlichen regionalen Ebenen führte zu keinen Hinweisen auf exklusive Geschwistergruppen.

IV.1.3.5 USA

In den USA gibt es bereits eine sehr hohe Aufmerksamkeit für die Geschwister und entsprechend viele Organisationen, die sich den Problemen und Fragen der Geschwister zugewandt haben. An dieser Stelle können nur einige genannt werden.

NAMI (The National Alliance on Mental Illness, nami.org), die große und mächtige Angehörigenorganisation, wurde 1979 von einigen Familien quasi am Küchentisch gegründet, hat heute mehr als 600 regionale Niederlassungen und versteht sich als führende Stimme zu psychischer Gesundheit in den USA (the nation's leading voice on mental health). Bereits 2001 hat NAMI ein Fact-Sheet mit Coping-Tipps für Geschwister und erwachsene Kinder herausgegeben und seither mehrfach aktualisiert (NAMI 2018). Mit seinen zahlreichen Edukationsprogrammen richtet sich NAMI auch an Geschwister (z. B. NAMI 2020). Vereinzelt werden außerdem Selbsthilfegruppen für Geschwister angeboten wie z. B. in New York. Das Siblings and Adult Network (SAC) aus den 1990er Jahren existiert dagegen nicht mehr.

1990 gründete Don Meyer in Seattle das Sibling Support Project (siblingsupport.org), das „den lebenslangen und sich ständig verändernden Sorgen von Millionen von Brüdern und Schwestern von Menschen mit besonderen Gesundheits-, Entwicklungs- und psychischen Problemen gewidmet ist“ (Sibling Support 2020 **). Heute ist Sibling Support USA-weit aktiv mit über 400 ‚Sibshops‘ für die Geschwister von Schulkindern mit Entwicklungsstörungen und/oder psychischen Problemen. Don Meyer hat zudem gemäß einer Mail an den Autor (Meyer 2019) 70 ‚Sibshops‘ in anderen Ländern ins Leben gerufen. Ferner bietet Sibling Support Workshops und Websites für junge und erwachsene Geschwister an. Für erwachsene Geschwister gibt es Online-Gruppen für verschiedene Altersstufen: Teenager, Geschwister in den 20er Lebensjahren und über 30-Jährige. Don Meyer geht von mindestens 7.000 Geschwistern in diesen Gruppen aus. Unter anderem haben einige von ihnen auf vier Seiten formuliert, „was Geschwister ihre Eltern und die Dienstleister gerne wissen lassen wollen“ (Holl 2015 **). Beratungsangebote richten sich auch an Professionelle und Eltern.

Das Clay Center for Young Healthy Minds am Massachusetts General Hospital (claycenter.org) versteht sich als Online-Bildungsressource. Anliegen des Zentrums ist die Förderung und Unterstützung des ‚psychischen, emotionalen und verhaltensbezogenen Wohlbefindens von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen‘. Mit einem Multimediaangebot richtet es sich primär an die Eltern und Großeltern von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen oder Störungen, hat jedoch auch deren Geschwister im Blick (Clay Center for Young Healthy Minds 2021).

1995 wurde Schizophrenia.com (schizophrenia.com) gegründet, eine Online-Initiative, in der vornehmlich Studierende aus psychiatrienahen Studiengängen mit eindeutiger Orientierung auf erkrankte Menschen und deren Angehörige aktiv sind. In der Selbstdarstellung heißt es: „Schizophrenia.com ist eine Internet-Community, die sich zur Aufgabe gemacht hat, hochwertige Informationen, Unterstützung und Aufklärung für Familienmitglieder, betreuende und sonstige Personen bereitzustellen, deren Leben von Schizophrenie betroffen ist. Diese Web-Community wurde in Erinnerung an John Chiko gegründet, der an Schizophrenie litt. Wir sind bestrebt, das Leben aller Individuen und Familien, die von einer schizophrenen Erkrankung beeinträchtigt sind, zu verbessern und auf Heilung gerichtete Forschung zu befördern.“ (Schizophrenia.com 2020a **) Executive Director ist Brian Chiko, der Bruder von John Chiko, zu dessen Erinnerung Schizophrenia.com gegründet wurde. Auch auf dieser Plattform finden sich frühe Beiträge zum Verständnis der Situation von Geschwistern. In den letzten Jahren dümpelt die Initiative allerdings vor sich hin, Aktualisierungen finden nicht mehr statt, doch mehrere Foren werden nach wie vor gut frequentiert.

Eine wesentliche Rolle für die Präsenz der Geschwisterfrage spielt der Aufsatz von Diane T. Marsh, Rex M. Dickens und weiteren Autoren über die beschwerliche Reise von Geschwistern und Kindern psychisch Erkrankter (Marsh u. a. 1993a: „Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness“). Damit wurde zunächst die Wahrnehmung der Geschwister-Problematik in den USA und in der Folge weltweit geschärft. Diane Marsh hatte bereits in einer früheren Publikation auf etwas verwiesen, was im Blick auf Angehörige immer wieder vergessen wurde,

nämlich „dass sich ihre Erfahrungen und Bedürfnisse aufgrund ihrer Rollen und Beziehungen innerhalb der Familie wahrscheinlich erheblich unterscheiden“ (ebenda, S. 2 **).

Von Diana Marsh stammt vermutlich der erste Ratgeber für Familien mit deutlicher Berücksichtigung der Geschwister: „How to cope with mental illness in your family: A self-care guide for siblings, offspring, and parents“ (Marsh 1998). Anders als in vielen Studien in den USA werden die Geschwister, Eltern und professionellen Helfer dezidiert dazu aufgefordert, die besonderen Bedürfnisse der Geschwister zu sehen und zu beachten, auch das Recht und die Pflicht auf ein eigenes Leben. Dies kann eben auch bedeuten, sich nicht an der Betreuung der oder des Erkrankten zu beteiligen.

Die meisten Studien in den USA scheinen demgegenüber ein zentrales Ziel zu verfolgen: Was kann und muss getan werden, um die Beziehung zwischen den Geschwistern positiv zu halten oder wieder ins Positive zu kehren, und wie können die Familienbande generell (wieder) gefestigt werden – und das alles mit dem Ziel, die Geschwister als die natürlichen Betreuungspersonen für die Erkrankten zu erhalten bzw. zu gewinnen, da die Eltern „als Vollmitglieder multidisziplinärer Behandlungsteams“ irgendwann einmal ausfallen werden (Marsh u. a. 1993a, S. 2).

Dies ist nachvollziehbar angesichts der Versorgungssituation für psychisch erkrankte Menschen in den USA, was in einigen der Studien explizit angeführt wird. Smith und Greenberg (2008) verweisen auf die Rückführung vieler psychisch erkrankter Menschen in den USA in ihre Familien im Rahmen der dortigen Deinstitutionalisierung: „Mit der Deinstitutionalisierung wandten sich viele Menschen mit psychischen Erkrankungen mit ihren Hilfee Erwartungen wieder an ihre Familien, weil es keine angemessenen gemeindebasierten Dienstleistungen gab. Auch heute noch, wo es eine größere Palette solcher Dienste gibt, springen oft Familienangehörige, insbesondere Eltern, ein, um die Lücken im Versorgungssystem zu schließen. Viele dieser Eltern befinden sich jedoch jetzt im Rentenalter. So wird wahrscheinlich eine zunehmende Zahl von Erwachsenen mit schizophrenen Erkrankungen bei ihren Geschwistern Unterstützung suchen, da die Betreuungsfähigkeit ihrer alternden Eltern abnimmt und letztlich endet.“ (Ebenda, S. 57 **)

Ob es primär die erkrankten Geschwister sind oder die Eltern oder die Vertreter des Versorgungssystems, die auf die Geschwister schauen, mag dahingestellt sein. In einem Land mit einem defizitären Versorgungssystem sind die Motive der allseitigen Bemühungen um die Geschwister jedoch wahrscheinlich nicht allein an deren Interesse orientiert.

Zahlreiche weitere Studien betrachten Angehörige als die einzigen, die für psychisch Erkrankte zur Verfügung stehen, und Geschwister werden in der Regel als die künftigen primären Unterstützer angesehen (z. B. Hatfield und Lively 2005, S. 336). Vor diesem Hintergrund ist in den USA das Interesse an den Bedürfnissen und Bedarfen der Mitgeschwister gewachsen, auf das die nationale Studie von Friedrich, Lively und Rubenstein (2008) empirisch antwortet. Neben den an anderer Stelle zu zitierenden Ergebnissen ist der Wunsch von 82 % der befragten Mitgeschwister nach professioneller Hilfe bei der Klärung ihrer eigenen Rolle bei der Unterstützung der erkrankten Geschwister hervorzuheben, wenn die Eltern dazu nicht länger in der Lage sind (ebenda, S. 266). Dies widerspricht der Selbstverständlichkeit, mit der sie als die künftig primären Unterstützer gesehen werden (the logical replacements for aging parents) (ebenda).

Die versorgungskulturellen Unterschiede hat Michael Hochgeschwender (2018), Professor für Nordamerikanische Kulturgeschichte in München, als die in Deutschland geltende ‚Rund-um-die-Uhr-Unterstützungsmentalität‘ ausgemacht. Demgegenüber stehe in den USA die nahezu unbedingte Eigenverantwortung im Zentrum, obwohl dies vor Obama-Care für das Gesundheitssystem generell und für psychisch erkrankte Menschen im Besonderen verheerende Folgen hatte.

IV.1.3.6 Kanada

Aus Kanada stammt einer der ersten Ratgeber für Geschwister „A sibling’s guide to psychosis“ (Mulder und Lines 2005). Herausgegeben wurde die knapp 30-seitige Broschüre von der Canadian Mental Health Association (cmha.ca) als Teil eines Projektes zur Frühintervention – eine deutliche

Parallele zu Großbritannien, wo die Aufmerksamkeit für und die Unterstützung von Geschwistern ebenfalls in einem solchen Projektzusammenhang standen.

In den „Nationalen Leitlinien für ein umfassendes Versorgungssystem zur Unterstützung von Familien, die Erwachsenen mit psychischen Problemen und Erkrankungen Pflege/Beistand gewähren“ (MacCourt u. a. 2013 **) gibt es einen Absatz zu Geschwistern mit dem Hinweis auf den Geschwister-Ratgeber: „Ein Geschwister mit einer psychischen Erkrankung wirkt sich auf die Beziehungen, Rollen und die Gesundheit der anderen Geschwister aus. Die zu diesem Thema befragten Geschwister wurden gebeten, ihre wichtigsten Bedürfnisse zu nennen. Sie identifizierten: zufriedenstellende Dienstleistungen für ihre kranken Verwandten, die Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen gegenüber der Krankheit, Fähigkeiten zur Bewältigung sowie persönliche Unterstützung. Ihre größte Sorge (82 % der Teilnehmenden) war, wer sich um ihr krankes Geschwister kümmern werde, wenn ihre Eltern es nicht mehr könnten.“ (Ebenda, S. 17 **) Über die Praxis der Geschwisterberatung und -selbsthilfe in Kanada waren leider keine Informationen zu bekommen.

Eine der deutschen Bewegung Experienced Involvement (exin.de) vergleichbare Organisation ist Peer Support Canada (peersupport.ca), wo sich seit mehr als zehn Jahren psychisch erkrankte Menschen und Angehörige als zertifizierte Peer Supporter, als Family Peer Supporter sowie als Mentoren ausbilden lassen können. Eine Anfrage bei Peer Support Canada bestätigte die Hoffnung, dort auf Geschwisteraktivitäten zu stoßen, bedauerlicherweise nicht (Peer Support Canada 2019).

IV.1.3.7 Australien

Kate Strohm und Dr. Jon Jureidini gründeten 1999 eine Geschwistergruppe in der Frauen- und Kinderklinik in Adelaide, daraus entwickelte sich die selbständige NGO SiblingsAustralia (siblingsaustralia.au). Die Initiatorin ist eine Schwester, die von professioneller Seite Unterstützung erhielt. Ihre Erfahrungen beim Aufbau des Verbandes hat sie in einem Buch verarbeitet (Strohm 2002).

In dieser Geschwisterorganisation sind Geschwister, Eltern, professionelle Helfer und Forscher vertreten, sie differenziert nicht nach Art der Behinderung oder der chronischen Erkrankung. Sie versteht sich als Hilfsorganisation, die Eltern und Professionellen die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe der Geschwister nahebringen will und bietet zudem direkte Hilfen für Geschwister an, darunter eine geschlossene Facebook-Gruppe sowie das psychoedukative Gruppenprogramm ‚SibworkS‘ in Anlehnung an ein ähnliches US-Programm.

In einem Mailaustausch des Autors mit der Gründerin Kate Strohm zeigt diese sich davon überzeugt, dass zwar die Probleme je nach Behinderung bzw. Erkrankung unterschiedlich seien, nicht aber die Bedarfe (needs), weshalb es bei ihnen auch keine getrennten Gruppen gäbe (Strohm 2017).

SiblingsAustralia betont in vielen Publikationen die Funktion bzw. Rolle der Geschwister und wendet sich gegen ihre Vereinnahmung als Betreuungspersonen. „Sie sollten vor allem anderen als Geschwister gesehen werden“, antwortete Kate Strohm auf die Bestrebung, Geschwister in das Australische Programm für ‚young carer‘ zu integrieren (SiblingsAustralia 2017a, S. 1 **): „Wenn wir uns auf den Weg ‚junge Betreuende/Bezugspersonen‘ einlassen, werden wir viele Geschwister nicht mitnehmen.“ (SiblingsAustralia 2017b **)

Die Vorsitzende berichtete auch, wie sehr die Erfolge der Anfangsjahre nachgelassen hätten, vor allem, weil die Organisation mehrere Jahre lang keinerlei öffentliche Förderung erhalten habe. Umso zuversichtlicher blickt SiblingsAustralia in die Zukunft: Im Dezember 2019 wurde das dreijährige Projekt „Gestärkte Geschwister: Gestärkte Familien“ (Stronger Siblings: Stronger Families) vom National Disability Insurance Scheme (NDIS) im Bereich Vernetzung und Kompetenzaufbau bewilligt (SiblingsAustralia 2020).

IV.2 Die Wellen der Geschwisterforschung

Aus der Aufzählung der deutschsprachigen Literatur geht deutlich hervor: Von einer Welle kann keinesfalls die Rede sein, bestenfalls von einem Kräuseln. Anders die internationale Literatur – hier lassen sich Wellen identifizieren, die die jeweiligen übergeordneten Forschungsepochen reflektieren. Über alle Epochen hinweg sind zwei grundverschiedene Interessen zu erkennen:

- Als Verwandte ersten Grades sind die Geschwister als Probandinnen und Probanden interessant, da ein Vergleich von Merkmalen bei ihnen, den erkrankten Geschwistern und Kontrollgruppen genutzt werden kann, um eigene theoretisch geleitete Hypothesen zu prüfen. Man könnte drastisch sagen: Die Geschwister werden funktionalisiert.
- Ganz anders die zweite Richtung: Hier steht der Wunsch im Vordergrund, die Geschwister und ihre Lebenslage zu verstehen und daraus Vorschläge für angemessene Unterstützung abzuleiten. Der erste Schritt auf dem Weg dorthin ist die Beschreibung der komplexen psychischen und sozialen Lebenssituation der Geschwister.

IV.2.1 Das erste Ziel: Die Entstehung psychischer Erkrankungen aufklären!

Die Geschwister-Studien der 50er bis in die 70er Jahre hatten zum Ziel, die Entstehung psychischer Erkrankungen (vornehmlich der Schizophrenien) aufzuklären, wobei drei Richtungen identifiziert werden können.

In zahllosen Studien wurde versucht, genetische Marker aufzuspüren und darüber das genetische Risiko für Geschwister und Kinder von psychisch Erkrankten einzuschätzen. Diese Forschungsrichtung hat sich bis heute behauptet, wobei sich die technischen Möglichkeiten der genetischen Forschung drastisch erweitert haben. Eindeutige Ergebnisse im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Prinzips konnten dennoch bislang nicht gefunden

werden. Im Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘ wird darauf eingegangen.

Bei einem anderen Ansatz wurden viele Studien theoretisch begleitet von der Annahme pathologischer Familiendynamiken. „Fallkontrollstudien wurden verwendet, um zu erklären, wie einige gesunde Geschwister dem pathologischen Familiennetzwerk ‚entgingen‘“ (Nechmad u. a. 2000, S. 3 **), und die Mitgeschwister wurden als Opfer verstanden – Opfer eines negativen Familienumfeldes (Nechmad u. a. 2000, S. 8), ebenso wie die erkrankten Geschwister (Zuk u. a. 1965; Parker 1972). Die Autoren dieser Phase sind heute noch geläufig: Wynne u. a. (1958); Lidz u. a. (1963); Laing u. a. (1964) und Alanen (1966). Es sind im Wesentlichen dieselben Autoren, die im Sammelband „Schizophrenie und Familie: Beiträge zu einer neuen Theorie“ versammelt sind (Bateson u. a. 1969) und die Generationen von Kritikern der klassischen Psychiatrie ebenso inspiriert wie auch die Basis für das systemische Verstehen gelegt haben.

Otto Bach aus der Gruppe der Sozialpsychiaterinnen und -psychiater der damaligen DDR hat sich intensiv mit diesen anglo-amerikanischen Familienstudien und den darauf aufbauenden Theorien auseinandergesetzt, um sie für die sozialpsychiatrische Forschung und familientherapeutische Praxis in der DDR nutzbar zu machen. Er war von der Bedeutung der Familie für die Ätiologie und den Verlauf von psychischen Erkrankungen überzeugt. Bei seiner Rezeption der Studien greift Bach nicht nur die bereits in der BRD vorgetragene Kritik auf, wonach die theoretischen Modelle auf der Beobachtung und intensiven Analyse in einigen wenigen Familien beruhe (siehe z. B. Häfner 1971), sondern legt auch besonderen Wert auf die unterschiedlichen Familienumwelten in den USA und der DDR. Aus Sicht der für die DDR-Wissenschaft fundamentalen Bedeutung des Historischen Materialismus „stehen wichtige Faktoren der Binnengliederung der Familiengruppe in direktem Bezug zur gesellschaftlichen Umwelt, ihrem Wertesystem und schließlich ihren Produktionsverhältnissen. Dieser Aspekt wird bei den genannten familienätiologisch orientierten Schizophrenieforschern nicht beachtet.“ (Bach 1976, S. 55)

Die Sichtweise, wonach Familienkonstellationen und -dynamiken von den Umweltbedingungen der jeweiligen Familien sowie ihrer Mitglieder mit beeinflusst werden, teilen heute alle sozialpsychiatrisch orientierten

Forscher und Praktiker, auch ohne Bindung an den Historischen Materialismus.⁷

In der DDR folgten auf die Vorarbeit von Bach empirische Familienstudien, denn: „Die Fülle der hypothetischen Aussagen und prähypothetischen Vermutungen auf dem Gebiet der Familienforschung in der Psychiatrie, insbesondere bei der Schizophrenie, und die klinischen Erfahrungen auffälliger Kommunikationsstörungen in den Familien der Patienten führte dazu, dass sich auch Autoren bei uns seit vielen Jahren mit solchen Fragen befassten.“ (Bach u. a. 1980, S. 161)

Die dritte Forschungsrichtung wurde vor allem in den USA, England und Skandinavien verfolgt. Im Anschluss an die intensiven und detaillierten Familienbeobachtungen wurden Vergleichsstudien durchgeführt, die mit diagnostischen Methoden die erkrankten mit den anderen Geschwistern verglichen: Lidz u. a. (1963); Pollin u. a. (1965); Alanen (1966); Pollack u. a. (1969); Hoover u. a. (1972); Spring (1980); Shenton u. a. (1989). In dem in der DDR erschienenen Sammelband „Familientherapie und Familienforschung“ (Bach u. a. 1980) findet sich ein Beitrag zu Geschwistern: „Vergleichsuntersuchungen bei ‚gesunden‘ Geschwistern von Patienten mit Schizophrenie, endogener Depression und einer Normalgruppe“ (Bach u. a. 1980, S. 161f.).

Bei ihren Geschwistervergleichen mit verschiedenen Verfahren stellten die Autoren fest, „dass die ‚gesunden‘ Geschwister von Patienten mit Schizophrenie [oder endogener Depression] sehr häufig psychopathologische Auffälligkeiten auf Störsyndromniveau aufwiesen“, aber „sie erscheinen nach außen hin gesund, haben sich sozial bewährt und sind sozial wohl integriert.“ (Bach u. a. 1980, S. 165) Die Autoren beantworten die selbst gestellte Frage, aus welchem Grund sich „diese Probanden, die durch psychologische Untersuchungen als gestört ermittelt wurden, [...]

⁷ Das von Klaus Dörner auf dem ersten sozialpsychiatrischen Kongress 1970 in Hamburg formulierte Selbstverständnis von Sozialpsychiatrie gilt nach wie vor: „[Die] Sozialpsychiatrie behauptet keineswegs die soziale Verursachung eines psychischen Leidens, sondern bemüht sich um die Berücksichtigung der gesamten Bedingungskonstellation des Leidens. [...] Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf [die soziale Realität] und die Integration des psychischen Leidens in [...] [die] soziale Realität dar.“ (nach Finzen und Hoffmann-Richter 1995, S. 168)

nicht in Behandlung befinden“ mit der Hypothese, dass „sich die Geschwister von definitiv kranken Familienmitgliedern durch ‚Gesundheit‘ besonders abgrenzen wollen“ (ebenda, S. 164). Dabei berufen sie sich auf Rudnitzki u. a. (1977), die dieses Phänomen als ‚psychaverse‘ Einstellung bezeichnen.

Bis in die 1980er Jahre hinein galt das Interesse aller Autoren ausschließlich dem Anliegen, die Entstehung psychischer Erkrankungen, insbesondere der Schizophrenien, aufzuklären. Dazu sollten die Erkenntnisse aus der Genforschung dienen, oder die mit systemischem oder psychoanalytischem Blick durchgeführten Familienstudien, und dem dienten auch Vergleiche zwischen Erkrankten und deren Geschwistern. Am Verstehen und an den Erfahrungen der Geschwister bestand kein Interesse, so auch die Bewertung von Titelman (1991, S. 73). Dennoch bereiteten einige der Studien und ihre spätere (Re-)Interpretation den Weg für differenziertere Forschungsansätze, auf die in den folgenden Kapiteln eingegangen wird.

IV.2.2 Das subjektive Erleben der Geschwister tritt ins Zentrum des Interesses

Neben dem viel beachteten Mainstream der Schizophrenieforschung entstanden zur gleichen Zeit zunächst kaum wahrgenommene Studien, die später in eine Tradition mündeten, deren Ziel heute noch virulent ist: Licht in das subjektive Erleben der Geschwister zu bringen. Der nicht ausgeführte erkenntnistheoretische Bezugspunkt ist die Phänomenologie: Der Ursprung der Erkenntnis wird in den unmittelbaren Erscheinungen gesehen, was zu einer deutlichen Abkehr von theoretischen Annahmen führte, die zur Erklärung des Beobachteten herangezogen wurden.

In der ersten Studie wurden die Belastungen der Ehefrauen von entlassenen Patienten untersucht (Yarrow u. a. 1955), zehn Jahre später wurden von Hoenig u. a. (1966) die Belastungen in objektive und subjektive gegliedert, was in heutigen Studien üblich ist. Der Blick war zunächst nahezu ausschließlich auf Belastungen der Familienmitglieder gerichtet, nach positiven Effekten wurde nicht geschaut.

In den 1990er Jahren richtete sich das Interesse der Angehörigenforschung auch darauf, welche emotionale Wirkung die Lebenssituation als Schwester oder Bruder einer oder eines an Schizophrenie Erkrankten entfaltet. Titelman (1991, S. 74) z. B. beschreibt die Gefühle, aufgrund derer drei Mitgeschwister eine Psychotherapie aufsuchten: Schuldgefühle, Scham, Niedergeschlagenheit, narzisstischer Schmerz und schwere Angstzustände. Weiter oben wurden die ersten biographischen Selbstäußerungen genannt (Brodoff 1988; Moorman 1994). Sie thematisierten bereits die zentralen Fragestellungen der Geschwister: Ambivalenzen und Schuldgefühle, Verzweiflung über jemandes ‚Tod‘, der nach wie vor am Leben ist, sowie die Angst, selbst psychisch zu erkranken.

Die Biographien wurden – beginnend in den 1990ern – um Befragungen von Geschwistern ergänzt, das Interesse galt deren Lebenssituation und ihren Gefühlen. Eine der ersten Studien war die von Diana Marsh u. a. (1993b), in die der Mitautor Rex Dickens die Reflexion seiner eigenen Erfahrungen als Bruder einbrachte.

Viele Jahre lang waren diese Studien rein deskriptiv und folgten einer qualitativen Forschungsstrategie: Interviews und Fallgeschichten mit oft kleiner Probandenzahl, was für Deutschland nach wie vor zutrifft.

IV.2.3 Die Erfahrungen der Geschwister sollen erklärt werden

Als sich die immer gleichen Erfahrungen der Geschwister bestätigten, wurde – insbesondere in den USA – der Zusammenhang von Merkmalen erhoben, z. B. der Zusammenhang von familiärer Atmosphäre, frühen Geschwistererfahrungen, der Qualität der Geschwisterbeziehungen usw. mit dem Erleben und der Lebenssituation der Geschwister. Dazu wurden bereits verfügbare, aber auch eigens konzipierte Messinstrumente eingesetzt, wobei letztere auf der Basis der qualitativen Studien entwickelt worden waren. Die Autorinnen wollten die Geschwister verstehen, indem sie deren Erfahrungen als Ergebnis der erhobenen Merkmale zu erklären suchten.

Einer der Bezugspunkte war das Konzept der High- and Low-Expressed Emotions (HEE und LEE). Ursprünglich wurde unter HEE ein eher kritisches, latent feindliches Kommunikationsmuster und emotionales Überengagement verstanden, mit negativen Auswirkungen auf das erkrankte Familienmitglied; unter LEE dagegen eine weniger kritische, zugewandte Kommunikation ohne emotionales Überengagement (Pschyrembel Online 2020a).

Neben anderen Autoren kritisieren López u. a. am HEE-Konzept das Ausblenden von prosozialen Funktionen der Familie. „Demnach wurde die [familiäre] Wärme als zu komplex angesehen und daher von der Definition von EE ausgeschlossen. Von 1972 bis heute konzentrierten sich Studien zu EE in erster Linie auf Risikofaktoren, weitgehend übersehen wurden Faktoren, die vor Rückfällen schützen.“ (López u. a. 2004, S. 429 **)

An dieser Stelle sei auf die drastisch veränderte und deutlich differenziertere Sichtweise auf die Expressed Emotions (EE) verwiesen. Entgegen der ursprünglichen Auffassung zur HEE- und LEE-Forschung wird das HEE-Muster in Familien nicht länger als Auslöser für Neuerkrankungen aufgefasst, wie noch in den frühen Studien, sondern (auch) als Reaktion der Familien auf das Verhalten der Erkrankten. Im Ergebnis wird das HEE-Muster heute als „Äquivalent einer engagierten Unterstützungsbereitschaft sowie als Folge eines besonders schwierigen Krankheitsbildes“ betrachtet (Bäumel u. a. 1998, S. 139), unabhängig davon, ob jemand Angehöriger oder professioneller Helfer sei.

In Deutschland begann das Umdenken, nachdem bei den Mitarbeitenden in therapeutischen Settings die gleichen HEE beobachtet wurden wie bei den Angehörigen dieser Patienten (siehe Stark und Buchkremer 1992). Woo u. a. (1997) beobachteten HEE-Muster in den Familien, deren kranke Angehörige ein latent aggressives und provozierendes Ausdrucksverhalten zeigten. Waren die Verhaltensäußerungen der Erkrankten demgegenüber ängstlich-unsicher, wurden nach Meinung der Autoren eher Beschützer-Instinkte geweckt, woraufhin das Angehörigenverhalten sich als Low-Expressed-Emotions darstellen würde (ebenda, S. 58).

Schulze-Mönking (1993) sieht im HEE-Muster eine adäquate Reaktion auf die nicht verstehbaren, krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten des erkrankten Angehörigen, das in der Regel nach vier bis fünf Jahren

von „gelasseneren und weniger hektischen“ Reaktionen (Bäumli u. a. 1998, S. 139) abgelöst werde. Diese Beurteilung bezieht sich auf Eltern und Partner, es gibt deutliche Hinweise auf eine vergleichbare Entwicklung bei den Geschwistern. Indizien lieferten gleich drei Geschwister beim ersten Geschwistertreffen in Deutschland:

„Leid und die Belastung [...] [standen für einen Bruder] noch stark im Vordergrund der Veränderungen aufgrund der Erkrankung seines Bruders. [...] Er hoffe jedoch, dass dies vielleicht nur in den ersten Jahren der Erkrankung so sei – sein Bruder sei erst vor vier bis fünf Jahren erkrankt – und sich manches vielleicht noch einspiele.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 5)

„[Eine Schwester sah] eine Entwicklung und Phasen in der Beziehung zum Erkrankten. In den ersten Jahren der Erkrankung ihres Bruders sei es sehr schwer für sie gewesen und sie habe sich sehr von ihm distanziert. Heute sucht sie jedoch den zwischenmenschlichen Kontakt zu ihm.“ (Ebenda)

„[Ein weiterer Teilnehmer habe] die Phase der bewussten Distanz zu seinem Bruder [...] gehabt. Erst nach einer harten Phase der Auseinandersetzung, die gelernt und durchgestanden werden müsse, sei die Beziehung zu seinem Bruder für ihn zu einer großen Bereicherung geworden.“ (Ebenda, S. 6)

Wie an anderer Stelle betont, ging es vor allem in den USA nahezu immer darum herauszufinden, wie Mitgeschwister als Unterstützende gewonnen bzw. gehalten werden können. „Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Geschwister bei der Entwicklung von Strategien zu unterstützen, die die Beziehung zu den erkrankten Geschwistern aufrechterhalten und Stress reduzieren.“ (Friedrich u. a. 2008, S. 266 **) Auch Sanders u. a. hatten die Geschwister als zukünftige Carer im Blick: „Studienergebnisse [...] deuten darauf hin, dass Mitgeschwister im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in den Rollen ‚Helden‘ und ‚verlorenes Kind‘ höhere Werte aufweisen und niedrigere in den Rollen ‚Maskottchen‘ und ‚Sündenbock‘ [...]. Für Carer-Geschwister zeichnet sich das Risiko ab, bestimmte dysfunktionale Rollen in der Familie zu übernehmen.“ (Sanders u. a. 2014, S. 257 **) Yang u. a. (2017b) untersuchten in Taiwan „Experiences of caring for a sibling with schizophrenia in a Chinese context“ mit denselben Folgerungen und Empfehlungen.

Wie diese Beispiele zeigen, ist die Welle noch nicht verebbt; in den späteren Studien wurde der Blick zunehmend um die positiven Effekte erweitert. Die Aufmerksamkeit richtete sich nun auf das ‚stressbedingte Wachstum‘ der Geschwister, z. B. in den Beiträgen von Jaclyn E. Leith (Leith 2011 und Leith u. a. 2018), wobei dieser Aspekt bereits von Marsh u. a. (1993a) berücksichtigt worden war.

Mit dem Fokus auf die subjektive Situation der Geschwister, die Belastungen und positiven Entwicklungsoptionen wurde der Blick auf deren soziale Bedürfnisse gerichtet. Hinweise auf den Umfang dieser Studien liefert ein Blick auf den Review-Artikel von Amaresha u. a. (2014), in dem für die Jahre 1992–2013 insgesamt 51 Studien für diese eingegrenzte Fragestellung nach den sozialen Bedürfnissen der Mitgeschwister gefunden wurden.

IV.2.4 Über Geschwistervergleiche die Erkrankungen verstehen, eine ungebrochene Tradition

Amaresha u. a. (2014) fanden für den gleichen Zeitraum auch 26 Studien zu den kognitiven Funktionen von an Schizophrenien Erkrankten und deren Geschwistern. Diese Studien setzen die oben beschriebene Tradition fort: Der Vergleich zwischen den Geschwistern und zu Kontrollgruppen soll Hinweise auf die Krankheitsentstehung liefern, gemäß der Annahme: Vergleichbare Ergebnisse bei den Erkrankten und deren Geschwistern, die sich bei den Kontrollgruppen nicht finden, sind Hinweise auf Aspekte der Erkrankung selbst. Die empirischen Ergebnisse sind die gleichen wie bei den Studien aus den 60er Jahren: Die Geschwister stehen bei den gefundenen Einbußen immer zwischen den erkrankten Geschwistern und den Probanden der Kontrollgruppen gleichen Alters und gleichen Geschlechts aus unbelasteten Familien; damit wird die Annahme bestätigt, denn bei den Mitgeschwistern sollten nach dieser Theorie die Merkmale schwächer ausgeprägt sein.

Auch viele spätere Vergleichsstudien bestätigten die Mittelstellung der Mitgeschwister zwischen den Erkrankten und den Kontrollen. Solche

Ergebnisse wurden für bestimmte Bereiche der Sozialen Kognition (Cella u. a. 2015) gefunden sowie für die zeitliche Struktur von Entscheidungsprozessen (Wang u. a. 2018). Das Gleiche gilt auch für niedrigere Werte positiver Erinnerungen im autobiographischen Gedächtnis (Begovic u. a. 2017) oder die affektive Instabilität, die mit dem Affective Lability Scale (ALS)⁸ gemessen wird (Aas u. a. 2015). Mit gleichen Werten für Geschwister und für Kinder von psychisch erkrankten Menschen wurde dies von Franke u. a. bereits 1994 für die Aufmerksamkeits-Fokussierung im Continuous Performance Test (CPT)⁹ herausgestellt.

Studien zu Persönlichkeitsprofilen kommen zu vergleichbaren Ergebnissen. Eine der methodisch anspruchsvollsten wurde an der Universität Rom durchgeführt (Torti u. a. 2013) mit dem erwarteten Ergebnis für die 18 Mitgeschwister in dem von trainiertem Klinikpersonal durchgeführten SWAP-200-Persönlichkeitstest¹⁰. Deren Werte für Schizophrenie-bezogene Persönlichkeitsmerkmale (paranoid, schizoid, schizotypal) lagen höher als für die Vergleichsgruppe mit Probanden aus Familien ohne eine psychische Erkrankung.

Im Rahmen des Kalifornischen ‚Collaborative Perinatal Projects‘ wurden Kinder im Alter von sieben Jahren mit dem Wechsler-Intelligenztest¹¹ untersucht, von denen 32 später im Leben eine Schizophrenie ausbildeten, sowie 25 ihrer gesunden Geschwister. Deren Ergebnisse wurde zu einer demographisch identischen Vergleichsgruppe von 201 Personen ohne

⁸ „Affekt-Labilität kann als häufige und intensive Schwankung der Affekte als Reaktion auf angenehme und unangenehme Ereignisse definiert werden.“ (Thompson u. a. 2011, nach Aas u. a. 2015, S. 375)

⁹ Continuous Performance Test (CPT): „Neuropsychologisches Testverfahren zur Erfassung impulsiven Verhaltens und zur Beurteilung von selektiver Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit in verschiedenen Modalitäten (verbal, figurativ, auditiv) bei Personen ab 4 Jahren. Angewendet wird der Test insbesondere in der krankheitsbezogenen Forschung (v. a. Schizophrenie, ADHS).“ (Psyhyrembel Online 2020b)

¹⁰ Shedler-Westen Assessment Procedure 200 (SWAP 200): „Ein Q-Sort-Test, der die beständigen Muster der Persönlichkeit, des intrapsychischen und zwischenmenschlichen Funktionierens in Gesundheit und Pathologie beschreibt.“ (Taubner u. a. 2009)

¹¹ Wechsler-Intelligenztest für Kinder: „Deutschsprachige, adaptierte Version der Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) zur Erfassung von kognitiven Fähigkeiten/Intelligenz, u. a. zur Untersuchung des allgemeinen geistigen Entwicklungsstands sowie zur Abklärung von Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen von 6–16 Jahren.“ (Psyhyrembel Online 2020c)

eine psychische Erkrankung in der Familie in Beziehung gesetzt. Niendam u. a. (2003) fanden sowohl für die später Erkrankten als auch für deren Geschwister vergleichbare Defizit-Muster im räumlichen Denken, im sprachlichen Wissen, in der Verarbeitungsgeschwindigkeit bei motorischen Aufgaben und in der Verarbeitungsgeschwindigkeit des Arbeitsgedächtnisses. Die später Erkrankten zeigten in den beiden letztgenannten Bereichen deutlich gravierendere Defizite als die Mitgeschwister.

El Hamaoui u. a. (2006) wählten den Wisconsin-Karten-Sortier-Test (WCST)¹², um in den Ergebnissen Differenzen zwischen drei Gruppen zu identifizieren: an Schizophrenien erkrankte Personen, deren Geschwister und eine gleich große Gruppe (jeweils 30 Personen) aus gesunden Familien. Das Ergebnis war wie vorhergesagt: Die Erkrankten und deren Geschwister zeigten signifikant schlechtere Ergebnisse als die Kontrollgruppe, wobei die Geschwisterergebnisse besser ausfielen als die der Erkrankten. Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Erkrankungsdauer, Behandlungssetting und unterschiedliche Werte im PANSS (Skala für Positiv- sowie Negativ-Symptome)¹³ sowie GFS (Skala globaler Funktionsfähigkeit)¹⁴ hatten keinerlei Auswirkungen auf die Ergebnisse. Die Autoren schließen daraus: Der Wisconsin-Test könne als Vulnerabilitätsmarker für Geschwister eingesetzt werden.

Shapiro u. a. (2009) untersuchten Erkrankte (N=286) mit dem Premorbid Adjustment Scale (PAS)¹⁵ und identifizierten bei ihnen signifikant niedrigere Werte als bei ihren Mitgeschwistern (N=315), und zwar in jeder

¹² Wisconsin-Karten-Sortier-Test (WCST): „Neuropsychologischer Test zur Erfassung von abstraktem Denken (Schlussfolgern) und Perseveration. Dabei handelt es sich um ein Kartensortierverfahren zur Beurteilung der adaptiven Verhaltensflexibilität (abhängig von selektiver Aufmerksamkeit).“ (Psyhyrembel Online 2020d)

¹³ Positive and Negative Syndrome Scale PANSS: „Fremdbeurteilungsverfahren (halbstrukturiertes Interview) zur Erfassung des Vorhandenseins und des Schweregrads unterschiedlicher psychopathologischer Syndrome und Merkmalsbereiche. Es wird bei Schizophrenie u. a. psychotischen Störungen angewendet.“ (Psyhyrembel Online 2020e)

¹⁴ Skala globaler Funktionsfähigkeit (GFS) / Global Assessment of Functioning Scale (GAF): „Numerisches Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus auf Achse V des DSM-IV, angewendet ab 18. Lebensjahr zur Therapieplanung, Messung des Therapieerfolgs und Prognoseerstellung.“ (Psyhyrembel Online 2020f)

¹⁵ Premorbid Adjustment Scale (PAS): „Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung der sozialen Anpassung und Funktionsfähigkeit vor dem Auftreten einer Schizophrenie. PAS ist eine der meistbenutzten retrospektiven Ratingskalen.“ (Psyhyrembel Online 2020g)

Altersgruppe. Die Mitgeschwister wiederum hatten deutlich niedrigere Werte als die Personen der Kontrollgruppe (N=261). Dabei erwies sich die frühe Adoleszenz als besonders vulnerable Phase, und die prämorbid besonders eingeschränkten Erkrankten hatten stärker eingeschränkte Mitgeschwister als diejenigen mit niedrigeren Werten auf der Skala. Mit anderen Worten: Rückblickend scheinen frühe Krankheitszeichen bei ihren Geschwistern für die Mitgeschwister besonders belastend zu sein und weisen auf soziale Anpassungsprobleme hin.

Die Ergebnisse psychologischer Studien sind keineswegs einheitlich. Massuda u. a. (2013) haben z. B. beim Vergleich von 45 Geschwistern mit gleich vielen gematchten Kontrollen sowohl für das Arbeitsgedächtnis als auch die exekutiven Funktionen (Handlungsauslösung, Entscheidungsfindung) keine Unterschiede identifizieren können, lediglich für das verbale Gedächtnis.

Die Forschungswelle, die lediglich mit Korrelationen dienen konnte und bei der die Richtung der Abhängigkeit zwingend ungeklärt bleiben musste (was von einigen Autoren auch deutlich herausgestellt wird), wird von einer anderen überholt: Fragestellungen, die mit den Instrumenten der bildgebenden Hirnforschung beantwortet werden sollen.

IV.2.5 Bildgebende Hirnforschung: Eine nach wie vor anhaltende Phase

Bei dieser Forschungstradition werden die für die Erkrankten typischen Merkmale bzw. Normabweichungen neuronaler Prozesse und Strukturen zu denen von erstgradigen Angehörigen sowie Kontrollgruppen aus Familien ohne psychische Erkrankung in Beziehung gesetzt. Das Ergebnis ist auch hier nahezu immer das gleiche: Die Ergebnisse der Geschwister liegen zwischen denen der erkrankten Familienmitglieder und der Kontrollen, woraus die Autoren den Schluss ziehen, dass die Abweichungen bei den Mitgeschwistern auf eine mögliche Vulnerabilität hindeuten.

Mit den soeben zitierten generellen Ergebnissen wurde von de Leeuw u. a. (2015) die fronto-striatale Funktionsfähigkeit erhoben, in China ermittelten Su u. a. (2016) die Konnektivitäts-Abweichungen in drei Hirn-

regionen sowie Yu u. a. (2013) die Differenzen der funktionellen Konnektivität in mehreren Hirnbereichen.

Auch in der Studie von Bonner-Jackson u. a. (2007) lagen die Ergebnisse für kognitive Aufgaben, gemessen an der Aktivierung von Regionen des Präfrontalen Kortex, bei den Mitgeschwistern zwischen denen der erkrankten Geschwister und der Kontrollen. Sie stellten verstärkte Aktivitäten bei den Mitgeschwistern fest, was für einen erhöhten hirnpfysiologischen Aufwand bei der Aufgabenbewältigung spricht.

Honea u. a. (2008) suchten nach Volumenänderungen im Gehirn von an Schizophrenien Erkrankten und Mitgeschwistern, um sie in Beziehung zu den Kontrollen zu stellen. Sie fanden einige nicht-signifikante Veränderungen bei den Mitgeschwistern, aber als sie Untergruppen bildeten, identifizierten sie deutliche Volumenreduktionen im Hippocampus bei jenen Mitgeschwistern, deren erkrankte Schwester bzw. Bruder auch depressive Phasen durchleben musste. Diese Autorengruppe meint ebenfalls, damit einen Schizophrenie-Marker gefunden zu haben, die Untersuchung also prognostisch für Mitgeschwister einsetzen zu können.

Hin und wieder findet sich in Studien nicht die übliche Mittelstellung der Geschwister zwischen den Erkrankten und den Kontrollen. Dann werden die lediglich bei den Erkrankten gemessenen Effekte bzw. Merkmale gern als charakteristische Kennzeichen für die Erkrankung selbst interpretiert, nicht für eine Prädisposition, die alle Kinder der Familie teilen, so z. B. Yang u. a. (2017a) in Bezug auf ereignisbezogene Potenziale beim Erkennen emotionaler Gesichtsausdrücke.

IV.2.6 Das Verursachungsrätsel lösen: Die genetische Forschung

Mit den Möglichkeiten der modernen Genetik drängt sich zwingend die Frage auf: Können die gefundenen Ergebnisse hirnstruktureller und -funktioneller Veränderungen mit Genabschnitten in Zusammenhang gebracht werden, die diese Prozesse bzw. Strukturen codieren, d. h. dafür verantwortlich gemacht werden können? Eine weit verbreitete Fehlannahme

lautet: Wenn dem so ist, sei die Frage der Vererbung bzw. des Anteils der Vererbung an der Erkrankung gelöst, denn ‚das liegt ja in den Genen‘.

Es wird zunehmend breitflächiger geforscht, indem bei Erkrankten und nahen Angehörigen nach veränderten Genabschnitten gesucht wird, die direkt mit den jeweiligen Erkrankungen assoziiert sind. Teilen viele Erkrankte diese Genveränderung(en) und hält das Ergebnis statistischen Überprüfungen stand, werden die Genveränderungen häufig als Ursache der Erkrankung angesehen. Damit geht einher, dass mit dem Aufspüren solcher ‚krankheitsverursachender Gene‘ für Geschwister, Kinder und weitere Nachkommen von erkrankten Personen deren genetisches Erkrankungsrisiko bestimmt werden könne.

Dieser verkürzten Sichtweise ist entgegenzutreten, detaillierte Ausführungen dazu im Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘.

IV.2.7 Der mutmaßliche Königsweg: Die epigenetische Forschung

Während die Erforschung von bestimmten Genkonstellationen seit Jahrzehnten betrieben wird, trat vor rund 20 Jahren eine neue Forschungsrichtung hinzu: die epigenetische Forschung. Die Epigenetik befasst sich mit denjenigen Mechanismen, die steuern, ob und in welcher Ausprägung Genabschnitte oder Kombinationen von Genabschnitten Wirkung entfalten und welche Einflüsse dabei von Bedeutung sind.

Trotz eines enormen Erkenntnisgewinns steht die epigenetische Forschung noch am Anfang. Dennoch scheint dieser Ansatz geeignet, die weitgehend unabhängig nebeneinander herlaufenden und teilweise ideologisch konkurrierenden Richtungen – hier die sozialwissenschaftlichen Erklärungsmodelle, dort die bildgebende Hirnforschung und die Forschung am Genom – in ein Gesamtmodell zu integrieren, in dem biologische, soziale und andere Umweltfaktoren als (mit-)verursachende oder auslösende Faktoren und deren Auswirkungen im Verhalten und Empfinden ihren Platz haben und mit dem erkennbar wird, wie sie sich gegenseitig bedingen und ergänzen.

Mit anderen Worten: In einem solchen Modell kann ‚Verstehen‘ und ‚Erklären‘ zusammengeführt werden. Die bereits als historisch zu bezeichnenden Theorien zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin u. a. 1977) und zur Salutogenese (Antonovsky 1996) stehen in ihren Grundaussagen nicht im Widerspruch zu diesem Denkmodell.

Inzwischen gibt es eine Fülle von Studien, die epigenetische Prozesse nachweisen und Hinweise darauf liefern, dass epigenetische Markierungen unter bestimmten Bedingungen sogar ‚vererbt‘, also über Generationen hinweg wirksam sein können. Es muss aber hinzugefügt werden, dass die epigenetische Forschung hochdynamisch ist und einerseits noch viele Fragen offen sind und andererseits weitere Erkenntnisse ihrerseits wiederum neue Fragen produzieren.

Sämtliche Aussagen von Mitgeschwistern in Studien, bei Geschwister-treffen usw. legen nahe: So gut wie keine Schwester und kein Bruder eines psychisch erkrankten Geschwisters bleibt vor einer folgenreichen Angst verschont, nämlich der Angst, selbst psychisch zu erkranken. Da die beschriebenen Entwicklungen der genetischen und epigenetischen Forschung durchaus dazu geeignet sind, diese Befürchtungen zu relativieren und zu objektivieren und – vielleicht am bedeutsamsten – in gewissem Rahmen Handlungsoptionen zu eröffnen, ist der Frage weiter unten ein eigenes Kapitel mit einem Exkurs gewidmet.

IV.2.8 Resilienzforschung

Um im Bild zu bleiben: Während sich die Resilienzforschung generell in den letzten Jahrzehnten zu einem beachtlichen Forschungszweig entwickelt hat, kann bei der Erforschung der Widerstandsfähigkeit von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und erst recht von Geschwistern mit einer erkrankten Schwester oder einem erkrankten Bruder nicht ansatzweise von einer Welle, nicht einmal von einem Kräuseln die Rede sein, obgleich Marsh u. a. bereits 1996 deren Bedeutung herausgestellt haben.

Eine Ausnahme gibt es allerdings: Qualitative Resilienzstudien und Publikationen im Hinblick auf Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind in den letzten Jahren zahlreich – wobei offenbleiben muss,

inwieweit diese über einzelne Leuchtturmprojekte hinaus Eingang in die „psychosoziale und psychotherapeutische Praxis oder auch die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, Sozialarbeit, Pädagogik oder Familienhilfe“ finden (Lenz und Kuhn 2011, S. 286f.).

Wie an zahlreichen Stellen dieses Textes gezeigt wird, bestehen im Erleben einer psychischen Erkrankung in der Familie viele Übereinstimmungen zwischen Kindern psychisch erkrankter Eltern und Geschwistern, sodass mit einiger Wahrscheinlichkeit die Forschungsergebnisse für die Kinder zu einem erheblichen Teil auf Geschwister im Kindes- und Jugendalter übertragbar sein werden.

Während davon ausgegangen werden kann, dass die Erforschung von Schutzfaktoren und die Entwicklung von Unterstützungs- bzw. Präventionskonzepten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern von der Absicht geleitet ist, die Lebenschancen dieser ‚Risikogruppe‘ zu verbessern, ist dies im Hinblick auf erwachsene Angehörige längst nicht so eindeutig. Hier vermischen sich Ansätze, die Familienmitglieder um ihrer selbst willen zu stärken, mit der Absicht, sie als ‚protektive Ressource‘ für die oder den Erkrankten zu erhalten und zu nutzen und sie dauerhaft als (belastbare) ‚carer‘ zu gewinnen.

Andere Studien stehen in der oben beschriebenen Tradition, über Geschwistervergleiche psychische Erkrankungen respektive die Schutzfaktoren zu verstehen (siehe z. B. Kempton u. a. 2009; Doucet u. a. 2017; Frangou u. a. 2019).

V

Mitgeschwister erleben die
Erkrankung

V.1 Alles ändert sich mit dem Einzug der Erkrankung in die Familie

Verhalten, Erleben, Verstehen sind in Familien aufeinander bezogen – mal kongruent und gleichsinnig, mal komplementär, mal widersprüchlich. Damit ist gemeint: Eltern erziehen ihre Kinder, Kinder folgen mehr oder weniger dem Vorbild und den Ratschlägen der Eltern, wobei die Rolle der Erziehenden ohne die komplementäre Rolle der sich noch entwickelnden und zu erziehenden Kinder nicht möglich ist.

Allen Familienmitgliedern gemein sind die schweren Belastungen und leidvollen Erfahrungen aufgrund der Erkrankung in der Familie sowie – zumindest zu Beginn – die erlebte existentielle Hilflosigkeit. Nicht selten entwickelt sich mit der Zeit eine andere Sicht auf die Dinge und positive Effekte der Herausforderungen für die eigene Persönlichkeits- und/oder Kompetenzentwicklung werden wahrgenommen.

V.1.1 Die geschwisterliche Bindungsreserve oder: Geschwisterbeziehungen gehören zu den intensivsten und intimsten

Geschwisterbeziehungen gehören zu den intensivsten im Leben eines Menschen. Bei aller Konkurrenz, Rivalität, Eifersucht und trotz heftiger Streitereien bleibt als Basis und zentrales Merkmal jeder Geschwisterbeziehung die unbedingte Egalität und wechselseitige Solidarität. Zu Geschwisterbeziehungen liegen umfangreiche Studien vor, hier sollen nur einige Autoren mit ihren Forschungsergebnissen zu Wort kommen.

Franz Wellendorf (2000) beschreibt sie wie folgt: „Die Geschwisterbeziehung lädt in besonderem Maße zu Verschmelzungen, Identifikation und Regression ein. Das bedeutet Chance und Bedrohung zugleich. Chancen: Geschwister verstehen sich oft gegenseitig schneller als Erwachsene das Kind. Sie sind füreinander ein wichtiger Spiegel und können sich bei Entwicklungsaufgaben und -krisen unterstützen. [...] Schließlich besitzen Geschwister eine Brückenfunktion beim Übergang von der Familie zur

sozialen Welt außerhalb (Peergroup, Schule etc.).“ (Wellendorf 2000, S. 251 nach Wellendorf 1995)

Frick (2015, S. 21f.) betont das ‚unauflösbare Band‘ aufgrund der gemeinsamen Herkunft und Entwicklungserfahrung. Bank und Kahn (1989, S. 8) halten Geschwisterbeziehungen für die dauerhaftesten und einflussreichsten Beziehungen überhaupt. Rudeck (2012, S. 5) sieht qualitativ wie quantitativ mehr Intimität und Nähe als in allen anderen Beziehungen. Andere Autoren würden dies bestreiten, aus ihrer Sicht ist die Bindung zwischen Mutter und Kind die stärkste, gefolgt von der zwischen Partnern (siehe z. B. Adams 1968; Rossi u. a. 1990).

Entscheidender als die Frage, welche Bindungen die stärksten seien, ist die spezielle Bindungsqualität. Nach Schneewind (2010) stellen Geschwisterbeziehungen „einen Beziehungstypus ganz besonderer Art dar, da sie in der Regel die am längsten währende unaufkündbare und annähernd egalitäre menschliche Beziehung ist, die auf einer gemeinsamen Vergangenheit beruht“ (ebenda, S. 194).

Heenen-Wolff (2020) fasst alle diese Aspekte zusammen: „Geschwisterbeziehungen gehören zu den intensivsten menschlichen Beziehungen überhaupt, für die folgende Merkmale kennzeichnend sind: Geschwisterbeziehungen sind die längsten sozialen Beziehungen im Leben von Menschen. Die Eltern sterben früher, der oder die Partner kommen erst später ins Leben, sie können wie die Freunde wechseln. Auch beschränken sich Geschwisterbeziehungen nicht auf die Kindheitsphase, vielmehr entwickeln sie sich während des ganzen Lebens. Ähnlich wie die Beziehungen zu den Eltern haben sie etwas Schicksalhafteres an sich. Ebenso wenig wie die Eltern kann man sich seine Geschwister aussuchen. Geschwisterbeziehungen sind unkündbar, man kann sich nicht scheiden lassen, und sie wirken psychisch auch dann weiter, wenn zwischen den Geschwistern kein Kontakt mehr besteht.“ (Ebenda, S. 166)

Auch Kasten (2003, S. 152) betont die Unentrinnbarkeit der Geschwisterbindung. Zwar könne man den Kontakt untereinander abbrechen, aber die Verbindung so gut wie nie dauerhaft beenden. Dies gilt wohl auch dann, wenn Geschwister – ob einvernehmlich oder nicht – beschlossen haben, sich den Rest des Lebens aus dem Wege zu gehen. Schmid u. a. (2009, S. 326) ergänzen, das geschwisterliche Band bleibe auch über den

Tod der Schwester oder des Bruders hinaus bestehen. In einem Brief an seinen als Säugling verstorbenen ältesten Bruder schreibt der Kinder- und Jugendpsychiater Müller-Nienstedt (1999, S. 127):

„Und doch hast Du kompliziertere Spuren in unseren Köpfen und Beziehungen gelegt, an denen ich mehr als 60 Jahre später herumrätsle auf der Suche nach Hilfen für die eigene Verortung, Hinweisen für den eigenen Weg.“

Nicht selten ist es die Sorge um das gemeinsame erkrankte Geschwister, was die erwachsenen Schwestern und Brüder nach langer Zeit (nicht selten ungewollt) wieder zusammenführt, vergleichbar mit beginnender Pflegebedürftigkeit bzw. dem Ableben der Eltern. Kasten hebt hervor: Insbesondere dann baut sich zwischen den älter werdenden Geschwistern wieder Nähe auf, „wenn Fragen, welche die Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Eltern betreffen, gemeinsam und zufriedenstellend bewältigt werden können“ und er ergänzt, dass sich „Nähe zwischen Geschwistern im höheren Alter nicht automatisch und gleichsam von selbst wieder einstellt“ (Kasten 2001, S. 7).

Kasten (2001, S. 3f.) kommt nach „sorgfältiger Analyse des Forschungsstandes“ zu einigen konvergierenden Ergebnissen. Geschwisterforscher unterschiedlicher Provenienz, Ethnologen, Psychoanalytiker, Psychologen, Soziologen seien sich in einer Reihe von Punkten einig:

1. Die Geschwisterbeziehung ist die längste, d. h. zeitlich ausgedehnteste Beziehung im Leben des Menschen.
2. Geschwisterbeziehungen besitzen etwas Schicksalhafteres, weil man sie sich nicht aussuchen kann, sondern in sie hineingeboren wird.
3. Geschwisterbeziehungen können nicht beendet werden, sie wirken fort, auch wenn sich die Geschwister getrennt haben oder keine Kontakte mehr stattfinden.
4. In unserem Kulturkreis gibt es keine gesellschaftlich kodifizierten Regeln, die auf den Ablauf und die Gestaltung von Geschwisterbeziehungen Einfluss nehmen (so wie Heirat, Scheidung, Taufe, Kündigung oder andere legislativ bzw. religiös verankerte Prozeduren und Rituale).
5. Zwischen Geschwistern existieren mehr oder weniger ausgeprägte, ungeschriebene Verpflichtungen, die sich in solidarischem, Anteil

nehmendem, hilfsbereitem und hilfreichem Verhalten manifestieren können.

6. Durch das ‚Aufwachsen in einem Nest‘ können Geschwisterbeziehungen durch ein Höchstmaß an Intimität charakterisiert sein, das in keiner anderen Sozialbeziehung erreicht wird.
7. Typisch für die meisten Geschwisterbeziehungen ist eine tiefwurzelnde (oftmals uneingestandene) emotionale Ambivalenz, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein von intensiven positiven Gefühlen (Liebe, Zuneigung) und negativen Gefühlen (Ablehnung, Hass).

In Studien zu Geschwistern wird verallgemeinernd auf die soziale Unterstützung hingewiesen, „die durch Geschwister erfahren werden kann, da es sich um eine Beziehung unter Gleichen handelt. Das Geschwister bietet als Identifikationsobjekt den Vorteil, dass es dem Kind in Stärken und Schwächen ähnlicher und damit weniger bedrohlich erscheint als die ebenfalls zur Verfügung stehenden Eltern.“ (Seiffge-Krenke 2001, S. 427)

Je geringer der Altersunterschied zwischen den Geschwistern ist, desto stärker sind Egalität und Solidarität ausgeprägt, desto stärker die wechselseitige Identifikation und desto stärker auch das Leid aufgrund der Erkrankung des Geschwisters (Bank und Kahn 1989, S.14).

„Angefühlt hat es sich wie ein Tod.“ (Friederike Samstag in Erinnerung an den Krankheitsbeginn des Bruders; Samstag und Samstag 2018, S. 23)

Die Besonderheit der Beziehung resultiert aus dem Durchleben einer gemeinsamen Kindheit mit allen ihren Höhen und Tiefen, aus dem Erleben der gemeinsamen Eltern ebenso wie aus dem Miterleben der ersten erotisch-zärtlichen Gefühle des Geschwisters, der gemeinsamen Trauer bei Verlusten, der wechselseitigen Unterstützung bei Konflikten mit den Eltern sowie mit anderen Kindern usw.

Wenn die Beziehung zwischen den Geschwistern nicht bereits in früher Kindheit massiv gestört wurde (z. B. durch eine Heimunterbringung oder eine frühe psychische Störungen eines der Geschwister), haben sie sich wechselseitig hilflos und in ungeschützten Situationen erlebt, sie haben nicht nur alltägliche Gewohnheiten kennengelernt, sondern auch Ängste, Empfindsamkeiten, Unsicherheiten, Verluste und Verlassenheitsängste – und sie haben sich getröstet. Geschwister haben gefährliche, peinliche, verstörende Situationen miterlebt und starke Verletzungen, die

eines von ihnen von Dritten erleiden musste – und sie haben vieles davon vor den Erwachsenen gemeinsam geheim gehalten. Das hat ein tiefes Vertrauen geschaffen, das nur schwer zerstört werden kann. Ein Bruder begründet die Hilfe für seine Schwester mit den gemeinsamen Erfahrungen:

„Wir teilen all diese Erinnerungen und Erfahrungen.“ (Stålberg u. a. 2004, S. 448 **)

Diese gemeinsamen Lebensprozesse und geteilten Erfahrungen stellen eine Bindungsreserve dar, auf die – selbst nach langen Phasen der räumlichen Trennung – zurückgegriffen werden kann.

Die Biographien von Familienangehörigen sind aufeinander bezogen (ein Beispiel, wie sich das in einer Familie mit einem psychisch Erkrankten auswirken kann, findet sich in Peukert 2008a, S. 111f.). Vor dem Hintergrund der besonderen Beziehungen unter Geschwistern darf von einer wechselseitigen Genese der Persönlichkeitsbildung ausgegangen werden, sozusagen von einer ‚Ko-Persönlichkeitsgenese‘. Settersten (2003, S. 38) spricht von den miteinander verbundenen Leben und betont, „das individuelle Leben ist eng mit dem Leben anderer verbunden, und die individuelle Entwicklung ist mit diesen Bindungen verflochten und wird durch sie geprägt“ **. In der Vergangenheit hat insbesondere Schmidt-Denter (1984 und 1988) zu vergleichbaren Fragen geforscht, weitere Beiträge finden sich im Sammelband von Sohni (1999).

Seiffge-Krenke (2001, S. 427) verdeutlicht, „welche Rolle Geschwister für die eigene Individuation und den Erwerb einer eigenständigen Identität spielen“ anhand der Märchen „Brüderchen und Schwesterchen“, „Hänsel und Gretel“, „Die sieben Raben“ sowie „Die sechs Schwäne“.

Daraus darf dreierlei geschlossen werden:

- Möglicherweise kommt es in Studien sowie den Gesprächen in Geschwistergruppen seitens der Mitgeschwister zu ‚falsch-positiven‘ Charakterisierungen der eigenen Beziehung zu dem erkrankten Bruder oder der Schwester. Im Rückblick muss der Autor dieses Textes feststellen: Auch er neigte zu Beginn seiner Beschäftigung mit dem Geschwisterthema zu eher einseitig positiven Betrachtungen der Geschwisterbeziehungen und musste in den Gruppengesprächen Schritt für Schritt einem korrektiven Gesamtbild näher geführt werden.

- Auch nach dem gegenwärtigen Forschungsstand bilden die Betrachtungen von Geschwisterbeziehungen in Familien mit einem erkrankten Geschwister immer nur eine Perspektive ab, wobei hier die Perspektive der Mitgeschwister im Vordergrund steht. Eine halbwegs wirklichkeitsnahe Darstellung ließe sich erst mit der Erhebung und Betrachtung der gesamten Familiendynamik über einen längeren Zeitraum hinweg erreichen.

Eine Langzeitstudie, die alle Familienmitglieder der Kernfamilie umfasst und daher die gesamte innerfamiliäre Dynamik erkennen lässt, liegt nur für Familien mit einem an Diabetes erkrankten Geschwisterkind vor (Seiffge-Krenke u. a. 1996). Erinnert sei an die Anmerkung im Abschnitt ‚Die kurze Geschichte in Deutschland‘: Die Mitgeschwister mussten ihre Berücksichtigung in der Studie ‚einklagen‘! Erst in der Studie von Bojanowski (2016a) finden wir eine Momentaufnahme der Beziehungen zwischen den Geschwistern im Kontext psychischer Erkrankungen sowie deren Wirkungen.

- Die weiter unten im Anschluss an Bojanowski betonte protektive Ressource einer positiven Geschwisterbeziehung ist durch den ‚unsichtbaren Schatten‘, die Ambivalenz, womöglich permanent gefährdet. Wiederholte negative Erfahrungen könnten dann eine überwiegend negativ geprägte Geschwisterbeziehung nach sich ziehen. Im Folgenden werden wir sehen: Es sind die Erfahrungen innerhalb der Familie, vorrangig mit den Eltern, die zu solchen Entwicklungen führen können. Allerdings haben es die Eltern zugleich in der Hand, dem entgegenzuwirken, und professionell Tätige können sie dabei unterstützen.

Diese Ausführungen zu den Beziehungen von Geschwistern beziehen sich ausschließlich auf traditionelle Familien mit Kindern, die in der Literatur als ‚Vollgeschwister‘ bezeichnet werden. Wie bereits dargelegt, sind solche klassischen Familien aber längst nicht mehr die Regel. Somit stellt sich die Frage, wie sich kompliziertere Familienkonstellationen auswirken, wenn eines der Kinder psychisch erkrankt. Die spärlichen Hinweise in der Literatur widersprechen sich diametral.

Einige Autoren betonen die Gemeinsamkeiten auch bei Halb- sowie Stiefgeschwistern und sogar bei Adoptiv- und Pflegekindern. „Kinder in einer Familie sind Geschwister. Sie konstituieren das, was wir als Familie

bezeichnen.“ (Cierpka 2001, S. 441) Rudeck (2012, S. 4f.) macht sich die Definition einer Schwester zu eigen: „Geschwister sind die, mit denen man zusammenlebt.“ Geschwisterlichkeit lässt sich demnach nicht mehr allein durch Merkmale wie Geschlecht, Alter oder Rangfolge beschreiben, ebenso wichtig scheinen das alltägliche Erleben und die gemeinsamen Erfahrungen in einem intimen Kontext zu sein (ebenda). Von dieser Sicht gehen auch Sabine Bojanowski (2016a) in ihrer Dissertation und Miriam Munkert (2008) in ihrer Diplomarbeit aus, ohne diesen Aspekt jedoch zu vertiefen. Beide Autorinnen haben dabei Geschwister im Blick, von denen eines psychisch erkrankt ist. In einem umfangreichen Ratgeber „Self-care for siblings“ für ‚erwachsene Geschwister in Großbritannien, die mit einem behinderten Bruder oder einer behinderten Schwester aufgewachsen sind‘ (Sibs 2020) stehen die Erfahrungen von nicht-leiblichen Geschwistern unterschiedslos und ganz selbstverständlich neben denen von leiblichen Geschwistern.

Umfangreich ist demgegenüber die Literatur zu Geschwisterbeziehungen, die Walper und Thönnissen (2012) in einem Übersichtsartikel zusammentragen, den sie mit „Geschwisterbeziehungen in riskanten Familienkonstellationen“ überschreiben. Sie betonen die Fragilität solcher Familien, in denen die Beziehung zwischen den Voll-, Halb- und Stiefgeschwistern häufig schon dadurch vorgezeichnet sei, dass dem Zusammenfinden einer solchen Familie meist leidvolle Erfahrungen vorausgegangen sind oder noch bestehen: eine Trennung oder Scheidung der Eltern, der Tod eines Elternteils, Kontaktabbrüche, wirtschaftliche Not, Loyalitätskonflikte, mitunter auch Gewalterfahrung und vieles mehr. Hinzu komme, dass die erwachsenen Personen ihrerseits häufig selbst in Konflikte verwickelt seien und vielfach „das Erziehungsverhalten der Eltern unter [...] Multiproblemkonstellationen“ leide (Walper und Thönnissen 2012, S. 17). Es ist naheliegend, dass die psychische Erkrankung eines Kindes solche Multiproblemkonstellationen noch weiter verschärft. Generell sehen die Forscherinnen eine große Bedeutung des elterlichen Verhaltens für die Geschwisterbeziehung, die Entwicklung der Beziehung könne „aber selbst in solchen Situationen durchaus unterschiedlich verlaufen“ (ebenda), siehe auch ‚Geschwister im Kontext der Familie‘.

V.1.2 Die familiäre Rolle der Mitgeschwister wird von der Erkrankung am stärksten betroffen

Wenn die Erkrankung des Geschwisters ins eigene Leben tritt, zieht das außerordentliche innerpsychische Probleme nach sich.

„In meinem Leben gab es eigentlich keinen Platz für andere Menschen mehr. Nur mein Bruder zählte. Und erst danach kam ich.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 123)

„Selbst mitten in der Schulstunde wart Ihr mir dicht auf den Fersen. Unweigerlich kreisten meine Gedanken wieder um Euch. Ungebeten habt Ihr Euch in meinem Kopf und in meiner Seele breitgemacht.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 86)

Bei einer Tagung berichtet eine Schwester, wie sie erst alle anderen Familienmitglieder „aus sich rauswerfen musste“ (Peukert 2019b, S. 112f.), um sich als ein Selbst zu erleben: Zu sehr war sie mit dem Problem des erkrankten Bruders und den leidenden Eltern beschäftigt, man könnte auch sagen: identifiziert. Wie schwer es ist, diese Identifikation wieder aufzugeben, wird weiter unten beschrieben.

Es gibt eine andere Gruppe von Geschwistern, bei denen das Erleben nicht zu intensiver Nähe und Identifikation führt, sondern zu einem enormen Abstand zum erkrankten Geschwister. ‚Summer‘ schreibt im Forum des GeschwisterNetzwerks:

„Bei meiner Schwester (50 Jahre alt) wurde vor gut 30 Jahren eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert. Im Rückblick hörte damit meine durchaus glückliche Kindheit auf. [...] Als damals 11-jährige habe ich nicht ansatzweise verstanden, was da passiert. [...] Jetzt, 20 Jahre später [...] waren plötzlich alle Gefühle wieder da: Angst, Scham, Überforderung, Wut, Hilflosigkeit.“ (Forum 21/36)

Zu einer Distanzierung und zeitweiligem Hass auf ihren zuvor sehr vertrauten Bruder führte die Rolle, in die sich Tina Bühler-Stehlé (2005, S. 37) bereits als junges Kind von Bruder und Verwandten gedrängt fühlte: die Rolle einer ‚Verräterin‘, obgleich sie selbst das, was ihr zum Vorwurf gemacht wurde, als Hilferuf verstand:

„Ob laut oder leise, ob klar oder verschwommen, sämtliche Hilferufe blieben ungehört. Auch für die nächsten zwei Jahrzehnte.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 87)

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). Internationale Studien zur Situation von Mitgeschwistern haben über viele Krankheiten hinweg ein gemeinsames Ergebnis erbracht: Zwar werden aufgrund der Erkrankung eines Angehörigen auch alle weiteren Familienmitglieder sowie deren Rolle und Funktion in der Familie erschüttert, aber dies betrifft die Mitgeschwister besonders stark! (Lively u. a. 1995; Schrank u. a. 2007, S. 223)

Hans Sohni (2011) drückt die mentale Repräsentanz der familiären Beziehungen markant aus. Die sich in einem ungestörten Familiengeflecht einstellende geschwisterliche Erfahrung mag lauten: „Wir vier haben es gut miteinander.“ (Ebenda, S. 45) Je nach familiärer Konstellation und Beeinträchtigung der Ausgewogenheit kann sich die Erfahrung auch ändern: „Ihr drei habt's gut miteinander.“ (Ebenda) Sohni bezieht diese Transformation im Erleben der familiären Beziehungen nicht ausdrücklich auf Mitgeschwister einer psychisch erkrankten Schwester oder eines psychisch erkrankten Bruders, aber er trifft damit exakt die Selbstwahrnehmung von vielen unter ihnen – das Logo des GeschwisterNetzwerks, das aus der Zeichnung eines 11-jährigen Jungen entstand, spiegelt diesen Sachverhalt genau: der einsame Blick aus weiter Ferne auf die drei, die es gut miteinander haben.

Umso erstaunlicher ist es, „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.“ (Schmid u. a. 2005a, S. 745 im Anschluss an Sellwood u. a. 2003 sowie Pitschel-Walz u. a. 2001)

Diese versorgungsbezogene Einschätzung gilt nicht allein für Deutschland. Nahezu alle internationalen Studien enden mit der Aufforderung an

das Versorgungssystem, den Mitgeschwistern die nötige Aufmerksamkeit zuteilwerden zu lassen. Yang u. a. (2017b) beenden ihre qualitative Studie im chinesischen Kontext mit dem mahnenden Hinweis auf den ‚vernachlässigten Sachverhalt‘ (neglected issue). Die Vorschläge der taiwanesischen Autorengruppe könnten aus Deutschland stammen, sie fordern, „alle Familienmitglieder, einschließlich Geschwister, in die Versorgungsplanung für die Person mit Schizophrenie einzubeziehen und angemessene Psychoedukation anzubieten“ (ebenda, S. 409 **).

V.1.3 Ein besonderes Verstehen psychischer Erkrankungen

In einer Diskussion mit Eltern und Mitgeschwistern (Peukert und Simon 2017b) hat sich gezeigt: Die Mitgeschwister sind die ersten, die Veränderungen an der oder dem später Erkrankten wahrnehmen, lange vor den Eltern.

Sobald Eltern oder Außenstehende massive Veränderungen als höchst besorgniserregende Ereignisse registrieren, die schon einige Jahre vor dem eigentlichen Ausbruch der Erkrankung in der sog. Prodromalphase auftreten können, werden diese allerdings noch längere Zeit ausschließlich normalpsychologisch interpretiert und nicht als Anzeichen einer beginnenden psychischen Erkrankung klassifiziert¹⁶. Neben exaltiertem Verhalten (vornehmlich bei Jungen) ziehen sich die schließlich diagnostizierten Geschwister zurück, ihr Habitus ist herabgestimmt und es kommt zu deutlichen Leistungseinbußen, auch nehmen Konzentrationsprobleme und Grübeleien zu.

In einer Befragung von 123 Kindern, deren Geschwister stationär behandelt wurden, nahmen diese doppelt so viele Veränderungen im Verhalten wahr wie die gemeinsamen Eltern (Craft u. a. 1985, S. 374). Wir dürfen von Folgendem ausgehen: Selbst dann, wenn diese Verhaltensänderungen massiver werden, ‚wundert‘ sich die Schwester oder der Bruder

¹⁶ Die Merkmale der Prodromalphase sind den Publikationen zur ABC-Studie entnommen, siehe z. B. Häfner u. a. (2013).

vielleicht, aber der geschwisterliche Kontakt wird aufrecht erhalten und die Geschwister tauschen sich wie immer über ihre Erlebnisse aus – auch dann noch, wenn die Schwester oder der Bruder bereits den Zugang zu den altersgleichen Freunden verloren haben sollte und wenn die Konflikte mit den Eltern aufgrund des sich verändernden Verhaltens gravierender werden.

Aus der besonderen Beziehung zwischen Geschwistern, die auch beim Auftreten deutlicher Verhaltensänderungen fortbesteht, erwächst eine Reihe von Effekten. Ganz nebenbei und unbemerkt lernen Mitgeschwister viel über psychische Problemlagen und Krisenentwicklungen, aber auch über abweichende Sichtweisen ihrer Eltern.

V.1.4 Die alltäglichen Begegnungen definieren die Belastungen – nicht die Schwere der Erkrankung

Die krankheitsbedingten Veränderungen der Geschwister führen zu vielfältigen Belastungen der Mitgeschwister und beinhalten Herausforderungen, die bei vielen von ihnen zu einem Persönlichkeitswachstum führen. Seit die Belastungen der Mitgeschwister in den Blick der Forscher geraten sind, wurden sie aus unterschiedlichen Perspektiven erhoben und beschrieben. Dies wird in den folgenden Kapiteln referiert, wobei ein Gesichtspunkt voranzustellen ist: Entgegen der naheliegenden Erwartung werden die erlebten Belastungen nicht von der Schwere der Erkrankung definiert.

In etlichen Studien wird herausgearbeitet, dass das Belastungserleben von Geschwistern und anderen Angehörigen sowie die Qualität der Geschwisterbeziehungen weniger von der Art und Schwere der Erkrankung und/oder dem Hilfebedarf der Schwester oder des Bruders beeinflusst werden. Stattdessen sind es die Erschwernisse im alltäglichen Umgang miteinander sowie das von allen Beteiligten als zuträglich bzw. weniger zuträglich erlebte Familienklima (Horwitz 1993; Horwitz u. a. 1996; Greenberg u. a. 1997; Friedrich u. a. 1999; Hatfield u. a. 2005; Wittmund u. a. 2005; Barnett u. a. 2012). Nach Hatfield u. a. (2005, S. 332) wurde ein

schlechter Gesundheitszustand (poor health) nur von 14 % der befragten Geschwister als Schwierigkeit im Umgang mit der oder dem Erkrankten genannt.

Das Forschungsteam um Lively, Friedrich und Rubenstein erhob den Belastungsgrad durch bestimmte Verhaltensweisen des erkrankten Geschwisters bei 752 Mitgeschwistern mittels einer von ihnen entwickelten Methode, dem FLIIS¹⁷. Auch in ihrer Studie wurden vor allem ‚sinnfreie Kommunikation‘ (nonsensical communication) und Störungen des Alltagslebens (disruption of household) als verstörende Einflüsse benannt, nur bei 7 bzw. 9 % waren sie ohne Bedeutung (Lively u. a. 2004, S. 228).

Vermaes u. a. (2012, S. 172) fanden keinen Zusammenhang zwischen den belastenden Verhaltensproblemen auf der einen, dem Geschlecht von Mitgeschwistern, deren Stellung in der Geschwisterfolge oder der Diagnose der erkrankten Schwester bzw. des erkrankten Bruders auf der anderen Seite.

In der Studie von Wittmund u. a. (2005, S. 233) geben Partner an, nicht die Erkrankung selbst sei für sie das Problem, sondern „Aspekte der Beziehungsgestaltung standen für sie im Mittelpunkt. Spezifische Unterschiede, die durch die Art der Erkrankung des betroffenen Patienten hervorgerufen wurden, konnten nicht herausgearbeitet werden. [...] Die Frage nach dem Belastungserleben wurde in allen Fällen als Frage nach der gemeinsamen Bewältigung des Alltags verstanden.“

Dies wird in einer australischen Studie mit 75 Geschwistern nachdrücklich bestätigt. Die Autorinnen wiesen die Unabhängigkeit der Anpassungsprobleme der Mitgeschwister von der Diagnose und der Schwere der Erkrankung nach (Barnett u. a. 2012, S. 262). Friederich u. a. (1999) betonen, die Zerstörung der Alltagsroutinen sei für die Geschwister am schwierigsten zu ertragen. Bereits 1993 fand Horwitz in seinen Interviews mit 108 Geschwistern von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung heraus, dass die Schwere der Erkrankung keinen Einfluss auf die Bereitschaft der Mitgeschwister ausübt, sich an der sozialen Unterstützung zu beteiligen (Horwitz 1993, S. 328f.). Das gilt auch für die Befragten

¹⁷ Friedrich-Lively Instrument to Assess the Impact of Schizophrenia on Siblings (FLIIS): Instrument zur Beurteilung der Auswirkungen von Schizophrenie auf Geschwister (Friedrich u. a. 2002; Rubenstein u. a. 2002)

mit an Schizophrenien erkrankten Geschwistern, obwohl gerade bei ihnen die Angst vor Stigmatisierung stärker als bei anderen psychischen Erkrankungen ist (Greenberg u. a. 1997, nach Schmid u. a. 2005, S. 738).

Im Grundsatz bestätigen Greenberg u. a. (1997) die konsistente Relation zur alltagsbezogenen Symptomatik. Sie weisen jedoch auf höhere Belastungswerte bei denjenigen Mitgeschwistern hin, die unterstellten, die erkrankte Schwester oder der erkrankte Bruder kontrolliere die Symptome der Erkrankung bzw. das krankheitsbezogene Verhalten nicht in dem Maße, wie dies möglich sei (ebenda, S. 231); mehr dazu im Kapitel ‚Gefühle dem erkrankten Geschwister gegenüber‘.

Einen engen Zusammenhang mit der Bereitschaft, das erkrankte Familienmitglied zu unterstützen, sehen Horwitz u. a. (1996, S. 149) dagegen im Rückhalt, den die Patienten selbst ihren Eltern und Geschwistern geben (the amount of support patients give parents and siblings). Sie nennen das ‚reciprocal exchange in families‘ – dabei seien selbst bescheidene Aktivitäten von hohem symbolischem Wert (Horwitz 1993, S. 332).

Eindrucksvoll beschreibt Lucy Fuchs (1986) diesen Sachverhalt. Ihr Bruder entwickelte schon früh „a mild schizophrenia“. Sie bewundert seine ‚heldenhaften Anstrengungen‘, die ihn befähigten, trotz erheblicher Beeinträchtigungen das College zu absolvieren, den Militärdienst abzuleisten und als anerkannter Lehrer für Kinder mit besonderem Förderbedarf zu arbeiten, aber sie litt viele Jahre unter seinem auffälligen Verhalten, seinen Quälereien und der radikalen Ablehnung ihrer Person und später auch ihres Ehemannes.

„Ich beschreibe die langfristige Sozialisierung meines Bruders so ausführlich, weil ich glaube, dass anderen Menschen mit einer milderen Form von Schizophrenie Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, Menschen, die unglücklich sind und ihren Lieben großen Kummer bereiten, aber immer noch ein Leben außerhalb eines Behandlungssettings und ohne offizielle Diagnose führen.“ (Fuchs 1986, S. 745 **)

Erst sehr viel später erfuhr sie das, was hier als ‚reciprocal exchange‘ bezeichnet wird: Er kümmerte sich engagiert um die alternden Eltern und als eines ihrer Kinder ebenfalls psychisch erkrankte, öffnete er sich und unterstützte und ermutigte sie und ihren Mann nach Kräften.

„So hat das Bekenntnis zur Familie Jahre des Schmerzes, des Wahnsinns und der Verwirrung überstanden, und die kommenden Jahre versprechen unkomplizierte familiäre Kontakte und Wohlbehagen.“ (Fuchs 1986, S. 745 **)

In gewisser Weise trifft dies auch auf die von Hauschild (2019) interviewten Geschwister zu. Anders als sie zunächst annahm, „erleben Geschwister unabhängig von der Erkrankung ihres Bruders oder ihrer Schwester ähnliche Gefühlsturbulenzen, Beziehungsprobleme oder Konflikte.“ (Ebenda, S. 18)

In der Regel stehen die Angehörigen im familiären Alltag den Belastungen aufgrund des herausfordernden Verhaltens, aber auch aufgrund von Passivität zunächst ziemlich hilflos gegenüber:

„Wenn du über einen Menschen keine Macht hast, dann sind es psychisch Kranke. [...] Diese Erfahrung ist sehr, sehr heftig, aber auch notwendig und heilsam.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 59)

Ein Blick über den Horizont psychischer Erkrankungen hinaus lehrt uns: Kerstin Samstag und die vielen anderen Eltern, Partner, Kinder und Geschwister von psychisch Erkrankten teilen diese Erfahrung nicht allein. Auch die Angehörigen von Menschen mit organisch bedingten chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes kennen das:

„Der Sohn scheint mit seiner Krankheit die ganze Familie zu tyrannisieren [...]. Valentin gibt den Ton an und setzt mit seinen Krankheitssymptomen bzw. seinen Schwankungen in der metabolischen Kontrolle die gesamte Familie unter Druck.“ (Seiffge-Krenke 2001, S. 429)

Die als notwendig erachtete Konzentration auf dieses eine Kind bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die anderen Familienmitglieder. Wenn sich z. B. ein Elternteil vorbehaltlos hinter seine erkrankte Tochter oder seinen erkrankten Sohn stellt und weitere unerwartete Herausforderungen auftreten, kommt es immer wieder zur Trennung der Eltern, denen es nicht gelingt, diese Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen. Bei anderen Ehepartnern wird demgegenüber die Beziehung intensiviert.

„Ich kann Widrigkeiten mit Mut begegnen. Mein Mann und ich sind uns durch unsere gemeinsame Trauer und unseren gemeinsamen Stress nähergekommen und gehen ehrlicher miteinander um. Wir alle haben engere Beziehungen zueinander entwickelt. Wir sind stolz darauf, dass unsere Familie intakt und stark geblieben ist.“ (Marsh u. a. 1996, S. 10 **)

Chen u. a. (2004, S. 428) und Joseph u. a. (2006, S. 1050) berichten über ein mögliches Persönlichkeitswachstum der Eltern und nennen folgende Elemente: erhöhte Empathie, besseres wechselseitiges Verständnis und engere Beziehungen in der Familie, verbesserte Fähigkeiten, mit Herausforderungen fertig zu werden, gewachsene Kompetenzen bei der Beteiligung an den Hilfen für das erkrankte Kind. Schwarz u. a. (2002) fanden in ihrer Studie sowohl Eltern, deren Kraft sich in den alltäglichen Herausforderungen vollständig verbrauchte, als auch solche, die sich ihrer inneren Ressourcen bewusst wurden, Prioritäten für ihr Leben veränderten und lernten, auch kleine Erfolge wertzuschätzen (ebenda, S. 152).

V.1.5 Mitgeschwister sehen so manches anders als ihre Eltern

Es scheint einen Unterschied zu machen, welche Krankheitssymptome die Mitgeschwister und welche die Eltern ganz *besonders* belasten. Beobachtungen der Autoren deuten darauf hin, dass es bei Eltern in der Regel die Plus-Symptome (Agitiertheit, Wahn usw.) sind, die das Zusammenleben erschweren, Geschwister empfinden die Minus-Symptome (Rückzug, depressive Verstimmung usw.) als besonders gravierend (Friedrich u. a. 1999, nach Schmid u. a. 2005a, S. 738; Schmid u. a. 2006, S. 179). Allerdings wird auch die jeweils andere Symptomgruppe sehr wohl als belastend erlebt – aber jeweils weniger einschneidend.

Wahrscheinlich sind es diese Minus-Symptome und ganz besonders der Rückzug aus dem bisherigen Zusammensein, dem gemeinsamen Erleben und den geschwisterlichen Gesprächen, die den Mitgeschwistern die oft geäußerte schmerzliche Erfahrung bereiten, die Schwester bzw. den Bruder ‚verloren‘ zu haben.

Genser hat Geschwister in einer psychiatrischen Klinik beobachtet und bei ihnen einen „geschwisterlichen Umgang von einer spezifischen Nähe“ gesehen, „bei gleichzeitig unbedingter wechselseitiger Anerkennung der eigenen Persönlichkeit“ (Genser 2010, S. 53).

Deutlich unterschiedliche Haltungen zu der oder dem Erkrankten fanden Kuipers u. a. (2010) bei Eltern und anderen Angehörigen. ‚Emotional über-engagierte Beziehungen‘ sehen sie vornehmlich bei den Eltern. Aus deren Sicht seien die Erkrankten nicht an ihrem Verhalten schuld, sie „müssten aber gegen alle Schwierigkeiten abgeschirmt werden. Das wird zur Lebensaufgabe der Sorgenden.“ (Ebenda, S. 261 **) Mit diesem Typ bringen Kuipers u. a. auch die ständige Suche nach optimaler Behandlung in Zusammenhang, die das Potenzial des ‚verlorenen Kindes‘ (lost child) zurückbringen soll. Dies sei eng verknüpft mit dem Schuldgefühl, sich nicht ausreichend zu kümmern (ebenda).

Ähnliche Schlüsse ziehen Schwartz u. a. (2002, S. 152). Ihrer Studie zufolge erkennen viele Eltern in der Betreuung ihres Kindes ihre ‚Lebensmission‘, die Autorinnen relativieren ihre Aussage jedoch unter Hinweis auf einen Rekrutierungs-Bias; die Studienteilnehmenden waren überwiegend gebildete Mütter im Alter von 50-70 Jahren, außerdem waren alle Mitglieder einer Selbsthilfegruppe.

Geschwister scheinen deutlich seltener in der Gefahr eines solchen nahezu grenzenlosen Engagements zu stehen. Neben Kuipers u. a. (2010) lassen auch die Studien von Hatfield u. a. (2005) sowie Dodge (2011) diesen Schluss zu (siehe das Kapitel ‚Erwartungen der Eltern – wenn sie die Sorge nicht mehr stemmen können‘).

Boeger und Mitautorinnen haben dafür den Begriff „Ein Körper für zwei“ gewählt (Boeger u. a. 1995, Titel) und sprechen in psychoanalytischer Tradition von ‚Symbiose‘ (Boeger und Seiffge-Krenke 1996, S. 356). Diese Zuschreibung solle keinesfalls von den Nöten abstrahieren, aufgrund derer Eltern sich veranlasst sehen, unabdingbar für das erkrankte Kind zur Verfügung zu stehen, auch wenn aus professioneller Sicht solch ein elterliches Verhalten für die diagnostizierten, erwachsen gewordenen ‚Kinder‘ nicht unbedingt von Vorteil ist.

Nicht wenige Geschwister verwenden denselben Begriff. So sehen etwa bei einem Geschwistertreffen gleich mehrere Geschwister in der Beziehung der Mutter zu dem erkrankten Bruder eine ‚symbiotische Verbindung‘, aus der sie sich ausgeschlossen fühlen (Julius und Peukert 2020a, S. 3) – im Verhältnis zwischen Müttern und deren erkrankten Töchtern wurden analoge Beobachtungen jedoch bisher selten berichtet.

Friederike Samstag hält solche Beziehungen für schädlich und ist davon überzeugt, die permanente Aufopferung ihrer Mutter für den erkrankten Bruder sei kontraproduktiv. Sie spürt darin eine Maßlosigkeit des Helferanspruchs. Wer beschließe, immer und unbedingt an der Seite des psychisch Erkrankten zu bleiben, ihn zu schützen, sich zu kümmern usw., folge einer Haltung, die nur ‚ins Verderben‘ führe. Diese Haltung unterstelle nämlich, ohne den ‚Kümmerer‘ an der Seite könne die psychisch erkrankte Person „nicht gesund werden, nicht leben“ (Samstag und Samstag 2018, S. 128).

Wie üblich gibt es auch hier andere Sichtweisen. In den Interviews bei Bach (2018) beschwerten sich einige Geschwister, ihre Eltern würden nicht die ausreichende Sorgfalt in der Regelung der Angelegenheiten des Geschwisters walten lassen und viel zu viel auf sie (die Mitgeschwister) abwälzen, vergleichbare Zitate liefern auch die Gesprächspartner von Hauschild (2019).

Mit der Erkrankung geht bei Eltern und Geschwistern ein Verlusterleben einher, allerdings gibt es einen deutlichen Unterschied. Bei wie vielen Eltern „die Bitterkeit über das Verlorene zum hauptsächlichen Lebensinhalt wird“ (Ziepert 2006, S. 4), ist nicht bekannt, aber nahezu alle Eltern trauern den verlorenen Zukunftsperspektiven ihres Kindes nach (Schmid u. a. 2005b; Jungbauer u. a. 2001, S. 106). Geschwister haben im Gegensatz zu ihren Eltern keine Vorstellungen zum künftigen Leben ihrer Schwester bzw. ihres Bruders entwickelt, die mit der Erkrankung enttäuscht werden könnten, sie haben demgegenüber ein gemeinsames Leben geführt, das es so nicht mehr gibt. Ihre Trauer beinhaltet nicht die Bitterkeit über das Verlorene, vielmehr stellt sich eine intensive Sehnsucht ein nach dem Geschwister, wie es einmal war, und zu der früheren gemeinsamen Nähe (Bach 2019, S. 129).

V.1.6 Mitgeschwister lernen viel über psychische Problemlagen und erwerben en passant substanzielle Kompetenzen

Die besondere Geschwisterbeziehung einerseits und das frühe Hineinwachsen in den Umgang mit einer psychischen Erkrankung und ihren krisenhaften Entwicklungen andererseits prägen langfristig den Wissens- und Erfahrungshorizont der Mitgeschwister. In der Regel werden der Bruder oder die Schwester künftig psychische Störungen als deutlich weniger problematisch ansehen und deren Beurteilung wird eher von Verständnis als von diagnostischen Zuschreibungen geprägt sein, als es bei anderen Personen der Fall ist, die Eltern eingeschlossen. Dies führt nicht selten zu einer kritischen Distanz der Mitgeschwister zur üblichen Interpretation von Verhaltensweisen als psychische Störung oder Erkrankung.

„Ich kämpfe gegen das verbreitete Zerrbild einer psychischen Störung als Stoffwechselstörung im Gehirn.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 104)

„Dass Deine Krankheit vorwiegend erblich bedingt sein soll, glaube ich nicht. Vorsätzlich wurden Deinem Lebensbaum Angst und grenzenloses Misstrauen eingepflanzt.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 97)

Vor mehr als zehn Jahren hat der Autor in einer ‚spekulativen Gegenüberstellung‘ Hypothesen zu den Sichtweisen von Eltern und Geschwistern formuliert (Peukert 2008a, S. 126f.), unter anderem zur häufig kritischen Haltung von Geschwistern zu den üblichen Interpretationen von psychischen Auffälligkeiten. Was bei Mitgeschwistern in jedem Falle beobachtet werden kann, ist eine höhere Toleranz gegenüber Auffassungen, die nicht mit der klassisch-medizinischen Sichtweise korrespondieren, die aber nach wie vor von einer deutlichen Mehrheit der Eltern geteilt wird. Das erleichtert es den Geschwistern sehr, relativ unbefangen auch über solche Gefühle, Gedanken und Handlungen zu sprechen, die mit der Erkrankung im Zusammenhang stehen. Vielleicht ist dies einer der Gründe für die weiter unten beschriebene ‚protektive Geschwisterressource‘.

In einer Mail an den Autor hat Sibylle Prins ausgeführt, wie wichtig es für ihre positive Entwicklung war, dass einige ihrer Geschwister ihre Erkrankung mehr oder weniger ignorierten, die jüngere Schwester sie intensiv

unterstützte und sie in ihrer Familie nicht in die Rolle des kranken Kindes gedrängt wurde.

„Interessant ist [...] ebenfalls, dass ich gute Kontakte auch zu meinen Brüdern habe, diese aber meine Erkrankung mehr oder weniger ignorieren – was übrigens für mich ganz gute Effekte hat.“ (Prins 2004a)

Noch deutlicher wird Sibylle Prins in einem Vortrag über Stigmatisierung:

„Es gibt in Familien und Freundeskreisen manchmal Formen von Stigmatisierung, die als solche zunächst nicht richtig erkennbar sind. Dort sind nämlich die Angehörigen sehr fürsorglich, freundlich und engagiert. Nur: der Psychiatrie-Erfahrene wird dort mitunter zum ‚ewigen Sorgenkind‘. Andere Rollen als die Krankenrolle stehen ihm nicht mehr offen. [...] In meiner Familie ist das nicht der Fall. [...] Die Rolle des ‚Problemträgers‘ hat in unserer Familie jemand anderes – ohne Psychiatrie-Erfahrung – inne. Für die betreffende Person ist das eine große Belastung – für mich allerdings ist es natürlich eine Erleichterung, dass diese Rolle schon von jemand anderem belegt ist, und mir innerhalb unseres Familienkreises zahllose andere Rollen als nur die Problem- oder Krankenrolle zugedacht und manchmal auch zugemutet werden.“ (Prins 2004b, Auszug)

Man darf annehmen, dass eine so enge, Normalität aufrechterhaltende Beziehung wie die zu Geschwistern, verbunden mit deren ‚ignoranter‘ bzw. kritischer Haltung gegenüber Krankheitszuschreibungen, einen Teil der von Sibylle Prins erlebten Wirkung entfaltet hat. Einfluss hatte sicher auch, dass sie erst im Erwachsenenalter erkrankte, sowie die zu diesem Zeitpunkt bereits vollzogene Lösung aus dem Elternhaus. Bei Beginn der Erkrankung hatte Frau Prins bereits ein freiwilliges soziales Jahr und ein Studium absolviert, sie lebte auch nicht mehr im elterlichen Haushalt, ebenso wie die meisten ihrer Geschwister (Prins 2004a).

Diese akzeptierende Haltung dem Geschwister gegenüber ermöglicht die Aufrechterhaltung eines Zugangs zum psychisch erkrankten Geschwister auch dann noch, wenn Eltern und professionellen Helferinnen und Helfern dies nicht mehr möglich erscheint – und selbst dann noch, wenn sich die Schwester oder der Bruder den Bemühungen von Eltern und professioneller Unterstützung entzieht. Jana Hauschild geht davon aus, dass Eltern „zu sehr [...] in der Rolle der Umsorgenden gefangen [seien]. Für Geschwister ist es einfacher, den anderen in seiner ganzen Person zu sehen.“ (Hauschild 2019, S. 186)

Thomas Bock hebt einen ähnlichen Aspekt hervor, der in familien-therapeutisch orientierten Hilfen von Bedeutung ist: „Geschwister katalysieren heraus, was krankheitsspezifisch ist und welche Reibungen in der Familie vom Generationenkonflikt herrühren.“ (Bock zitiert in Hauschild 2019, S. 187)

Auch Burkhardt u. a. (2007) wollen die Ergebnisse ihrer Studie in einem vergleichbaren Sinne verstanden wissen, nämlich als Anregung, in der Beratung von Eltern Differenzierungen zu berücksichtigen. Im Falle ihrer Studienfrage geht es um die Botschaft, „dass das Auftreten von Ambivalenzen in der Eltern-Kind-Beziehung nicht pathologisch, sondern eine normale Reaktion auf veränderte Handlungserfordernisse ist.“ Und sie schlagen vor, „der Explizierung und Bearbeitung von Generationsambivalenzen Raum zu geben.“ (Burkhardt u. a. 2007, S. 237)

Die nie ganz verschwindende Egalität zwischen Geschwistern, die intime wechselseitige Kenntnis, die eher an Normalität denn an Krankheitstheorien orientierte Umgangsweise miteinander führt – zumindest bei den Geschwisterbeziehungen, auf die das eben Gesagte zutrifft – zu einem weiteren Effekt. Die Mitgeschwister sind viel eher in der Lage, der erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder unmittelbar und direkt entgegenzutreten, wenn sie an ihnen unangemessenes oder krankheitsbedingtes Verhalten zu erkennen glauben. Jana Hauschild zitiert Rahel:

„Ich habe ihr immer meine Meinung gesagt, manchmal auch lautstark. Ich habe sie, wie Inga und ich es heute nennen, liebevoll angeschrien.“ (Hauschild 2019, S. 183)

Sin u. a. (2016) sehen auf der Basis ihrer Studien einen weiteren Unterschied zwischen Geschwistern und Eltern psychisch erkrankter Menschen. Aus dem gemeinsamen Aufwachsen in einem gemeinsamen kulturellen und sozialen Kontext seien die Mitgeschwister eher als die Eltern in der Lage, die sozialen und emotionalen Bedürfnisse ihres erkrankten Geschwisters zu erkennen. Eltern würden sich eher verantwortlich sehen für die Unterkunft, für finanzielle Angelegenheiten und Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags (ebenda, S. 1253).

Aus der in den gesunden Zeiten der Kindheit, ggf. auch noch Jugend über viele Jahre gewachsenen Nähe unter den Geschwistern bleibt – auch bei

Wut auf herausforderndes Verhalten und/oder bei Übergriffen – ein tiefes Mitfühlen und die Bereitschaft zu ungewöhnlichen Engagements. Zu den häufig berichteten, keineswegs immer sinnvollen Anstrengungen gehören z. B. Bemühungen, Krankenhausaufenthalte zu vereiteln, oder Fantasien, durch Zuwendung die Krankheit zu heilen, oder die Auffassung, die Eltern müssten sich nur anders verhalten, dann wäre alles wieder gut.

Einen solchen Versuch beschreibt Dagmar Wiegel (2021). Nach dem frühen Verlassen ihres streng pietistischen Elternhauses in einem kleinen oberfränkischen Ort begegneten ihr in München

„andere Lebensmodelle und -entwürfe. Zugleich versuchte ich mittels [...] [diverser Therapien] herauszufinden, ‚was mit mir nicht stimmte‘. Und gleichzeitig war ich der Überzeugung: Wenn ich mich nur genügend bemühte, wäre ich in der Lage, die richtige Therapie für meinen Bruder zu (er-)finden, die es bislang eben noch nicht gab.“ (Ebenda, S. 32f.)

Ähnliche Fantasien hatte auch der Autor dieses Textes zu Beginn der Erkrankung seines Bruders Ingo, bis der ihn die Realitäten einer psychischen Erkrankung lehrte. Man darf darin einen Versuch erkennen, in der unverständenen und nicht beeinflussbaren Situation der Ersterkrankung sich wenigstens in der Fantasie Handlungsfähigkeit zu suggerieren. Im Fall des Autors wurde diese letztlich erst viele Jahre später durch das Engagement für gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen zurückgewonnen. Dagmar Wiegels Weg führte sie – ebenfalls wesentlich später – zur Arbeit für Kinder psychisch erkrankter Eltern in einem „bundesweit besonders innovativen Leuchtturmprojekt in diesem Feld“ (Wiegel 2021, S. 34).

Bei einigen Geschwistern sind ähnliche Verarbeitungsversuche zu erkennen, wenn z. B. ein Bruder gegen die aus seiner Sicht einseitige Behandlung mit Medikamenten vehement für Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen kämpft, oder wenn mehrere Schwestern für sich als Lebensziel den Kampf für eine ‚gute Versorgung‘ erkennen und dafür bisherige Berufskarrieren aufgeben (Hauschild 2019, S. 166f.).

Man kann dies als eine quasi maniforme Verarbeitung der eigenen Hilflosigkeit bezeichnen, wobei sich das Versorgungssystem in seiner Unvollkommenheit gleichfalls vorzüglich dafür eignet. Qua Externalisierung kann den Mängeln des Versorgungssystems die eigene Hilflosigkeit und das eigene Schuldleben übertragen werden.

V.2 Geschwister ändern sich – ambivalente Geschwisterbeziehungen

V.2.1 Gefühle dem erkrankten Geschwister gegenüber

Wenn zunehmende Verhaltensauffälligkeiten des erkrankten Geschwisters auf die enge Beziehung zur erkrankten Schwester bzw. dem erkrankten Bruder sowie die unbedingte Bereitschaft zu helfen treffen, dann löst dies bei den Mitgeschwistern fast zwangsläufig ambivalente Gefühle aus, und das Dilemma, helfen zu wollen, aber nicht zu können. Die Schwierigkeit, mit dem Erleben des erkrankten Geschwisters klarzukommen, zeigt sich in den Gefühlen, die in mehreren Studien erhoben wurden.

Stålberg u. a. (2004, S. 448f.) fanden ebenso wie Barak u. a. (2005, S. 237) Gefühle von Liebe und Kummer, Wut, Zorn und Neid sowie Schuld und Scham. Sin u. a. (2012, S. 55) zählen in ihrer Befragung von Geschwistern Ersterkrankter folgende Gefühle auf: Verleugnung, Verzweiflung, Distanzierung, Verlegenheit, Angst (um sich, um ihr Geschwister, um ihre Familie), Schuld, Hoffnungslosigkeit, Verlust und Kummer, Ärger, Schock und Trauer, wobei sie Verleugnung und Distanzierung zu den Gefühlen zählen, obwohl diese Reaktionen eher als Bewältigungsversuche zu verstehen sind.

Bereits diese Aufzählung verweist auf die Verschärfung der ohnehin üblichen Geschwister-Ambivalenzen, die nun die Beziehung der Mitgeschwister zu einer erkrankten Schwester bzw. einem Bruder verändert. Die Autorinnen betonen die Unterschiede der emotionalen Reaktionen der oder dem Erkrankten gegenüber, abhängig von der jeweiligen Familienrolle (Eltern oder Geschwister). Zum anderen heben sie hervor, dass die Intensität und Bedeutung der Gefühle der Mitgeschwister in der Regel unterschätzt wird.

Bühler-Stehlé (2005) vermittelt einen Eindruck vom Hineingleiten in die unbekannte, beängstigende Gefühlswelt.

„Weit mehr als die Gespenster der Dunkelheit fürchtete ich Dein nächtliches Weinen – dieses unverständliche Wimmern meines um zwei Jahre älteren Bruders. [...] Es gab keine Worte, um den Schrecken und unsere Ängste zu teilen. Aber viele Blicke und ebenso viele Gesten. Wenn Du Deinen Kopf an meine Schulter drücktest, habe ich Deine nie ausgesprochene Traurigkeit gespürt. Der Wunsch, Dich zu beschützen, machte mich zur stillen Gefährtin. [...] Es war eine Zeit voller Fragezeichen [...], [in der] aber unsere Freundschaft uns wie eine wärmende Decke vor dem Erfrieren bewahrte. [...] Eine Zeit, in der ich spürte, dass sich etwas veränderte – Dein Blick. Wann sich Scham und Schrecken in Deine Augen, in Deine Seele, geschlichen haben, weiß ich nicht.“ (Ebenda, S. 18f.)

Bei der Aufzählung von Gefühlen gilt: Die einzelnen Kategorien reflektieren in der Regel bestimmte Zeiträume im Anschluss an die erstmalige Konfrontation mit der Erkrankung des Geschwisters. Es ist also eher mit einer ‚Abfolge‘ von Gefühlen und Reaktionen zu rechnen, die die Verarbeitung des Erlebten begleiten bzw. ihr folgen.

Manfred Ziepert (2006) hat in dem sehr lesenswerten Vortrag vor Eltern die Gefühle „Trauer und Zorn als lebensstiftende Kräfte im Leben von Angehörigen psychisch Kranker“ (so sein Vortragstitel) herausgestellt. Für ihn ist „die elementare Wucht des Zorns“ (ebenda, S. 2) eine Voraussetzung dafür, „anzukommen in dem neuen Leben mit einem psychisch Kranken“ (ebenda, S. 4). Auf dem Weg zum ‚Ankommen‘ „muss die Trauer zu ihrem Recht kommen. Trauer ist heilsam. Das Verlorene muss beweint werden“ (ebenda, S. 4). Die Trauer sei allerdings nicht der Endpunkt der Entwicklung – sobald der Schmerz nachlasse, sei es an der Zeit, die Zukunft mit der oder dem Erkrankten so zu gestalten, dass die eigenen Bedürfnisse ausreichend Platz haben.

Auf die intensiven, intimen und nahezu unauflösbaren Geschwisterbeziehungen wurde bereits im Kapitel ‚Die geschwisterliche Bindungsreserve ...‘ eingegangen. Kasten (2001) hat darauf hingewiesen, dass diesen Beziehungen neben positiven Gefühlen wie Liebe, Zuneigung und Solidarität auch eine tiefwurzelnde emotionale Ambivalenz innewohnt, die oftmals uneingestanden sei. Vornehmlich gehe es dabei um Rivalitätsprobleme, die bis ins höhere Alter „häufig weiterbestehen, oft verdrängt oder regelrecht tabuisiert werden, jedoch jederzeit wieder aufbrechen können“ (ebenda, S. 10). Ross und Milgram (1982) stellten fest, dass eine im

Erwachsenenalter gegenwärtige Rivalität oft bis in die frühe Kindheit zurückverfolgt werden könne.

Melanie Klein (1957) hat Rivalität gegen Neid abgegrenzt, denn Neid beruhe auf dem Gefühl, etwas nicht zu bekommen, die Basis von Rivalität sei dem gegenüber Liebe: Sie zielt auf den Besitz des geliebten Objektes und die Verdrängung des Rivalen. Klein rückt die Rivalität damit sehr nahe an die ebenfalls tabuisierte Eifersucht. Nach Kasten (1993, S. 168) bildet „das Vorhandensein von gefühlsmäßiger Nähe zwischen Geschwistern sozusagen die Grundlage und Voraussetzung für die Entstehung von Rivalität bei entsprechenden Anlässen: Mit einer Person, die einem gefühlsmäßig gleichgültig ist, in Rivalität zu treten, bietet keinen Anreizwert.“ Bei Mitgeschwistern basieren solche Konkurrenzempfindungen häufig auf dem Gefühl, ihnen würden von der erkrankten Schwester bzw. dem erkrankten Bruder die Eltern genommen. In den Worten einer Tochter:

„Die Frau – oder die Mutter –, die ich kannte, war verschwunden. Jemand, der auch für mich Sorge tragen wollte? Das gab es jetzt nicht mehr.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 119)

Kasten (1993) und Seiffge-Krenke (2001) sehen die Ursache für die Entwicklung belasteter Geschwisterbeziehungen bzw. die Entstehung und (Langzeit-)Wirkung negativer Gefühle bei den Mitgeschwistern in den familiären Rollen, die diese einnehmen, sowie im Verhalten der Eltern, wie es von den Mitgeschwistern empfunden wird: Inkonsequenz, Einschränkung der elterlichen Aufmerksamkeit oder mangelnde Gerechtigkeit (ausführlich beschrieben im Teil ‚Geschwister im Kontext der Familie‘). Über Wut, Ärger und Aggression in Verbindung mit einem ‚Schweigegebot‘ berichten viele Mitgeschwister in Interviews, so z. B. in der Masterarbeit von Bach (2018).

Zu einem möglichen Zusammenhang zwischen einer ausgeprägt negativen Einstellung gegenüber dem erkrankten Geschwister und dessen Substanzmissbrauch bzw. einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung gibt es in Studien nur vage Hinweise, so bei Kuipers u. a. (2010). Die Autorinnen mutmaßen, kritische und feindselige Beziehungen (critical and hostile relationships) seien häufig in Schwierigkeiten begründet, die dem Beginn der Erkrankung vorausgehen, darunter besonders der übermäßige Konsum von Drogen jeglicher Art. Darüber hinaus führe nach Kuipers u. a.

eine solche Vorgeschichte zum späten Erkennen von Krankheitssymptomen seitens der Angehörigen, denn Auffälligkeiten würden lange als ‚normale, wenn auch schwierige‘ Verhaltensmuster gesehen, nicht als Anzeichen für eine psychische Erkrankung (ebenda, S. 262).

Indizien für eine solche Verknüpfung liefern auch Interviews und Geschwistertreffen (z. B. Peukert und Julius 2019c, S. 9). Die negativen Einstellungen beruhen auf der Annahme, das Geschwister könne auch anders, wenn er oder sie nur wolle. Diese Mitgeschwister geben zudem ein deutlich stärkeres Wutempfinden ihrer Schwester bzw. ihrem Bruder gegenüber zu Protokoll (ob Zufall oder nicht: in den aus Geschwistergruppen bekannten Fällen sind es Empfindungen von Schwestern gegenüber einem erkrankten Bruder).

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Greenberg u. a. (1997, S. 231). Bei ihren Befragten sahen sich jene Geschwister als besonders belastet, die davon ausgingen, die Erkrankten könnten ihr Verhalten kontrollieren. Niedrigere Belastungswerte gaben jene Mitgeschwister an, die die Annahme teilten, die Schwester oder der Bruder könne eben nicht anders, und zwar aufgrund ihrer oder seiner Erkrankung. In der Studie von Schmid u. a. (2006, S. 180) nannten fast die Hälfte der Geschwister die „Mad-or-Bad-Problematik“ als besondere Herausforderung. Auch bei diesen Studien bleibt offen, ob ein Zusammenhang zu einer begleitenden Suchterkrankung besteht.¹⁸

Einen weiteren Hinweis auf einen möglichen Zusammenhang liefert eine Studie von Kymalainen und Weisman (2004). Sie legten 179 Studierenden zu Beginn ihres Psychologie-Studiums drei Vignetten zu fiktiven Geschwistern vor: einem Geschwister mit einer physischen Erkrankung, einem mit einer Schizophrenie und einem mit Substanzmissbrauch. Die

¹⁸ Die Recherche zu Abhängigkeitserkrankungen war nicht Teil dieser Arbeit. Eher zufällige Fundstellen lassen jedoch die Vermutung zu, dass in diesem Sektor die Sicht auf die Mitgeschwister und deren Empfindungen deutliche Ähnlichkeiten aufweist. So kann die Zahl der betroffenen Geschwister – anders als bei Partnern, Kindern und Eltern – nicht beziffert werden (Klein u. a. 2000), eine Mutter gibt zu Protokoll: „Sie ist unsere Jüngste, ihre beiden älteren Geschwister gingen problemlos ihrer Wege“ (DHS 2014, S. 66), und ein Geschwisterkind konstatiert: „Du bist längst nicht so wichtig wie das suchtkranke Kind“ (Renner 2012, S. 117). Die Aussagen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung könnten sich ohne Einschränkung ebenso auf Geschwister psychisch Erkrankter beziehen (siehe Kapitel ‚Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich‘)

Reaktion der Studierenden bestätigte die beiden wesentlichen Hypothesen der Forscher. Zum einen unterstellten die Probanden dem imaginierten Geschwister mit Substanzmissbrauch, es sei eher in der Lage, seine Krankheitssymptome zu kontrollieren als das Geschwister mit Schizophrenie, am geringsten sei die Einflussmöglichkeit für das Geschwister mit einer physischen Erkrankung. Zum anderen fanden sie eine Korrelation zwischen dem Grad, zu dem die Beherrschbarkeit gesehen wurde, und den negativen Emotionen einem solchen Geschwister gegenüber – einschließlich der abnehmenden Bereitschaft, dieses zu unterstützen.

Die Frage, ob besonders herausforderndes Verhalten oder tätliche Übergriffe – unabhängig von einer Suchtproblematik – die Beziehung zwischen den Geschwistern negativ beeinflussen, lässt sich aus den vorliegenden Studien nicht beantworten; wie bereits erwähnt, wirkt sich dies aber sehr wohl auf das Belastungserleben aus.

Wird dem erkrankten Geschwister zugeschrieben, sie oder er könne das Verhalten kontrollieren, so hat dies einen negativen Einfluss auf die Geschwisterbeziehung, wird dem erkrankten Geschwister demgegenüber ein konstruktives Verhalten attestiert, resultiert daraus eine positive Wirkung (Horwitz u. a. 1996, S. 149). Mit ‚konstruktivem Verhalten‘ ist eine familiäre Umgangsweise gemeint, in der sich alle Beteiligten – also auch die erkrankte Person – um gemeinsame Problemlösungen bemühen, und bei dem die Autoren ein wechselseitiges ‚Geben und Nehmen‘ beobachten konnten. Dies darf als Hinweis auf den förderlichen Effekt eines positiven familiären Umgangs mit der Erkrankung verstanden werden: Die oder der Erkrankte sollte, wenn eben möglich, in die Überlegungen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen einbezogen werden.

Stålberg u. a. (2004) nehmen an, die Geschwister psychisch Erkrankter würden sich das offene Aussprechen ihres Neids nicht zugestehen, ihn wohl aber indirekt äußern, so z. B. in den folgenden Zitaten:

„Ein weiteres Privileg ist die Sache mit den Rechnungen. Wenn er sich nicht die Mühe macht, die Miete zu zahlen, macht ihm niemand Vorwürfe, und ihm ist es egal. Es kümmert ihn nicht. In seinem Leben gibt es kein ‚du musst‘.“ (Stålberg u. a. 2004, S. 449 **)

„Meine Eltern sind nur glücklich, wenn meine Schwester glücklich ist. Es scheint, dass sich alles nur darum dreht, wie es ihr geht!“ (Mulder und Lines 2005, S. 12 **)

Gelegentlich werden Neidgefühle aber auch offen artikuliert:

„Voller Neid sah ich Dich zu Hause rumflätzen. [...] Ich hätte platzen können, als ich erfuhr, dass du den Aufenthalt im neuen Internat ‚vorzeitig abgebrochen hättest‘ und – ohne jegliche Konsequenzen – ‚zwecks Erholung‘ wieder in den mütterlichen Haushalt zurückgekehrt seist.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 99)

„Dir aber wurde im Gegensatz zu mir, in aller Stille, der Heiligenstatus zugesprochen.“ (Ebenda, S. 103)

Zur Tabuisierung bzw. Stigmatisierung negativer Beziehungskomponenten erkannten Ross und Milgram (1982): In Einzelinterviews mit Mitgeschwistern psychisch erkrankter Geschwister berichteten drei Viertel der Befragten von Rivalitätsproblemen, wobei dieses Thema in Gruppendiskussionen vermieden wurde. Dort würden Dinge nicht ausgesprochen, die nicht den Normen der sozialen Gemeinschaft entsprechen, aus der die diskutierenden Gruppenteilnehmer stammen (siehe dazu Behnken 1984).

Kasten (1993) und Seiffge-Krenke (2001) gehen noch weiter: Sie sehen im Erleben der Mitgeschwister den Grund, warum es bei diesen zu Aggressionen und Feindseligkeiten bis hin zu Todeswünschen dem erkrankten Geschwister gegenüber kommen kann.

Viele Aspekte der belastenden Lebenssituationen von Geschwistern werden erst weiter unten beschrieben, Konstellationen, denen jeder gerne entfliehen würde, oder deren vermeintlichen Auslöser – die oder der Erkrankte – man gern zum Verschwinden bringen würde. Solche Gefühle können jedoch kaum zugelassen werden, „weil intensive Todeswünsche an das Geschwister, die normalerweise vorkommen können, sich wegen der bedrückenden Realität verbieten“ (Seiffge-Krenke 2001, S. 436) und „aufgrund gesellschaftlicher Tabus selten offen geäußert werden“ können (ebenda, S. 428). Auch Eltern berichten gelegentlich in Interviews bzw. geschlossenen Gruppen von solchen sie sehr beängstigenden Gedanken. Burkhardt u. a. (2007) zitieren aus einem Interview mit einer Mutter:

„Einerseits möchte ich ihn bemuttern, aber andererseits kam schon der Gedanke, wenn er nur tot wäre, dann hätten wir alle unseren Frieden. Das ist zwar furchtbar, aber ...“ (Burkhardt u. a. 2007, S. 231)

Diese Wünsche können massive Schuldgefühle hervorrufen und nicht selten erscheinen sie als der akzeptablere Wunsch, das Geschwister (bzw. das Kind) möge ein ganz anderer Mensch sein, z. B. ein ‚Otto Normalverbraucher‘ (Jana 2018). Eine Schwester hat ihren als ‚furchtbar‘ erlebten Wunsch zu Protokoll gegeben, ihren Bruder möge es nicht mehr geben (aus Bach 2018):

„Das ist wirklich ganz furchtbar, aber, ich habe mir schon gewünscht, dass es ihn nicht mehr gibt. Dass er stirbt. Und das ist ein ganz furchtbarer, ungerechter Wunsch. Weil wer bin ich, um über so etwas zu entscheiden? Aber ich glaube, dieser Wunsch entspringt nicht dem, dass ich wirklich möchte, dass es meinen Bruder auf dieser Welt nicht mehr gibt. Ich möchte manchmal inständig, dass es ihn nicht mehr in meinem Leben gibt. Und da er zufälligerweise bei meiner Mutter wohnt, und weil das alles so verstrickt ist (lacht), da wäre das wahrscheinlich der schnellste Weg zum Ziel (lacht). So hardcore-mäßig.“ (Interview)

Geschwister in Deutschland sehen – innerhalb einer Gruppe von Gleichbetroffenen – das ‚Redeverbot‘ aufgrund sozialer Normen weniger streng, im Gegenteil. Eine Stimme aus einer Geschwistergruppe:

„[Dort kann man über] die schwierigen Erfahrungen in der Familie herziehen, man kann sogar Witze über die ganze Misere machen: wir sind ja unter uns, wir verstehen das als wirksames Ventil.“ (Peukert 2019b, S. 113)

Gerade diese Äußerung unterstreicht Wesen und Wirksamkeit von (homogenen) Selbsthilfegruppen – im Gegensatz zu anderen Settings. Dennoch muss offenbleiben, wie weit das freimütige Sprechen geht, wenn eines der großen Tabus berührt wird, der Wunsch, die erkrankte Schwester, der erkrankte Bruder möge ‚nicht mehr da sein‘.

In den Geschwistertreffen, über die berichtet wurde, kamen jedenfalls bisher solche Todeswünsche nicht zur Sprache, in den Interviews nur ausnahmsweise. Ebenso wenig kann beantwortet werden, ob das Fehlen besonders feindseliger Gefühle dem Bias geschuldet ist, dass Mitgeschwister, die den Kontakt zur Herkunftsfamilie dauerhaft vollständig abgebrochen haben, weder für qualitative Studien noch für Geschwistertreffen und Selbsthilfegruppen erreichbar sind.

V.2.2 Das geschwisterliche Hilfedilemma oder: Das tiefe Bedürfnis zu helfen und die erdrückende Erfahrung von Hilflosigkeit

Da wir hier auf langfristige und damit chronische Verläufe blicken, ist das Dilemma offensichtlich: Trotz aller Bemühungen wird es in der Regel nicht gelingen, die psychische Erkrankung des Geschwisters zum Verschwinden zu bringen – eine Erfahrung, die Mitgeschwister mit ihren Eltern teilen müssen. Eine Schwester formulierte es so:

„Es bringt nichts, egal was ich tue – er ist krank, ich kann nichts ausrichten.“ (Interview)

Diese Schwester scheint eine Antwort bzw. Haltung für sich gefunden zu haben. Viele der Geschwister quälen sich auch noch nach Jahren mit anderen Fragen: ob sie dem psychisch erkrankten Geschwister gerecht geworden sind, ob sie das Richtige für sie oder ihn getan haben, ob sie auf ihr oder sein Verhalten in der richtigen Weise reagiert haben.

Das Erleben der nicht zu beeinflussenden Krankheitszeichen kann sich sehr tief in die Seelen von Geschwistern einbrennen. Eine Schwester schwieg bei einem Geschwistertreffen bis zur Abschlussrunde, in der sie bekundete:

„Ich würde ohne Zögern mein Leben geben, wenn es meinem Bruder nur wieder gut ginge!“ (Julius u. a. 2019, S. 6)

Lukens u. a. (2004, S. 497) nahmen die Traurigkeit wahr, wenn die Teilnehmenden ihrer Fokusgruppe über ihre Resignation angesichts der chronischen Natur der Erkrankung ihrer Schwester bzw. ihres Bruders sprachen. In den Worten eines Teilnehmers:

„Ich glaube, ich habe wirklich alles, was einen Menschen zu einem besseren Wesen macht, von meinem Bruder bekommen. Und ich würde all das aufgeben und zu einer fiesen Person werden, wenn er dadurch gesund werden könnte.“ (Ebenda **)

Dieses Gefühl der Hilflosigkeit stellt sich erst im Laufe der Erkrankung ein. Aus der englischen Befragung von Geschwistern in zwei Frühbehandlungszentren für Psychosen kann herausgelesen werden, welche Rolle die Mitgeschwister zu Beginn der Erkrankung der Schwester bzw. dem Bruder gegenüber einnehmen: Sie bieten emotionalen Beistand an, ermuntern

zu sozialen Aktivitäten und bieten diese auch an, suchen und geben Informationen zu sozialen Hilfen, versuchen mit den Hilfesystemen zusammenzuarbeiten, erbringen höchst praktische Hilfen (z. B. finanzielle Hilfen und Unterstützung im Haushalt), versuchen die Symptome sowie das generelle Wohlbefinden zu beeinflussen, supervidieren das Einnehmen der Medikamente und versuchen, ganz einfach sensibel zu sein (Sin u. a. 2012, S. 55). Alle von Sin u. a. befragten Geschwister ließen zu Beginn der Erkrankung die Schwester bzw. den Bruder – soweit der Altersabstand nicht zu groß war – an ihren sozialen Aktivitäten und ihrem Freundeskreis teilhaben. Die Inklusion durch normalisierende Aktivitäten (function of inclusion [...] with normalizing activities) ist aus Sicht der Befragten ihr wichtigster Recovery-Beitrag (ebenda).

Die Ergebnisse zeigen, wie sehr die Mitgeschwister in das Leben der erkrankten Schwester bzw. des Bruders involviert sind. Umso dramatischer wird es erlebt, wenn die Bemühungen zu keinem erkennbaren Erfolg führen – dann stellt sich die Erfahrung erdrückender Hilflosigkeit ein. Diese Erfahrung und dieses Gefühl teilen Geschwister mit nahezu allen anderen Angehörigen von Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung. In der Psychologie wird das (leicht missverständlich) als ‚externale Kontrollüberzeugung‘ bezeichnet: die fatale Annahme, das eigene Handeln würde nichts bewirken. Bei Geschwistern ist diese Haltung deutlich häufiger ausgeprägt als die sogenannte ‚internale Kontrollüberzeugung‘, bei der das Eintreten von Ereignissen als abhängig vom eigenen Handeln angesehen wird.

Rotter u. a. (1962) unterschieden zunächst nur zwischen externaler und internaler Kontrollüberzeugung; bei der externalen wird das Eintreten von Ereignissen äußeren Umständen jeglicher Art zugeschrieben. Heute wird die externale Kontrollüberzeugung in zwei Dimensionen unterschieden, die soziale Externalität – das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig vom Handeln anderer angesehen, und die fatalistische Externalität – das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig vom Zufall oder Schicksal betrachtet. Weiter unten wird gezeigt, dass insbesondere der sozialen Externalität beim Bewältigungsgeschehen eine wesentliche Funktion zukommt.

Die tiefenpsychologische Reaktion auf Hilflosigkeit ist nachgewiesen: Eine erhöhte Anfälligkeit für depressive Verstimmungen bei den Angehörigen, die sich häufig Sorgen machen und den diagnostizierten Angehörigen oft zu motivieren versuchen – insbesondere dann, wenn sie vom Versorgungssystem die nötigen Hilfen nicht erhalten (Krautgartner u. a. 2005, S. 153). Breslau (1982) hat dies für die Geschwister somatisch erkrankter Kinder nachgewiesen.

V.2.3 Der schmerzliche Verlust des Geschwisters, wie es bis dahin erlebt wurde

Ein zentrales Erlebnis-Moment fehlt in kaum einer Studie: der Schmerz, die erkrankte Schwester bzw. den erkrankten Bruder zu verlieren oder verloren zu haben, verbunden mit dem Kummer über die verlorene Vertrauensbeziehung.

„Meine Schwester hat sich durch die Erkrankung – aber schon vorher – so stark verändert, ich habe sie kaum wiedererkannt. Im Laufe der Zeit hat mich das sehr, sehr traurig gemacht: Ich habe meine frühere Schwester sozusagen verloren, der Verlust tut mir heute noch weh.“ (Interview)

„Irgendwie habe ich meine Schwester wie sie vorher war verloren, und ich denke, ich werde sie nicht wieder zurückbekommen.“ (Stålberg u. a. 2004, S. 448 **)

„Er ist in den beiden Jahren einfach ein völlig anderer Mensch geworden.“ (Sin u. a. 2012, S. 56 **)

„Die Kommunikation mit meinem Bruder war nicht mehr auf die gewohnte Art möglich. Als der Bruder, den ich kannte, war er nicht mehr erreichbar. Er war da und nicht da. Angefühlt hat es sich wie ein Tod.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 23)

Vor diesem Hintergrund können sich auch deutlich überhöhte und zwingend enttäuschte Erwartungen und Hoffnungen bilden:

„Ich wünschte nur, da wäre jemand, mit dem ich alle die Fragen einmal besprechen könnte, auch die, die ich noch gar nicht aussprechen kann. [...] Und ich wünsche mir so sehr, dieser jemand wäre mein Bruder.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 112)

Diese Verlusterfahrung ist nicht auf Mitgeschwister psychisch Erkrankter beschränkt. Eine Schwester, deren Bruder aufgrund einer retrograden Amnesie sein Gedächtnis vollständig verloren hat, schreibt:

„Ich hätte gern meinen alten Max zurück. Aber: ein ganz tiefes Gefühl für ihn war trotz allem immer vorhanden.“ (Rinneberg und Rinneberg 2019, S. 44)

Im Rahmen ihrer Tätigkeit für einen Angehörigenverein ist Lisa Breinlinger diesen Gefühlen von Verlust und Trauer bei vielen Geschwistern begegnet und hat ein Trauerseminar für Mitgeschwister entwickelt, in dem die weitreichenden Folgen von „nicht zugelassener und nicht integrierter Trauer“ (Breinlinger 2019, S. 6) bearbeitet werden. Sie übernimmt die Unterscheidung von verschiedenen Facetten der Trauer von Schwabe und Wendel (2010, S. 5f.), die diese bei der Betrachtung des Verlusterlebens von Angehörigen demenziell erkrankter Menschen ausgemacht haben, und ordnet das Erleben von Angehörigen, namentlich Geschwistern psychisch Erkrankter diesen Kategorien zu (Breinlinger 2019, S. 4f.).

- Die ‚antizipierte‘ Trauer: Sie ist assoziiert mit dem Verlust von Fähigkeiten und Entwicklungschancen der oder des Erkrankten (z. B. von Selbstständigkeit, Arbeitsfähigkeit, Lebensfreude) und ist vielschichtig, denn sie inkludiert bereits bestehende Erfahrungen in die vorweggenommene Trauer über die erwarteten bzw. befürchteten zukünftigen Entwicklungen.
- Die ‚verborgene‘ Trauer: Sie ist eng verbunden mit dem Phänomen der Stigmatisierung. Wie die Erkrankung selbst werden auch die Trauer um einen erkrankten Menschen und die damit verbundenen Gefühle wie Scham, Verlegenheit, Schuld und Wut stigmatisiert. Dies verhindert das Eingestehen von Trauer sich selbst und Anderen gegenüber.
- Die ‚entrechtete‘ Trauer: Sie ist geprägt vom sozialen und kulturellen Umfeld. Während bei einem Todesfall dem Kummer durch kulturelle Bräuche Ausdruck verliehen wird, fehlen solche Riten beim Verlust eines Menschen an die Erkrankung – der Trauer wird die soziale Anerkennung versagt.
- Die ‚chronische‘ Trauer: Sie ist gekennzeichnet durch einen unbewältigten, sich über Jahre hinziehenden Trauerprozess, der sich sowohl

aus dem Verlusterleben in der Vergangenheit speist als auch aus Reaktionen auf aktuelle Ereignisse, etwa im Zusammenhang mit weiteren Krankheitsepisoden.

In allen Zitaten in diesem, aber auch in etlichen wiedergegebenen Äußerungen von Geschwistern in anderen Kapiteln der Monographie scheinen solche Aspekte des Verlusterlebens durch oder werden explizit benannt.

Pauline Boss hat dem Empfinden, das insbesondere auf die unbewältigte ‚chronische‘ Trauer zielt, einen Namen gegeben. Sie spricht von einem ‚uneindeutigen Verlust‘, von der Mehrdeutigkeit des Verlusterlebens (ambiguous loss). Friederike Samstag hat diese Uneindeutigkeit in wenigen Worten so ausgedrückt: „Er war da und nicht da“, siehe oben. Die Folgen sind gravierend: „Eine ehemals vertraute Person wird einem fremd, ohne dass man sich emotional endgültig von ihr lösen könnte. Es entsteht ein Prozess des immerwährenden Abschiednehmens, der die Betroffenen gefühlsmäßig versteinern lässt.“ (Boss 2008, S. II)

Der nicht abschließbare Prozess zeigt Wirkung. „Ein uneindeutiger Verlust ist ein besonderer Stressor, der unheimliche Angst und endlose Belastung hervorruft und den Bewältigungs- und Verstehensprozess blockiert. Er lässt den Trauerprozess erstarren und entzieht sich einer Lösung. Er ermutigt natürlicherweise zur Leugnung des Verlusts. Er kann zur Bewegungslosigkeit und zu weiteren Krisen führen.“ (Ebenda, S. 22)

Bereits Marsh u. a. haben dieses Erleben mit seinen dramatischen Folgen in ihren Studien berichtet; Rex Dickens, einer der Koautoren, hat es bei sich selbst beobachtet.

„Es ist, als wäre jemand gestorben, der einem nahesteht – aber es gibt keinen Abschluss. Es ist niemals vorbei.“ (Marsh u. a. 1993a, S. 15 **)

„In einem Teil deines Lebens schaltest du deine Gefühle aus, und das überträgt sich auf andere Bereiche. Du kannst nicht vertrauen, nicht fühlen, nicht darüber sprechen. Es gibt einen Kern, der früh gefroren ist, vielleicht kannst du dich später damit auseinandersetzen, aber es wird niemals vorbei sein.“ (Dickens 2018 **)

Für nahezu alle Mitgeschwister wird der Verlust der Schwester oder des Bruders, wie sie oder er bisher erlebt wurde, sehr schmerzlich sein. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dürfen wir von einer deutlich kleineren Zahl von Geschwistern mit dem Erleben eines uneindeutigen Verlusts

ausgehen, dem die in den Zitaten zum Ausdruck kommenden entwicklungshemmenden Wirkungen folgen: das ‚Einfrieren‘ bei Dickens, die ‚Versteinerung und Bewegungslosigkeit‘ bei Boss. Wenn Boss zudem von der ‚Ermütigung zur Leugnung des Verlusts‘ spricht, ist die Nähe zur ersten Reaktion auf den Tod eines nahestehenden Menschen nicht zu übersehen, wobei allerdings die „Bewältigungs- und Trauerprozesse eingefroren sind“ (Boss 2008, S. 24).

Mit anderen Worten: Wird der schmerzliche Verlust in dem hier beschriebenen Sinne eines uneindeutigen Verlusts erlebt, wird die bei Trauerprozessen immer wieder berichtete erste Stufe bzw. Phase der Bewältigung – nämlich die Verleugnung des nicht zu ertragenden Ereignisses – quasi auf Dauer gestellt, die üblicherweise darauf folgenden Verarbeitungsschritte können nicht gegangen werden. Dieser Zusammenhang wird im Kapitel ‚Coping: Sieben übergeordnete Strategien der Bewältigung‘ aufgegriffen.

Vom Erleben einer schmerzlichen Beeinträchtigung der Geschwisterbeziehung berichten gelegentlich auch die erkrankten Geschwister. So beklagte ein Teilnehmer bei einer Tagung den Kontaktabbruch zu seinen Geschwistern nach einer langen Zeit, in der er – vor allem durch seine Drogenexzesse – diesen viel zugemutet hatte.

„Jetzt bin ich seit drei Jahren clean, jetzt versuche ich eben den Kontakt wiederaufzubauen, aber ich weiß nicht, ob es nur mir schwerfällt, oder auch meinen Geschwistern. Deswegen finde ich es bis jetzt sehr interessant hier, weil ich mich immer nur aus meiner Perspektive betrachtet habe.“ (Peukert 2019b, S. 104)

Bei einem anderen erkrankten Geschwister gründet die Trübung der guten geschwisterlichen Beziehung in der Sorge, die Schwester allzu sehr zu belasten.

„Es ist mir unangenehm, wenn sich jemand um mich sorgt. Und da hatte ich die Sorge ja selbst produziert, nicht mit Absicht. [...] Jetzt ist es auch so, dass ich bei meiner Schwester schlimme Dinge weglasse, schon seit Jahren und sie weiß das. Und sie fragt auch nicht nach, warum ich das mache, aber vielleicht weiß sie es. Ich will sie einfach nicht irgendwie zu groß in Sorge bringen. Sie hält meine Krankheit glaub ich für ein Viertel so stark wie sie ist. Aber das ist okay, sie ist meine kleine Schwester und ich kann sie nicht so belasten, ja, das ist vollkommen okay.“ (Interview)

Mit den „schlimmen Dingen“ sind vor allem „Gedanken zu Leben und Tod“ (ebenda) gemeint, die den Erkrankten ständig umtreiben. Er scheint zu erahnen, wie schwer das Wissen um solche Gedanken Mitgeschwister belastet und opfert dieser Ahnung einen Teil der vertrauensvollen Beziehung zur Schwester (siehe auch Kapitel ‚Die allgegenwärtige Angst vor dem Geschwister-Suizid ...‘).

V.2.4 Das belastende Gefühl, an dem Bruder oder der Schwester ‚vorbeizuziehen‘

Die Geschwisterbeziehung verändert sich durch den sich einstellenden Wandel in der bis dahin erlebten geschwisterlichen Hierarchie und der Abfolge der bislang bewältigten Entwicklungsschritte.

„Mein Bruder war für mich immer so etwas wie ein Vorbild, schon als wir noch ganz klein waren. Er war irgendwie auch schlauer als ich, und als wir älter wurden, war ich sicher: Er wird mal viel besser im Leben, auch bei der Arbeit, zurechtkommen als ich. Und dann habe ich gemerkt: Er entwickelt sich zurück! Ich habe trotzdem versucht, der ‚kleine Bruder‘ zu bleiben, bis ich – erst nach langer Zeit! – gemerkt habe: Damit schaffe ich mir selbst eine Barriere in meiner Entwicklung. Es war für mich sehr schwer und auch schmerzlich, diese Barriere zu überspringen und an meinem Bruder sozusagen vorbeizuziehen: was die Familiengründung angeht, was die Ausbildung angeht.“ (Interview)

Einige Geschwister berichten, dass dieser Rollentausch bei ihnen zu schweren Schuldgefühlen geführt hat. Eigentlich würde der Bruder oder die Schwester ‚vorangehen‘, nun tun sie es.

„[Ich lasse] irgendwie den Bruder zurück.“ (Interview)

Charles (1999) beobachtete in ihrer breit angelegten Geschwisterstudie ein geradezu regelhaftes Bemühen: „Auf irgendeiner Ebene versuchen wir immer, ‚aufzuholen‘, um Geschwister zu überholen.“ (Charles 1999, S. 892 nach Leuzinger-Bohleber 2020, S. 231). Unter dieser generellen Einstellung (dem Bemühen, zu überholen) wächst dem Vorbeiziehen aufgrund des faktischen Zurückbleibens des erkrankten Geschwisters etwas Peinliches zu.

Daher darf erwartet werden: Die erlebte Scham, das ältere, womöglich als intelligenter eingeschätzte und nun psychisch erkrankte Geschwister zu überholen ist – wie jede Empfindung von Scham – mit dem verstörenden Empfinden von deren Gegenteil verbunden, in diesem Falle mit dem Stolz bzw. der Freude, das Geschwister überholt zu haben, so wie das schamhafte Erröten angesichts des Gewähr-Werdens eines Beobachters der eigenen Nacktheit die nicht zugestandene Lust am Zurschaustellen enthält. Es erfordert psychische Anstrengungen, um diesen archaischen Konflikt in Schach zu halten, denn der innere Widerstreit kann nicht aufgelöst, nur lebbar gemacht werden.

In den Interviews von Stålberg u. a. (2004) haben mehrere Geschwister gemutmaßt, die erkrankte Schwester bzw. der erkrankte Bruder sei neidisch:

„Verstehen Sie, ich denke, er ist ziemlich neidisch, dass es bei mir gut läuft, sowohl im Privatleben als auch bei der Arbeit.“ (Stålberg u. a. 2004, S. 449 **)

Einige Geschwister berichten von sehr intensiven Bemühungen, es durch Unterstützung des betroffenen Geschwisters dazu möglichst nicht kommen zu lassen. Andere Mitgeschwister berichten vom gegenteiligen Erleben – von Wohlwollen oder gar Bewunderung der oder des Erkrankten für die ‚erfolgreiche‘ Schwester bzw. den ‚erfolgreichen‘ Bruder (Bojanowski u. a. 2016b, S. 93f.).

V.2.5 Ungleiche Machtverhältnisse zwischen den Geschwistern

Bereits Schmid u. a. (2005a, S. 738) hatten die Einseitigkeit der geschwisterlichen Kontakte herausgestellt: Das erkrankte Geschwister könne die volle Aufmerksamkeit und Verfügbarkeit der Schwester bzw. des Bruders beanspruchen, deren Autonomie durch seine ständige Bedürftigkeit und einen andauernden Wunsch nach Kontakt einschränken – und gleichzeitig seien es aus Sicht der Mitgeschwister die erkrankten Geschwister, die kommentarlos jedweden Kontakt abbrechen sowie jegliche Hilfeangebote verweigern könnten.

Ganz anders die Mitgeschwister. Sie beschäftigen sich in vielen der Interviews, im Geschwisterforum, bei Treffen und bei Tagungen immer wieder mit der Frage des Abbruchs der Kontakte zu der erkrankten Schwester bzw. dem erkrankten Bruder. Claudia Bach verdeutlichte in einem Symposium, wie viele Schritte jedem zeitweiligen oder endgültigen Kontaktabbruch seitens der Mitgeschwister vorausgegangen sind und mit wie vielen Skrupeln und Schuldgefühlen eine solche Entscheidung einhergeht (Peukert 2019b und Bach 2019).

Mehrere Gesprächspartnerinnen von Jana Hauschild (2019, S. 66f.) berichten von der starken Belastung durch ständige Telefonanrufe,

„von einseitigen und gefühlt nicht enden wollenden Konversationen mit Bruder oder Schwester am Hörer.“ (Ebenda, S. 67)

Wenn ihre Schwester anruft, geht Isa manchmal nicht ans Telefon. Vor allem aufgrund der Angst um die häufig suizidale Schwester „bereitet ihr [das] ein immens schlechtes Gewissen“ (ebenda, S. 66). Stefanie betont, dass es dem Bruder am Ende der Gespräche besser ging, aber „mir ganz furchtbar“ (ebenda, S. 68).

Jana Hauschild fasst dies in einem Bild zusammen: „Die geschwisterliche Seelsorgeleitung funktioniert zumeist nur in eine Richtung. Die Geschwister hören zu; ihr eigenes Leid klagen, das tun sie nicht.“ (Ebenda, S. 68)

Tina Bühler-Stehlé spricht vom jahrelangen ‚despotischen‘ Regime ihres Bruders:

„Ich konnte Dich nicht bezwingen, aber ich war Meisterin darin geworden, Dich auszuhalten.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 84)

Wie immer gibt es auch andere Erfahrungen. Eine solche beschreibt eine erkrankte Schwester:

„Es ergab sich eine enge, über einige Jahre fast symbiotische Beziehung zu meiner jüngeren Schwester. Diese Beziehung hat mir wohl das Leben gerettet, zumindest in sozialer Hinsicht. Das besondere war nun, dass es keineswegs eine Einbahnstraßenbeziehung war, bei der ich die Kranke und zu Umsorgende sein musste, sondern meine Schwester brauchte mich genauso, wie ich sie. Im Rahmen meiner natürlich begrenzten Möglichkeiten leistete ich Unterstützung für sie und ihre junge Familie.“ (Prins 2005, S. 17f.)

Ähnlich die Wahrnehmung des Autors:

„Mein Bruder Ingo hat sich immer sehr für meine und die gemeinsamen Probleme meiner jungen Familie interessiert und unterstützte uns und unseren kleinen Sohn mit den ihm gegebenen Möglichkeiten.“

Folgende Hypothese drängt sich auf: Steht die Beschäftigung der Mitgeschwister mit den Fragen zu Kontakten bzw. Kontaktabbrüchen möglicherweise für eine viel tiefer gehende Auseinandersetzung? Der Auseinandersetzung mit der Frage, der Befürchtung, vielleicht sogar der verschwiegenen Erfahrung, welche Macht ihre kranke Schwester bzw. ihr kranker Bruder über sie und ihr Leben ausüben oder ausüben könnten – und der sie nichts entgegenzusetzen hatten bzw. haben? Verbietet ihnen die geschwisterliche Bindung, sich dieser Frage offensiv zuzuwenden? Sind vielleicht sogar einige der Vorhaltungen, die sie ihren Eltern gegenüber machen, „Ersatzvornahmen“?

Daniela spricht die Macht direkt an, die aus einer psychischen Erkrankung gewonnen werden kann, sie fühlt sich von ihrer Schwester erpresst.

„Ich bin krank und kann ja nicht, also musst Du mir helfen.“ (Hauschild 2019, S. 143)

Eine Schwester in der Studie von Dodge (2011, S. 101) wirft ihrem Bruder vor, er manipulierte die Familie und halte die Fäden fest in der Hand.

Zwei britische Studien aus den 1980er Jahren weisen in dieselbe Richtung. Die eine zeigte, wie blinde Kinder „ihre gesunden Geschwister benutzten und wie diese dadurch beeinflusst wurden.“ (Colonna 1981, nach Pretorius 2020, S. 157) Die andere analysierte die Geschwisterbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehungen bei einem Zwilling-Bruderpaar, bei denen einer der Jungen an Hämophilie litt (Lament und Wineman 1984, nach Pretorius 2020, S. 158).

Eines muss deutlich hervorgehoben werden: Keine einzige Schwester und kein Bruder hat in allen zur Verfügung stehenden Unterlagen jemals die Behauptung aufgestellt oder auch nur die Annahme geäußert, die Suizidgedanken bzw. -wünsche des erkrankten Geschwisters würden strategisch eingesetzt, um Mitgeschwister unter Druck zu setzen oder Macht über sie auszuüben.

Umgekehrt fand Dodge (2011) in seiner Studie über Mitgeschwister, die in die Sorge für ihre Schwester oder ihren Bruder involviert waren, viel Unbehagen über ihre veränderte Rolle. Sie beklagten, dass sich das frühere ‚Geben und Nehmen‘ in eine Abhängigkeit verwandelt habe, in der sie, die Mitgeschwister, die Rolle von Eltern, Lehrern und Erziehern eingenommen hatten bzw. in die sie gedrängt worden seien (ebenda, S. 101). Claire artikuliert ihr Missbehagen in dieser Rolle:

„Es gab mir ein bisschen das Gefühl, dass ich ihn bedrängt habe, irgendwer zu sein, obwohl er noch nicht so weit war. Deshalb bin ich vielleicht ein wenig maßvoller darin, ihm Hilfe anzubieten.“ (Dodge 2011, S. 92 **)

V.2.6 Die zentrale Ambivalenz: dem Geschwister zugleich nah und fern sein

Im Kapitel ‚Die geschwisterliche Bindungsreserve ...‘ wurden die tiefwurzelnden, oftmals uneingestandenen emotionalen Ambivalenzen angesprochen, die nahezu jeder Geschwisterbeziehung innewohnen, d. h. das gleichzeitige Vorhandensein von intensiven positiven Gefühlen wie Liebe und Zuneigung sowie negativen Gefühlen wie Ablehnung und Hass (Kasten 2001, S. 3f.). Nach Romer (2020, S. 188f.) werde der ständige Wechsel von heftigem Streit und inniger Nähe in einer üblichen Geschwisterbeziehung nicht als innerer Zwiespalt erlebt, vielmehr müsse Abgrenzung und Verbundenheit immer wieder verhandelt werden, und dies geschehe auf Augenhöhe.

„Eine solche Beziehung ist im Kern eben nicht zwiespältig. Vielmehr sind die wechselnden Pole Abgrenzung und Verbundenheit zueinander in größtmöglicher Selbstverständlichkeit integriert, sie gehören zueinander wie Tag und Nacht. [...] [Dies ist die] in Geschwisterbeziehungen normale Integration von Abgrenzung und Verbundenheit.“ (Ebenda)

Somit kann die Ambivalenzfähigkeit als eine Entwicklungserrungenschaft verstanden werden, die sich in Abhängigkeit von der Beziehung zu der bzw. den primären Bezugspersonen herausbildet, zu denen auch die Geschwister gehören. Die Ambivalenzfähigkeit erleichtert es, „zwischenmenschliche wie auch intrapsychische Konflikte anzuerkennen und zu

lösen“ (Pretorius 2020, S. 159). In einer solchen Geschwisterbeziehung wird auch ungleiche Behandlung durch die Eltern zu keinem Problem, wenn z. B. die höhere Bedürftigkeit eines jüngeren Geschwisters durch ein „*faibles* Mehr an Privilegien für die Älteren ausbalanciert [werde] (länger aufbleiben, mehr Taschengeld etc.)“ (Romer 2020, S. 189 im Anschluss an Dunn 2007 und Kramer 2010).

Erkrankt eine Schwester oder ein Bruder psychisch, so wird ein solcher Ausgleich, ein ‚*faibles* Mehr‘ für die Mitgeschwister erschwert oder auch verunmöglicht, insbesondere dann, wenn die elterliche Energie durch das erkrankte Kind weitgehend absorbiert wird (siehe das Kapitel ‚Die Bedeutung des elterlichen Verhaltens für die Geschwisterbeziehung‘). Dieses (empfundene) Ungleichgewicht kann die bereits erworbene Ambivalenzfähigkeit gefährden und auf das Verhältnis zu der erkrankten Schwester bzw. dem erkrankten Bruder gravierend einwirken.

Jede Schwester und jeder Bruder sieht sich selbst irgendwo zwischen den Polen eines ‚engen und intensiven Kontakts‘ vs. ‚kein Kontakt mehr!‘, nicht selten zu unterschiedlichen Zeitpunkten an unterschiedlichen Orten des Spektrums. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Position dem psychisch erkrankten Geschwister gegenüber ist nie beendet.

In ihrer 2018 vorgelegten Masterarbeit hat Claudia Bach überzeugend als ein Kernproblem von Mitgeschwistern die permanente, ständig nachjustierende Herausforderung der Balance von Nähe und Distanz dem psychisch erkrankten Geschwister gegenüber herausgearbeitet. Aufgrund dieser Nachjustierungen kann die Haltung von Mitgeschwistern (auch derjenigen, die sich einem eindeutigen Pol genähert haben), bereits morgen oder übermorgen mehr in die eine oder mehr in die andere Richtung tendieren. Die Brigitte-Online-Leserin Jana schreibt:

„Wir alle mussten lernen, uns zu distanzieren, damit wir trotz der Misere unser eigenes Leben leben und auch glücklich sein können.“ (Jana 2018)

Jana Hauschild (2019, S. 70) resümiert: „Denn das Bedürfnis nach Nähe wird zumeist begleitet von dem Bedarf nach ausreichend Distanz.“ Mit der von Ståhlberg u. a. (2004) als ‚kognitive Vermeidung‘ (cognitive avoidance) bezeichneten Ablenkung gelingt es immer nur vorübergehend, sich von den bedrängenden Gedanken zu lösen:

„Wenn ich mich die ganze Zeit mit etwas anderem beschäftige, konzentriere ich mich nur darauf, aber sobald ich damit aufhöre ..., sind die Gedanken zurück und es wird wieder schwierig.“ (Stålberg u. a. 2004, S. 450 **)

Bereits in der Befragung von Marsh u. a. (1993a) haben Geschwister diese Tendenz bei sich beobachtet.

Alle bisherigen Studienergebnisse sprechen dafür: Nur in Ausnahmefällen führt die Distanzierung zu einem stabilen Zustand, der Normalfall ist ein Schwanken zwischen den Polen, was ein Ausdruck für tiefgreifende Ambivalenzen ist. Jede (oft nur vorübergehende) Entscheidung für eine Verortung zwischen den Polen zieht zwingend ambivalente Gefühle nach sich. Titelman (1991, S. 80) spricht von der ‚too-close-and-too-distant experience‘, der Erfahrung, zugleich zu nahe und zu fern, zu dicht und zu distanziert zu sein.

Dies ist eine zutiefst verstörende Bindungssituation, und selbst die Auswege hin zu eindeutigen Positionen führen nicht aus der Misere. Wer als Schwester oder Bruder eine scheinbar klare Distanzierung gewählt hat, fragt sich dennoch und immer wieder: Ist das richtig? – Es ist doch mein Bruder bzw. meine Schwester! Neben den Verlust einer zuvor sehr nahen Person tritt ein schwer aufzulösendes Schuldgefühl. Wer demgegenüber die besondere Nähe zu seinem psychisch erkrankten Geschwister wählt, fragt sich:

„Was gebe ich gerade auf, sollte ich mich nicht besser um mein eigenes Leben kümmern, ohne die Verpflichtung gegenüber der Schwester, dem Bruder? War und ist das, was ich für sie oder ihn getan habe und tue, überhaupt hilfreich?“ (Interview)

Bereits für Chase (1983) stand die Zerrissenheit zwischen Autonomie und Bindungswünschen im Zentrum, die als Ambivalenz-Hintergrund der Nähe- und Distanzregulation angesehen werden kann. Sie hat schon 1983 als Schwester von der eigenen Stigmatisierung, den besonderen Schuld- und Verantwortungsgefühlen sowie den Enttäuschungen über die professionellen Hilfen berichtet.

Kurz gesagt: die Ambivalenz scheint unauflösbar. Alle Geschwister stehen vor der Aufgabe, „im Laufe des Lebens eine unterschiedliche Balance zwischen Individuation und Verbundenheit“ finden zu müssen (Seiffge-

Krenke 2001, S. 421f.), und die Ambivalenzen bei Geschwistern psychisch erkrankter Menschen können als eine Verschärfung ohnehin üblicher Konflikte in Geschwister- und Elternbeziehungen verstanden werden. Die Verschärfung ist das Ergebnis der Labilisierung der bisherigen innerfamiliären Balance, die aufgrund der Erkrankung eines Familienmitglieds ge- oder gar zerstört wird. Diese Überlegung geht auf Barak u. a. (2005, S. 234) zurück; die Autorinnen sprechen statt von Balance vom familiären Äquilibrium und einem reichen Fundus für bedrängende Gefühle (a rich foundation for feelings of distress) als Folge.

Daraus folgt auch: Jede eindeutige Formulierung, jede eindeutige Selbstaussage zur Beziehung zwischen den Geschwistern trägt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Ambivalenz in sich. Jeder Aussage folgt wie ein unsichtbarer Schatten ihr mögliches Gegenteil.

Auch wenn es schwierig ist, muss diesem Umstand unbedingt Rechnung getragen werden. Erst wenn dieser unsichtbare Schatten berücksichtigt wird, ist das Bild vollständig. Das bedeutet keineswegs, es gäbe keine eindeutigen bzw. ‚harten‘ Fakten.

V.2.7 Ambivalenzen – Verführung zur Identifikation oder zur Externalisierung?

David Titelman hat in unterschiedlichen Studien beschrieben, worin er aus psychoanalytischer Sicht die bei den Geschwistern vorherrschende Ambivalenz sieht. Sein letzter Beitrag dazu ist 2006 erschienen, und obwohl er darin die Geschwister mit keinem Wort erwähnt, können wir darin eine Interpretation seiner Auffassung der Geschwisterbeziehung erkennen.

In dem Text versucht Titelman, zu einem Verstehen des Suizids des italienischen Schriftstellers Primo Levi beizutragen, indem er viele Publikationen Levis heranzieht und daraus auf dessen jeweilige psychische Situation schließt, um so die Entwicklung hin zum Suizid nachvollziehbar zu machen. Primo Levi hat als Jugendlicher ein Jahr in Auschwitz überlebt und seine Selbst- und Fremdbeobachtungen in dem beeindruckenden Buch „Ist das ein Mensch?“ veröffentlicht (Levi 1961).

Im Rahmen der Textanalyse zitiert Titelman Primo Levis Erleben beim Versuch, Kafka zu übersetzen. Obgleich er sich stark zu Kafka hingezogen fühlte, hatte Levi die Übersetzung abgelehnt, da ihn die intensive Beschäftigung mit dem Kafka-Text krank gemacht habe.

„Aber diese meine Liebe ist ambivalent, nahe an Furcht und Zurückweisung: Sie ähnelt den Emotionen, die man für jemanden empfindet, den man liebt, der leidet und um Hilfe bittet, die man nicht geben kann.“
(Levi 1986, S. 128 **)

Levis Darstellung seiner Empfindungen könnte nicht besser die ambivalenten Gefühle und die Hilflosigkeit von Mitgeschwistern gegenüber der erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder beschreiben. Gleiches gilt für seine Antwort auf diese Zerrissenheit – die Distanzierung. Titelman interpretiert Levis Reaktion: „Er war nicht in der Lage, sich von Kafkas entsetzlicher Malaise zu distanzieren“ (Titelman 2006, S. 843 **); mit der Ablehnung des Übersetzungsauftrags habe Primo Levi die Ambivalenz zwar nicht auflösen, wohl aber reduzieren können.

Die zitierte Selbstinterpretation von Levi entspricht eins zu eins den Ergebnissen, die Titelman in eigenen, länger zurückliegenden Studien zu Geschwistern psychisch erkrankter Menschen erhoben hatte, und dies gilt auch für seine Ergänzung zur Distanzierung. Er wählte in seinen Studien sehr unterschiedliche Zugänge, um das Erleben von 42 erwachsenen Geschwistern (im Alter von 18 bis 58 Jahren) von an Schizophrenien Erkrankten zu erheben und zu interpretieren (Titelman 1989; 1991; 1992a; Titelman und Nilsson 1992b).

Aus der psychoanalytischen Tradition der 1970er und 1980er Jahre kommend, entwickelt Titelman seine Sicht auf Mitgeschwister, insbesondere auf solche, die sich erheblich oder stark belastet fühlen. Er sieht die Identifikation von Mitgeschwistern mit einer erkrankten Schwester bzw. einem erkrankten Bruder als ein normales Phänomen bei Trauer an. Der Wunsch nach empathischer Zuwendung und Nähe zu dem erkrankten Geschwister werde jedoch durch das Miterleben der zerstörerischen Kräfte von Psychosen von der Angst konterkariert, wie das Geschwister zu sein, nämlich Verrücktheit und destruktive Tendenzen in sich selbst zu tragen. Diese Angst wiederum führe zu dem Verlangen, sich von dem erkrankten Geschwister zu distanzieren. Bei entsprechend disponierten

Mitgeschwistern verstärke diese tiefe Ambivalenz sowohl Schuldgefühle als auch die Neigung zu empathischer Identifikation. Der innere Kampf kann nach Titelman beschrieben werden als Kampf wider den unbewussten Hass gegenüber jemandem, den man liebt und der bereits unterlegen sei (Titelman 1997, S. 322f. **). Die Entsprechung zu dem Levi-Zitat ist unübersehbar, der von einer ambivalenten Liebe spricht – der Liebe zu einem Menschen bei gleichzeitiger Furcht und Ablehnung diesem gegenüber, da der geliebte und leidende Mensch einen Impuls zu helfen auslöst, Hilfe aber unmöglich ist.

Nicht alle Geschwister sind in der Lage, den beschriebenen inneren Kampf ‚kreativ aufzulösen‘ (Titelman 1997, S. 324). Besonders bei ihnen erkannte er bereits in früheren Studien (1989 und 1991) projektive Prozesse, die für ihn der Schlüssel zur psychoanalytischen Ausdeutung einer Reihe von Phänomenen sind. Dazu gehört die Identifikation mit dem erkrankten Geschwister, um so die Liebe der Eltern zu gewinnen (psychoanalytisch: projektive Partizipation durch Identifikation), aber auch aggressive Tendenzen dem erkrankten Geschwister gegenüber können gemäß seiner Fallanalysen das Ergebnis ‚manischer Externalisation‘ sein, d. h. aktivitätshemmende Ängste werden manisch umgedreht (aus Angst wird Aggression) und nach außen auf das Geschwister projiziert.

Titelman sieht bei seinen Therapie-Patienten (den Mitgeschwistern) solche Prozesse, wenn innerpsychische Konflikte (z. B. die angesprochenen tiefgreifenden Ambivalenzen oder massive Schuldgefühle) unerträglich und unverarbeitbar geworden seien. Durch die Übertragung würden solche Konflikte leichter handhabbar und eine Distanzierung werde eher möglich: Das erkrankte Geschwister werde ein geeignetes Objekt für Externalisierung (suitable target of externalization) (Titelman 1991, S. 79 im Anschluss an Volkan 1986).

Allerdings bieten sich auch die Behandler als Projektionsfläche an, um die bedrohliche Beschäftigung mit internen Konflikten zu vermeiden, etwa wenn die erlebte Unzulänglichkeit des eigenen Engagements für die oder den Erkrankten gleichzeitig auf hohe (normative) Ansprüche an die eigenen Hilfen und deren Effektivität trifft. Da kann es leichter sein, die sich selbst zugeschriebene unerträgliche Unvollkommenheit in den mäßigen Bemühungen der professionellen Helfer zu kritisieren.

Daneben scheint es sehr verführerisch zu sein, eigene Entscheidungen, erfüllte bzw. nicht erfüllte Wünsche oder auch nicht zugestandene Bedürfnisse sowie andere emotionale Regungen auf ein Geschwister zu projizieren.

Jana Hauschilds Gesprächspartner und Freund Thorben hat dies bei sich selbst beobachtet, als er zunächst für sein Scheitern im Studium „auch wegen Georg“ annimmt, also wegen seines erkrankten Bruders. Seine Selbstreflexionen lassen ihn im Gespräch mit Jana Hauschild ergänzen:

„Aber ich benutze das auch als Ausrede.“ (Hauschild 2019, S. 145)

V.2.8 Positive Geschwisterbeziehungen – eine protektive Ressource

Die äußerst spärliche Studienlage zu möglichen positiven Wirkungen, die die Beziehung des Mitgeschwisters auf das psychisch erkrankte Geschwister ausübt, ist überraschend, denn allgemeine Geschwisterstudien zeigen: Der besondere Charakter von Geschwisterbeziehungen besitzt eine herausragende und eindeutig messbare Schutzfunktion. Dies wurde zunächst bei Scheidungskindern sowie Kindern chronisch kranker Eltern untersucht und festgestellt.

Generell sind Kinder mit positiven geschwisterlichen Beziehungen besser in der Lage, mit emotionalen Problemen umzugehen (Conger und Conger 1996; Kasten 2001; Freilinger u. a. 2006). Cicirelli (1982) und Gass u. a. (2007) zeigten die protektive Wirkung positiver Geschwisterbeziehungen, die Kindern in schwierigen Lebenssituationen Halt geben können. Bei der Scheidung der Eltern wirken sich Geschwisterbeziehungen als Schutzfaktor vor psychischen Störungen aus (Jenkins und Smith 1990; Karle und Klosinski 2001) und Bojanowski u. a. (2014) stellten in ihrer Vergleichsstudie zwischen Einzelkindern und Geschwistern den gleichen Zusammenhang für Kinder von Eltern fest, die an Krebs erkrankt waren.

Bereits Parens (1988) berichtete von Funktionen, die Geschwister wechselseitig füreinander ausüben und nennt instrumentalisierte Hilfen

und Unterstützung bei der Bewältigung von Sozialisationsschritten. Schmidt-Denter (1988) betont das Verhandeln mit den Eltern und die Bildung von Koalitionen als wichtige Lernerfahrung unter Geschwistern; häufig werden jüngere Geschwister eingesetzt, um etwas zu erreichen, was die älteren selbst nicht können (Seiffge-Krenke 2001, S. 427).

Für Seiffge-Krenke ist die Beziehung zwischen Vincent van Gogh und seinem Bruder Theo besonders eindrucksvoll und sie zitiert aus einer Biographie über van Gogh: „Vincent wurde zeit seines Lebens von seinem geliebten Bruder Theo, der vier Jahre jünger war als er, unterstützt. [...] Ohne seinen Bruder, so könnte man hinzufügen, von dem er ein Leben lang abhängig war, gäbe es diese Kunst nicht, wäre van Gogh nicht in der Lage gewesen, derartige Bilder zu malen.“ (Walther 1986, nach Seiffge-Krenke 2001, S. 427)

Hultman u. a. (1997) haben die Kontaktfrequenz der Mitgeschwister mit den Erkrankten betrachtet und bei häufigen Kontakten eine bessere soziale Integration und einen besseren Gesundheitsstatus bei den erkrankten Geschwistern beobachtet.

In Deutschland hat erst Bojanowski im Jahr 2016 die Frage aufgeworfen, ob die Geschwisterbeziehungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen einen Risikofaktor oder eine Ressource darstellten; die Altersspanne der Untersuchten reichte vom 4. bis zum 18. Lebensjahr. Ihr Ergebnis: Positive Geschwisterbeziehungen sind für das psychisch erkrankte Geschwister eine eindeutig feststellbare Ressource, ein ‚healing potential‘ (Bojanowski u. a. 2016b). „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Probanden ihre Geschwisterbeziehungen als warmherzig, eng und liebevoll wahrnehmen [und diese daher] als Ressource angesehen werden können, die ein genesungsförderndes Potenzial widerspiegelt. Für alle Kinder hat die Geschwisterbeziehung eine herausragende Bedeutung“ (Bank und Kahn 1994, nach Bojanowski u. a. 2016b, S. 101), „die bei psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen noch verstärkt werden könnte.“ (Bojanowski u. a. 2016b, S. 101 **)

Zu einem vergleichbaren Ergebnis führte die amerikanische Studie von Smith und Greenberg (2007): Hier genossen die erkrankten Geschwister eine höhere Lebenszufriedenheit (gemessen mit dem Satisfaction with

Life Scale (SWLS)¹⁹), wenn die Mitgeschwister eine enge und unterstützende Beziehung zu Protokoll gegeben hatten (ebenda, S. 1222).

Bojanowski u. a. (2015) haben mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-deu)²⁰ die Qualität der Geschwisterbeziehungen untersucht zwischen ausschließlich gesunden und Geschwistern mit einer psychisch erkrankten Schwester oder einem Bruder – und die Unterschiede waren signifikant (Bojanowski u. a. 2016b, S. 93f.). Bereits der Vergleich des Anteils positiver zu negativen Beziehungen zwischen den Geschwistergruppen zeigt mit 61 % mehr positive Beziehungen unter denjenigen Geschwistern, bei denen eines von beiden psychisch erkrankt ist, gegenüber 42 % in der Kontrollgruppe (ebenda, S. 93). Auch bei erlebter Zuneigung, erlebter Bewunderung sowie geringerem Dominanzverhalten seitens des Mitgeschwisters sind die Werte in der Gruppe mit einem erkrankten Geschwister höher. Dasselbe gilt bei den psychisch erkrankten Geschwistern für deren Bewunderung der Mitgeschwister und die durch sie erlebte Fürsorge (ebenda, S. 95). Bei den sehr positiven Ergebnissen ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei der Rekrutierung der erkrankten Kinder einige schwerwiegende Diagnosen ausgeschlossen waren.

Bereits früher wurde die Wirkung positiver Geschwisterbeziehungen in der Jugendzeit sowie im frühen Erwachsenenalter für die weitere Entwicklung der Erkrankten in einigen englischen und amerikanischen Studien herausgestellt. Laut Birchwood (2003) lassen sie eine erfolgreichere Recovery erwarten, gemäß Sin u. a. (2016, S. 1252) wirken sich enge und unterstützende Geschwisterbeziehungen positiv auf die Lebensqualität und die Prognose aus, weitere Studien führten zu vergleichbaren Ergebnissen (Sin u. a. 2005; Smith und Greenberg 2007; Greenberg u. a. 1999).

¹⁹ Satisfaction with Life Scale (SWLS): Eine Fünf-Item-Skala zur Erfassung von Lebenszufriedenheit über „ein multifaktorielles Konstrukt mit affektiven und kognitiv-evaluativen Komponenten [...]. Die affektiven Komponenten sind durch das Vorhandensein positiver und die Abwesenheit negativer Emotionen gekennzeichnet. Die kognitiv-evaluativen Komponenten setzen sich aus globaler und domänenspezifischer Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zusammen.“ (Janke u. a. 2012)

²⁰ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-deu): „Ein in Großbritannien entwickeltes Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren. Der kurze Fragebogen kann in etwa fünf Minuten von Eltern und Lehrern sowie in einer Selbstbericht-Version von Jugendlichen ausgefüllt werden.“ (Klasen u. a. 2003)

Bei den Ergebnissen der Studiengruppe um Greenberg und Smith ist hervorzuheben, dass die Geschwisterbeziehungen über viele Jahre hinweg beobachtet wurden. Wie für amerikanische Studien üblich lag Greenbergs primäres Interesse auf der Wirkung positiver Beziehungen für die spätere Beteiligung der Geschwister an den Betreuungsfunktionen (Greenberg u. a. 1999), geleitet von der Annahme, die Qualität der Geschwisterbeziehungen während der Adoleszenz würde die spätere Beteiligung der Mitgeschwister an den Unterstützungsleistungen voraussagen.

Smith und Greenberg (2008) untersuchten, welche Faktoren die Qualität von Geschwisterbeziehungen zwischen gesunden und erkrankten Geschwistern beeinflussen. Gemäß ihren Daten bildet die familiäre Nähe in der Kindheit (*closeness in the family during childhood*) die Grundlage für eine positive Geschwisterbeziehung im Erwachsenenalter (ebenda, S. 61).

Wir haben gesehen: Geschwisterbeziehungen gehören zu jenen mit hoher Intensität bei großer Nähe und Verbundenheit – und durch die Erkrankung werden sie häufig noch enger: „Geschwisterbeziehungen, die in der Kindheit stabil und vertrauensvoll waren, werden durch die Erkrankung modifiziert, aber nicht unbedingt verschlechtert. Bei den früher eher distanzierten und schwierigen Geschwisterbeziehungen löst die Erkrankung eher Bemühungen aus, die Beziehung zu verbessern.“ (Bock u. a. 2008, S. 29). Mehr noch, die positiven Beziehungen sind eine Ressource für das psychisch erkrankte Geschwister, sie wirken protektiv und besitzen ein genesungsförderndes Potenzial!

Dieser heilsame Einfluss wird von zwei Selbstzeugnissen eindrucksvoll belegt. In einer Mail an den Autor schreibt Sibylle Prins (2004a):

„Tatsächlich habe ich von meinen jüngeren (aber erwachsenen) Geschwistern, insbesondere meiner sechs Jahre jüngeren Schwester die größte und hilfreichste Unterstützung erhalten, während meine Eltern zwar versuchten, mich zu unterstützen, aber damit völlig überfordert waren.“ (Ebenda)

Peggy Symons wurde als zweitältestes von acht Geschwistern nach mehrjährigem Vorlauf 1975 erstmals hospitalisiert. Anlässlich einer Geschwisterstudie des NIMH (National Institute of Mental Health), an der alle acht Geschwister teilnahmen, stellt sie fest:

„Ich sah meine Brüder und Schwestern im vollen Licht ihrer Loyalität und Liebe. Sie alle wurden vor 28 Jahren als ‚schizophrenen‘ beschuldigt, aber als diese Krankheit drohte, mich von ihnen zu entfernen, stellten sie sich der Herausforderung und hielten durch in den Momenten, in denen ich sonst abgedriftet wäre. [...] Sie haben mein Leben reicher, lustiger und erfüllter gemacht als Schwester, Tante und Freundin. Ohne sie wäre es eine düstere und schwierige Reise gewesen. Gemeinsam sind wir 30 Jahre lang diesen Weg aus der Dunkelheit in die Morgendämmerung gegangen.“ (Symons 2003, S. 10 **)

Unabhängig von diesen Ergebnissen darf nie außer Acht gelassen werden: Die Geschwisterbeziehung ist, wie weiter oben ausgeführt, grundsätzlich ambivalent und damit ‚störanfällig‘. Umso wichtiger ist es für Eltern und professionelle Helfer, sich um den Fortbestand positiver Geschwisterbeziehungen zu kümmern.

V.3 Die Erkrankung zeigt Wirkung: Ängste und Intrusionen, Schuld- und Schamgefühle

V.3.1 Wenn Geschwister (physische) Gewalt erleben

Wahrscheinlich ist es kein Zufall: Gewalt als Teil der familiären Dynamik wurde in Deutschland von Geschwistern bisher nur in Einzelgesprächen mit Peers als Interviewenden geäußert wie in der Masterarbeit von Claudia Bach (2018) und den Gesprächen von Jana Hauschild (2019), beide sind Schwestern eines psychisch erkrankten Bruders. Bereits in den 1970er und 1980er Jahren wurde in Studien aus dem angelsächsischen Raum die Aggressivität sehr wohl thematisiert.

Aggressionen und Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen anzusprechen ist ein großes Risiko – nicht nur weil innerfamiliäre Gewalt grundsätzlich tabuisiert wird. Sehr schnell könnte man in der eigenen Familie oder in der gerade diskutierenden Gruppe als jemand wahrgenommen werden, der gegenüber psychisch erkrankten Menschen massive negative Vorurteile hegt, oder als jemand, der die erkrankte Person dem immer noch verbreiteten Vorurteil ausliefert, psychisch Erkrankte seien per se gewalttätig. Dabei zeigen viele Studien, dass eine – auch schwere – psychische Erkrankung das Gewaltpotenzial nicht signifikant erhöht, wohl aber die Assoziation der Erkrankung „mit anderen Variablen wie Drogenmissbrauch, Umweltstressoren oder Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte“ (Elbogen und Johnson 2009, S. 152 **). Dem entgeht man dann lieber durch Schweigen und lebt ggf. ein Doppelleben (siehe Peukert 2019b, S. 111).

Genau die Kombination aus Gewalt und Schweigen wegen der befürchteten Stigmatisierung adressiert der US-Psychiater Mitch Gluck (2019) in „My family’s tragedy“. 1990 hatte sein wesentlich jüngerer Bruder Dennis erstmals angekündigt, die Eltern zu töten, was er 20 Jahre später dann realiter tat. Dazwischen lebte er teils auf der Straße, teils bei

den Eltern, wurde mehrfach inhaftiert („er wählte Gefängnis statt Behandlung“ **), aber von zwei weiteren Brüdern, beide Anwälte, vor Schlimmerem bewahrt. Die Eltern entschieden sich, mit niemandem darüber zu sprechen oder sich auszutauschen, und Gluck beobachtete die zunehmende Desintegration der Familie. Mit der Veröffentlichung geißelt er nicht nur die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, sondern auch die Defizite des Hilfesystems und die fehlende Unterstützung für ähnlich betroffene Familien. Er hofft, dies sei „ein Hoffnungsschimmer in der Düsternis des Schmerzes, die seine Eltern, sein Bruder und seine Familie durchlebten.“ (Gluck 2019 **)

Die amerikanische Journalistin Clea Simon hat ihrem Leben mit zwei psychisch kranken Geschwistern ein Buch gewidmet. Ihre Panik vor ihrer kranken Schwester wurde ausgelöst, als Clea noch keine zehn Jahre alt war und die Schwester ihren Hamster tötete. Sie sieht sich von der Schwester massiv bedrängt.

„Eines Tages geben die Eltern ihr ein Vorhängeschloss für ihr Zimmer. Damit sie sich vor ihrer Schwester schützen kann.“ (Simon 1997, nach Hauschild 2019, S. 55)

Nahezu identisch berichtet Tina Bühler-Stehlé (2005):

„Als Peppi [der Dackel] Wochen später klammheimlich ausgebüxt war, habe ich ihn in heller Aufregung sofort bei Dir gesucht. Auf diesen Anblick war ich nicht vorbereitet. Noch heute sehe ich Deine Augen vor mir ... – zwischen Deinen Händen das kalkweiße Schwänzchen des Hamsters: völlig reglos. Tot. – Was mit den eingefangenen Vögeln passiert ist, konnte ich nur ahnen.“ (Ebenda, S. 34)

Wie Clea Simon erhielt auch sie einen Schlüssel zu ihrem Zimmer, traute sich aber nicht mehr, ihn zu benutzen, nachdem der tyrannische Bruder die Tür bereits einmal zertrümmert hatte (ebenda, S. 44).

Nora erzählt von ihrer Angst und ihren Alpträumen aufgrund der unbändigen sowie unberechenbaren Wut ihres Bruders David. Auch Thorben musste einen dramatischen Wutausbruch ertragen, als sein Bruder Georg an einem Nachmittag nicht nur wie so oft Möbelstücke traktiert hatte, sondern dem gemeinsamen kleinen Bruder ein Messer an den Hals hielt (Hauschild 2019, S. 54f.).

In der Studie von Claudia Bach (2019, S. 131) berichten alle Mitgeschwister ausnahmslos von Situationen, die die Autorin ‚intrusiv‘ nennt.

Gemeint sind Erlebnisse, „die plötzlich von außen auf sie eingeströmt sind, sie emotional extrem aufgewühlt haben und sie quasi schutzlos überschwemmt haben. Diese Erlebnisse sind schwer zu verarbeiten und können potenziell traumatisierend sein.“ Eine Schwester schilderte beispielsweise:

„Und da war sie bei meiner Mutter, und hat die ganze Wohnung zertrümmert. Und hat auch ein Messer nach meiner Mutter geworfen. Also auch Möbel geworfen, wo man sich hinterher fragte, woher sie überhaupt die Kraft dafür hatte.“ (Bach 2019, S. 131)

„Die Geschwister berichten von Aggressionen und gewalttätigen Verhaltensweisen des Erkrankten; von Ausnahmesituationen und Notfällen mit dem Erkrankten, die häufig auch das Hinzuziehen von Polizei oder Rettungskräften erforderlich machten; und von Erlebnissen, die zu Schock und Panikgefühlen geführt haben. Auch das Erleben von wahnhaften, psychotischen oder durch Medikamente stark sedierten Zuständen beim erkrankten Geschwister kann intrusive Wirkung haben. Ebenso wie auch das Erleben der Suizidalität des Erkrankten.“ (Ebenda)

Aus Sicht der Autorin enthalten diese intrusiven Situationen das Potenzial zu Traumata (ebenda). In der Traumatalogie sind Bindungstraumata nicht unbekannt: Sie können beim Miterleben von Gewalt zwischen Bindungspersonen auftreten. Gemäß der Studie von Lukens u. a. (2004, S. 493) hat bereits das einmalige Erleben von Gewalt enorme Wirkungen auf Mitgeschwister, u. a. auch auf deren Bereitschaft, sich an der familiären Unterstützung für die erkrankte Schwester bzw. den erkrankten Bruder zu beteiligen.

In ihrer Geschichte hat Tina Bühler-Stehlé (2005) mehr als einmal solche ‚intrusiven‘ Situationen erlebt und sich kindlich-hilflos darauf eingestellt:

„Verletzungen am Körper lassen sich verstecken. Doch nicht im Gesicht – mein größter Albtraum damals. Die Hände auf Augen und Wangen gepresst, schrie ich mehrmals nach der Mutter.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 83)

„[Ein anderes Mal habe ich] nicht mehr geschrien. Und auch nicht mehr gebetet: Nie mehr habe ich mich so gefürchtet – vor diesem Bruder, der dicht vor der Tür nach meinem Leben trachtete. Irgendwann war die Angst vorbei. Ich weinte. Mit der Trauer kam unaufhaltsam die bedrückendste aller Fragen: ‚Warum?!‘ Völlig unerwartet hast Du die Tür

geöffnet und mich rausgelassen. ‚Ich weiß es doch nicht‘, hast Du unvermittelt gesagt. Auch Du hast geweint.“ (Ebenda, S. 47)

Als ‚Gewalt‘ hat die Autorin aber auch den verstörenden, vielleicht sogar gestörten Umgang der Mutter mit dem Bruder empfunden – und die Untätigkeit des Gesundheitssystems und der Behörden.

Dies und vieles mehr konnte geschehen, weil lange Zeit „das Kindeswohl ausschließlich im erzieherischen Ermessen“ stand. „Was in Liebe gedeiht, hieß es, soll den Liebenden überlassen werden – Freiheitsberaubung, Vergewaltigung, Kindesmissbrauch hin oder her. Unzählige Dramen haben sich da wie dort in geschlossenen Familienräumen abgespielt, ohne dass auch nur ein Laut nach außen hat dringen können.“ (Ebenda, S. 216, Nachwort von Ueli Zindel)

Traumatisierungen oder Traumafolgestörungen aufgrund erlittener bzw. beobachteter Gewalt sind bei jüngeren Mitgeschwistern eher wahrscheinlich als bei jenen, die erst im jungen Erwachsenenalter mit solchen Ereignissen konfrontiert werden. Wie viele der Mitgeschwister derartig belastende und sie wahrscheinlich langfristig beeinträchtigende Situationen erleben mussten ist ungeklärt. Eine Näherung an den Umfang bieten die Ergebnisse von Smith und Greenberg (2008), nach denen 8 % der 136 befragten Mitgeschwister von erlebten Angriffen und Verletzungen und 15 % von Gewaltandrohungen seitens ihrer an Schizophrenien erkrankten Geschwister berichteten (ebenda, S. 60).

Bei einem Geschwistertreffen 2019 sprachen 40 % der Teilnehmenden von belastendem auto- oder fremdaggressivem Verhalten des erkrankten Geschwisters, wobei hier vermutlich ein ausgeprägter Bias zu berücksichtigen ist (Julius und Peukert 2020a). Umgekehrt deutet der hohe Anteil darauf hin, dass dieses Erleben bei den betroffenen Geschwistern eine nachhaltige Wirkung entfaltet, siehe dazu auch das nächste Kapitel.

Kurz- und langfristige Auswirkungen von Gewalterfahrungen durch Geschwister konstatiert auch John Caffaro (2011, S. 248). Er weist darauf hin, dass ‚sibling violence‘ üblicherweise verharmlost, oft verschwiegen werde – nicht nur von den Geschwistern selbst und ihren Familien, sondern auch von Therapeuten. Demgegenüber sieht er neben körperlichen und seelischen Folgen dauerhafte Konsequenzen für die Beziehung der

Geschwister. Von den Probanden seiner Studie hatte ein Drittel den Kontakt mit dem gewalttätigen Geschwister vollständig abgebrochen, während dieser Anteil in ‚healthy families‘ auf nur 6 % geschätzt werde (ebenda, nach Cicirelli 1982).

Auch wenn die Probanden in Caffaros Studie nicht nur Geschwister von psychisch Erkrankten waren, drängt sich angesichts der hohen Zahl von Kontaktabbrüchen die Frage auf, ob die Abwendung von Mitgeschwistern von ihrer Herkunftsfamilie zumindest teilweise in (verschwiegenen) Gewalterfahrungen begründet sein könnte.

Dennoch, die referierten qualitativen sowie spärlichen quantitativen Daten sprechen für einen spezifischen Hilfebedarf, der nach wie vor höchst selten gesehen und noch seltener beantwortet wird. So findet sich in einem populären Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe zu Aggressionen und Aggressionsmanagement auf über 600 Seiten kein Passus zur Situation von Angehörigen (BApK 2016, S. 7; siehe auch das Kapitel ‚Geschwister sorgen sich um ihre Eltern ...‘). Dass dieser Befund nicht auf Deutschland beschränkt ist, zeigt sich im Titel einer englischen Studie aus dem Jahr 2019, die Gewalterfahrung zwischen Ersterkrankten und ihren Bezugspersonen als ‚das letzte Tabu‘ bezeichnet: „The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships“ (Onwumere u. a. 2019).

Die Autorinnen kommen zu ähnlichen Feststellungen wie eine Online-Befragung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK 2016): Die wenigsten Familien erhalten bei krankheitsbedingten Konflikten und Aggressionen professionelle psychiatrische Unterstützung. Die meisten Familien helfen sich mit eigenen mühsam erlernten Strategien oder sie haben gar keine Möglichkeit, angemessen zu reagieren. Zumeist ist, wie bei häuslicher Gewalt überhaupt, der Täter männlich, das Opfer weiblich.

Einige Tipps finden Angehörige in der Broschüre „Was tun – bei Konflikten und Aggressionen in Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen?“ (BApK 2016) Da nur sehr selten Deeskalationstrainings für Angehörige angeboten werden, könne man sich behelfen, indem man z. B. einen Selbstverteidigungskurs besucht. Dabei sei jedoch zu beachten: Körperliche Techniken sind gut für das Selbstbewusstsein, helfen aber in

Notfällen nicht wirklich, weil man vor Angst ihre Anwendung vergisst! Viel wichtiger sei die Beherrschung guter Kommunikationstechniken mit Menschen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit phasenweise gestört sind. Dazu gehöre, das eigene Verhalten gut zu kennen, zu wissen, wie man auf andere wirkt, zu wissen, was das Gegenüber provozieren könnte, zu wissen, was man besser vermeiden sollte und wie man Vertrauen herstellen kann (ebenda, S. 25).

V.3.2 Die allgegenwärtige Angst vor dem Geschwister-Suizid oder: Wenn die Schwester oder der Bruder das Leben nicht mehr aushält

Die vermutlich schwerste Prüfung ist der vollzogene Suizid des Geschwisters – diese nicht von der Hand zu weisende Möglichkeit treibt nahezu alle Mitgeschwister um. Im Geschwisterforum und in Interviews finden sich viele nahezu gleichlautende Zitate. Dies ist nicht verwunderlich, denn die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens mit dem Suizid des erkrankten Geschwisters konfrontiert zu werden, erhöht sich mit jeder Suizidandrohung des Geschwisters und jeder suizidalen Handlung (ohne Tod des Geschwisters). Faktisch ist das Suizidrisiko bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen etwa um das zehnfache im Vergleich zur Altersgruppe erhöht (Neurologen und Psychiater im Netz 2019).

In einer landesweiten norwegischen Studie wurden siebzig Geschwister von Personen untersucht, die sich vor dem dreißigsten Lebensjahr selbst töteten; in neun von zehn Fällen lag den Suiziden eine psychische Erkrankung zu Grunde (Dyregrov u. a. 2005). Naber (1999) hat die bis dato relevanten Studien zu Suiziden von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und die Risikofaktoren zusammengefasst (siehe Grafik).

In ihrem Buch „Übersehene Geschwister“ berichtet Jana Hauschild (2019) von „der tiefen Angst“, die sich bei ihr „einnistete“, als sie – noch als Mädchen – vom Suizidversuch ihres Bruders erfuhr.

„Der Gedanke, mein Bruder hätte nicht mehr sein können, war nicht zu ertragen.“ (Ebenda, S. 13)

Studie	Ergebnisse	• Männliches Geschlecht • Höheres prämorbidcs Bildungsniveau, hohe Intelligenz • Alleinlebend, keine Familie, sozial isoliert • Keine (berufliche) Beschäftigung • Depressivität • Gleichzeitig bestehender Suchtmittelkonsum • Suizidale Gedanken und -pläne • Vorhergehende Suizidversuche • Erste 6 Monate nach Krankenhausentlassung • Häufige, aber kurze stationäre Aufenthalte im letzten Jahr • Aktuelle Live-events
Suizide		
Allebeck et al. (1986)	über 10-mal häufiger als in der Bevölkerung	
Drake und Cotton (1986)	14 % in 3-7 Jahren	
Gmür (1987)	9.8 % in durchschnittlich 11 Jahren	
Müller (1989)	13 % in durchschnittlich 15 Jahren	
Caldwell und Gottesmann (1990)	10-13 % Lebenszeitrisiko	
Axelsson et al. (1992)	1.7 % jährlich (über 6 Jahre)	
Flechtner et al. (1997)	65-mal häufiger als in der Bevölkerung (2 % jährlich)	
Rossau und Mortensen (1997)	5.5 % in durchschnittlich 8 Jahren	
Brown (1997, Metanalyse)	12 % in durchschnittlich etwa 7 Jahren	
Suizidversuche		
Roy et al. (1984)	18-55 %	
Gmür (1987)	39 % in 11 Jahren	
Müller (1989)	38 % in 8 Jahren	
Breier (1991)	38 % in 2-12 Jahren	
Radomsky et al. (1999)	27 % Lebenszeitrisiko	

Quelle: Naber 1999, S. 214, nach Müller 1999

Abbildung 1: Studien zur Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen sowie Risikofaktoren hoher Suizidgefährdung bei schizophrenen Patienten

„Die Angst [...] ist in diesen Tagen so präsent wie einst. So greifbar nah. Ich habe Angst, dass seine Gedanken an den Tod zu Taten werden.“
(Ebenda, S. 21)

In den Gesprächen, die sie mit Geschwistern führte, nimmt deren Suizid-Angst den gebührenden Raum ein; sie resümiert: „Die meisten Geschwister haben Erfahrungen mit den Todeswünschen der eigenen Schwester oder des eigenen Bruders.“ (Ebenda, S. 52) Hauschild zitiert stellvertretend für viele Posts im Geschwisterforum eine Schwester, die sich durch die Angst vor dem Suizid des Bruders jahrelang hin- und hergerissen fühlt:

„Wenn sie die Furcht um ihn zulässt, so ihre Annahme, übertreibe sie womöglich in ihrer Sorge. Wenn sie den Gedanken wegdrückt, dass ihr Bruder sich etwas antun könnte, dann versagt sie ihm ihre Hilfe. Allein bleibt sie mit diesem Dilemma zurück.“ (Ebenda)

Von Madeline erfahren wir, wie sie diese Angst vor dem Suizid dazu bringt, ihren massiven inneren Widerstand gegen die erfahrungsgemäß langen und deprimierenden Telefongespräche zu überwinden und sich dem „lähmenden Leid“ der Schwester auszusetzen:

„Die Angst um die Schwester ist größer als die Angst vor der eigenen Überforderung mit dem Leid.“ (Ebenda, S. 67)

Wie sehr die Suizid-Angst mit dem sonstigen ambivalenten Gefühlsgewirr verwoben sein kann, schreibt ‚Maulwürfel‘ ins Geschwisterforum:

„Ich hatte wieder Angst, meine Schwester nimmt sich das Leben, hatte auch für mich Angst, was noch wieder alles kommt, hatte wieder dieses schlechte Gewissen, warum ich nicht helfen kann, und auf der anderen Seite wieder Wut, warum ich nicht ein normales Leben leben kann.“ (Forum 51/119)

Kaum hat sie über ihre Last geschrieben, muss sie hinzufügen: „auch wenn ich meine Schwester liebe“ (Forum 51/117).

Christa sorgt sich um den Bruder, der Hilfen ablehnt und „immer mit halbem Bein auf der Straße [steht]“. Für sie hat die Furcht noch eine weitere Dimension:

„Meine schlimmsten Ängste [...] sind, dass ich permanent innerlich darauf eingestellt bin, gleich einen Anruf zu erhalten, dass er sich umgebracht hat, oder noch schlimmer für mich zu ertragen, dass ihm andere etwas angetan haben könnten.“ (Forum 95/234)

Obgleich sie nach vielen Jahren vergeblicher ‚Rettungsversuche‘ den Kontakt zu ihrem Bruder nach einem Gewaltereignis gegen sich selbst und ihre Kinder abgebrochen hat, bleiben bei Hella Ängste und psychosomatische Beschwerden:

„Er hat Suizid-Neigung und ich erwarte im Grunde jederzeit einen Anruf, dass er tot ist. Oder dass er andere Menschen schwer verletzt hat. [...] Schwester eines ‚gefährlichen Verrückten‘ zu sein, ist kein Zucker-schlecken.“ (Forum 30/62)

Eine weitere Variante solcher Ängste erlebt Hannah, deren Bruder seit Jahren auf der Straße lebt, und die sich sorgt,

„dass er krankheitsbedingt kein ‚gesundes‘ Kälteempfinden hat (im Winter mit Sandalen und so), und er einfach irgendeinen Winter nicht mehr überlebt.“ (Forum 46/92)

„[Ich fürchte,] dass er mehr so einen ‚Selbstmord auf Raten‘ macht. [...] Mittlerweile bin ich nicht mehr so geschockt davon [...], aber die Hilflosigkeit und die ‚unheilvolle Ahnung‘ [...] sind geblieben.“ (Forum 46/86)

Angst und Hoffnung sprechen aus dem Appell von Tina Bühler-Stehlé, mit dem sie ihr Buch beendet.

„Ich weiß, dass Du an Schizophrenie leidest. Und ich spüre, dass Du auf Deine eigene Weise versuchst, mit dem Leben klar zu kommen. Bitte wirf es nicht weg. Brich aus Deinem Gefängnis aus und lebe – mit oder ohne mich – aber lebe.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 214)

Last und Liebe, Schuld und Wut, eigenes Leben und Sich-kümmern-wollen – aber dabei das schmerzliche Gefühl, nicht ausreichend aktiv zu sein, das eine scheint ohne das andere nicht zu existieren.

Das Erleben von zutiefst widersprüchlichen Gefühlen zeigt sich sehr ähnlich auch nach der unwiderruflichen Selbsttötung einer Schwester oder eines Bruders: Kummer, Angst, depressive Stimmung, Schuld, den Suizid nicht verhindert zu haben, Scham, Stigmatisierung – aber auch Wut dem Geschwister gegenüber bei gleichzeitigen Schuldgefühlen aufgrund dieser Wut (Dyregrov u. a. 2005, S. 718f.). Die Autoren beobachteten bei den Geschwistern Schuldgefühle, da diese häufig glaubten, über Wissen bzw. Informationen zu verfügen, mit dem sie den Suizid hätten verhindern können (ebenda, S. 719). Selbst nach dem Suizid trat bei einem Drittel der befragten Geschwister deren Bedürfnis in den Vordergrund, die Eltern zu schützen: Sie wurden nach dem Suizid von Schuldgefühlen den Eltern gegenüber geplagt, da sie glaubten, bei dem Bruder bzw. der Schwester Anzeichen für Suizidabsichten wahrgenommen zu haben, die sie den Eltern verheimlichten, um sie nicht noch mehr zu belasten (ebenda). Gleichzeitig fühlten sie sich jedoch in ihrem eigenen Leid von den Eltern übersehen: „Wir sind nur Geschwister“ (ebenda); das erinnert an Lotte Muchas „... nur eine Schwester?“ (Mucha 1982, S. 56).

„Ich glaube, das ist es, was wir fühlen, denn unsere Eltern leiden schwer. Ich verstehe deren fürchterliche Situation, da sie ihr Kind verloren haben. Aber ich habe meinen Bruder verloren.“ (Dyregrov u. a. 2005, S. 719 **)

Das Zitat ruft das eigene Erleben des Autors zurück:

„Bei einem Telefonat, das ich mit meiner Mutter wenige Tage nach dem Suizid meines Bruders führte, hörte ich ihren als unendlich lang erlebten Ausführungen zu, wie schlimm der Tod des Sohnes für sie sei und was sie nun alles zu unternehmen hätte, und schrie dann verzweifelt und unter Tränen ins Telefon: ‚Er war mein Bruder, ich habe ihn geliebt!‘“

Statt der beschriebenen Schuldgefühle (oder noch zusätzlich) kann der vollzogene Suizid einer Schwester oder eines Bruders auch etwas ganz anderes zu Tage fördern, nämlich die bittere Erkenntnis, sich in einer falschen Sicherheit gewogen zu haben. Die Annahme, eine gute geschwisterliche Beziehung und große, vertrauensvolle Nähe könne vor einem Suizid des Geschwisters schützen, zerfällt zu Staub. Dies ist auch die nur schwer zu ertragende Erfahrung des Autors:

„Mein Bruder Ingo hatte einige Zeit zuvor einen Suizidversuch unternommen; danach hatten wir vereinbart, er würde mich anrufen und er würde auf mich warten, bevor er erneut ‚zur Tat schreiten würde‘. Es ist anders gekommen.“

„Es hat mich Jahre gekostet, bis ich erstmals über die Selbsttötung meines Bruders öffentlich sprechen konnte (dokumentiert in Peukert 2008a, S. 124f.). Endlich konnte ich äußern, welche Bedeutung sein Leben und sein Tod für mich hatten und haben. Mein Bruder Ingo hat mich unter anderem viel über das Innenleben psychisch erkrankter Menschen gelehrt und damit auch über psychische Erkrankungen; sein Suizid hat mich Demut gelehrt, verbunden mit der Einsicht, schwere Schicksalsschläge als das hinzunehmen, was sie sein können: Schicksal, das sich auch mit bestem Willen und Handeln nicht ändern lässt.“

Das gravierende Risiko, als Geschwister den Suizid einer Schwester oder eines Bruders erleben zu müssen, hat zu Bemühungen geführt, neben der Suizidprävention auch Hilfen für die verlassenen Geschwister leichter zugänglich zu machen, auch gezielt für jüngere Geschwister. Die Angebote umfassen bundesweit fast 100 Selbsthilfegruppen, Trauerseminare und Freizeiten sowie geschlossene Foren (einige Adressen finden sich auf der Website des GeschwisterNetzwerks; geschnet.de/links). Wenn der Suizid für die Geschwister eine traumatisierende Wirkung entfaltet, gibt es unterschiedliche Therapieangebote.

Eine Schwester (29 Jahre) berichtet im Forum, dass sie ein solches Angebot nutzt, „um zu lernen, wie man sich abgrenzt und auf sich selber

achtet.“ Sie hat einen psychisch kranken Vater und einen deutlich älteren erkrankten Bruder mit Suizid-Gedanken, für den sie sich seit 15 Jahren verantwortlich fühlt.

„[Ich] bin somit schon früh zur großen Schwester eines Erwachsenen geworden. [...] [Vor wenigen Jahren] ließ sich mein Cousin mit Depressionen in die Psychiatrie einliefern. Ich dachte ihm helfen zu können/müssen. Habe viel Zeit mit ihm verbracht und ihn reden lassen. Leider hat er es nach mehrmaligen Versuchen geschafft, sich das Leben zu nehmen. [...] Ich habe lange gebraucht, um zu verstehen, dass ich es nicht hätte verhindern können.“ (Forum 179/452)

Allerdings hat bei erwachsenen Mitgeschwistern das Erleben noch eine weitere Dimension. Häufig werden bei dem Suizid auch noch die allerletzten Konflikte in Erinnerung gerufen, die bisher gut verborgen waren. Damit treten auch solche Aspekte der familiären Beziehungs- und Bindungsgeschichten ins Bewusstsein, die nur sehr schwer auszuhalten sind. Selbst wenn die Eltern noch am Leben sind und ein gutes Verhältnis zu ihnen besteht, wird es angesichts der tiefen Trauer der Eltern unmöglich sein, mit ihnen darüber zu sprechen.

Noch liegen kaum Erfahrungsberichte zu dem keineswegs singulären Erleben eines Geschwistersuizids und dessen möglichen langfristigen Folgen oder Traumatisierungen vor. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese ‚verwaisten‘ Geschwister weder bei Studien in Behandlungssettings noch bei populationsbasierten Studien adressiert werden und bei Geschwistergruppen und -treffen eher selten in Erscheinung treten, somit ein ausgeprägter Bias vorliegt.

Aussagefähige Forschungsergebnisse liegen auch zu einer weiteren Ausprägung von Selbsttötungen nicht vor: der Eventualität, dass Geschwister sich zum gemeinsamen Suizid entschließen. Einzelne Fälle werden in der Literatur vorgestellt, wie z. B. bei Hocaoglu (2009). Die Autorin hebt hervor, Doppelsuizide seien gar nicht so selten (ebenda, S. 84), über die Entstehungsgeschichte und externen Bedingungen sei allerdings wenig bekannt, dafür bedürfe es ‚umfassender psychologischer Autopsien‘ (ebenda, S. 83). Sie schließt sich anderen Autoren an, wonach psychische Erkrankungen in sehr vielen Fällen eine Rolle spielten, und vorausgegangene Selbsttötungsversuche sowie soziale Isolation das Risiko erhöhten (ebenda); siehe auch Kapitel ‚Das übersehene Kind‘.

V.3.3 Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken

V.3.3.1 Die Angst

Nahezu alle in Deutschland und im Ausland befragten Geschwister berichten von einer Sorge, die sie sehr lange mit sich herumtragen: die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Dies hat Newman bereits 1966 in der Studie zu jüngeren Brüdern von an Schizophrenie Erkrankten als eine wesentliche Belastung benannt, ebenso wie L. P. Chase 1983 in ihrer Dissertation über Themen, die Geschwister umtreiben, und in vielen weiteren Studien wird diese Befürchtung als primäre Sorge angegeben.

Einer der Gründe für diese Angst der Mitgeschwister darf in dem allgegenwärtigen, vermeintlichen Wissen um die genetische Komponente bei psychischen Erkrankungen gesehen werden. Die Angst gründet in tiefgreifenden Missverständnissen, die in der Bevölkerung weit verbreitet sind und auch das Denken der Geschwister erreichen.

Einerseits ist eine öffentliche Diskussion zur Genetik zu beobachten, die Forschungserkenntnisse zu winzigen Ausschnitten des Gesamtzusammenhangs plakativ herausgestellt, nicht selten Studienergebnisse sogar zwecks Akquirierung von Forschungsgeldern ‚umdeutet‘, siehe weiter unten. Unbeachtet bleibt zumeist auch die Formulierung ‚wir legen nahe ...‘ (we suggest ...), in die die Folgerungen oft eingekleidet sind. Außerdem wird von den Mitgeschwistern häufig – nahezu traditionell – das genetische Risiko für sich selbst, die Verwandten und die Nachkommen massiv überschätzt. Die Kombination aus begrenztem Wissen zur Genetik mit der Überbetonung eines genetischen Risikos befeuert die Vererbungsangst der Geschwister. Zudem ist die Rede von *dem* genetischen Risiko für *die* psychische Erkrankung aus unterschiedlichen Gründen höchst irreführend.

Aufgrund dieser Missverständnisse sowie der großen Bedeutung der Vererbungsangst für das Lebensgefühl und die Lebensplanung der Geschwister ist diesem Kapitel ein Exkurs zum heutigen Stand des Wissens

um Genetik und Epigenetik beigefügt. Im Fokus stehen dabei vor allem schizophrene Erkrankungen, bipolare Erkrankungen und die unipolare Depression; dies entspricht den Schwerpunkten der Forschung und der Studienlage.

Die Angst tritt vornehmlich im Jugend- und frühen Erwachsenenalter auf, einer Zeitspanne, in der Neuorientierungen auf der Tagesordnung stehen, z. B. wegen des Berufs- oder Studieneintritts, sich vertiefenden Partnerschaften usw. Da drängt sich als Mitgeschwister sehr leicht der Gedanke auf, darin begründete Belastungsreaktionen könnten Vor- oder Anzeichen für eine eigene psychische Erkrankung sein. Hinzu kommen die starken Belastungen aufgrund der psychischen Erkrankung der Schwester bzw. des Bruders und den damit verbundenen Begleiterscheinungen in der Familie und im Freundeskreis. Der Autor dieses Textes kann sich noch gut daran erinnern,

„dass ich den Psychiater meines Bruders aufsuchte, um von ihm zu erfahren, ob ich gerade schizophren werde. In einer zugespitzten Belastungssituation aufgrund der Rolle als junger Vater, der Ansprüche des Studiums und einer der historischen Situation der Studenten- und Arbeiterbewegung geschuldeten überzogenen Engagements traten Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme sowie Tag- und Nachtschwitzen auf.“

Auch Bas Boshuizen, ein junger Blogger, formuliert die bedrohlichen Ängste und die Befürchtung, bei sich selbst erste Anzeichen einer beginnenden Erkrankung festzustellen (auf die von ihm angesprochenen depressiven Symptome wird im nächsten Kapitel ausführlich eingegangen):

„Warum ist es für uns so selbstverständlich, dass wir im Aussehen unserer Eltern ähneln, und warum wollen wir lange nicht sehen, dass es mit Psychosen genauso gut funktionieren könnte? Wenn mein Bruder und ich ähnliche Merkmale in unserem Aussehen haben, weil wir die gleichen Eltern haben, bedeutet das, dass wir auch die Dinge gemeinsam haben, die bei Psychosen eine Rolle spielen? Anscheinend ja. Symptome einer Depression, oft gekoppelt mit Psychosen, sind bei Geschwistern von denen, die eine Psychose haben (hatten), häufiger als bei denen, die keine Verwandten mit psychotischen Symptomen haben. Offensichtlich sind wir uns ähnlicher, als wir gedacht hätten.“ (Klaassen 2013, S. 748 **)

Stålberg u. a. (2004) fanden in ihrer Studie diese Angst bei Mitgeschwistern als allgegenwärtig und sehen darin eines der drei zentralen Themen

der Geschwisterforschung (neben den geschwisterlichen Bindungen und den Bewältigungsmustern; ebenda, S. 448). Sie stellen fest: Für die geschwisterlichen Beziehungen haben sich in der Vergangenheit Psychoanalytiker interessiert, aber nicht die psychiatrische Forschung, die das Thema erst mit „today's extensive genetic research“ ‚entdeckte‘ (ebenda, S. 455), mit anderen Worten: Die genetisch Forschenden wollten nichts über die Lebenssituation der Geschwister herausfinden, sondern mit den erforschten Befunden lediglich ihrem Interesse an der genetischen Verursachung nachgehen. Aus Sicht von Ståhlberg u. a. (2004, S. 445) hat der verengende Blick auf die Genetik einen höchst negativen Effekt bei den Geschwistern: Das vermeintliche Wissen um die genetische Vulnerabilität führt zu einer deutlichen Verstärkung des subjektiven Belastungserlebens.

Die Reaktion auf die genetische Komponente psychischer Erkrankungen unterstreicht einmal mehr, wie sehr sich unterschiedliche Rollen im Familiengefüge auf das Erleben einer Erkrankung auswirken. In den zitierten sowie in weiteren Studien sowie in allen uns zur Verfügung stehenden Interviews von Mitgeschwistern wird ausschließlich die Belastung durch dieses Wissen betont; das gilt in ähnlicher Weise auch für Kinder psychisch erkrankter Eltern (siehe z. B. Marsh u. a. 1993a). Demgegenüber ist für Eltern diese Kenntnis zumeist entlastend (siehe das Kapitel ‚Es ist genetisch kann eine gute Botschaft sein‘). Langjährige Beobachtungen der Autoren zeigen zudem: Das Wissen um eine genetische (Mit-)Verursachung kann auch für manche der Erkrankten zu einer Veränderung ihres Krankheitserlebens führen, im günstigsten Fall ermöglicht es ihnen einen unbefangeneren Zugang zu Hilfsangeboten.

V.3.3.2 Das genetische Missverständnis oder: Wirkungsstarke situative Umstände und das Erkrankungsrisiko

Seit Jahrzehnten beherrscht das ‚höhere‘ oder gar ‚hohe‘ Risiko von Verwandten, ebenfalls psychisch zu erkranken, die Publikationen, sowohl wissenschaftliche als auch solche in Publikumsmedien. Da kann es gar

nicht ausbleiben, dass Geschwister, deren Schwester oder Bruder z. B. an einer Schizophrenie oder Bipolaren Störung erkrankt ist, sich die Frage stellen, ob für sie ein deutlich erhöhtes *genetisches* Risiko im Sinne von ‚angeboren‘ besteht, selbst daran zu erkranken. Bereits die Fragestellung geht von einer falschen Voraussetzung aus, nämlich dass die gefundene Häufigkeit bei Geschwistern vollständig genetisch bedingt sei.

Aber selbst wenn man dem genetischen Missverständnis folgt: Sich selbst als individueller Person ein genetisches Risiko im Sinne eines unabdingbar angeborenen Schicksals zuzumessen, ist keinesfalls hilfreich – denn woher kann ich wissen, ob ich zu der Minderheit der irgendwann einmal Erkrankenden oder der übergroßen Mehrheit unter den Geschwistern gehöre, die ihr gesamtes Leben lang keine Schizophrenie bzw. Bipolare Störung ausbilden werden?

Dyson formulierte 1989, was noch zu Beginn des jetzigen Jahrhunderts galt: „Auch heute kann [...] aufgrund der mehrfaktoriellen Genese psychischer Störungen – selbst unter Einbeziehung aller bekannten individuellen wie situativen Umstände – keine befriedigende Antwort gegeben werden, warum ggf. das eine Geschwister erkrankt und das andere nicht.“ (Dyson 1989, nach Schmid u. a. 2005a, S. 742)

Zu den wirkungsstarken ‚situativen Umständen‘ zählt das Belastungserleben der Geschwister. Im weitaus umfangreichsten Teil dieser Monographie werden die subjektiv verspürten Beeinträchtigungen der Mitgeschwister qualitativ beschrieben, in einigen Studien wurden sie quantifiziert. So klagten z. B. gemäß Jungbauer u. a. (2001, S. 109) neun von zehn Angehörige vor allem über psychische Beschwerden wie Grübeleien, innere Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen. Zwei von drei Geschwistern von an Schizophrenien Erkrankten nennen negative Auswirkungen der Erkrankung auf ihr eigenes Wohlbefinden in Form psychischer Probleme und 20 % berichten von somatischen Beschwerden (Lively u. a. 1995, nach Schmid u. a. 2005a, S. 741).

Schon bei einer der ersten Untersuchungen von Marsh u. a. (1993a, S. 10) wurden als persönliche Risiken eigene psychische Probleme, insbesondere Depressionen und Angststörungen *als Reaktion auf die Belastungen* zu Protokoll gegeben. In den Interviews von Bach (2018) sprechen die sich als besonders belastet erlebenden Geschwister von

Situationen, die sie als traumatisierend erlebt haben; Claudia Bach nennt diese Erfahrungen ‚Intrusionen‘. Bis auf eine Schwester berichteten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer von psychiatrisch relevanten Auswirkungen: Panikattacke, Angststörung, selbstverletzendes Verhalten, Posttraumatische Belastungsstörung, Suchtverhalten, verschiedene psychosomatische Beschwerden (ebenda, S. 43).

In drei Studien wurde der Zusammenhang von Belastungen aufgrund der Erkrankung in der Familie mit der Entwicklung von Depressionen bei den anderen Familienmitgliedern untersucht. Krautgartner u. a. (2005, S. 153) fanden heraus: „Jene Angehörigen, die den Patienten häufig beaufsichtigten, die sich wegen des Patienten häufig Sorgen machten und die den Patienten oft zu motivieren versuchten, zeigten gehäuft Hinweise auf Depressivität.“ Geschwister wurden in dieser Studie nicht getrennt ausgezählt.

Smith u. a. (2014) haben in einer für England repräsentativen Studie für alle Personen, die sich als informelle Helfer, Kümmerer, ‚carer‘ für einen kranken oder behinderten Familienangehörigen (nicht beschränkt auf psychische Erkrankungen) engagieren, das Risiko für eine psychische Erkrankung erhoben. Das interessante Ergebnis: Die Einschränkungen bei der psychischen Gesundheit der Befragten variieren mit dem Umfang des Kümmerns – ab zehn Stunden in der Woche steigen die Werte für psychische Erkrankungen stark an (ebenda, S. 197).

Bei einer vergleichbaren Probandengruppe benennt das Australische Institut für Familienstudien ausdrücklich auch für die untersuchten Mitgeschwister Einbußen in der psychischen Gesundheit und Vitalität sowie eine erhöhte Rate an Depressionen in Abhängigkeit vom Unterstützungsbedarf des erkrankten oder behinderten Familienmitglieds (Edwards u. a. 2008, S. 71f.).

Die Studienergebnisse können so verstanden werden:

Die von den Mitgeschwistern erlebten Belastungen sind ein wesentlicher Faktor für die in vielen epidemiologischen Studien gefundenen Erkrankungshäufigkeiten – und dies steht im Einklang mit den Ergebnissen namhafter Genetiker, siehe dazu die Ausführungen im nachfolgenden Exkurs.

Der große Einfluss von Belastungen auf den Verlauf einer Erkrankung, ggf. sogar deren Manifestation, wird im „Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland“ hervorgehoben, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (dgbs.de). Aus den Ergebnissen „neuerer Studien zu Lebensereignissen“ ziehen die Autoren den Schluss, „dass weniger die Anzahl signifikanter Lebensereignisse, möglicherweise auch weniger die Art der Lebensereignisse als vielmehr die *subjektiv empfundene Belastung* einen wichtigen Risikofaktor für die Auslösung affektiver Episoden bei bipolaren Störungen darstellt, und dass dieser Risikofaktor mit dem Faktor *Episodenhäufigkeit* interagiert.“ (Arold u. a. 2006, S. 17, Hervorhebungen im Original)

Im Kapitel ‚Geschwister ändern sich ...‘ wurden unter anderem tiefgreifende Ambivalenzen und Dilemmata beschrieben, die die Lebenssituation vieler Geschwister prägen und die bei allen Geschwistertreffen angesprochen werden. Da sollte es nicht verwundern, wenn daraus für einige von ihnen eine unhaltbare Situation resultiert, die mit Manfred Bleuler wie folgt beschrieben werden könnte: „Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert, einen ‚point of no return‘ überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist“ (Bleuler 1987, S. 18) – oder knapper formuliert: „Der Zwang, unbegreifliche Widersprüche in Klarheit zu wandeln, brachte Dich schier um den Verstand.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 104)

Die herausragende Rolle der sozialen Umgebung für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung hat bereits im vergangenen Jahrhundert eine finnische Adoptionsstudie nachgewiesen. Über viele Jahre hinweg wurde die Entwicklung der Kinder von an Schizophrenie erkrankten Müttern verfolgt, die von unterschiedlichen Familien adoptiert wurden (Tienari u. a. 1994). Die sozio-emotionalen Lebensbedingungen und die Dynamik in der jeweiligen Adoptivfamilie scheinen maßgeblich darüber entschieden zu haben, ob eines der Kinder erkrankte oder nicht: In Familien mit

belastenden Strukturen erkrankten die Kinder signifikant häufiger als deren Geschwister in Adoptivfamilien, die sich durch ein positives Familienleben auszeichneten.

So erscheinen selbst die sogenannten genetischen Risikoanteile in einem völlig anderen Licht, nämlich zum Teil durch – auch soziale – Umweltbedingungen vermittelt und daher auch beeinflussbar und nicht für immer und ewig genetisch verankert.

V.3.3.3 Die subjektiv erlebten Belastungen beeinflussen die Vererbungsangst

Mutmaßlich sind die von den Mitgeschwistern subjektiv erlebten Belastungen der Hauptmotor, der die Vererbungsangst anfeuert – unterfüttert von weiteren Verstärkern.

Auf die Hypothese von Stålborg u. a. (2004) wurde bereits hingewiesen, aus deren Sicht das vermeintliche Wissen um die genetische Vulnerabilität zu einer deutlichen Verstärkung des subjektiven Belastungserlebens führt. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zu ergänzen: Trifft das beschriebene belastende Erleben auf die allgegenwärtige Debatte um die Genetik bzw. Vererbung psychischer Erkrankungen, folgt geradezu zwangsläufig die Frage: Bin ich auch schon dabei, psychisch zu erkranken?

Haben Mitgeschwister erst einmal die Frage nach einer möglichen eigenen psychischen Erkrankung aufgeworfen, richten viele von ihnen ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst, um herauszufinden, ob sie bereits etwas Symptomatisches an sich entdecken. Dies verstärkt die Vererbungsangst zusätzlich. Eltern unterstützen diese Ängste noch, wenn sie – ob bewusst oder nicht – ihre gesunden Kinder auf Krankheitszeichen hin beobachten (Schmid u. a. 2005a, S. 742). Mitgeschwister, die bereits eigene Kinder haben, bestätigen diesen Befund.

„[Eine Mutter] hat drei gesunde Kinder, ertappt sich jedoch immer wieder dabei, wie sie ihre Kinder sorgfältig beobachtet, um eventuelle Auffälligkeiten früh genug zu bemerken.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 4)

„[Eine andere Schwester] hat aus eben dieser Angst ihr Kind bereits mit fünf Jahren zur Psychologin gebracht. Die Angst sitze tief, sagt sie [...]. Sie

glaube jedoch [...], dass nicht nur ‚die biologische Schiene‘ [...] für eine Erkrankung verantwortlich sein könne.“ (Ebenda)

Vor diesem Hintergrund stellen sich – auch in Deutschland – viele der befragten Geschwister eine weitere Frage: Kann ich es verantworten, eigene Kinder zu bekommen? Die Befürchtung, ein eigenes Kind könne psychisch erkranken, führt in einigen Fällen sogar zur Vermeidung von Beziehungen.

„Er hat sich von seiner Freundin getrennt, und einer der Gründe ist, dass er keine Kinder haben möchte.“ (Sin u. a. 2012, S. 56 **)

Beim ersten hessischen Geschwistertreffen hielt eine Teilnehmerin für sich eine Partnerschaft aufgrund dieser Befürchtung für unmöglich (Munkert 2008, S. 71). In den USA haben Marsh u. a. (1993a, S. 13) eine erhöhte Single-Quote unter Geschwistern festgestellt, ebenso Greenberg u. a. (1999, S. 1215). In der Studie von Lukens u. a. (2004) waren von 19 Probanden (Durchschnittsalter 43 Jahre) zehn nie verheiratet und nur zwei hatten Kinder. „Die meisten anderen hatten eine aktive Entscheidung getroffen, kinderlos zu bleiben. Sie führen das zurück auf die Angst vor einer genetischen Disposition und die Angst vor zunehmenden Belastungen durch den Umgang mit der psychischen Erkrankung des Bruders oder der Schwester.“ (Lukens u. a. 2004, S. 491 **) Ein Geschwister äußert:

„Ich bin jetzt Single, aber ich habe beschlossen, dass ich keine Kinder haben möchte, weil ich das Ganze nicht noch einmal durchmachen kann. Also, das ist schon ziemlich hart.“ (Ebenda, S. 493 **)

Die bei Geschwistern zu beobachtende Vererbungsangst mit ihren Facetten – ‚erkrankte ich selbst?‘, ‚wird mein Kind erkranken?‘, ‚sollte ich besser erst gar nicht heiraten‘ – beruht unter anderem auf Publikationen und Gesprächen, in denen kontrafaktisch der Eindruck eines *sehr hohen* genetischen Erkrankungsrisikos über mehrere Generationen hinweg suggeriert wird. Dass das faktische Erkrankungsrisiko bei ihren Kindern (d. h. den Nichten und Neffen der Erkrankten) in der Regel verschwindend gering ist, wird dabei übersehen. Auf der Basis von Studien aus den 1980er Jahren und früher ist in der folgenden Tabelle das Risiko für schizophrene Erkrankungen von Familienangehörigen dargestellt.

Nahezu den gleichen Wert für Geschwister liefert eine sehr große Studie aus Taiwan (Cheng u. a. 2018), auf die im nachfolgenden Exkurs eingegangen wird.

Tabelle 2: Anteile gesicherter Schizophrenien bei Verwandten verschiedenen Grades schizophrener Probanden

Grad der Verwandtschaft	BZN	% Erkrankter
2 schizophrene Eltern	134	36,6
Monozygote Zwillinge	106	44,3
Dizygote Zwillinge	149	12,1
Geschwister	7523	7,3
1 schizophreses Elternteil	1678	9,4
Halbgeschwister	442	2,9
Neffe/Nichte	3965	2,7
Enkelkinder	739	2,8
Cousin/e 1. Grades	1600	1,6
Ehepartner	399	1,0

BZN: altersadjustierte Stichprobengröße (nach Gottesman et al., 1982)

Quelle: McGue & Gottesman, 1991

Quelle: Häfner u. a. 1995, S. 14

Abbildung 2: Risiko schizophrener Erkrankungen von Familienangehörigen

Für die Nichten und Neffen von Erkrankten kann, ebenso wie für die Enkel von erkrankten Großeltern, von einem ‚sehr hohen‘ Risiko keineswegs die Rede sein. Man könnte meinen, die Mär vom ‚großen erblichen Risiko‘ habe eine höhere Heredität als die Erkrankung selbst.

Dem gegenüber besteht ein *ernst zu nehmendes Risiko in Familien mit einer bereits Generationen übergreifenden Erkrankungsbelastung*, wobei auch in diesen Familien die Häufung *nicht ausschließlich* genetisch zu erklären ist, da die Familienmitglieder in der Regel auch über Generationen hinweg ähnlichen Umwelteinflüssen unterliegen. Vergleichbare äußere Bedingungen, die über das übliche Maß hinausgehen, werden zumeist auch auf Zwillinge zutreffen und einen Beitrag zu den in der Tabelle ausgewiesenen erhöhten Werten leisten.

Zu gehäuften familiären genetischen Belastungen stellt der renommierte Genetiker Patrick F. Sullivan fest: „Wir wissen inzwischen, dass diese genetischen Effekte relativ gering sind und nicht deterministisch verstanden werden dürfen: Die meisten Menschen mit einer ausgeprägten familiären Vorbelastung (d. h. Erkrankungen in der Familie) sind selbst nicht betroffen. [...] Außerdem pflanzen sich die meisten psychiatrischen Störungen nicht ‚reinrassig‘ fort. Beispielsweise haben unmittelbare Verwandte von

Menschen mit einer Schizophrenie ein erhöhtes Risiko für eine schizophrene Störung, aber auch für mehrere andere Erkrankungen (z. B. Bipolare Störung, schwere depressive Störung und Autismus). Die unterschiedlichen klinischen Erscheinungsformen und der variable Verlauf, der bei vielen häufigen psychiatrischen Störungen beobachtet wird, sind auf die Summe vielfältiger genetischer Effekte zurückzuführen, wobei jeder für sich genommen nur einen geringen Anteil beisteuert. Insbesondere bei üblicherweise im Erwachsenenalter auftretenden psychiatrischen Störungen liegt die Entwicklung bei den Angehörigen oft innerhalb normaler Grenzen, obwohl diese oft eine gewisse Beeinträchtigung bei höheren Anforderungen im Bereich Kognition zeigen.“ (Sullivan u. a. 2018, S. 3 **)

Es könnte noch weitere Effekte der Erkrankungsangst geben. So haben bereits Nechmad u. a. (2000) in ihrer Aufzählung offener Forschungsfragen die Hypothese formuliert, ob womöglich Geschwister, die sich als sehr belastet empfinden, gezielt (frühe) therapeutische Hilfen meiden, weil sie befürchten, selbst als psychisch krank diagnostiziert zu werden (ebenda, S. 8), nach Rudnitzki u. a. (1977) eine ‚psychaverse‘ Einstellung.

In den USA und Kanada wird den Befürchtungen der Geschwister große Beachtung geschenkt. Sowohl in Aufklärungsbroschüren als auch auf der Website von Schizophrenia.com wird der Angst vor einem potenziellen Risiko durch Fakten begegnet und darauf hingewiesen, ein psychosozial gesundes Leben könne ein mögliches Risiko durch eigenes Verhalten reduzieren. „Der beste Schutz sei, sich selbst und seinen Körper zu kennen sowie alles dafür zu tun, gesund und glücklich zu leben.“ (nach Hauschild 2019, S. 142) In einem der folgenden Kapitel wird referiert, warum sich viele Geschwister dieses erkrankungs-protektive Glück selbst verbieten.

V.3.3.4 Exkurs: (Epi-)Genetik und soziale Erfahrung

V.3.3.4.1 Was die Daten bedeuten

In diesem Exkurs werden etliche Studien referiert, die auf die genetische Komponente von psychischen Störungen zielen und versuchen, einen ursächlichen Zusammenhang nachzuweisen.

Aber: Alle genannten Studien treffen Aussagen über die Prävalenz (Häufigkeit), sie sagen jedoch nichts aus über Verursachung und/oder Auslöser, obwohl dies immer wieder so ausgelegt wird.

Interessegeleitete Presseerklärungen wie „Gentest sagt Depressionsrisiko für Kinder und Jugendliche voraus“ (MPI 2019) sind geeignet, dieses Missverständnis massiv zu verstärken! Sehr lesenswert ist auch die Kritik an der Presseerklärung und der ihr zugrundeliegenden Studie von Stefan Schleim (2019).

Selbst dann, wenn große, mehrere tausend Personen einschließende Studien mit zunehmender genetischer Nähe der Familienangehörigen eine Steigerung der Krankheitslast zeigen, so ist dies noch lange kein Beweis dafür, dass die genetische Nähe die *herausragende* Ursache der Erkrankung ist. Der Zusammenhang ist ein anderer. Selbst im Kontext genetischer Studien, in denen Gensequenzen ausgelesen und genetische Merkmale zu Erkrankungshäufigkeiten in Bezug gesetzt werden, wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass bei den meisten psychischen Erkrankungen zu den jeweils gefundenen genetischen Veränderungen zwingend Umwelteinflüsse hinzutreten müssen, damit der Übergang vom Risiko zur Erkrankung stattfindet (siehe das Kapitel ‚Epigenetik und psychische Erkrankungen‘). Aber selbst wenn deutliche Korrelationen zwischen spezifischen Genveränderungen und psychischen Störungen gefunden werden, gilt die Warnung von Greg Gibson, einem der herausragenden Genetiker: „Korrelation ist keine Kausalität (correlation is not causation)“ (Gibson 2011, S. 11), wobei selbst die in einigen Studien gefundenen Korrelationen durch andere Untersuchungsergebnisse in Frage gestellt werden.

Unterstrichen wird Gibsons Aussage durch eine Metastudie auf der Basis von 12 Zwillingsstudien zum Auftreten von schizophrenen Erkrankungen. Die ebenfalls sehr renommierten Genetiker Sullivan, Kendler und Neale kamen bei ihrer Metaanalyse zu dem für sie ziemlich unerwarteten Schluss, dass ihre Ergebnisse „die Sicht auf Schizophrenie als das Ergebnis einer komplexen Entwicklung stützen, die sowohl auf genetische Einflüsse als auch auf gemeinsame Merkmale der Umwelt zurückzuführen ist“ (Sullivan u. a. 2003, S. 1187 **).

Wie bereits ausgeführt, dürften die besonderen Belastungen von Geschwistern psychisch Erkrankter zu den wesentlichen Umwelteinflüssen zählen, die zu den erhöhten Raten psychischer Erkrankungen bei den Geschwistern führen.

V.3.3.4.2 Das ‚objektivierbare‘ genetische Risiko

Statistisch gesehen haben die Geschwister von beispielsweise an einer Schizophrenie erkrankten Menschen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung aus dem schizophrenen Formenkreis auszubilden. In den meisten älteren Publikationen wurde auf einer relativ schmalen empirischen Basis von einer zehnfach höheren Wahrscheinlichkeit ausgegangen: 10 % der Geschwister erkranken, bei ca. 1 % in der Gesamtbevölkerung. Die Geschwister teilen dieses epidemiologische Risiko mit den Kindern psychisch erkrankter Menschen, ebenso wie viele der belastenden bzw. sie positiv herausfordernden Erfahrungen.

Dies ist die eher historisch zu wertende Aussage, die nach wie vor Presseartikel prägt. Neuere Studien kommen zu anderen Ergebnissen, *wobei die Prozentsätze auf keinen Fall als genetisches Risiko im Sinne von ‚Anlage‘ missverstanden werden sollten*, siehe unten.

In den Niederlanden haben Klaassen u. a. (2013) neben anderen Gruppen auch 813 Geschwister von psychisch, aber nicht an affektiven Störungen Erkrankten auf deren Risiko untersucht, depressive und (sub-) klinische psychotische Symptome zu zeigen. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe hatten die Geschwister der Untersuchungsgruppe ein größeres Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken,

als Personen der Kontrollgruppe, aber für depressive Verstimmungen (depressive mood) sahen sie keine Unterschiede. Eine höhere Anzahl an depressiven Symptomen war assoziiert mit (sub-)klinischen Negativ-Symptomen, die bei Schizophrenien beobachtet werden.

Alanen hatte 1966 eine ungewöhnliche ‚Kontrollgruppe‘ gewählt, daher wird diese Studie hier berücksichtigt. Er wählte Geschwister von Menschen mit neurotischen Störungen aus. Während er unter den Geschwistern von an Schizophrenien Erkrankten 8 % identifizierte, die ebenfalls unter dieser Störung litten, sowie 12 % mit weiteren schweren Störungen, fand er unter den Geschwistern neurotisch Erkrankter jeweils 0 %.

In Israel wurden im Jahr 2014 landesweit alle Geschwister von an Schizophrenien, an schizoaffectiven Störungen sowie an einer unipolaren Depression Erkrankten ermittelt, die nach 1970 geboren wurden. Deren Diagnosen wurden mit einer sehr großen Kontrollgruppe verglichen, und zwar je Geschwister vier Kontroll-Probanden mit gleichem Alter und Geschlecht. Für die Geschwister der Erkrankten errechneten die Autorinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe erheblich erhöhte Risiken, wegen einer psychiatrischen Krankheit hospitalisiert zu werden (Popovic u. a. 2018, S. 440, siehe Grafiken weiter unten).

Zu deutlich niedrigeren Werten kommt die größte Studie, bei der die gesamte Bevölkerung von Taiwan die Grundgesamtheit bildete (Cheng u. a. 2018) und bei der nicht nur die hospitalisierten, sondern auch alle ausschließlich ambulant behandelten Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung berücksichtigt wurden. Die Daten wurden dem nationalen Gesundheitsregister entnommen. Ambulant Behandelte wurden in die Studie einbezogen, soweit sie mindestens zweimal entsprechend diagnostiziert wurden, um potenzielle Diagnose-Fehler auszuschließen. Als Probanden wurden aus dem Register alle Personen gezogen, die nach dem 01.01.1890 geboren wurden und zwischen 2001 und 2010 behandelt wurden, sowie deren Geschwister. Identifiziert wurden 151.650 Erkrankte und 227.967 Verwandte, davon 78.603 Geschwister.

Als erhöhtes Risiko der Geschwister, zu erkranken – im Vergleich zu Geschwistern ohne eine erkrankte Schwester bzw. einen erkrankten Bruder – wurde ermittelt (in Klammern jeweils die Ergebnisse der israelischen Studie): für Schizophrenien 7,75 (10–11), für Bipolare Erkrankungen 3,74

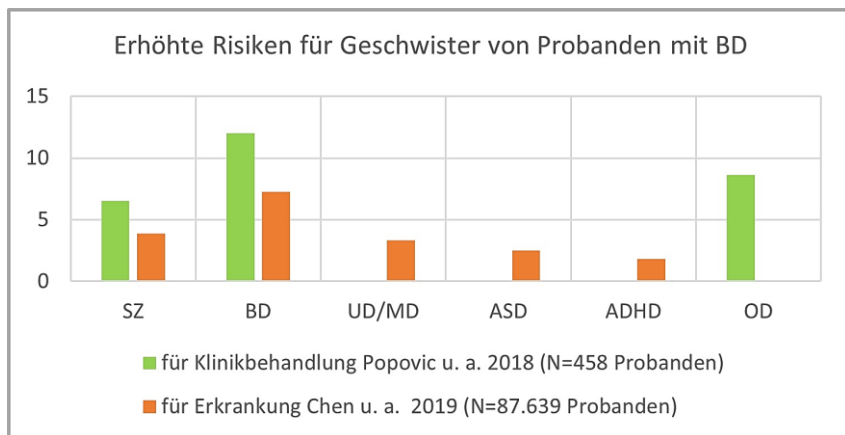
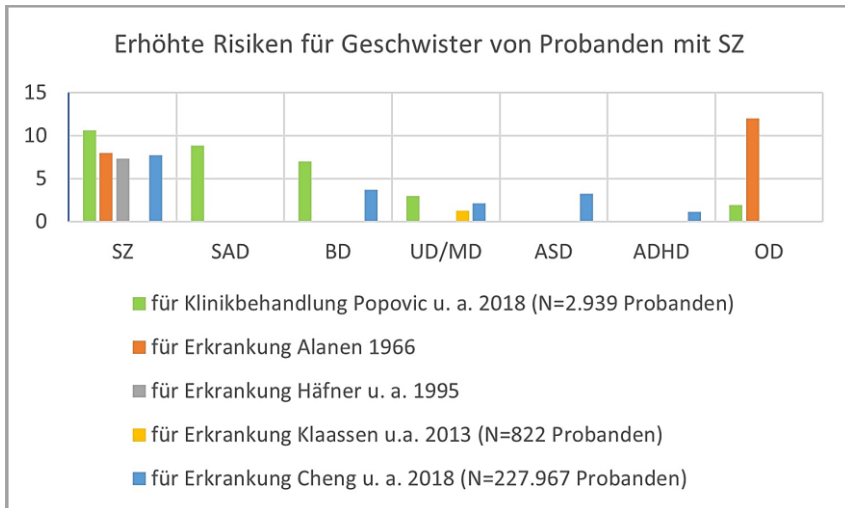
(6–7), für Major Depression (Unipolare Depression bestimmter Ausprägung) 2,16 (3), für ASD (Autism Spectrum Disorder, Autismus-Spektrum-Störung) 3,25, für ADHD/ADHS 1,17.

Mit einem vergleichbaren Design haben Chen u. a. (2019) die Risiken der Geschwister von Personen erhoben, die an einer Bipolaren Störung erkrankt waren. Sie identifizierten 87.639 Patienten und 188.290 Verwandte ersten Grades. Sie fanden für die Geschwister ein relatives Risiko für Schizophrenie von 3,89 (6–9), für eine Bipolare Erkrankung von 7,26 (12), für Major Depression von 3,31, für ASD 2,51 und für ADHD/ADHS von 1,81 (in Klammern wieder jeweils die Ergebnisse der israelischen Studie).

In beiden Studien lagen die relativen Risiken für Schizophrenien und Bipolare Erkrankungen bei den Geschwistern höher als bei den Kindern psychisch erkrankter Menschen; bei den Geschwistern von an Schizophrenien Erkrankten galt das auch für Unipolare Depressionen bei deren Schwestern und Brüdern.

In den folgenden Grafiken wurden die Ergebnisse von Studien zum Erkrankungsrisiko von Geschwistern aus mehreren Jahrzehnten gegenübergestellt. Dieser Vergleich lässt einige Besonderheiten erkennen:

- Wie bereits referiert, spiegelt sich darin der Forschungsschwerpunkt in der Vergangenheit, nämlich vorrangig auf dem Gebiet der schizophrenen Störungen.
- Mit Ausnahme der Studie von Popovic u. a. (2018) weisen die Studienergebnisse eine erstaunliche Konvergenz auf, über einen Zeitraum von über 50 Jahren hinweg, trotz unterschiedlicher Settings und obwohl die Studien in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Versorgungssystemen durchgeführt wurden.
- Die Studie von Popovic u. a. (2018) fällt ganz deutlich aus dem Rahmen, da zum einen nicht die Prävalenz für eine Erkrankung von Geschwistern ermittelt wurde, sondern die für schwerwiegende Erkrankungen, die zu einer Hospitalisierung führen, und zum anderen die ermittelten Werte weit über allen anderen hier referierten Studien liegen. Die Autorinnen halten für möglich, dass Besonderheiten im israelischen Gesundheitssystem sich darin niederschlagen, weisen aber auch darauf hin, dass einige der gefundene Werte aufgrund sehr kleiner Fallzahlen nicht belastbar seien.



Legende: SZ= Schizophrenie, SAD= Schizoaffective Störung, BD= Bipolare Störung, UD/MD= Unipolare/Major Depression, ASD= Autismus Spektrum Störung, ADHD=ADHS, OD= Andere Störungen

Abbildung 3: Studienvergleich: Erkrankungsrisiken bei Geschwistern

Korrelationen lassen sich indes nicht nur finden zwischen der psychischen Erkrankung der Schwester oder des Bruders und dem Risiko der Geschwister, ebenfalls psychisch zu erkranken, sondern auch zu dem Risiko der Mitgeschwister für andere Erkrankungen.

So haben Huang u. a. (2019) in Taiwan 3.135 vor 1990 geborene Geschwister von an Schizophrenien erkrankten Personen von 1996 bis 2011 begleitet und mit einer alters- und geschlechtsgleichen Gruppe mit dem Fokus auf Typ 2 Diabetes und Herzerkrankungen verglichen. Dabei wurden für Schlaganfälle oder Infarkte kein, für Typ 2 Diabetes und Bluthochdruck ein deutlich höheres Risiko gefunden. Bei geschlechtsspezifischer Auszählung zeigte sich, dass das erhöhte Risiko nur die Schwestern tragen!²¹

Tsao u. a. (2019) interessierten sich für das kardio-metabolische Risiko von Geschwistern, deren Schwester bzw. Bruder eine Bipolare Erkrankung hatte. In diesem Falle wurden 7.225 Geschwister begleitet, die wie oben gematchte Vergleichsgruppe bestand aus 28.900 Personen. Bei diesen Erkrankungen waren es die Brüder, die ein deutlich erhöhtes Risiko für Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung), frühere Erkrankungen an Typ 2 Diabetes und erhöhte Schlaganfallraten aufwiesen.

V.3.3.4.3 Genetik und Umwelt

Bereits 1991 kritisierte der damals prominente Genetiker Richard C. Lewontin in seinem Buch „Biology as ideology“ die einseitige wissenschaftliche Fixierung auf die biologische Sichtweise: „Der Gegensatz zwischen Genetik und Umwelt, zwischen Natur und Umwelt ist kein Gegensatz zwischen fix und veränderbar. Es ist ein Trugschluss des biologischen Determinismus zu behaupten, dass keine Veränderung auftreten könne, die nicht bereits in den Genen angelegt sei (Lewontin 2003, S. 30 **).

Die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, hängt in der Regel vom Zusammenwirken von biologisch-genetischen Faktoren mit vielfältigen Umweltbedingungen ab. Dazu zählen auch die sozialen Interaktionserfahrungen seit der frühesten Kindheit sowie die konkreten Lebensbedingungen, die nicht zuletzt von der Zugehörigkeit zu einer Ethnie und/oder Sozialschicht beeinflusst werden.

²¹ Im Teil ‚Hilfen – Stärkung – Recovery für Geschwister‘ wird auf Geschlechtsunterschiede z. B. im Belastungserleben eingegangen.

Zu objektiv schwierigen äußeren Bedingungen gehört unter anderem ein Leben in relativer Armut. Dies zeigt globale Wirkungen, was die Meta-studie von Ribeiro u. a. (2017) belegt. So wurden in einem Ländervergleich deutliche Unterschiede bei Neuerkrankungen gefunden, wobei diese Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern mit der Spreizung zwischen Arm und Reich in diesen Ländern korreliert: Ist die Spreizung stark ausgeprägt, liegt die Neuerkrankungsrate deutlich über der von Ländern mit geringeren Abständen zwischen Reichtum und Armut. Zu den gleichen Ergebnissen kommen Wilkinson und Pickett (Wilkinson u. a. 2012; Pickett u. a. 2015).

Ein niedriger sozialer Zusammenhalt (schwache Kohäsion) im Wohnviertel wurde ebenfalls als Risikofaktor identifiziert. Die Erkrankungsrate in der Großstadt London lag nicht nur über der von Kleinstädten wie Nottingham und Bristol, sondern die höchsten Raten traten in den Londoner Vierteln mit den niedrigsten Werten im sozialen Zusammenhalt auf (Kirkbride u. a. 2006 und 2007).

Auch Migration kann zu den das Erkrankungsrisiko erhöhenden Umweltbedingungen gehören, abhängig vom Herkunftsland und dem aufnehmenden Land bzw. Kontinent, mit aufschlussreichen Detailspekten. So steigt oder reduziert sich das Risiko von karibischen Migranten in England je nach ihrem Anteil im Verhältnis zur weißen Bevölkerung in ihrer Nachbarschaft: geringer Anteil von Migranten – gesteigertes Risiko, höherer Anteil – reduziertes Risiko (Cantor-Graae u. a. 2005, S. 21). Zu einem bemerkenswerten Ergebnis kamen Hutchinson u. a. (1996). Sie untersuchten das Erkrankungsrisiko der Angehörigen von eingewanderten dunkelhäutigen Patienten aus der Karibik im Vergleich zu Angehörigen von in England geborenen weißen Patienten. Für die Angehörigen der ersten Einwanderergeneration fanden sie keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen, wohl aber ein deutlich erhöhtes Risiko bei Geschwistern, die der zweiten Einwanderergeneration zuzurechnen waren (ebenda, S. 778f.).

Kahn u. a. schließen daraus: Fehlende soziale Unterstützung und vermehrt erlebte Diskriminierung bei den migrierten Geschwistern erhöhen das Erkrankungsrisiko (Kahn u. a. 2015, S. 3). Anders formuliert: Biologisch-genetische Faktoren allein führen in der Regel nicht zu einer psychischen Erkrankung, die Umweltbedingungen gehören bei den meisten

Erkrankungen zwingend dazu, insbesondere bei den Schizophrenien – die referierten Studien aus England beziehen sich ausschließlich auf die Gruppe psychotischer Störungen.

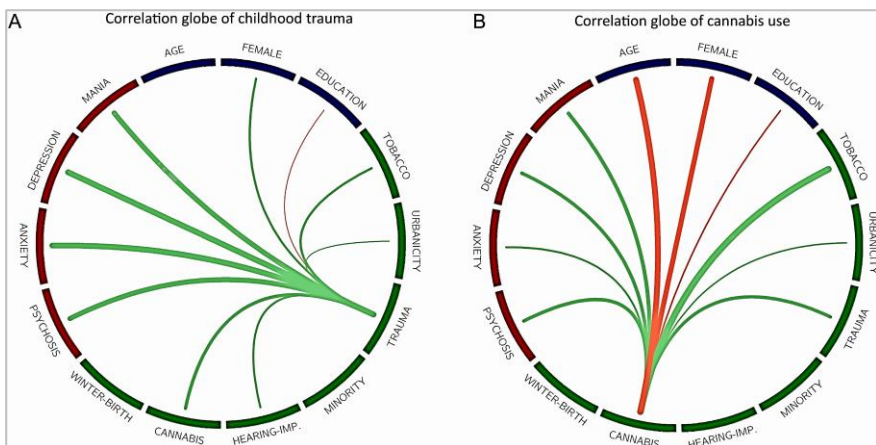
Solche Korrelationen wurden in zahlreichen Studien seit den 1930er Jahren gefunden. Für unterschiedliche psychische Störungen versuchte Christopher Hudson (2005) eine Antwort zu geben, inwiefern der Zusammenhang eines niedrigen sozio-ökonomischen Status mit dem erhöhten Risiko für eine psychische Erkrankung wirksam sei. Können schlechtere sozio-ökonomische Bedingungen als krankheitsfördernd belegt werden oder führen die Folgen psychischer Erkrankungen zu einem Absinken des sozio-ökonomischen Status?

In einer großen Studie im Staat Massachusetts untersuchte Hudson alle in den Jahren 1994 bis 2000 mehr als einmal hospitalisierten Patienten (etwa 34.000) im Hinblick auf Veränderungen dieses Status und kam zu einem deutlichen Ergebnis: „Die aktuelle Studie zeigt eine bemerkenswert starke und konsistente negative Korrelation zwischen sozio-ökonomischen Bedingungen und psychischen Erkrankungen, die die Rolle der sozialen Verursachung von psychischen Störungen untermauert und nicht geografischer oder wirtschaftlicher Abwärtsmobilität [als Krankheitsfolge] zugerechnet werden kann. Die in dieser Studie verwendete landesweite Datenbasis lässt zumindest in Massachusetts wenig Zweifel: Je schlechter die sozio-ökonomischen Bedingungen, desto höher das Risiko für psychische Behinderungen und psychiatrische Krankenhausbehandlung.“ (Hudson 2005, S. 16 **) Niedrigere sozio-ökonomische Lebensbedingungen sind krankheitsfördernd, und dieses Ergebnis fand er unabhängig von den Kategorien Einkommen, Bildung und beruflicher Tätigkeit und ebenso unabhängig von der Art der Erkrankung (ebenda).

Die Genetiker Owen und O'Donovan heben hervor, dass das jeweilige Erscheinungsbild einer psychischen Erkrankung bei der jeweiligen Person (die phänotypische Ausprägung) zurückzuführen sei auf das Zusammenspiel der individuellen genetischen Risiken mit den biographischen Wirkungen der individuellen sozialen Interaktionen sowie weiterer Umweltbedingungen: „Psychiatrische, kognitive und motorische Phänotypen treten tendenziell in klinischen Populationen in Erscheinung, denn die Untersuchten teilen die zugrunde liegenden ätiologischen und pathogenen

Mechanismen – aber die Mischung, die in jedem Einzelfall zum Vorschein kommt, wird das spezifische genetische Komplement ebenso widerspiegeln wie die höchstpersönliche Milieu- bzw. Umweltgeschichte.“ (Owen und O’Donovan 2017, S. 232 **)

In einer aktuellen Studie versuchen Erzin und Gülöksüz (2021), sich auf der Basis vieler neuerer Studien dem Phänomen der Interaktion von genetischen und umweltbezogenen Risikofaktoren bei der Entstehung und Ausprägung psychischer Erkrankungen systematisch zu nähern. Die gefundenen Korrelationen für den gewählten Ausschnitt an Einflussfaktoren und Abhängigkeiten haben die Autorinnen in einer Grafik veranschaulicht.



Quelle: Erzin und Gülöksüz (2021, S. 173)

Es werden nur statistisch signifikante Korrelationen gezeigt ($p < .05$). Die Linienstärke kennzeichnet die Stärke der Korrelation. Die grünen Linien weisen auf positive Korrelationen hin. Die roten Linien weisen auf negative Korrelationen hin.

Abbildung 4: Die ‚Korrelations-Ringe‘ von Kindheitstrauma (A) und Cannabiskonsum (B) in der ‚Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2‘ (NEMESIS-2)

Für ihre Studie nutzen die Forscherinnen das ‚Exposom Paradigma‘ (Exposom ist ein sog. Kofferwort aus den Begriffen ‚Exposure‘ und ‚Genom‘), ein Verfahren, das 2005 von Christopher Wild vorgeschlagen worden war,

um die Rolle der Umwelt in Gesundheits- und Erkrankungsprozessen zu studieren. „Das Exposom besteht aus drei sich überschneidenden Einflussbereichen: dem allgemein externen, dem spezifisch externen und dem internen. Der allgemeine externe Bereich umfasst Faktoren wie Urbanität, soziales Kapital und Stress, der spezifische externe Bereich Faktoren wie Ernährung, Rauchen, Infektionen, Schadstoffe und chemische Expositionen. Zum internen Bereich gehören endogene Faktoren wie Darmflora, durch Oxidation hervorgerufener Stress und Stoffwechselprozesse.“ (Erzin u. a. 2021, S. 172 **, im Anschluss an Wild 2005 und 2012).

Die Autorinnen versprechen sich von diesem Forschungsansatz unter anderem einen Score für kumulative Umweltbelastungen, die Hoffnung auf prognostische und Risikoeinschätzungen, eine Objektivierung von selektionsbedingten Studienergebnissen, die Entdeckung von bisher nicht bekannten Risiko- und Resilienzfaktoren (ebenda).

V.3.3.4.4 Einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sind (nahezu immer) endgültig ‚historisch‘

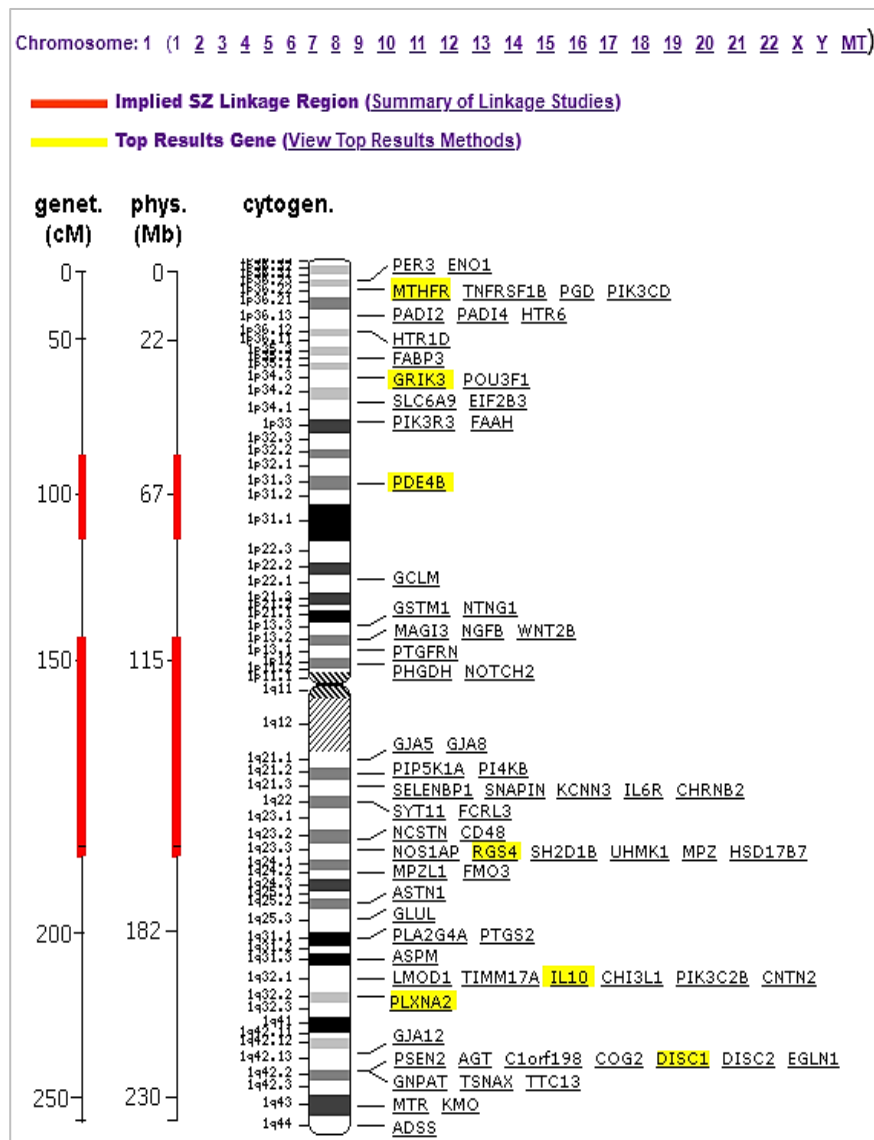
Der Wunsch, für jede psychische Erkrankung *die* genetische Ursache zu finden, hat viele Forscher motiviert, aber schon in der Vergangenheit durften die biologisch-genetischen Risiken nie in dem Sinne verstanden werden, aus dem Gen X (oder der Kombination einiger Gene) resultiere die Erkrankung Y. Von dieser Regel gibt es nur wenige Ausnahmen, siehe das Kapitel ‚Epigenetik und psychische Erkrankungen‘.

Zu Beginn der 1990er Jahre gingen noch viele Wissenschaftler und Publizisten davon aus, die genetischen Rätsel könnten dank fortgeschrittener technischer Möglichkeiten in überschaubarer Zeit aufgeklärt werden. In einer Buchrezension zitiert Morrison (1991, S. 124 **) Irving Gottesman: „Die Molekulargenetik hat Fortschritte für einige der seltenen genetischen Störungen gebracht; die häufigeren und komplexeren Muster können die nächsten sein. Mit bildgebenden Verfahren und Neurochemie gibt es ein realistisches Versprechen, [...] sogar innerhalb dieses ‚Jahrzehnts des Gehirns‘, dass wir ‚die verdrehten Moleküle und davon ausgehend [...] die verdrehten Gehirne‘ entwirren können.“ (Rezension

über Gottesman u. a. (1991) „Schizophrenia genesis: The origins of madness“) Eine ähnliche Erwartung formulierte auch Heinz Häfner (1995) in dem Sammelband „Was ist Schizophrenie?\": „Wenn es gelingen sollte, eines oder mehrere Gene zu sequenzieren und die Messenger-RNA zu identifizieren, dann verbände sich damit auch die Hoffnung, Einblicke in die Pathophysiologie der Erkrankung zu gewinnen.“ (Ebenda, S. 26) Er sah in den damals laufenden Forschungsprogrammen „eine außergewöhnliche Chance auf diesem Weg.“ (Ebenda) Doch schon im selben Jahr appellierten namhafte US-Genforscher bei einem Kongress, „jüngste genetische Entdeckungen zu relativieren und Umwelteinflüsse mehr zu beachten.“ Diese Warnung kam von einer Gruppe, „von der es eigentlich am wenigsten zu erwarten wäre.“ (Wiesbadener Kurier 1995)

Haukka u. a. (2003) werfen die Frage auf, warum die ‚Schizophrenie-Gene‘ im evolutionären Prozess nicht längst ‚ausgestorben‘ seien. Sie gehen von dem statistisch gesicherten Sachverhalt aus, dass an Schizophrenien erkrankte Menschen deutlich weniger Nachwuchs haben als der Bevölkerungsdurchschnitt. Somit müssten ‚Schizophrenie-Gene‘ im Laufe der Zeit ‚aussterben‘. Dem steht jedoch die ebenfalls statistisch gesicherte Tatsache einer recht konstanten Inzidenz schizophrener Erkrankungen in der Bevölkerung gegenüber. Mit ihrer populationsbasierten Studie, die alle zwischen 1950 und 1959 in Finnland geborenen Personen (N=870.093) einschloss, versuchten sie zu belegen, dass die geringere Kinderzahl von an Schizophrenien Erkrankten durch eine höhere Reproduktionsrate bei deren Geschwistern kompensiert würde, somit die ‚Schizophrenie-Gene‘ erhalten blieben. Da sie für ihre Hypothese keinerlei Bestätigung fanden, kamen sie zu dem Schluss, dass „diese Ergebnisse daraufhin deuten, dass die genetische Grundlage der Schizophrenie immer noch ungelöst ist, und es scheint, dass kein einfacher evolutionärer Mechanismus die Beständigkeit von Genen erklären kann, die mit dem Auftreten von Schizophrenien in der Bevölkerung zusammenhängen.“ (Haukka u. a. 2003, S. 463 **)

Kenneth S. Kendler, Psychiater und einer der renommierten Genetiker, registriert in seiner mit etlichen Metaanalysen hinterlegten Monographie zum ‚GeneTalk‘ bei vielen seiner Kollegen den ausgeprägten Wunsch nach Aussagen vom Muster ‚X is a gene for Y‘. In seiner Übersicht kommt



Quelle: Schizophrenia Research Forum (szgene.org)

Abbildung 5: Positionen der veröffentlichten Kandidaten-Gene für Schizophrenie am Beispiel von Chromosom 1, Muster auf der Basis von 1727 Studien und 287 Metastudien bis einschließlich 2011

er jedoch zu dem Ergebnis: „Der Einfluss einzelner Gene auf das Risiko für psychiatrische Erkrankungen ist gering, oft unspezifisch und eingebettet in Entwicklungspfade von erstaunlicher Komplexität.“ (Kendler 2005, S. 1250 **) Owen und O'Donovan (2017) sprechen von einem individuellen genetischen Anteil, dem ‚particular genetic complement‘.

In die Kritik geraten sind folgerichtig Forschungsansätze, die seit Jahrzehnten darauf gerichtet sind, ‚Kandidaten-Gene‘ zu identifizieren und aus deren Ausprägung und Kombination einen *direkten Bezug* herzustellen zum Auftreten einer psychischen Erkrankung, meist zur Schizophrenie oder Depression. In Assoziationsstudien wurden zunächst einzelne Gene bzw. Genabschnitte, in späteren Studien mehrere Gene bzw. Genabschnitte gemeinsam daraufhin untersucht, ob spezifische Ausprägungen überhäufig (statistisch signifikant) mit diagnostizierten Schizophrenien oder Depressionen verknüpft (assoziiert) sind – demnach also als (mit-)ursächlich für die Erkrankungen angesehen werden könnten.

Zu den kritischen Autorinnen zählen Johnson u. a. (2017). Mit den Ergebnissen ihrer Studie zerstörten sie solche Träume und Hoffnungen vieler Genetiker. Anhand der Daten der größten genomweiten Assoziationsstudie (genome-wide association study [GWAS]) konnten sie zeigen, dass verbreitete Kombinationen aus den Top 25 mit Schizophrenie assoziierten Kandidaten-Genen – teilweise dutzendfach exploriert mit unspezifischen oder widersprüchlichen Ergebnissen – keine Evidenz dafür erbringen, dass „Schizophrenie-Kandidaten-Gene stärker mit Schizophrenie assoziiert sind als Nicht-Kandidaten-Gene“ (ebenda, S. 1 **). Sie verglichen dabei diese Kandidaten-Gene einerseits mit der Gesamtheit aller Gene und darüber hinaus, ob die Kandidaten-Gene eher mit Schizophrenien assoziiert sind als Gen-Sets, die mit Diabetes Typ 2 in Verbindung stehen oder mit der Körpergröße, „von denen nicht angenommen wird, dass sich in ihnen eine unverhältnismäßig große Anzahl von Risikoallelen für Schizophrenie verbergen“ (ebenda, S. 7 **). Die Verknüpfung von Diabetes Typ 2 sowie der Körpergröße mit spezifischen Gen-Sets gilt als gesichert.

Demnach zeigten die Kandidaten-Gene keine höhere Assoziation mit schizophrenen Erkrankungen, weder im Vergleich zu allen Genen noch zu den beiden angesprochenen Gen-Sets. Allerdings betonten die Autorinnen ausdrücklich, es gebe Hinweise auf eine Wirksamkeit einiger weniger

Genabschnitte in Verbindung mit ihrer ‚Nachbarschaft‘, beklagen aber die immer wieder ähnlichen Studiendesigns mit sehr mäßigen Erkenntnissen, trotz des enormen Einsatzes von „Zeit, Talent und Kraft in Kandidaten-Gen-Studien im Laufe der Jahre. Es wurde geschätzt, dass in den 1990er und 2000er Jahren mindestens 250 Millionen USD in Kandidaten-Gen-Studien investiert worden sind.“ (Ebenda **)

Sullivan (2017) unterstreicht die Aussage der Studie von Johnson u. a. (2017), indem er seiner Kommentierung ein Zitat des Quantenphysikers und Nobelpreisträgers Richard Feynman voranstellt: „Wenn die Vermutung mit dem experimentellen Ergebnis nicht übereinstimmt, ist die Annahme falsch. In dieser einfachen Formel liegt der Schlüssel zur Wissenschaft. Es macht keinen Unterschied, wie schön Ihre Vermutung ist. Es macht keinen Unterschied, wie schlau Sie sind, wer die Hypothese formuliert hat oder welchen Namen er hat – wenn es mit dem Experiment nicht übereinstimmt, ist es falsch. Das ist alles, was dazu zu sagen ist.“ (Sullivan 2017, S. 696 **) Und Sullivan fährt fort: „Die Daten deuten darauf hin, dass das Rätselraten um Kandidaten-Gene beendet werden sollte. Das ist keine neue Aussage, da Kandidaten-Gen-Studien seit Jahrzehnten umstritten sind, aber diese Angelegenheit kann jetzt forciert werden.“ (Ebenda, S. 697 **)

Ungeachtet dessen ist der Wunsch, genetische Ursachen eindeutig identifizieren zu können, ungebrochen. Mit immer wieder neuen Hypothesen, neuem Geld und neuen komplexeren Methoden wird dieses Ziel nach wie vor verfolgt. Die Forschenden hoffen, ausgehend von neuen Erkenntnissen könnten neue Therapieformen und Medikamente entwickelt werden, die die gegenwärtig gebräuchlichen, nur symptom-reduzierenden Medikamente ablösen oder ergänzen. Wie Beispiele im Kapitel ‚Epigenetik und psychische Erkrankungen‘ zeigen, führt eine aufgeklärte Genetik jedoch nicht zwangsläufig zu einem solchen Fortschritt.

2007 haben sich Forscherinnen und Forscher in einer weltumspannenden Organisation zusammengeschlossen, dem Psychiatric Genomics Consortium (PGC). Entscheidend dafür war die Erkenntnis, dass die für aussagefähige Studien erforderlichen Stichprobengrößen weit über die Möglichkeiten einer einzelnen Forschergruppe hinausgehen (Sullivan u. a. 2018, S. 3). Die Mitglieder des PGC tauschen Daten aus, sie stellen sich

auch ihre Rohdaten wechselseitig zur Verfügung, alle ihre Studien sind kostenfrei einsehbar. Ihre Mission: „Das PGC hat kürzlich ein Forschungsprogramm gestartet, das darauf abzielt, ‚verwertbare‘ Ergebnisse zu liefern – Erkenntnisse über das Genom, die (a) die zugrunde liegende Biologie offenbaren, (b) Informationen für die klinische Praxis liefern und (c) zu neuen therapeutischen Zielen hinführen.“ (Ebenda, S. 2 **) Das PGC sieht kritische Erfolgsfaktoren für seine weitere Arbeit neben ausreichenden finanziellen Mitteln vor allem in „ständigen Spenden biologischer Proben von Einzelpersonen (fast eine halbe Million gibt es bereits) und in der Bereitschaft von weiteren Forschern, das beizusteuern, was oft ihr Lebenswerk im Hinblick auf ihre Datenakquise ist.“ (O’Donovan 2015, S. 293 **)

Der Verhaltensbiologe Klaus-Peter Lesch stellt dem umfassenden Anspruch vieler Genetiker die klinische Erfahrung gegenüber, wonach es sich bei der Gruppe der Schizophrenen wahrscheinlich „um zahlreiche verschiedene Erkrankungen handelt, bei denen sich lediglich nur teilweise überschneidende (genetische) Krankheitsmechanismen“ identifizieren ließen. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Störungen beruhe überhaupt nicht auf Vererbung, da ihre Ursachen z. B. in Spontanmutationen oder nichtgenetischen Ursachen gründeten (Lesch 2021). Diesen Anteil bezifferte Luc Ciompi bereits 1976 mit 20 % der Erkrankten, diese „weisen [...] überhaupt keine nachweisbare familiäre Belastung auf.“ (Ciompi 1976, nach Ciompi 1981, S. 507)

Ähnlich argumentiert Weinberger (1987): „Es ist vorstellbar, dass Schizophrenie keine Krankheit an sich ist, sondern ein Zustand der Gehirnentwicklung mit einem speziellen Muster von hervortretenden Reaktionen auf Erfahrungen; aus unterschiedlichen und komplexen genetischen und umweltbedingten Gründen manifestiert sich dieses Muster bei 1 % der Weltbevölkerung.“ (Weinberger 1987, nach Kahn 2015, S. 5 **)

Nach dem heutigen Wissensstand können drei biologisch-genetische Risiko-Wege für die Manifestation einer Erkrankung unterschieden werden. Sie sind nicht als voneinander getrennte Stränge aufzufassen, denn sie wirken (bis auf wenige Ausnahmen) in jedem Einzelfall zusammen. Viele der Studien untersuchen die genetischen Einflussssphären bei Schizophrenen, in geringerem Umfang aber auch bei anderen Störungen.

- *Die erste Komponente* des biologisch-genetischen Risikos beruht auf der Tatsache, dass *eine geringe Anzahl* der an Schizophrenien erkrankten Menschen in ihrer DNA deutlich mehr ‚Copy Number Variants‘ (CNVs, deutsch: Kopienzahlvariationen) in sich tragen als Nicht-Erkrankte, d. h. Löschungen und Vermehrungen von DNA-Abschnitten. Elf Varianten konnten bisher identifiziert werden, die ein großes Erkrankungsrisiko mit sich bringen, aber sie sind äußerst selten: von einer Variante unter 200 Erkrankten bis hin zu einer Variante unter tausenden von erkrankten Personen (Owen und O'Donovan 2017, S. 229). Anders ausgedrückt: In diesen Fällen liegt ein so hohes genetisches Risiko vor, dass selbst sehr förderliche bzw. protektive Umweltbedingungen nur einen begrenzten Schutz bieten können.

Diese Genvariationen sind einerseits selten, andererseits üben sie einen starken Effekt aus. Die CN-Variationen werden vor allem bei sehr früh beginnenden Schizophrenien und schweren Erkrankungsverläufen gefunden (Sullivan u. a. 2019). Diese Varianten mit einem starken Effekt treten allerdings nie allein auf. Daneben wurden zusätzlich immer häufig auftretende Variationen (common variants) identifiziert, die zusätzlich ihren Beitrag zum genetischen Anteil der Erkrankung leisten. Dieses Zusammenwirken wurde auch für ADHS nachgewiesen (siehe Grafik im Kapitel ‚Epigenetik und psychische Erkrankungen‘). Zu der gleichen Aussage kommt Gibson (2011) in seiner Gegenüberstellung „Rare and common variants: twenty arguments“, die sich auf unterschiedliche Erkrankungen bezieht.

- *Die zweite Komponente* genetischer Risiken besteht im je individuellen Zusammenwirken vieler (hunderter, siehe das folgende Zitat) dieser im menschlichen Genom häufig auftretenden, üblichen – also weit verbreiteten – Varianten, wobei jede einzelne dieser Variationen für sich genommen nur einen minimalen Beitrag zum Erkrankungsrisiko beisteuert. In der Regel wird das relative Risiko bei Schizophrenien durch jede einzelne Variation um den Faktor 0,1 oder weniger erhöht, in einem Genom erhöhen alle zusammen das Risiko lediglich um das 1,5-fache (Alda 2017, S. 291). Gemäß Alda haben Sullivan u. a. 2017 in einer unveröffentlichten Studie auf der Basis von 60.995 Probanden 155 solcher Abschnitte für ein Schizophrenie-Risiko gefunden,

für Bipolare Erkrankungen 19 Abschnitte auf der Basis von 20.352 untersuchten Probanden. In einem aktuellen Beitrag fassen Sullivan und Geschwind die Forschungen der letzten Jahre zusammen: „Bei wenigen Personen mit einer psychiatrischen Störung gibt es eine einzige, deterministische genetische Ursache; vielmehr wird die Entwicklung einer psychiatrischen Störung von Hunderten verschiedener genetischer Varianten beeinflusst, was mit einem polygenetischen Modell übereinstimmt.“ (Sullivan u. a. 2019, S. 162 **)

Die Mitglieder des oben benannten Konsortiums folgen der hier kurz umrissenen Strategie, um – wie Sullivan es einmal ausdrückte – die charakteristische Architektur der komplexen Verbindungen von häufig auftretenden (common) Varianten zu identifizieren. Die Hoffnung: Würde diese Architektur gefunden, sei das Rätsel der genetischen (Mit-)Verursachung gelöst.

- *Die dritte Komponente* des genetischen Einflusses resultiert aus den sozialen Erfahrungen, Verhaltensmustern (z. B. Ernährungsgewohnheiten) sowie Umweltbedingungen, die epigenetisch qua ‚biologischer Einbettung‘ ihren Beitrag zum summierten Erkrankungsrisiko leisten; siehe die folgenden Kapitel sowie die Grafik im Kapitel ‚Genetik und Umwelt‘.

In den letzten Jahren haben vor allem zwei Entwicklungen den Blick auf die genetischen Risikoanteile erweitert:

1. Das Erkrankungsrisiko erstreckt sich nicht nur auf die jeweilige Erkrankung des Verwandten, sondern auf ein spezifisches Erkrankungsspektrum. Dahinter steht die Hypothese des ‚neurodevelopmental continuum‘, und daher wird bei Verwandtschaftsstudien der Blick auf unterschiedliche psychische Störungen gerichtet, von Schizophrenien bis ADHS.
2. Von größerer Bedeutung, insbesondere für die Beschäftigung mit der Erkrankungsangst der Mitgeschwister, ist der zweite erweiterte Blick, der als ‚dritte Komponente‘ angesprochen wurde: Im Rahmen der Anlage-Umwelt-Debatte wird die Genetik um die Epi-Genetik erweitert.

V.3.3.4.5 Verändert die Hypothese vom ‚neurodevelopmental continuum‘ das Verständnis und die Diagnostik von psychischen Störungen?

Neben anderen Autoren vertreten Owen und O’Donovan (2017) seit einigen Jahren diese These vom ‚neurodevelopmental continuum‘. Sie besagt, dass auch im engeren Sinne psychische Erkrankungen wie die Schizophrenien und die Bipolaren Erkrankungen eine Kontinuität mit jenen Störungen bilden, die gemeinhin als neuronale Entwicklungsstörungen verstanden werden: Autismus-Spektrum-Störungen, Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) und Intelligenzminderungen – obwohl diese in der Kindheit auftreten, die Schizophrenien in der Regel im jugendlichen Alter.

Owen und O’Donovan belegen dies in ihrem Beitrag von 2017 mit einer Übersicht über eine Fülle von Forschungen zur Genetik und kommen zu dem Ergebnis, dass viele der genetischen Risiken bei den genannten Störungen einen variablen Überschneidungsbereich aufweisen; sie betonen allerdings auch, dass viele der negativen Umwelteinflüsse, die etwa zu einer Schizophrenie beitragen, bei neuronalen Entwicklungsstörungen ebenfalls gefunden werden (ebenda, S. 228).

Dell’Osso u. a. (2019) bezeichnen das Zusammenspiel von Genetik und Umwelt in der neuronalen Entwicklung als ‚Soziale Hirnentwicklung‘ (social brain development). Sie sehen Erscheinungsformen einer Störung dieser Entwicklung entlang eines Gradienten, der durch den Schweregrad der neuronalen Entwicklungsstörungen gebildet wird (along a decreasing neurodevelopmental gradient). Mit abnehmender Stärke haben gemäß den Autoren solche neuronalen Entwicklungsstörungen im Wechselspiel mit Umweltfaktoren Einfluss auf viele (vielleicht alle) psychische Erkrankungen, von Ess- und Angststörungen bis zu schizophrenen Erkrankungen, etwa durch eine erhöhte Vulnerabilität oder die phänomenologische Ausprägung (ebenda, S. 180f. **). Diese vielfach durch empirische Evidenz gestützte Hypothese hebt einmal mehr die Bedeutung der Umweltfaktoren hervor (ebenda, S. 180).

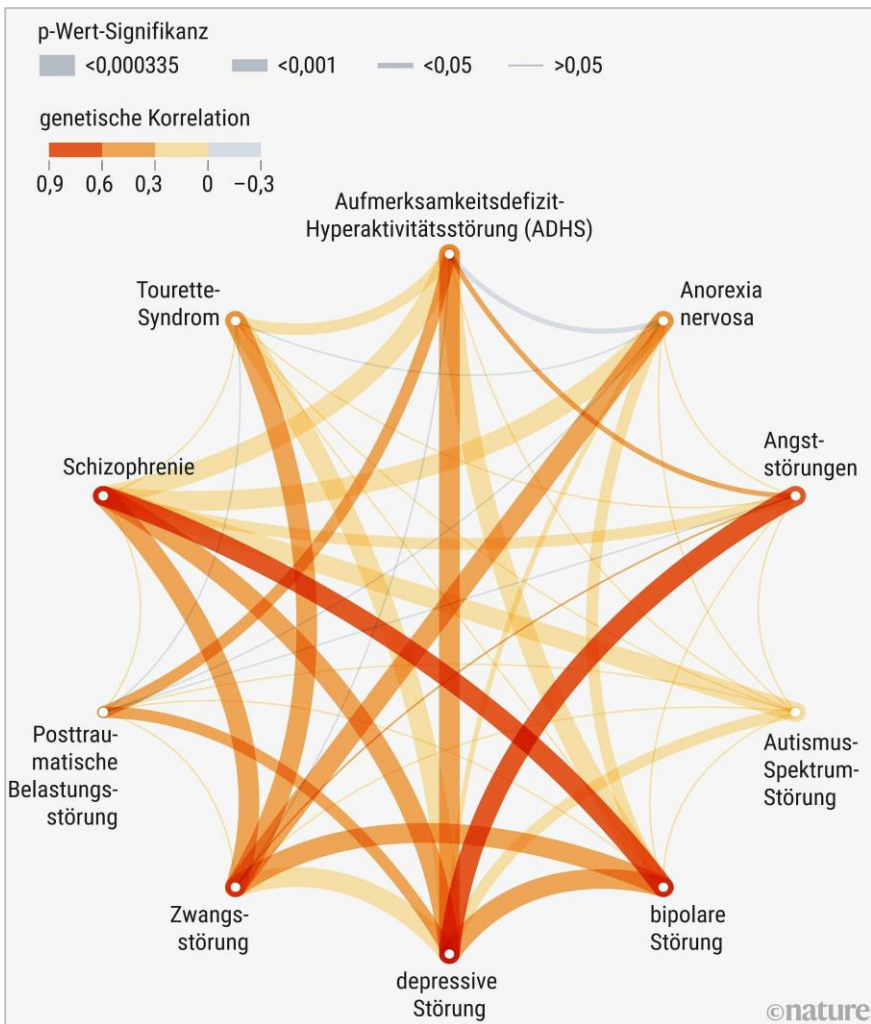
Die Befunde wurden auch durch eine breit angelegte Studie des Brainstorm Consortiums (2018) bestätigt, an der sich über 600 Forschende mit dem Genmaterial von 265.218 Patienten und 784.643 Kontrollen beteiligten. Sie untersuchten 25 psychische und neurologische Erkrankungen und fanden bei den psychischen Erkrankungen, anders als bei neurologischen Erkrankungen wie Parkinson oder Multipler Sklerose, zum Teil weit gefächerte genetische Überschneidungen. Im Ergebnis kamen sie zu der Feststellung, dass ‚das Gehirn ein heikles Organ‘ sei (brain is a tricky organ) und es zur Erklärung einiger der gefundenen Phänomene weiterer Studien mit einem noch größeren Genpool bedürfe, „um zuverlässige Signale vom Rauschen zu trennen“, denn „jede genetische Variante trägt nur einen winzigen Prozentsatz des Risikos zur Entwicklung einer bestimmten Störung bei.“ (Brainstorm Consortium 2018, aus der Presseerklärung zur Studie [Broad Institute 2018 **])

Dennoch legen sie nahe, dass die gängigen klinischen Kategorien die zugrunde liegende Biologie nicht präzise widerspiegeln. Einer der Studienleiter wird zitiert: „Die Tradition, beim Diagnostizieren eines Patienten diese scharfen Trennlinien zu ziehen, bildet vermutlich nicht die Realität ab, denn Mechanismen im Gehirn könnten überlappende Symptome hervorrufen.“ (Ebenda **)

Mit Bezug auf die Studie stellt auch Marshall (2020) die derzeit gebräuchlichen Diagnoseverfahren auf den Prüfstand und skizziert mehrere Ansätze, mit denen Forscher versuchen, „Ordnung in das bestehende Durcheinander“ zu bringen. Am Ende könne eine völlig andere Strukturierung des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) stehen, das bisher „jede der Erkrankungen durch Symptome definiert. Die Annahme dahinter: Alle Störungen sind verschieden und haben eigene Ursachen.“ Dem gegenüber hätten „in den letzten zehn Jahren Studien zur psychopathologischen Genetik eine so große Probandenzahl erreicht, dass sich erstmals robuste Schlussfolgerungen ziehen lassen. Die Studien zeigen, dass einzelne Gene nicht viel zum Risiko einer Psychopathologie beitragen; stattdessen haben hunderte Gene jeweils einen kleinen Effekt.“ Entscheidend sind aus seiner Sicht jedoch die Folgen, wenn es vielfach dieselben Gene bzw. Genabschnitte sind, die zum Risiko unterschiedlicher psychischer Störungen beitragen: „Zwei Personen mit ähnlichen

Symptomen, aber unterschiedlichen Mutationen oder neuroanatomischen Veränderungen könnten dann unterschiedlich diagnostiziert und therapiert werden.“ (Marshall 2020)

In einer „Landkarte des Geistes“ hat das Brainstorm Consortium einige der gefundenen Korrelationen zusammengestellt.



Quelle: Nature nach Daten von The Brainstorm Consortium u. a. 2018; Marshall 2020; dt. Bearbeitung: Spektrum der Wissenschaft (Ausschnitt)

Abbildung 6: Landkarte des Geistes

Neben genetischen Forschungsergebnissen legen auch klinische Beobachtungen zu fließenden Übergängen „zwischen den [...] Unterkategorien des Autismus, zwischen den verschiedenen neuronalen Entwicklungsstörungen, zwischen typischer und atypischer Entwicklung und schlussendlich auch zwischen (sogenannter) psychischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankung“ die Kontinuitätsthese nahe (Tebartz van Elst u. a. 2015, S. 37 im Anschluss an Rutter 2011).

Die Annahme eines Zusammenhangs bzw. von Überschneidungen bei verschiedenen psychiatrischen Störungen ist indes nicht neu. So wird 1921 in einer Dissertation – in der Sprache der Zeit – aus Eugen Bleulers im Jahr 1911 erschienenen „Handbuch der Psychiatrie“ zitiert: „Wir können deshalb aus dem Vorkommen und Fehlen der Sichtpsychose nicht ohne weiteres auf das Verhalten der Erbpsychose schließen. Wir wissen auch nicht, ob den Geisteskrankheiten einfache oder zusammengesetzte hereditäre Eigenschaften entsprechen. Nicht einmal der Umfang des Begriffes einer sichtbaren Psychose wie der *Dementia praecox* ist uns bekannt; jedenfalls gehören viele ‚latente‘ oder als Neurosen oder Psychopathien aufgefasste Anomalien dazu.“ (Bleuler 1911, nach Heise 1921, S. 229)

Diese Erkenntnisse sowohl aus der genetischen Forschung als auch aus dem klinischen Setting können erweitert werden um die erfahrungsbaasierten Beobachtungen der Autoren: Viele langfristig Erkrankte und deren Angehörige haben erleben müssen, dass sich die Diagnose im Laufe der Jahre mitunter mehrfach geändert hat, was sie nicht selten auf die unzureichende Qualifikation der Behandler zurückführen. Die weitere Erforschung der Überschneidungen von Symptomen und eine damit einhergehende Veränderung der Diagnoseverfahren kann zur Versachlichung dieser Diskussion und zur Beseitigung von Verunsicherungen bei Patienten und Angehörigen beitragen.

Nicht zuletzt aufgrund der Hypothese vom ‚neurodevelopmental continuum‘ werden in aktuelleren Studien zur Krankheitslast bei den Angehörigen psychisch erkrankter Menschen verschiedene Diagnosen des Kontinuums erhoben (siehe die Studien aus Israel und Taiwan).

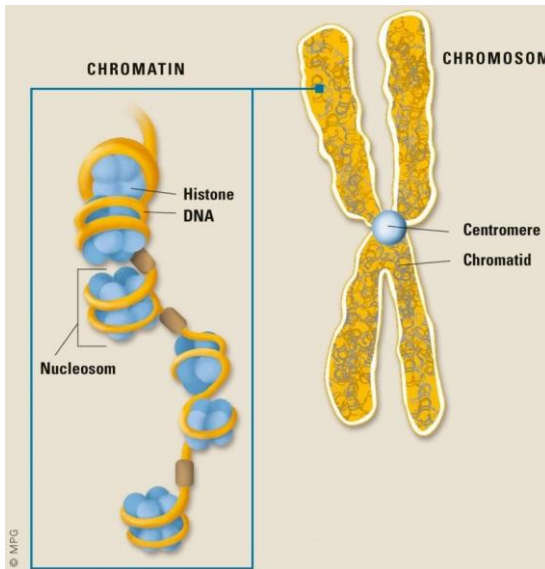
V.3.3.4.6 Der Blick auf die Epigenetik im Rahmen der Anlage-Umwelt-Debatte

Jeder Mensch hat ein spezifisches Genom; in der DNA sind die ererbten Informationen gespeichert. Nach heutigem Wissensstand ist allerdings nur ein winziger Anteil der DNA ‚Protein-kodierend‘, d. h. für das ‚Funktionieren‘ des Organismus verantwortlich. „Mehr als vier Jahrzehnte lang galten Protein-kodierende Gene als die eigentlichen Bewahrer der genetischen Information. Nicht umsonst wurde das Genom als ‚Buch des Lebens‘ bezeichnet, geschrieben mit einem Alphabet aus vier Buchstaben – den vier Basen Adenin, Guanin, Cytosin und Thymin. Gene waren Schicksal: Sie sollten Aussehen, Persönlichkeit und Krankheitsrisiken bestimmen. Doch offenbar können die Kapitel im ‚Buch des Lebens‘ unterschiedlich interpretiert werden, sind die in der DNA gespeicherten Informationen keine 1:1 Blaupause für den Organismus. Vielmehr bedarf es kleiner chemischer Markierungen, um bestimmte genetische Abschnitte – quasi wie mit einem ‚bookmark‘ – als lesenswert zu markieren, durch Verweise auf weiter entfernt liegende Abschnitte in neue Zusammenhänge zu bringen oder dem Zugriff der Übersetzungsmaschinerie durch eine Art ‚Passwort-Schutz‘ zu entziehen. Das Ganze darf man wohl als Informationsmanagement bezeichnen.“ (Beck 2008)

Diese Markierungen bleiben bei Zellteilungen erhalten, sind also biologisch ‚eingeschrieben‘. Anders als die DNA, die in allen Zellen identisch und weitgehend unveränderbar ist, variiert die epigenetische Steuerung mit dem beschriebenen Mechanismus aus Bookmarks, Links und Passwortschutz von Zelltyp zu Zelltyp und ist im Lebenszyklus veränderbar.

Das Epigenom kann man sich bildlich als um das eigentliche Genom herum gelegt vorstellen, wobei das Epigenom an denjenigen Genorten, an denen es andockt, darüber entscheidet, ob die dort verankerte jeweilige Funktion des Genoms aktiv ist oder ‚schlummert‘ (silencing), was üblicherweise als das An- oder Abschalten eines Gens bezeichnet wird.

Die epigenetische Forschung befasst sich mit den Prozessen, die dazu führen, dass die in den Genen verankerten Funktionalitäten ‚funktionsgemäß‘ aktiv sind oder nicht, ob also Transkriptionen stattfinden oder abgeschaltet werden, und unter welchen Bedingungen dies geschieht.



Die Kondensation der DNA beinhaltet eine dramatische Umstrukturierung des zwei Meter langen DNA-Fadens zu einem 1,5 Mikrometer im Durchmesser umfassenden Chromosom

Abbildung 7: Kondensation der DNA

Die DNA-Methylierung ist ein epigenetischer Mechanismus, die Transkription zu unterdrücken (Silencing)

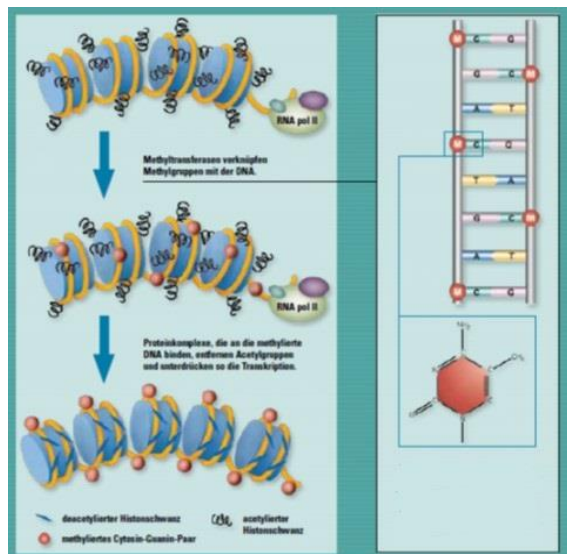


Abbildung 8: Methylierung der DNA

Quelle: Beck 2008; dort finden sich auch zwei kurze Videos der Max-Planck-Gesellschaft, die das Prinzip der ‚Epigenetik‘ sehr anschaulich erklären: ‚Epigenetik – Änderungen jenseits des genetischen Codes‘ ([epigenetik-film1](#)) und ‚Epigenetik – Verpackungskunst in der Zelle‘ ([epigenetik-film2](#)).

Gegenstand der Forschung ist insbesondere die Identifikation der (auch sozialen) Umweltbedingungen, die das An- und Abschalten der Funktionen bewirken.

Wesentliche Prozesse sind aufgeklärt, und in vielfältigen Studien konnten biologische Einschreibungen als sehr wahrscheinlich angenommen werden – aber die Assoziation, also das gleichzeitige Auftreten, eindeutiger, auf eine Einzelperson oder nur eine kleine Subgruppe bezogener Verhaltensmerkmale (psychische Symptomatik, soziales (Fehl-)Verhalten, bestimmte Charaktereigenschaften) mit molekularen epigenetischen Veränderungen können bis heute nicht gezeigt werden. Auch scheint es fraglich, ob dies jemals möglich sein wird, denn selbst wenn die Annahme richtig ist, dass die jeweiligen Verhaltensmerkmale epigenetisch eingeschrieben werden, so sind das nicht einige wenige Gene, die epigenetisch an- oder abgeschaltet werden, sondern sehr viele Gene, die über das gesamte Genom verteilt sind (Lesch 2020). Dennoch arbeiten Forscherinnen und Forscher weltweit daran, die biologische Einschreibung von Umwelt Erfahrungen, die sich dann im späteren Verhalten äußern, aufzuklären.

Klaus-Peter Lesch leitet an der Universität Würzburg unter anderem die Forschungsgruppe Verhaltensgenetik, die sich „ganz besonders mit der genetischen Ausstattung als Disposition und den darüber gelagerten epigenetischen Mechanismen [befasst], also wie Gene mit der Umwelt interagieren. [...] Ziel der Verhaltensgenetik ist, direkte Brücken zu finden zwischen dem Verhalten und Molekülen, die Gene an- und abschalten. [...] Das heißt, es geht hier um nichts weniger als um die materiellen Grundlagen unserer Gefühle.“ Er fasst zusammen: „Die Gene formen uns, gleichzeitig formen wir unsere Gene.“ (BR Alpha, 2012/2019)

Zum Nachweis solcher ‚Brücken‘ arbeiten Lesch und seine Forschungsgruppe mit genetisch veränderten Mäusen, die unterschiedlichen kontrollierten Umwelteinflüssen ausgesetzt werden. Bei einer ausreichend großen Anzahl von Maus-Probanden kann für bestimmte (belastende) Umwelteinflüsse ein bestimmtes (ängstliches) Verhalten vorausgesagt werden. Das Auslesen der epigenetischen Markierungen zeigt einen eindeutigen Zusammenhang der vier Faktoren:

Genetik – Umwelteinflüsse – epigenetische Einschreibungen – Verhalten.

Bisher sind nur unter solchen experimentellen Bedingungen derartige eindeutige Zusammenhänge nachweisbar – und die sind selbstredend mit Menschen nicht denkbar. Dennoch gibt es deutliche Hinweise für analoge epigenetische Einschreibungen auch beim Menschen.

Einen Aspekt in diesem sehr komplexen Themenfeld, der bei Säugetieren und auch beim Menschen inzwischen recht gut untersucht ist, stellt die Serotonin-vermittelte Signalübertragung dar. Die Rolle von Serotonin bei der Ausprägung von Verhaltensmustern bis hin zu psychischen Erkrankungen ist seit Längerem bekannt, ebenso das Vorkommen von zwei unterschiedlichen Genvarianten, die die Synthese und den Transport von Serotonin beeinflussen. Eine der Varianten führt zu einer höheren, die andere zu einer eingeschränkten Verfügbarkeit von Serotonin, was als Risiko für Depressionen, Furcht und Angst identifiziert werden könnte.

Norbert Sachser und Klaus-Peter Lesch (2013) haben gezeigt, wie das Serotonin-gesteuerte „Zusammenspiel von Genotyp und Umwelt bei der Entwicklung von Furcht und Angst“ (so der Titel der Arbeit) wirksam wird; in anderen Worten, wie diese genetisch verankerten Varianten von Umweltbedingungen und -erfahrungen moduliert werden und damit zu bestimmten Verhaltensmustern führen. Sie stellen dabei heraus, dass nicht nur vor- und frühe nachgeburtliche Prägungen Wirkung entfalten, sondern die Veränderbarkeit im Erwachsenenalter erhalten bleibt. Sie gehen auch der bedeutsamen Frage nach, inwieweit frühe Prägungen durch die (sozialen) Umweltbedingungen, verbunden mit verstärkter Ängstlichkeit im weiteren Leben, adaptiven Charakter haben, also evolutionsbiologisch sehr sinnvoll sind, und welche Mechanismen dazu führen könnten, dass eine solche Anpassung ‚kippt‘ und eine emotionale Störung bis hin zu einer Depression zur Folge hat (siehe das nächste Kapitel).

Es muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass diese Erkenntnisse aus dem oben genannten Grund bisher – und wohl noch für längere Zeit – beim Menschen nicht nachgewiesen werden können, aber eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die experimentellen Nachweise bei hochentwickelten Säugetieren auf den Menschen übertragbar sind. Zwei wichtige Aspekte dürfen jedoch nicht aus dem Blick geraten:

- Was bereits im Kapitel ‚Einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sind (nahezu immer) endgültig historisch‘ für die Vielfalt von Genvarianten ausgeführt wurde, gilt auch für die Epigenetik. Die Informationssteuerung betrifft viele (hunderte) Gene, was die Komplexität im Hinblick auf die wechselseitige Beeinflussung außerordentlich erhöht.
- Während es bereits heute möglich ist, bei einzelnen physiologischen Vorgängen die genannte Kette von der Genetik bis zum Verhalten zu identifizieren, wie z. B. beim Essverhalten und der Neigung zu Übergewicht oder bei der Entstehung von bestimmten Krebsarten, ist dies bei kognitiven Funktionen und dem damit assoziierten Verhalten derzeit nicht absehbar. Die Sozialisation des Menschen, die vorgeburtlich beginnt und sich über die gesamte Lebensspanne erstreckt, ist ein hoch komplexes Geschehen mit vielen Einflussgrößen, von denen Genetik und Epigenetik ‚nur‘ zwei Faktoren darstellen. (Lesch 2020)

Als gesichert kann dennoch gelten, dass Lebensereignisse über biologisch-molekulare Prozesse mit der genetischen Ausstattung interagieren und fortan Wirkung entfalten.

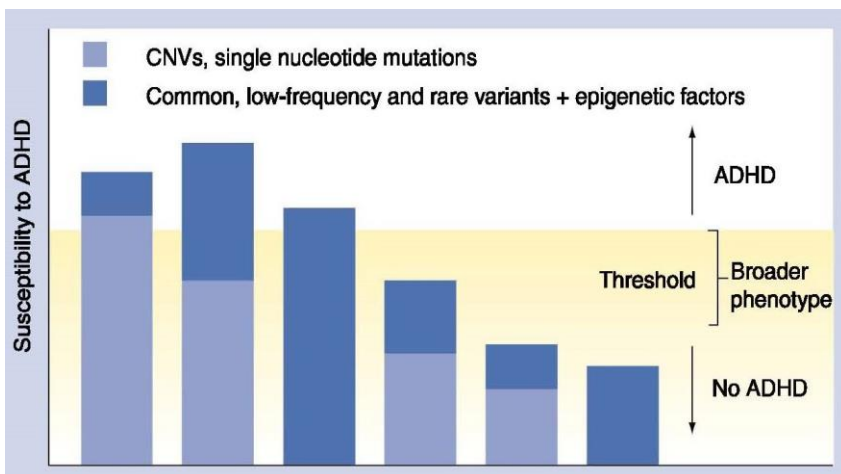
Die Erkenntnisse, *welche* Lebensereignisse über *welche* biologisch-molekularen Prozesse an *welchen* Orten der DNA ihre Spuren hinterlassen, nehmen ständig zu. Die meisten deutschen Forscher sprechen von der ‚biologischen Einbettung sozialer Erfahrung‘. In vielen Studien zu Einzelaspekten des komplexen Geschehens konnte gezeigt werden, wie diese biologische Einbettung im weiteren Verlauf der persönlichen Entwicklung in spezifischem Verhalten und auch in psychischen Erkrankungen kulminiert.

V.3.3.4.7 Epigenetik und psychische Erkrankungen

Während die Prozesse, die von der Verursachung bzw. einem auslösenden Ereignis zu epigenetischen Veränderungen führen, wie gerade referiert bisher nicht vollständig und belegbar aufgeklärt werden konnten, weisen viele Studien Korrelationen zwischen bestimmten epigenetischen Markern und der Ausprägung von psychischen Störungen nach.

In der Zusammenschau etlicher Studien mit insgesamt mehreren Tausend Probanden, die an Schizophrenien erkrankt, von geistiger Behinderung oder anderen neuropsychiatrischen Störungen betroffen waren, konnten Singh u. a. (2016) eine Assoziation der jeweiligen Erkrankung bzw. Behinderung mit dem epigenetischen Abschalten bzw. Aktivieren von Gensequenzen nachweisen. In Verbindung mit weiteren Studien des Psychiatric Genomics Consortium (PGC) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass epigenetische Mechanismen bei schizophrenen Erkrankungen sogar eine zentrale Rolle spielen (Singh u. a. 2016, S. 571 **).

Diese epigenetische Veränderbarkeit trifft auf die große Mehrzahl psychischer Erkrankungen zu, z. B. auch auf ADHS. Geissler und Lesch (2011) haben nicht nur die entsprechenden Belege in einem Review zusammengetragen, sondern sie mit weiteren Faktoren und Prozessen in ein umfassendes Fusions-Modell (fusion model) integriert (ebenda, S. 1472).



Quelle: Geissler und Lesch 2011, S. 1472, Ausschnitt, vom Autor zur Verfügung gestellt

Abbildung 9: Empfänglichkeit für ADHS

Für dieses Modell haben die Autoren das Zusammenspiel von seltenen und sehr spezifischen Mutationen (dazu gehören die CNVs) mit vielen weiteren Genvarianten (jeweils mit geringen Effekten) sowie epigenetischen Faktoren ermittelt und in einem Schaubild dargestellt (ebenda). Die Kombination der Varianten in Verbindung mit der Wirkstärke der einzelnen Komponenten definiert die individuelle genetische Belastung.

Mit einer in der Summe geringen Belastungsstärke wird die Entwicklung zur Erkrankung nicht ausgelöst, eine hohe Belastung führt zur Erkrankung. Dazwischen liegt ein Schwellenfeld, in dem die summierte Belastung zu individuell unterschiedlichen Verhaltensmerkmalen beiträgt, jedoch die Voraussetzungen für eine ADHS-Diagnose nicht erfüllt werden (ebenda, S. 1470f.).

Während das Zusammenspiel genetischer Faktoren und epigenetischer Prozesse für viele Störungen angenommen wird oder auch belegt ist, gibt es einige wenige Ausnahmen.

Eine solche Ausnahme bildet beispielsweise das sehr seltene Brunner-Syndrom, das auf einer ‚loss-of-function‘-Mutation eines Gens beruht, das auf dem X-Geschlechtschromosom lokalisiert ist. Während bei Frauen der Effekt des mutierten Gens durch ein ‚intaktes‘ korrespondierendes Gen auf dem zweiten X-Chromosom ‚neutralisiert‘ wird, führt es bei Männern zu schweren Verhaltensänderungen, wie z. B. hoher Aggressivität, Sexualstraftaten oder Brandstiftungen. Die Wirkung der Mutation ist bei diesem Syndrom so stark, dass eine epigenetische Beeinflussung nur sehr begrenzt möglich ist (Brunner u. a. 1993).

Ein weiteres Beispiel stellt die Huntingtonsche Erkrankung dar, die zwar zu den neurodegenerativen Erkrankungen des Zentralnervensystems gehört, aber ausgeprägte psychische Komponenten aufweist. Bei dieser Störung erkranken alle Personen, die Träger einer von einem Elternteil vererbten genetischen Mutation sind; die Kinder eines erkrankten Elternteils haben also ein ererbtes Risiko von 50 % oder höher. In diesen Fällen wird der Verlauf durch psychosoziale Bedingungen moderiert, nicht jedoch der unausweichliche Ausbruch der Erkrankung.

„Anlage trifft auf Umwelt“ („Nature meets Nurture“) ist Teil des Titels einer Übersichtsarbeit, die Buchholz u. a. 2013 vorlegten und in der sie eine

Vielzahl von epigenetischen Studien zur Ätiologie verschiedener psychischer Erkrankungen bzw. neuronaler Entwicklungsstörungen vorstellen: zu Schizophrenien, Autismus, Essstörungen, Alkoholabhängigkeit, Depressionen und Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Zur Reduzierung der Komplexität wird auch in diesem Forschungsbereich von ‚Kandidaten-Genen‘ ausgegangen, zumeist solchen, die die neuronale Entwicklung betreffen (Buchholz u. a. 2013, S. 369). Die Autorinnen identifizierten in den Studien mehrere epigenetische Mechanismen, die die Genexpression auf vielfältige unterschiedliche Art regulieren und mit bestimmten Krankheitsbildern korrelieren. Es fällt auf, dass die Ergebnisse nahezu aller Studien als Hypothesen formuliert werden. Das mag ein Hinweis darauf sein, dass – analog zu der (im engeren Sinn) genetischen Forschung – jeweils nur ein (winziger) Ausschnitt aus dem äußerst komplexen Gesamtgeschehen betrachtet wird.

Zur Interaktion von Genvarianten und Umweltfaktoren mit dem epigenetischen Geschehen fanden die Autorinnen nur in wenigen Studien aus dem Komplex Depression und Posttraumatische Belastungsstörung Hinweise. Einerseits könnten Besonderheiten in der Schwangerschaft, frühkindlicher Stress sowie Traumata das Erkrankungsrisiko erhöhen, andererseits wirke soziale Unterstützung dem entgegen (ebenda, S. 373).

Neben konvergierenden Ergebnissen benennen Buchholz u. a. deutlich auch Widersprüche und resümieren: „Bei allen Fortschritten, die die psychiatrische Forschung der Epigenetik zu verdanken hat, sind die Limitierungen nicht zu vergessen.“ (Ebenda, S. 375). Nach ihrer Analyse „scheinen epigenetische Defekte bei psychischen Erkrankungen subtiler zu sein als bei anderen Erkrankungen, wie z. B. Krebs“ (ebenda), erschwerend kommen dazu die retrospektive Diagnose, die Schwierigkeit, verlässliches Untersuchungsgewebe verfügbar zu haben, die häufig fehlende Replikation von Ergebnissen sowie die Beschränkung auf Querschnittsstudien. Dennoch sehen sie „die Epigenetik in Zukunft als wertvolles Werkzeug für die Klärung und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen“ (ebenda).

Beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp) 2019 stellte Andreas Geburtig-Chiocchetti eine Studie vor, mit der eine Forschungsgruppe der

Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt erstmals nachweisen konnte, dass biochemische Vorgänge, in diesem Fall der epigenetische Mechanismus der Methylierung von Genabschnitten, bei Mädchen mit Conduct Disorder (CD)^{22 **} assoziiert sind mit der Wirkung von sozialen sowie weiteren Risikofaktoren^{23 **} (Geburtig-Chiocchetti u. a. 2019). Diese epigenetischen Modifikationen resultieren in langfristigen neurobiologischen Veränderungen, die mit Störungen des Sozialverhaltens bei Mädchen verbunden sein können (ebenda **).

In den vorgestellten Studien wird der Zusammenhang zwischen epigenetischen Markierungen und psychischen Störungen hergestellt bzw. nahegelegt. Doch unter welchen Bedingungen prägt sich die Wirkung solcher Markierungen so stark aus, dass sie zu Verhaltensänderungen, letztlich zu einer diagnostizierbaren psychischen Störung führen?

Dazu werden in dem bereits angeführten Review von Norbert Sachser und Klaus-Peter Lesch im Hinblick auf Angsterkrankungen mehrere Hypothesen als offene Forschungsfragen formuliert (Sachser und Lesch 2013, S. 108).

- Je mehr negative Lebensereignisse, desto höher ist das Risiko, eine Psychopathologie zu entwickeln: Dazu gehört die Double-Hit-Hypothese, die von einer kombinierten Wirkung von einem frühen (first hit) und einem späteren negativen Lebensereignis (second hit) ausgeht, was die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen erhöhe. Die Allostatic-Load-Hypothese betrachtet demgegenüber die Akkumulierung von negativen Ereignissen über die gesamte Lebensgeschichte als den wesentlichen Risikofaktor.
- Einen ganz anderen Ansatz verfolgt die Match-Mismatch-Hypothese. Danach soll die Anfälligkeit für Krankheiten dann am höchsten sein,

²² „Die Verhaltensstörung (CD) ist gekennzeichnet durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Verhaltensmuster, bei dem die grundlegenden Rechte anderer oder wichtige altersgerechte gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden.“ (Geburtig-Chiocchetti u. a. 2019)

²³ „Umweltrisikofaktoren i) Erleben von Aggression oder ii) Stress während der Schwangerschaft, iii) mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft, iv) psychiatrisches Risiko der Eltern, v) schwierige Familiensituation, vi) elterliche Erziehung und vii) Traumaerfahrung.“ (Geburtig-Chiocchetti u. a. 2019)

wenn eine Diskrepanz besteht zwischen der Umwelt, in der das Individuum in frühen Phasen der Entwicklung geprägt wurde, und der Situation, in der es sich im späteren Leben wiederfindet. Ein besonders hohes Maß an Ängstlichkeit bzw. eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Angsterkrankung könnte beispielsweise dann resultieren, wenn ein Individuum in frühen Entwicklungsphasen sehr positive Lebensumstände erfährt, sich im Erwachsenenalter aber unter extrem widrigen Bedingungen wiederfindet, das heißt, einen starken ‚mismatch‘ erlebt. Sollte sich diese Hypothese bestätigen, so würde das zu einer völlig neuen Sichtweise auf die ‚Verursachungsschuld‘ führen (siehe das Kapitel ‚Scheinbar unvermeidbare Schuldgefühle ...‘).

- Eine größer werdende Zahl von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vertritt seit einiger Zeit die Position, dass weder das eine noch das andere ausschlaggebende Faktoren seien, sondern die Resilienz des Individuums. Demnach geht die Fähigkeit, nach stark belastenden Lebensereignissen das psychische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten bzw. es wiederzuerlangen, mit einer verringerten Wahrscheinlichkeit einher, eine Erkrankung zu entwickeln und umgekehrt. Inwieweit die Resilienz eines Individuums durch seinen Genotyp, durch die Erfahrungen während der Lebensgeschichte oder durch das Zusammenspiel beider Faktoren bestimmt wird, ist bisher allerdings nicht bekannt.

Der Frage nach dem Zusammenhang von genetischer Disposition und dem Einfluss von sozialen und Umweltfaktoren auf das Auftreten bzw. die Auslösung einer diagnostizierbaren Erkrankung haben sich Generationen von Forschern im Hinblick auf diverse Störungsbilder gestellt und in einer Vielzahl von Studien versucht, Belege für ihre jeweiligen Hypothesen zu finden – lange bevor die biochemischen Grundlagen epigenetischer Modifikationen aufgeklärt wurden (Gould 2016, S. 775).

So entwickelten Gottesman und Shield bereits 1982 ein Modell zur Ätiologie von Schizophrenien, das sie in ihrem Buch „Schizophrenia – The epigenetic puzzle“ vorstellten. Wie viele ihrer Kollegen in jener Zeit beschäftigten sie sich intensiv mit Zwillingsstudien. Abweichend vom Mainstream stellten sie jedoch nicht die genetischen Gemeinsamkeiten von

Zwillingen ins Zentrum ihrer Arbeiten, sondern die Frage nach Einflüssen, die bei einem der Geschwister zu einer Erkrankung führen, aber selbst bei eineiigen Zwillingen mehr als die Hälfte der Schwestern oder Brüder davor bewahren. Folgerichtig verschrieben sich Gottesman und Shield nach der ‚Entdeckung‘ der Epigenetik diesem Forschungszweig.

Neben vielen weiteren Autoren hat Heinz Häfner (1995) auf den für die Gruppe von schizophrenen Psychosen bedeutsamen Unterschied von „meist früh einwirkenden, die Disposition mitprägenden Faktoren“ und „später wirksamen Auslösern“ einer Erkrankung hingewiesen (ebenda, S. 20). Heute wissen wir: Die die Disposition ‚mitprägenden Faktoren‘ sind die epigenetisch wirksamen Umweltbedingungen.

Auch wenn viele der beteiligten biologischen, und das heißt molekularen Prozesse, noch im Dunkeln liegen, so stützen doch alle zitierten Quellen die in diesem Exkurs vorgetragene Auffassung: Soziale und weitere Umweltbedingungen manifestieren sich molekular, indem sie qua Epigenetik am Genom andocken und so als biologische Mitverursachung psychischer Erkrankungen imponieren. Erst unter gefährdenden sozialen und sonstigen Umweltbedingungen entsteht eine Erkrankung. Mehr noch: Die epigenetische Beeinflussung des Genoms (qua An- bzw. Abschaltung) kann sogar auf künftige Generationen übertragen werden (siehe die folgenden Kapitel).

Diese Annahme der Vererbung von Erfahrungen und erworbenen Eigenschaften wurde von dem lange belächelten Jean-Baptiste Lamarck 1800 – lange bevor der Begriff Epigenetik in der wissenschaftlichen Diskussion auftauchte – in einem Vortrag am Muséum national d’Histoire naturelle in Paris vorgetragen. Gemäß der von ihm als zweites Prinzip der Evolution eingeführten Beobachtungen seien erfahrungsbasierte Veränderungen, also Erfahrungen und erworbene Eigenschaften, vererbbar. Heute wird Lamarck von Epigenetikern sehr geschätzt, so lautet z. B. der Titel eines Leitartikels: „Lamarck, wach auf, Du wirst im Konferenzraum erwartet“ (nach O’Leary 2015).

Das Interesse am Zusammenwirken neurobiologischer und psychosozialer Prozesse bei Kindern ist auch das Lebensthema von W. Thomas Boyce, emeritierter Professor für Pädiatrie und Psychiatrie an der University of

California, der jahrzehntelang an der Berkeley School of Public Health und der University of British Columbia (Kanada) forschte. Es fußt auf seiner persönlichen Erfahrung als Bruder einer im jugendlichen Alter psychisch erkrankten Schwester, die sich mit 54 Jahren das Leben nahm.

Boyce konnte mit vielen unterschiedlichen methodischen Zugängen zeigen, dass soziale und Umwelterfahrungen, insbesondere intensives Stresserleben, über das epigenetische An- und Abschalten der jeweiligen, individuell vorliegenden Gene bzw. Genvarianten (der sogenannten genetischen Vulnerabilität) Persönlichkeiten formen, die er ‚Orchideen‘ taufte (Boyce 2019). Er und sein Team identifizierten kulturübergreifend eine Mehrheit (ca. 80 %) von widerstandsfähigen Kindern und Jugendlichen, die er auf Anregung eines Zuhörers bei einem seiner Vorträge als ‚Löwenzahn‘ bezeichnete, eine wahrhaft robuste Blume. Daneben fanden sie ca. 20 % sogenannte ‚Orchideen-Kinder‘; diese zeichnen sich wie das empfindliche Gewächs durch eine sehr hohe Sensitivität gegenüber mittleren und starken Stressbelastungen aus.

Bei suboptimalen Bedingungen führt der Lebensweg solcher Kinder häufig zu psychischen und somatischen Erkrankungen, denn ihre epigenetisch verankerte Sensitivität gegenüber Stress beeinflusst ihre körperliche und seelische Verfassung über ihre gesamte Entwicklung hinweg.

Die besagte Sensitivität gegenüber Stress ist experimentell mess- und nachweisbar. Beide Stressachsen, die Cortisol-vermittelte Bahn über die Nebenniere sowie die über das autonome Nervensystem gesteuerte Flucht- oder Kampf-Reaktion, werden durch epigenetische Beeinflussung der entsprechenden Gene deutlich reagibler als bei den 80 % Löwenzahn-Kindern.

Aber warum bezeichnet Boyce solche Menschen als Orchideen? Diese Kinder sind auf Dauer hoch sensitiv gegenüber jeglichen Erfahrungen und Umwelteinflüssen, weshalb sie sich in entsprechend belastungsarmen sozialen Kontexten und bei positiven interpersonellen Beziehungen zu höchst kreativen, produktiven und sozial kompetenten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen entwickeln können.

Während Boyce sich eher als Löwenzahn wahrnimmt (siehe das Kapitel ‚Vom scheinbaren Nebendarsteller zum engagierten und produktiven Erwachsenen‘) sieht er seine Schwester im Lichte seiner Forschungen als

Orchideen-Persönlichkeit – und zwar als eine Orchidee, für die das, was sie in der gemeinsamen Familie an Beziehungsqualität und Unterstützung fand, nicht ausreichend war. Mit gezielter Aufmerksamkeit auf die Beziehungsqualitäten und gezielten Hilfen hätte sie mutmaßlich ihre ungeheuren Potenziale entfalten können, davon zeigt sich Boyce überzeugt (siehe auch das Kapitel ‚Interaktive Verursachung ja – Schuldzuweisungen nein!‘).

Die Erkenntnisse von Boyce und seinen Kollegen sind kompatibel mit dem Ansatz von Karl Heinz Brisch, der an der Entwicklung, Erprobung und Evaluation des ‚Moses‘-Konzepts an der Universitätskinderklinik München beteiligt war. Kern dieses Konzepts zur Behandlung von Kindern nach frühen Bindungstraumatisierungen ist eine stationäre Intensivpsychotherapie unter Einbeziehung ihrer Betreuungspersonen, also ein milieutherapeutischer Ansatz (Klinikum der Universität München 2021).

„Die Bindungsrepräsentationen werden als innere Arbeitsmodelle oder affektiv-kognitive Schemata neuronal abgelegt und sind tatsächlich schon mit ungefähr einem Jahr ablesbar, das weiß man aus der Säuglingsforschung. Je älter wir werden, desto schwieriger ist es, diese Muster zu verändern, aber änderbar bleiben sie zeitlebens. Immer dann, wenn neue Bindungspersonen hinzukommen, die feinfühlig mit uns umgehen, und wir somit neue Erfahrungen machen. Bei frühkindlichen Traumatisierungen vor allem durch Bindungspersonen brauchen die Neuerfahrungen allerdings eine hohe Intensität, wie unsere Forschungsergebnisse [...] zeigen.“ (Brisch 2016) Brisch sieht als erwünschtes Ergebnis dieser intensiven therapeutischen Zuwendung das wirksame Erleben von ‚Beziehungserneuerungen‘, die Bindungsmuster verändern und auf eine sichere Bindung hin ausrichten (Brisch 2015).

- Zum einen erfolgt eine Volumenzunahme in trauma-relevanten Regionen des Gehirns (Volumenreduktionen nach Traumata sind empirisch gesichert; siehe Teicher u. a. 2016).
- Zum anderen zeigen sich positive Veränderungen in der Verfügbarkeit verschiedener Neurotransmitter, wie z. B. Serotonin und Dopamin, sowie Veränderungen bei Hormonen wie Prolaktin und Oxytocin. Brisch selbst verweist nur auf das Oxytocin-System. (Oxytocin wird

häufig als ‚Bindungshormon‘ bezeichnet; z. B. ist es bei Müttern von Babys erhöht, wenn es sehr verringert ist, kommt es zu keiner Bindung der Mutter zum Kind.)

- Die Folge ist eine Normalisierung der beeinträchtigten Reaktionen auf belastende, Stress auslösende Situationen sowie die Verbesserung der Konnektivität, d. h. der Verbesserung des kommunikativen Austauschs über Nervenverbindungen zwischen den für die Stressverarbeitung relevanten Hirnregionen.

Die Wirksamkeit der Therapien in den oben genannten Gehirn- und Hormonsystemen konnte nachgewiesen werden, indem unter anderem die Stressreaktion auf belastendes Bildmaterial gemessen wurde (Brisch 2015). Im Anschluss an Puglia u. a. (2018) können die Wirkungen des ‚Mosesprogramms‘ mit einer epigenetischen Vermittlung erklärt werden.

Bindungsmuster sind für Karl Heinz Brisch im Sinne von Bowlby (2007) ‚innere Arbeitsmodelle‘ bzw. im Anschluss an Ciompi ‚affektiv-kognitive Schemata‘ mit Verhaltensrelevanz (Ciompi spricht daher von Fühl-Denk-Verhaltensprogrammen), die neuronal abgelegt und veränderbar seien (Ciompi 2018), wobei Brisch nicht explizit auf Ciompi verweist.

Die Wirkung von Verhaltenstherapien bei erwachsenen Patientinnen mit einer Panikstörung erforscht eine Gruppe um Katharina Domschke an der Universitätsklinik Freiburg. In einer Studie konnte bei knapp der Hälfte der Probandinnen nach einer sechswöchigen Therapie eine deutliche Verbesserung der Symptome sowie eine Normalisierung eines Enzyms festgestellt werden, das mit Panikstörungen in Verbindung gebracht wird. Dies gibt erste Hinweise darauf, dass eine erfolgreiche Psychotherapie den epigenetischen Prozess der Hypomethylierung womöglich rückgängig machen kann. Gleichzeitig sei aber die Aussagekraft solcher Studien vor allem auf Grund der geringen Fallzahl begrenzt, zumal sich Studien zu solchen Effekten an einer Hand abzählen ließen (Luerweg 2020).

Obgleich noch viele Fragen offen sind und bei vielen Thesen der unwiderlegbare Nachweis fehlt, so kann doch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass epigenetische Mechanismen bei der Entwicklung und Manifestation von psychischen Störungen eine entscheidende Rolle spielen.

Die Entwicklung ist durch ein lebenslanges ständiges Wechselspiel zwischen jeweils sozio-genetisch²⁴ erworbener ‚Ausstattung‘ und aktueller sozialer Umwelt definiert. Dabei werden die Umwelterfahrungen nicht nur qua Epigenetik biologisch eingeschrieben, sondern diese neu gewonnene ‚Ausstattung‘ beeinflusst wiederum, welche Wirkung die nun eintretenden Umwelteinflüsse entfalten können. Diese Prozesse könnte man sich – bildlich gesprochen – wie eine Spirale vorstellen, die sich Windung für Windung höher schraubt.

V.3.3.4.8 ‚Ausstattung‘ und Vererbung

Was hier ‚Ausstattung‘ genannt wird – das ererbte Genom mit seiner vor- und nachgeburtlich sozial vermittelten epigenetischen Überformung, der ‚genetische Hintergrund‘ (Geissler und Lesch 2011, S. 1472) – wird in der Regel als ‚genetisches Risiko‘ bezeichnet, womit bei Nicht-Fachleuten schnell das bekannte Missverständnis eines hohen Vererbungsrisikos auftreten kann, befördert noch durch plakative Veröffentlichungen von Studienergebnissen, wie bereits im Abschnitt ‚Was die Daten bedeuten‘ kritisch angemerkt wurde.

Forschern wie W. Thomas Boyce, Karl Heinz Brisch und Klaus-Peter Lesch liegt viel an der folgenden Botschaft und deren Nachweis:

Die ‚Ausstattung‘ und auch eine Reihe folgender negativer Lebensereignisse legen keineswegs auf immer und ewig fest,

²⁴ Hier wird mit ‚sozio-genetisch‘ die ‚Sozio-Genetik‘ angesprochen, also die Interaktion zwischen genetischen und sozialen Prozessen. Dieses Zusammenwirken könnte auch als Umwelt-Genetik bezeichnet werden, mit den sozialen Prozessen als Anteil der wirkenden Umwelt. Wir haben uns für ‚Sozio-Genetik‘ und ‚sozio-genetisch‘ entschieden, da in diesem Text zum Erleben der Geschwister die sozialen Interaktionen im Vordergrund stehen. Die physikalischen und biologischen Umwelteinflüsse spielen in diesem Kontext keine Rolle, obwohl sie für ein Gesamtbild unerlässlich sind.

Mit dem hier verwendeten Begriff ‚sozio-genetisch‘ wird nicht auf den Begriff der ‚Sozio-genese‘ angespielt, der auf eine Tradition hinweist, die in dem von Georg-Herbert Mead angestoßenen Symbolischen Interaktionismus (1968; 1969), Georg Simmels Betonung der Kultur (1905) sowie Lev Wygotskis Sprachtheorie (1986) gründet. In der in diesem Sinne soziogenetischen Tradition wird die Menschwerdung (Phylogenese) sowie die personale Entwicklung des Einzelnen (Ontogenese) aus den sozialen Interaktionsprozessen mit ihrem gestischen und sprachlichen Austausch hergeleitet.

was aus dem Kind, dem Jugendlichen oder dem Erwachsenen wird. Zu jedem Zeitpunkt können neue Sozialerfahrungen nicht nur zu einer Veränderung des Lebensweges führen, sondern qua epigenetischer Prozesse auch zu einer Korrektur der biologischen Basis, also dessen, was hier ‚Ausstattung‘ genannt wird.

Die zitierten Wissenschaftler und helfenden Praktiker sehen ihre Aufgabe darin, solche Veränderungen herbeizuführen und im Vorgriff negativen Entwicklungen präventiv zu begegnen. In diesen Prozessen spielen Umwelteinflüsse und soziale Erfahrungen die herausragende Rolle.

Die ‚Ausstattung‘ kann auf verschiedenen Wegen an die nächste und ggf. weitere Generationen weitergegeben werden. Zum einen werden soziale und Umwelterfahrungen, die in der Elterngeneration epigenetischen Niederschlag gefunden haben, durch Prozesse transferiert, die noch weitgehend unaufgeklärt sind (siehe nächstes Kapitel). Zum anderen werden globale soziale und kulturelle Erfahrungen unserer Vorfahren direkt ins Genom selbst, d. h. in die Chromosomen eingeschrieben. Der bekannteste Mechanismus für Veränderungen am Genom selbst sind die oben angesprochenen. ‚Copy Number Variants‘, die CNVs, auf Deutsch etwas umständlich ‚Kopienzahlvariationen‘ genannt. Damit sind häufig auftretende Löschungen und Vermehrungen von DNA-Abschnitten auf den Chromosomen gemeint. Viele davon zeigen keine (bisher bekannten) Wirkungen, andere sehr wohl.

Bereits die Autoren der allerersten Kartierung der Kopienzahlvariationen, Matthew Hurler vom Wellcome Trust Sanger Institute in Cambridge und Stephen Scherer vom Hospital for Sick Children in Toronto, haben hervorgehoben: Einige diese Variationen sind eine Antwort auf die soziale Umgebung. „Die Forscher identifizierten unter anderem CNVs, die die Aktivität des Immunsystems und die Muskelfunktion beeinflussen – beides Faktoren, die sich je nach Umwelt und Lebensweise schnell in menschlichen Populationen ändern können.“ (Podbregar 2009, nach Conrad u. a. 2009/2010)

V.3.3.4.9 Epigenetik und die transgenerationale Übertragung von sozialen Erfahrungen

Unter bestimmten Bedingungen können bestimmte epigenetische Veränderungen an Kinder und Kindeskindern weitergegeben werden, d. h. soziale Erfahrungen werden transgenerational wirksam. Diese Tatsache kann als unumstritten gelten, allein der Weg, *wie* diese Weitergabe abläuft, ist noch nicht zuverlässig aufgeklärt. Während die epigenetische ‚Vererbung‘, also die Weitergabe über Keimzellen an die nächste Generation, bei Pflanzen und ‚einfachen‘ Tieren als gesichert gelten kann, schließen viele Forscher nicht aus, dass bei Säugetieren – und damit auch beim Menschen – die Weitergabe an die nächste Generation durch andere Mechanismen stattfindet, etwa durch solche, die bei der Zeugung und/oder während der Schwangerschaft zum Tragen kommen.

Das Phänomen einer transgenerationalen Übertragung geht auf Beobachtungen bei den Nachkommen von Überlebenden des Hungerwinters 1944/45 in den Niederlanden (hongerwinter.nl) zurück, in dem die Bevölkerung aufgrund der deutschen Besatzung extremen Hunger erleiden musste (Lumey u. a. 1995; eine kurze Zusammenfassung in Boyce 2019, S. 260f.). Viele Jahre später zeigte sich, dass diese Menschen ihre leiblichen Erfahrungen über transgenerationale Epigenetik auf ihre Nachkommen übertragen haben. Es wurden sogenannte ‚Hungerenkel‘ identifiziert, die sich durch eine Neigung zu deutlichem Übergewicht auszeichnen. In ihrem Epigenom wurde – durch den Hunger der Großeltern – eine besonders gute Kalorienausbeute verankert.

Marcus Pembrey, Genetiker am Institute of Child Health in London, wurde von diesen Ergebnissen zu eigenen Untersuchungen angeregt. Gemeinsam mit seinem schwedischen Kollegen Lars Olov Bygren und anderen (Pembrey u. a. 2006) durchforstete er Aufzeichnungen über Ernteerträge, Lebensmittelpreise und Sterbefälle aus der schwedischen Kleinstadt Överkalix, die bis zum Jahr 1890 zurückreichten. Ziel der Autoren war es, eine ‚epigenetische Vererbung‘ in der männlichen Linie nachzuweisen, um plazentavermittelte Effekte auszuschließen. Sie fanden denn auch Korrelationen zwischen der Ernährungslage der Großeltern väterlicherseits und einem erhöhten Risiko unter anderem für Diabetes in der

Großkindergeneration. Sie schlossen daraus, die transgenerationale Weitergabe erfolge über die Geschlechtschromosomen, zumal die gefundenen Effekte bei Enkelinnen und Enkeln unterschiedlich ausgeprägt waren.

Nicht die Studienergebnisse an sich, wohl aber die Folgerungen aus dieser und ähnlich angelegten Studien werden allerdings von anderen Forschenden bezweifelt. Einen Übersichtsartikel untertitelte Virginia Hughes mit „Die Wurzeln der Vererbung können über das Genom hinausgehen, aber die Mechanismen bleiben ein Rätsel“ (Hughes 2014, S. 22 **). Sie stellt weitere Hypothesen vor und zitiert einen Forscher: „Handelt es sich bei dem Mechanismus um DNA-Methylierung, Histone oder RNA [das sind die drei wesentlichen epigenetischen Prozesse], dürfte es auf diesem Feld in den nächsten Jahren große Fortschritte geben. [...] Aber wenn es etwas völlig Neues ist [...], wird es vielleicht Jahrzehnte dauern, um es herauszufinden.“ (Ebenda, S. 24 **)

In diesen Beispielen werden Studien zu transgenerationalen Effekten im physiologischen Kontext referiert. Wie aber steht es um die transgenerationale Weitergabe von Erfahrungen, positiven und negativen, von seelischen Verletzungen und Traumata?

Eine Studie aus Amerika kann als Beleg dafür herangezogen werden, dass das Risiko für eine psychische Erkrankung im Erleben der Vorfahren verankert sein kann und dass dieses Erleben über epigenetische Prozesse weitergegeben wird. Untersucht wurden Frauen, die als Schwangere die Evakuierung nach den Anschlägen auf das World Trade Center überlebt hatten und später eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelten, sowie deren einjährige Babys. Wie bei den Müttern wurden auch bei den Babys unteraktivierte Cortisol-Systeme identifiziert: ein Stresshormon-Marker, der auf das Risiko hinweist, später ebenfalls an einer PTBS und ggf. anderen psychiatrischen Störungen zu erkranken (Yehuda u. a. 2005). Der Effekt trat verstärkt dann auf, wenn die Schwangeren den Anschlägen im letzten Schwangerschaftsdrittel ausgesetzt waren, dem Zeitraum, in dem sich entscheidende Areale im Gehirn der Kinder ausbilden. Bei den Babys von Müttern, die unter den gleichen Bedingungen keine PTBS ausbildeten, wurden keine Anomalien des Cortisol-Systems festgestellt, was für die (epigenetische) Vererbung bei den ‚disponierten‘ Babys spricht.

Besonders eindrücklich sind die transgenerationellen Abdrücke bei den Nachkommen von Holocaust-Überlebenden. Ohne auch nur den Anschein erwecken zu wollen, die Lebenssituation von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen sei vergleichbar mit den Folgen der Grausamkeiten des Holocaust, wird hier darauf eingegangen. Zum einen sind die Studien die umfangreichsten und aussagefähigsten zum Thema transgenerationaler Übertragung von Erfahrungen, zum anderen deuten sie an, welche Folgen eine bestimmte familiendynamische Praktik – nämlich das funktionale familiäre Schweigen – auf die Geschwister haben könnte (siehe dazu das Kapitel ‚Die Wirkungen des elterlichen Schweigens‘).

Die transgenerationale Übertragung von Erfahrungen der Eltern auf die Kinder ist in Israel bereits seit den 1950er Jahren ein stetig wachsender Forschungszweig und wurde inzwischen über die ‚Second Generation‘ hinaus auf die dritte und vierte Generation erweitert (Van der Kolk u. a. 1996; Kellermann 2013, S. 34). Bei Moore u. a. (2018) ist die Rede davon, dass transgenerationale Traumata erstmals 1966 in kanadischen Kliniken bei Kindern von Holocaust-Überlebenden beobachtet wurden.

In allen Studien zeigten sich schwere Störungen bei diesen Kindern, bis hin zur Intrusion der elterlichen Erlebnisse in die Träume der Kinder. In den Träumen wurden die Erlebnisse ihrer Eltern wiederbelebt, obwohl die Eltern niemals mit ihnen darüber gesprochen hatten: Sie hatten die unterdrückte und ungenügende Verarbeitung der elterlichen Holocaust-Traumata in sich aufgenommen, so als hätten sie das Unbewusste ihrer Eltern geerbt, inklusive deren Erfahrungen von Angst, Hoffnungslosigkeit, Verlust der Kontrolle über das eigene Leben, die Umstände ihres Lebens und ihr Vernichtungserleben. Dies sei ein Zustand, in dem die Person den Eindruck habe, ihr Leben, ihre physische und ihre geistig-mentale Integrität zu verlieren (Nir 2018, S. 1, im Anschluss an Herman 2015, S. 34f.), was einem hohen Psychose-Risiko gleichkommt.

In Israel wird seit Jahrzehnten eine breite Debatte geführt aufgrund widersprüchlicher Studienergebnisse zu signifikant höheren Raten psychischer Erkrankungen in der zweiten Generation. Während es in klinischen Studien, bei denen die Vorgeschichte von Erkrankten untersucht wurde, einen Zusammenhang zwischen der Abstammung von Holocaust-Überlebenden und der psychischen Erkrankung zu geben schien, war dieser

Zusammenhang in Studien, die Bevölkerungsgruppen in den Blick nahmen, nicht erkennbar (Kellermann 2008; Studienüberblick in Barel u. a. 2010 sowie Shmotkin u. a. 2011; Levine u. a. 2016). In dieser langjährigen Debatte standen zunächst psychodynamische Modelle der transgenerationalen Übertragung im Vordergrund, es folgten soziokulturelle Modelle, dann der systemische Blick auf die familiären Interaktionen und schließlich biologische bzw. genetische Modelle (Kellermann 2013, S. 34).

Erst epigenetische Erklärungen können zur Auflösung dieses vermeintlichen Widerspruchs zwischen klinischen und populationsbasierten Studien beitragen. Ob die epigenetischen ‚Schalter‘ an- oder abgeschaltet werden, hängt von den jeweiligen Umweltbedingungen ab. Sind die aktuellen Umweltbedingungen herausfordernd, wird eine überwältigende Angst erlebt; liegen jedoch mildere Umweltbedingungen vor, kann die Person mit einem ausreichenden Coping antworten (Kellermann 2009).

Zuletzt wurde an der Universität von Haifa in einer großangelegten Studie (Levine u. a. 2016) der Frage nachgegangen, ob schizophrene Erkrankungen bei den Kindern der Holocaust-Überlebenden häufiger seien als bei einer Kontrollgruppe ohne diese dramatische Erfahrung. Beide Gruppen wurden aus den Immigranten gezogen, die bis 1966 nach Israel kamen. Deren Kinder waren die eigentlichen Probanden (51.233 Personen), soweit sie zwischen 1948 und 1989 geboren wurden; ihre Entwicklung wurde bis 2014 verfolgt, um eine ggf. eintretende schizophrene Erkrankung zu identifizieren.

Im Vergleich beider Gruppen wurde kein erhöhtes Schizophrenie-Risiko für die Kinder der Holocaust-Überlebenden gefunden – was mit den bisherigen populationsbasierten Studien übereinstimmt. Bei der Analyse von Subgruppen-Ergebnissen zeigte sich ein Effekt, den der Studienleiter als die Transmission der elterlichen Umwelt auf das Kind bezeichnete und für die auch er epigenetische Mechanismen verantwortlich machte: Die Kinder von denjenigen Holocaust-Überlebenden, deren Eltern während des Holocaust Babys waren oder deren Großmütter noch mit einem Elternteil von ihnen schwanger gingen, hatten ein erhöhtes Risiko, an einer *schweren* Form von Schizophrenie zu erkranken, während die erkrankten Kinder von Einwanderern ohne diese dramatische Erfahrung eher leichte Krankheitsverläufe durchlebten (Levine u. a. 2016).

V.3.3.4.10 Was uns die Beschäftigung mit Genetik und Epigenetik lehrt

Dieser Exkurs wurde eingefügt, um das weit verbreitete vermeintliche Wissen um die genetische Vulnerabilität von Geschwistern anhand von Studien zu hinterfragen und Geschwistern eine Möglichkeit zu eröffnen, der oft tiefsitzenden Angst, selbst psychisch zu erkranken oder eine Veranlagung weiterzugeben, etwas entgegenzusetzen. Deshalb sei an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst:

- Eine mögliche genetische, d. h. im Genom verankerte Disposition kann zwar gegeben sein, aber die meisten populationsbasierten Studien weisen ein deutlich geringeres ‚vererbtes‘ Risiko aus, als gemeinhin kolportiert wird. Es sollte auch nicht übersehen werden, dass die übergroße Mehrheit der Geschwister in ihrem Leben keine psychische Erkrankung entwickelt, auch wenn sie erhöhten Belastungen ausgesetzt sind.
- Bei den ermittelten Risiken handelt es sich um Korrelationen; eine Kausalität (d. h. ‚die Gene‘ sind der Grund, die ‚causa‘, für die Erkrankung) konnte trotz jahrzehntelanger enormer Forschungsanstrengungen bis heute nicht nachgewiesen werden, von einzelnen seltenen Ausnahmen in wenigen Familien abgesehen.
- In vielen Fällen müssen belastende Einflüsse hinzukommen, damit sich aus einer potenziellen genetischen Disposition (aufgrund des Zusammenspiels sehr vieler Genabschnitte mit jeweils nur einem minimalen Anteil an Wirksamkeit) eine Erkrankung entwickelt. Für die meisten Formen schizophrener Störungen stellen renommierte Genetiker übereinstimmend fest, dass das Vorhandensein solcher Faktoren sogar unabdingbar ist.
- Zu diesen ungünstigen Einflüssen zählen anhaltende negative inner- und außerfamiliäre soziale Bedingungen, Umwelteinflüsse und sonstige Stressoren – dem gegenüber schützen positive Einflüsse wie z. B. sozialer Zusammenhalt.
- Vor- und nachgeburtlich erfahrenes belastendes und schützendes Erleben kann epigenetisch eingeschrieben werden und entfaltet fortan Wirkung. Es ist – anders als die im Genom verankerte Disposition –

durch neue Erfahrungen lebenslang veränderbar und damit beeinflussbar.

- Dies gilt insbesondere auch für die transgenerationale Weitergabe von negativen Erfahrungen, deren Tradierung durchbrochen werden kann.
- Viele der epigenetischen Prozesse sind noch nicht aufgeklärt; allein, dass epigenetische Mechanismen die Interaktion zwischen Umwelt und Genen vermitteln, kann als gesichert gelten.
- In diesem sehr komplexen Geschehen liegt der Forschungsschwerpunkt bisher auf der Identifikation von belastenden Ereignissen und deren Wirkung auf das Verhalten bis hin zu psychischen Störungen – die Erforschung der Wirkung und möglichen Aktivierung von protektiven Faktoren ist nur ansatzweise zu erkennen.
- In den beiden Kapiteln ‚Das genetische Missverständnis ...‘ sowie ‚Die subjektiv erlebten Belastungen beeinflussen die Vererbungsangst‘ wurden bereits negativ wirkende Faktoren angesprochen, ‚Die Wirkungen des elterlichen Schweigens‘ (siehe nächstes Kapitel) stellen einen weiteren solchen Einfluss dar.
- Analog zur noch unterentwickelten Erforschung sind auch Empfehlungen zu risikominderndem Verhalten Mangelware. Auf der Website von Schizophrenia.com (Schizophrenia.com 2020a) finden sich allgemeine Hinweise, darunter eine gesunde Lebensweise, die Vermeidung von nicht-therapeutischen psychotropen Substanzen, die Pflege von sozialen Kontakten und die Entwicklung von wirksamen Bewältigungsstrategien. Im Kapitel ‚Coping-Strategien und die Stärkung der Resilienz‘ wird ausführlich auf resilienzfördernde Fähigkeiten bzw. Verhaltensweisen eingegangen.

V.3.3.5 Die Wirkungen des elterlichen Schweigens

Unabhängig davon, welche Erkenntnisse die Forschung insgesamt und im Besonderen zu den Mechanismen der transgenerationellen Weitergabe von Belastungen und Traumata in der Zukunft noch liefern wird, eines zeichnet sich bereits heute deutlich ab: Das Schweigen über diese Traumata spielt als ‚wesentlicher Umweltfaktor‘ eine verhängnisvolle Rolle für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko – und das gilt für individuelle Traumata genauso wie für kollektive Traumata – weltweit, in allen Kulturen.

Der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Peter Pogany-Wnendt ist ein Kind von Holocaust-Überlebenden und gehört somit der ‚second generation‘ an. Aus seiner Sicht führte das schwere Erleben des Holocaust zum Abbruch bzw. der Verweigerung von Gesprächen in den Familien. Er erklärt sich sein eigenes Erleben als Folge dieses selbst auferlegten Schweigegebots und dessen Wirkung in Analogie zu den oben beschriebenen transgenerationellen epigenetischen Effekten (Pogany-Wnendt 2012), ein Schluss, der zwar naheliegt, aber bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt von wissenschaftlicher Empirie nicht bestätigt werden kann. Schweigen die Eltern ihren Kindern gegenüber zu ihrem außerordentlich leidvollen oder traumatisierenden Erleben, wird dieses Erleben in die Seelen der Kinder transplantiert, was sich unter anderem in den Träumen der Kinder mit den gleichen Gefühlen von hilflosem Ausgeliefertsein wie bei ihren Eltern während des Holocaust widerspiegelt – nicht *obwohl* die Eltern nie darüber gesprochen haben, sondern gerade *weil* die Eltern ihre schrecklichen Erlebnisse mit einem Schweigegebot belegt haben (ebenda).

Pogany-Wnendt sagt von sich, er habe das Leid der Eltern im Holocaust zu dem seinen gemacht, bis er in einem Arbeitskreis für intergenerationelle Folgen des Holocaust (PAKH, pakh.de) die generationenübergreifenden Auswirkungen des Holocaust auf seine Entwicklung besser erfasst und verstanden habe.

„Heute fühle ich mich besser in der Lage, mich vom Leid meiner Eltern abzugrenzen. Als Kind habe ich ihn [den Holocaust] zu meinem Leid gemacht. Dadurch kann ich [heute] meine selbstbestimmte Identität besser zum Zuge kommen lassen. [...] Ich habe in PAKH auch gelernt zu

verstehen, welche schwere Last die Kinder der Täter und Mittäter tragen.“ (Pogany-Wnendt 2012)

PAKH ist vor allem eine Dialoggruppe, in der Täter- und Opfer-Kinder miteinander sprechen.

Die herausragenden negativen Effekte, wenn über die belastenden Erfahrungen nicht gesprochen wird, sind bereits in den allerersten und dann in nahezu allen Studien zur transgenerationalen Übermittlung des Holocaust-Traumas angesprochen worden, genauso wie in den zahlreichen Dokumentationen über Holocaust-Überlebende und deren Kinder und Enkel. Bereits in den 1960er Jahren begannen die inzwischen erwachsenen Kinder der zweiten Generation herauszufinden, was es bedeutet, Kind eines Holocaust-Überlebenden zu sein. Es bildeten sich ‚Awareness Groups‘, in denen sie ihre Gefühle mit jenen austauschten, die die gleichen Erfahrungen hatten. Im November 1979 fand in den USA die erste Konferenz der Kinder der Holocaust-Überlebenden statt, worauf es in den gesamten USA zur Gründung regionaler Gruppen kam. Mit anderen Worten: Pogany-Wnendt ist ‚ein typischer Fall‘. Das gilt auch für sein wissenschaftliches Arbeiten, denn viele Kinder der Überlebenden haben den Blick über ihr individuelles Leiden hinaus gerichtet, indem sie „proaktiv an die während des Holocaust verlorenen Leben und Lebensformen erinnern“ (Shoah Resource Center 2019 **); sie beteiligen sich an historischen Studien, arbeiten in Initiativen zur Konservierung der Erinnerungen mit und kämpfen gegen die Leugnung des Holocaust.

Andere Nachkommen der zweiten und dritten Generation setzen sich mit ihren ambivalenten Gefühlen und dem Schweigen auseinander, indem sie sich künstlerisch betätigen. So z. B. Rita Goldberg, die sich befreit fühlte, nachdem sie die Geschichte ihrer Mutter im Holocaust aufgeschrieben hatte:

„Indem ich ihre Geschichte erzähle, habe ich meine Stimme gefunden. Es hilft uns allen, voranzukommen.“ (Goldberg 2014 **)

Bina Nir (2018) untersuchte die „Transgenerationale Übertragung von Holocaust-Traumata und ihre Ausdrucksformen in der Literatur“ **, und auch sie sieht, dass das Schreiben selbst über ein Heilungspotenzial verfügt (ebenda, S. 5). Sie zitiert Tikva Natan (1981): „Ein dominantes Merkmal von Familien der zweiten Generation ist die ‚Verschwörung zu

Schweigen' (conspiracy of silence). [...] In vielen dieser Familien gab es ein ,unausgesprochenes Einverständnis', die traumatischen Ereignisse des Holocaust nicht zu erwähnen, meist aus dem Wunsch heraus, die Kinder zu schützen. Dessen ungeachtet neigten die Kinder dazu, dieses Stillschweigen als emotionale Distanz wahrzunehmen, die die Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Kindern beeinträchtigte.“ (Nir 2018, S. 5 **)

In vielen Studien werden weitere Motive für das Schweigen der Überlebenden genannt, unter anderem die Ungeheuerlichkeit des Erlebten und die sogenannte Überlebensschuld, von der die meisten befragten Holocaust-Überlebenden schmerzhaft berichten: Sie haben die Ermordung von hunderten oder tausenden ihrer unmittelbaren Mitgefangenen im selben Lager überlebt – sehr oft aufgrund einer Kombination aus Zufällen und Privilegien. (Dohms 2014 in einer Rezension von Zöchmeister 2013 „Vom Leben danach. Eine transgenerationale Studie über die Shoah“) Vor diesem Hintergrund hatten die Kinder der Holocaust-Überlebenden ihren Anteil an der ,conspiracy of silence'. Sie haben das tiefe Leid gespürt und vermieden, es zu thematisieren. Das Erlebte war einfach unaussprechlich.

Um jedwede Missverständnisse zu vermeiden, sei noch einmal darauf hingewiesen: Hier wird keinesfalls behauptet oder nahegelegt, das Erleben von Mitgeschwistern sei mit der transgenerationalen Weitergabe der Last des Holocaust zu vergleichen; so wie der Holocaust sind auch die Effekte auf die Kinder und Kindeskin der Überlebenden von einer unvorstellbaren Einmaligkeit und jegliche Vergleiche verbieten sich. Die Studien wurden hier referiert, da über sie die Dramatik sowohl der transgenerationalen ,Vererbung' als auch des innerfamiliären Schweigens wie unter einem Brennglas heraussticht.²⁵

In völliger Übereinstimmung mit diesen Studien stehen Erfahrungsberichte von Angehörigen und Nachkommen von Menschen, die durch die sogenannte ,Euthanasie' des Naziregimes zu Tode gekommen sind – Geschwister, Kinder und Enkel; beispielhaft seien nur einige Publikationen genannt: „„Unwertes Leben' – Kindstötungen im Dritten Reich“ (SWR2

²⁵ Auch in den Täterfamilien herrscht zumeist ein innerfamiliäres Schweigen, zumindest was verbrecherische Aktivitäten angeht. Dies gilt auch für Täterfamilien, in denen nach dem Kriege psychisch erkrankte Menschen lebten und leben. Ein aktueller Beitrag wirft einen Blick auf die Dynamiken in diesen Täterfamilien (Julius und Peukert 2020b).

2017a); „Der lange Arm von Scham und Schuld“ (SWR2 2017b); „Erinnern ohne Grab?“ (SWR2 2020); „Gespräch mit Angehörigen der NS-„Euthanasie““ (Kellerkinder 2021).

Alle diese Berichte weisen Gemeinsamkeiten auf: Die Hinterbliebenen und Nachgeborenen äußern ihre Wut auf diejenigen, die jahrzehntelang geschwiegen haben; sie spürten in der einen oder anderen Form Auswirkungen auf ihr eigenes Leben, von einem ‚atmosphärischen Wissen‘ bis hin zur Berufswahl, und sie wurden alle erst durch ein vermeintlich zufälliges Ereignis wie dem Fund einer Fotografie oder eines Briefes oder auch durch einen Traum zu Nachforschungen animiert. Nachdem das Schweigen durchbrochen worden war, konnten sie erleben, wie die traurigen Ergebnisse ihrer Recherchen ihr Leben bereicherten.

In dem hier explizierten Zusammenhang scheint aber noch ein anderer Punkt von Bedeutung: Sie alle hielten es vor ihren Nachforschungen für möglich oder schlossen zumindest nicht aus, dass das Schweigen der Überlebenden auf deren schuldhafte Verstrickung in die Geschehnisse hindeute; diese Zuschreibung änderte sich jedoch bei allen im Verlauf ihrer Recherchen und sie brachten Verständnis für diejenigen Familienmitglieder auf, die über ihr traumatisches Erleben nicht sprechen konnten.

Auch hierfür findet sich eine Analogie im kollektiven Erleben von Holocaust-Überlebenden in Israel. In den ersten Jahren nach der Staatsgründung wurden sie von weiten Teilen der Gesellschaft abgelehnt; ihnen wurde Schwäche und eine Mitverantwortung unterstellt, da sie sich widerstandslos in ihr Schicksal ergeben hätten (Kurths 2008); sie wurden als ‚menschliche Trümmer‘, ‚Gesindel‘ oder ‚Menschenstaub‘ bezeichnet (Segev 1995, S. 162, 164, nach Kurths 2008). Obgleich einzelne Persönlichkeiten, vor allem Künstler und einige Politiker, sich gegen diese Wahrnehmung wandten, „konnte dies nicht über das Schweigen über die Shoah – auf beiden Seiten – hinwegtäuschen. Zum einen waren die Überlebenden, die über ihre Lagererfahrungen sprechen konnten und wollten, zum größten Teil inzwischen verstummt, da ihnen niemand zuhören wollte, zum anderen waren viele aufgrund ihrer Traumatisierung nicht in der Lage, über diese schreckliche Zeit zu berichten.“ (Kurth 2008) Erst mit dem medial sehr präsenten Eichmann-Prozess 1961 wurde das öffentliche Schweigen durchbrochen und den Überlebenden wurde allmählich

Respekt für ihre Leiden und die erlittenen Traumata zuteil (ebenda). Zu den Auswirkungen auf die nachfolgenden Generationen siehe den Abschnitt ‚Epigenetik und die transgenerationelle Übertragung von sozialen Erfahrungen‘.

Kollektive Traumata von Bevölkerungsgruppen aus Russland und der Ukraine bis Mittel- und Nordamerika und ihre Expression in der (audio-) visuellen Kunst haben Janett Reinstädler und Oleksandr Pronkevich (2018) im Blick. Über alle kulturellen Unterschiede hinweg nehmen sie die Traumata wahr „als höchst beunruhigende Form [...] des ‚Nicht-Wissens‘, das sich hinter dem Nicht-Erinnerbaren, dem Unsichtbaren und Unausprechbaren verbirgt“ (ebenda, S. 7 **), und sie beleuchten die unterschiedlichen künstlerischen Annäherungen an ‚das Unausprechliche‘, an das „atmosphärische Wissen ... zeitlos und jenseits der Sprache“ (Zöchmeister 2013, nach Dohms 2014).

An dieser Stelle sei eine Spekulation erlaubt. Abgeleitet von den referierten Studien und Erfahrungsberichten spricht einiges dafür, dass auch die traumatisierenden Ereignisse unserer Tage wie Kriege, Flucht und Völkermord, Pandemien, Natur- und Technikkatastrophen Spuren im Epigenom der betroffenen Menschen hinterlassen. Neben anderen Einflüssen prägen sie fortan nicht nur deren weiteres Leben maßgeblich mit, sondern können noch in nachfolgenden Generationen wirksam werden.

V.3.3.6 Interaktive Verursachung ja – Schuldzuweisungen nein!

Obwohl der hier gewählte Ausschnitt zur ‚transgenerationellen Weitergabe‘ einmal mehr die herausragende Rolle von Eltern bzw. erwachsenen Bezugspersonen für das Erleben und Wohlbefinden der Nachgeborenen betont, darf dies nicht als Argumentationsfolie für Schuldzuweisungen missbraucht werden.

Als Psychiater und Verhaltensbiologe beschäftigt sich Klaus-Peter Lesch vor dem Hintergrund seiner klinischen Tätigkeit mit genetischen und epigenetischen Prozessen. Ziel seiner Forschung ist, die Interaktion

von genetischen Dispositionen und sozialen Einflüssen sowie deren Auswirkung empirisch gesichert beschreiben zu können. Er unterstreicht die hier vorgetragene Position: „Natürlich ist bei der multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen die Psychodynamik in der Familie ein wichtiger Faktor.“ Dabei betont er, „dass Schuldzuweisungen grundsätzlich ein Tabu sind. [...] Ich habe aufgrund der bekannten Komplexität und der vielen Fragezeichen in meinem klinischen Alltag dazu immer ‚radikal‘ Stellung bezogen.“ Zugleich wendet er sich gegen eine einseitige Überbewertung psychosozialer Faktoren, was er unter anderem auf die „außerordentlich einflussreiche Bedeutung psychoanalytischer Ansätze im soziokulturellen Kontext des westlichen Kulturkreises“ zurückführt. Dennoch müsse grundsätzlich „eine mögliche Interaktion von Genetik und Umweltbedingten Faktoren“ mitgedacht werden (Lesch 2021).

Als Einordnung des eigenen Erlebens als Mitgeschwister in die hier explizierten Zusammenhänge mögen die sozio-genetischen Überlegungen von W. Thomas Boyce (2019) dienen. Auch für ihn sind es die sozialen und sonstigen Umweltfaktoren, die den genetischen Hintergrund epigenetisch moderieren. Menschen bringen in soziale Interaktionen diese Bedingtheit mit, die ihr jeweiliges individuelles Verhalten und damit die im interaktiven Austausch gemeinsam generierte Handlungssituation (mit) beeinflusst. Ist eine solche Interaktionssequenz abgeschlossen, hinterlässt sie bei den Beteiligten Spuren, die in darauffolgenden Interaktionsprozessen wirksam werden können. Hier sei noch einmal das Bild der Spirale bemüht: Jede neue Erfahrung führt zu einer weiteren Windung.

Gibt es wie in der Familie von Boyce schwere, mehrere Generationen tangierende Konflikte, so können sich diese zu einer „Kette [...] [eines] generationsübergreifenden Traumas“ entwickeln. In diesem Sinne wurde für Boyce die Rekonstruktion der transgenerationalen Weitergabe der Schlüssel, um sich die psychische Erkrankung seiner Schwester, gepaart mit einem „langen Leiden [s]einer Familie“, zu erklären (ebenda, S. 253).

Es erinnert an das Anna-Karenina-Prinzip „Alle glücklichen Familien gleichen einander, jede unglückliche Familie ist auf ihre eigene Weise unglücklich“ (Tolstoi 1877, S. 1), wenn Boyce sich intensiv mit der Frage beschäftigt, welche familiären Ereignisse welche personalen Wirkungen bei den Familienmitgliedern hervorbrachten, die schließlich zur psychischen

Erkrankung seiner Schwester und deren Suizid führten. Er beschreibt die Depression seines Vaters, zeitweilige finanzielle Probleme in seiner Herkunftsfamilie, familiäre Gewalt und Zerrüttung. Mit diesen seinen „Vermutungen über den Ursprung der Tragödie“ versucht er „als Bruder und Sohn“, sich und den Lesern über eine Rekonstruktion seiner Familiengeschichte unter sozio-genetischer Perspektive das komplexe Wechselspiel von genetischen, epigenetischen und den jeweiligen aktuellen sozialen Einflüssen nachvollziehbar zu machen. Die Tragödie ist für ihn die psychische Erkrankung seiner Schwester, die in ihrem Suizid endete.

Boyce meint, den „Ursprung der Tragödie“ gefunden zu haben, und zwar im Zusammentreffen der besonderen, über Generationen entstandenen ‚Altlasten‘ seiner Mutter mit den Besonderheiten seiner Schwester – der jeweiligen sozio-genetischen Bedingungen, die die Mutter-Tochter-Beziehung bestimmten. Begünstigt durch zeitweilig schwierige (äußere) Lebensbedingungen der Familie (Boyce 2019, S. 20f.) habe sich daraus „die problematische und leicht explosive Kombination einer verletzten Mutter und einer Orchideentochter“ entwickelt, die schließlich in der Erkrankung seiner Schwester kulminierte (ebenda, S. 256).

Aus den Überlegungen von Boyce wurde hier so ausführlich referiert, da sie sich sehr gut als Illustration bzw. Modell für das Zusammenspiel von genetischen, epigenetischen und den jeweiligen aktuellen sozialen Einflüssen eignen. Die ‚eigene subjektive Geschichte‘ der Schwester hat sich spiralförmig herausgebildet, die der Mutter ebenfalls. Bei beiden ist die Entwicklung durch ein ständiges Wechselspiel zwischen jeweils sozio-genetisch erworbener ‚Ausstattung‘ und aktueller sozialer Umwelt definiert, wobei mit der sozio-genetischen Ausstattung die bis zu diesem Zeitpunkt wirksam gewordenen Umweltbedingungen auf dem jeweiligen genetischen Hintergrund gemeint sind.

Bei dieser Sichtweise der sich in Familien vollziehenden interaktiven Entwicklung der Persönlichkeiten (man könnte auch von Ko-Produktion der Persönlichkeiten und des Sinns in Familien sprechen) ist kein Platz für Schuldzuweisungen; dafür bietet Boyce mit seiner sozio-genetischen Rekonstruktion eine „noch unvollendete Geschichte darüber [an], wie diese Kette des generationsübergreifenden Traumas mithilfe von Liebe, Gnade und Hoffnung unterbrochen werden kann“ (Boyce 2019, S. 253).

V.3.3.7 ‚Es ist genetisch‘ kann eine gute Botschaft sein

In vielen Familien mit einer psychisch erkrankten Person fällt die Meinung, die Gene seien schuld, auf fruchtbaren Boden. ‚Es ist genetisch‘ verankert die Krankheitsverursachung zwar in der eigenen Familie, verlegt die vermeintliche Verursachung allerdings in einen längst vergangenen Zeitraum lange vor der eigenen Geburt.

Der unmittelbare Gewinn dieser Anschauung: Die allgegenwärtige Ahnung von Eltern, an problematischen Lebensläufen der eigenen Kinder nicht ganz unbeteiligt zu sein, führt bei Eltern von psychisch erkrankten Kindern – ebenso wie bei denen von suchtabhängigen oder kriminell gewordenen Kindern – zu einem (häufig wohl ungerechtfertigten) Schuldgefühlen, das mit dem klassischen Modell der genetischen Verursachung abgeschwächt werden kann. Wenn die Gene ‚schuld‘ sind, können wir als soziale Personen es nicht sein, also weder unser Erziehungs- noch unser Sozialisationsverhalten.

Allerdings: Was die Eltern in Bezug auf sich selbst vielleicht beruhigen kann, da sie die kritischen Altersstufen für Neuerkrankungen bereits überschritten haben (mögliche künftige gerontopsychiatrische Probleme bleiben hier unbeachtet), befeuert im Gegensatz dazu bei den Mitgeschwistern bis weit ins Erwachsenenalter hinein die Befürchtung, ebenfalls psychisch zu erkranken.

Diese Wertschätzung der bedeutenden Rolle der Genetik steht nur in einem scheinbaren Widerspruch zu übertriebenen Normalitätsannahmen von Eltern bezüglich der Geschwisterkinder, nämlich die Mitgeschwister als gesund, stark und unproblematisch wahrzunehmen (siehe das Kapitel ‚Die große starke (kleine schwache) Schwester‘). Die Angst, ein weiteres Kind der Familie könnte – genetisch bedingt – psychisch erkranken, verführt geradezu zur konträren Neigung, das nicht erkrankte Kind als stark, problemlos und voll im Leben stehend zu sehen, bei gleichzeitiger Befürchtung des genauen Gegenteils – so kann die fast unerträgliche Angst, weitere Kinder könnten erkranken, gebannt werden.

V.3.3.8 Zur Relativierung der Vererbungsangst

Was sehr häufig als ‚Vererbung‘ oder als ‚angeboren‘ klassifiziert wird, schließt auch die im Laufe der personalen Entwicklung in sozialen Interaktionen erworbenen Fühl-, Denk- und Verhaltensmuster mit ein, die zum Teil biologisch (epigenetisch) eingeschrieben werden. Während ‚Vererbung‘ und ‚Genetik‘ Unveränderlichkeit und Schicksalhaftigkeit suggerieren, verweisen die in sozialen Interaktionen erworbenen Erfahrungen im Gegenteil auf die Veränderbarkeit in sozialen Prozessen. Für Mitgeschwister ist dies in doppelter Hinsicht bedeutsam:

- Negatives, insbesondere traumatisierendes Erleben kann biologisch verankert werden und definiert die eigene weitere Entwicklung (mit).
- Es kann qua transgenerationaler Weitergabe ggf. die Entwicklung der weiteren Nachkommen beeinflussen, selbst wenn diese selbst nicht mit den Belastungen konfrontiert worden sind.

Das ist die eine Seite, die andere:

- „Doch wir werden auch mit einer großartigen Resilienz geboren – man muss uns nur zeigen, wie man sie aktiviert. Und offenbar kann auch diese Resilienz von Generation zu Generation weitergegeben werden.“ (Boyce 2019, S. 257)

Im wohlverstandenen Sinne von Boyce zeigen die obigen Ausführungen Handlungsoptionen auf, wie eine *scheinbar* schicksalhafte negative Entwicklung durchbrochen werden kann. Dazu zählen folgende Resilienz-fördernde Ansatzpunkte:

1. Sich nicht zum familiären Schweigen verführen lassen

So nachvollziehbar es auch ist, so gravierend können die Folgen des Schweigens angesichts leidvoller Erfahrungen sein (siehe das Kapitel ‚Ein Schweigegebot ...‘). Eltern sollten angemessene Anregungen und Unterstützungen erhalten, um offen und möglichst angstfrei mit den Geschwisterkindern über die Erkrankung und deren Begleitumstände sprechen zu können.

2. Sich nicht von einer diffusen Furcht vor einer eigenen Erkrankung beherrschen lassen

Wie das Schweigen können auch solche Ängste erhebliche negative Wirkung entfalten. Dem häufig deutlich überschätzten persönlichen Risiko durch eine realistische Einschätzung zu begegnen, kann der mit der Angst verbundenen (Dauer-)Belastung und ihren Folgen entgegenwirken.

3. Die belastenden Erfahrungen und Gefühle in Gruppen Gleicherfahrener austauschen

Die Belastungen der Mitgeschwister gehen mit vielfältigen und sich zum Teil widersprechenden Gefühlen einher, die häufig erst in der Auseinandersetzung mit Menschen, die die gleichen Erfahrungen machen mussten, in ihrer Bedeutung und Wirksamkeit herausgefunden werden können. Das spricht für exklusive Geschwistergruppen.

V.3.4 Scheinbar unvermeidbare Schuldgefühle und das Verbot eigenen Glücks

In der Befragung von Schmid u. a. (2009, S. 330) geben fast die Hälfte der Geschwister Schuldgefühle zu Protokoll, die aus ganz unterschiedlichen Lebenssituationen vor dem Hintergrund ebenfalls sehr verschiedener Geschwisterbeziehungen resultieren. Gemeinsam ist ihnen, dass die Geschwister sie in der Regel selbst entwickeln und ihnen nur sehr selten von Dritten Schuld zugeschrieben wird.

Schuldgefühle kommen indes nicht nur bei Geschwistern vor. Eltern werden (zumindest zu Beginn der Erkrankung) häufig von Schuldgefühlen geplagt; bei ihnen treten sie in der Regel als ‚Verursachungsschuld‘ auf, als Befürchtung, an der Entstehung der Erkrankung beteiligt zu sein (siehe die Kapitel ‚Interaktive Verursachung ja – Schuldzuweisungen nein!‘ und ‚Es ist genetisch kann eine gute Botschaft sein‘). Aber auch die psychisch Erkrankten selbst entwickeln nicht selten Schuldgefühle: gegenüber sich selbst mit dem Gefühl, den eigenen Ansprüchen nicht zu genügen, und gegenüber den Angehörigen, dass sie ihnen Kummer und Sorgen bereiten oder gar ‚zur Last fallen‘. Exemplarisch dafür kann Ingo, der Bruder des

Autors stehen, der sich sehr oft veranlasst sah, dieses Gefühl zu besprechen; in einer der letzten Begegnungen vor seinem Suizid sagte er etwas, was bis heute nachklingt: „Ich habe mich doch immer bemüht!“

Wegen der zentralen Bedeutung der Schuldfrage für alle Beteiligten folgt nach diesem Kapitel der Exkurs ‚Schuldvorwürfe und empfundene Schuld‘.

Bei den Mitgeschwistern drängt sich die Thematik in ganz unterschiedlichem Gewand in ihr Denken und Fühlen. Nicht wenige der Geschwister führen die Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung der Schwester bzw. des Bruders in Berufe, in denen sie von diesen Erfahrungen profitieren können. Dies kann ein ‚Ausbeutungs-Schuldgefühl‘ begründen, das Titelman bei seiner Patientin Anna sah:

„Ideen, das kranke Geschwister professionell ausgebeutet zu haben [...] oder von der Krankheit des Geschwisters profitiert zu haben (z. B. durch Psychotherapie).“ (Titelman 1991, S. 79 **)

Helge Peukert, der jüngere Bruder des Autors und des gemeinsamen Bruders Ingo, betont den hohen Einfluss, den Ingo auf sein intellektuelles Leben genommen hat – und erkennt zugleich die ‚Kosten‘ auf Seiten seines erkrankten Bruders:

„Sollte ein gewisser Anteil an z. B. schizophrenem Erbgut auch bei mir vorhanden sein, kann ich nur sagen: danke schön, sonst wäre ich vielleicht kein solider heterodoxer Ökonom [geworden]. [...] Mein Bruder hat in seinem Leben wohl mehr gelitten als genossen. Ich hätte deshalb gerne auf all das schöne, erlebnisreiche und bildsame dank seiner Krankheit verzichtet, da der psychische Preis für ihn sehr hoch war.“ (Peukert H. 2020)

Bei vielen Geschwistern ist die Entwicklung einer ‚Solidaritätsschuld‘ festzustellen, Schuldgefühle aufgrund vermeintlich mangelnder Solidarität bzw. zu großer Ferne vom Geschwister. Diese ‚Solidaritätsschuld‘ ist verwoben mit dem für die Geschwister zentralen Ambivalenz-Problem: mit der kaum lösbaren Aufgabe, dem erkrankten Geschwister solidarisch zur Seite zu stehen und dabei gleichzeitig die eigenen Entwicklungserfordernisse nicht zu vernachlässigen. Jede Entscheidung für die eigenen Bedürfnisse kann das Schuldgefühl auslösen, zu sehr an sich selbst und zu wenig an das erkrankte Geschwister zu denken.

Leith u. a. (2018, S. 1203) beobachteten die ‚interaction guilt‘, Schuldgefühle von Geschwistern im Zusammenhang mit aus ihrer Sicht zu wenig Kontakt zu ihrer erkrankten Schwester bzw. ihrem erkrankten Bruder. Dies haben sie bei den Geschwistern beobachtet, die ihre Selbstsorge der Sorge um die erkrankte Schwester bzw. den erkrankten Bruder vorziehen, und bei denen sie geringere Belastungswerte gefunden haben. Die Schuldgefühle sind der Preis für die reduzierten Belastungen durch die Vermeidung persönlicher Begegnungen.

Als eine sehr ausgeprägte Form der ‚interaction guilt‘ können die Schuldgefühle gesehen werden, die sich dann einstellen, wenn Geschwister den Wunsch verspüren, die Belastung durch die erkrankte Schwester oder den erkrankten Bruder möge verschwinden – die Schwester oder der Bruder möge ‚nicht mehr da sein‘ (mehr dazu im Kapitel ‚Gefühle dem erkrankten Geschwister gegenüber‘).

Aus der Erforschung der Belastungen von Holocaust-Überlebenden und deren Nachkommen stammt der Begriff ‚Überlebensschuld‘ (survivor guilt). Titelman (1991) hat im Anschluss an Bank und Kahn (1989) diese Bezeichnung für das Schulterleben von Geschwistern übernommen. Anders als Bank und Kahn erkennt er darin keine erfolgreiche Bewältigung des belastenden Erlebens (Titelman 1991, S. 74), sondern sieht gemäß seiner psychoanalytischen Orientierung diese Schuld in der Annahme begründet, im Gegensatz zur erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder die pathogenen Familienstrukturen überlebt zu haben, und zwar auf deren Kosten (ebenda, S. 79). Dies sei verbunden mit dem Kummer über jemanden, der tot sei, obwohl er noch lebe (ebenda, S. 74). Eine Schwester in Deutschland gibt Claudia Bach zu Protokoll:

„Ich denke, man hat die ganze Zeit ja doch auch so ein latentes Schuld-bewusstsein. Warum ist sie krank, und ich nicht? Wir kommen doch aus dem gleichen Elternhaus!“ (Bach 2019, S. 129)

Thomas Bock (2016a) formuliert als Hypothese, für Geschwister bestehe das Risiko, unter dem Druck einer ‚Überlebensschuld‘ selbst erhebliche Einbußen der Lebensqualität zu erleiden.

Dass Schuldgefühle zu Belastungen führen und diese zu Einbußen an Lebensqualität, kann nicht in Frage stehen; alle angesprochenen unterschiedlichen Schuldgefühle können dafür ursächlich sein. Sie haben eine

enorme Tiefenwirkung, da man in ihnen gefangen ist. Wenn sie Beziehungen tangieren, wird man von ihnen widersprüchlich gebunden. Im Kapitel ‚Der verzweifelte Versuch, den widersprüchlichen Erwartungen gerecht zu werden‘ werden diese Konflikte und die Bewältigungsversuche beispielhaft aufgerollt.

Besonders dramatisch ist dabei das schuldabwehrende Verbot eigenen Glücks. In einem Treffen von Eltern und Mitgeschwistern in Mainz (Peukert und Simon 2017b) äußerte eine Schwester ihre persönliche Antwort auf die traurige Situation ihrer psychisch erkrankten Schwester und die eigene Hilflosigkeit:

„Ich verbiete mir, glücklich und froh zu sein.“ (Ebenda, S.4)

Auch Moorman (1994) fragte sich, ob sie das Recht auf ein eigenes Leben haben dürfe, ohne die Schwester im Stich zu lassen. Jana Hauschild (2019, S. 50) zitiert Nora:

„Wenn ich Spaß habe, mit Freunden unterwegs bin, es mir gut geht und ich glücklich bin, überkommt es mich manchmal. Dann weine ich um meinen Bruder. Der all das nicht hat.“ (Ebenda)

Besonders drastisch kommt das Gefühl des ‚verbotenen Glücks‘ bei Tina Bühler-Stehlé (2005) zum Ausdruck. Sie hatte sich nach langem Zögern zur Mutterschaft entschlossen. Nach einer schweren Auseinandersetzung mit der Mutter

„hatte ich das Gefühl, Dich [den Bruder] verraten, erneut im Stich gelassen zu haben.“ (Ebenda, S. 164)

Zwei Tage später verlor sie ihr Kind und kommentiert das:

„Vielleicht hat das Baby in mir gespürt, dass es zu einem ungünstigen Zeitpunkt auf die Welt kommen sollte.“ (Ebenda)

Es hört sich an, als würden Mitgeschwister glauben, Buße leisten zu müssen für ein anderes Leben als das ihres erkrankten Geschwisters. Diese Buße ist psychologisch geeignet, die erlebte Schuld abzuwehren.

Wo sich Gefühle wie das Verbot eigenen Glücks mit den allgegenwärtigen Ambivalenzen verbinden, werden Ergebnisse aus angelsächsischen Studien unmittelbar nachvollziehbar. Diana Marsh u. a. (1993a) haben bei Geschwistern ‚emotionale Anästhesie‘ beobachtet, Rex Dickens, der drei psychisch erkrankte Geschwister hat, spricht gar von ‚gefrorenen Seelen‘ (Dickens 2018).

Vermutlich sind solche Dissoziationen auch bei Mitgeschwistern in Deutschland vorhanden, insbesondere bei jenen, die traumatisierende Erfahrungen machen mussten, z. B. körperliche Gewalt beobachten oder gar selbst erleben mussten.

Schuldgefühle begleiten nicht nur sämtliche Ambivalenzen wie ein Schatten, sie verbinden sich auch mit fast jeder Copingstrategie. Im Kapitel ‚Ambivalenzen und Schuldgefühle – die massivsten Herausforderungen für Bewältigungsversuche‘ werden daher die in vielen anderen Kapiteln explizierten Auslöser und Folgen in einer Übersicht zusammengefasst.

V.3.4.1 Exkurs: Schuldvorwürfe und empfundene Schuld

V.3.4.1.1 Die allgegenwärtige Frage nach ‚Schuld‘ oder: das Phänomen der fälschlich verstandenen Schuldvorwürfe

Es wird kaum ein Zusammentreffen von mehreren Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen geben, bei dem nicht früher oder später die ‚Schuldfrage‘ im Raum steht, Geschwister machen da keine Ausnahme.

Es ist eine mit großem Leid verbundene Belastung für alle Angehörigen, wenn Schuldvorwürfe von Familienmitgliedern und Bekannten ganz ausdrücklich erhoben werden oder aus Äußerungen der Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitssystem herausgehört werden, wobei gelegentlich immer noch von solchen subtilen Anspielungen ausgegangen werden muss. Häufig wird jedoch von Dritten etwas gesagt, was bei Angehörigen unmittelbar eine Assoziation zu Schuldgefühlen hervorruft, obwohl dies nicht beabsichtigt war.

So wurde und wird in Studien und in theoretischen Überlegungen zur Rolle der Familie bei psychischen Erkrankungen sehr wohl die Beteiligung der familiären Dynamik am Krankheitsgeschehen herausgestellt, aber nicht im Sinne einer primären Verursachung. Dies wird insbesondere von Angehörigen häufig so gelesen, als würde damit Schuld zugewiesen, was jedoch (zumindest in den letzten Jahren) kaum noch der Fall ist. So kann es also zu einem bedrängenden Schuldgefühls kommen, ohne dass gegenüber der Person faktische Schuldvorwürfe geäußert worden wären.

Erinnert sei an das Kapitel ‚Interaktive Verursachung ja – Schuldzuweisungen nein!‘. Am Beispiel der Auseinandersetzung von W. Thomas Boyce mit der Geschichte seiner von Altlasten und Umwelteinflüssen geprägten Familie sind wir ausführlich auf die zugrunde liegenden Dynamiken eingegangen. Boyces Fokussierung auf die Mutter-Tochter-Beziehung ist seine Sicht der Dinge und nicht zwingend nachvollziehbar. Es hat den Anschein, als wolle er damit gegen die Interpretationsfigur der ‚schizophrenen Mutter‘ argumentieren, die hier und da noch immer präsent ist, zumeist

als unerträgliche Zumutung den Müttern gegenüber, die sich intensiv um ihr psychisch erkranktes Kind bemühen. Boyce beklagt:

„Die meisten von uns haben keine Möglichkeit, das Trauma, das uns quält, oder die Familienaltlasten, in die wir hineingeboren wurden, abzuwerfen.“ (Boyce 2019, S. 256f.)

Zur objektivierenden Einordnung ist es sinnvoll, das *subjektive Erleben von Schuldgefühlen* (Schulderleben) von *faktischen Schuldvorwürfen* seitens anderer Personen zu trennen und beides auseinanderzuhalten.

V.3.4.1.2 Schuld und Schulderleben: Familiäre Bedingtheiten und Dynamiken

In der Literatur, die sich mit familiären Konstellationen und Dynamiken befasst, finden sich viele Belege, die eine wie auch immer geartete Mitwirkung am Erkrankungs- und/oder Wiedererkrankungsgeschehen bescheinigen, indem sie gesundheitsförderliches und gesundheitsabträgliches Verhalten identifizieren. Dabei geht es um die Entschlüsselung der Bedingtheit jedes Einzelnen in der Abfolge der Generationen in einer je spezifischen Umwelt. Damit ist gemeint:

Jeder Einzelne (also auch jedes Familienmitglied) bringt zu jedem Zeitpunkt aus seiner individuellen Geschichte etwas Spezifisches in die aktuelle soziale Situation ein; sein Verhalten ist in diesem Sinne immer auch ‚bedingt‘, es hat sich ‚unter bestimmten Bedingungen‘ etwas herausgebildet, was in der aktuellen Situation in seinem Denken, Fühlen und Handeln mitwirkt. Der Mensch ist daneben grundsätzlich in der Lage, sich in Auseinandersetzung und Reflexion (einem Teil) seiner Bedingtheiten gewahr zu werden und sich zu verändern. Nur so sind wir Menschen unter unseren sich ständig verändernden Lebensbedingungen zufriedenstellend lebensfähig.

Die Schwierigkeit bei der Debatte um Schuld ist diese Gleichzeitigkeit von Bedingtheit und der Möglichkeit, sich durch Weiterentwicklung (Lernen) schrittweise daraus zu befreien. Dabei darf nicht übersehen werden: Das ist ein oft langwieriger Prozess und nicht Jede und Jeder hat dazu die

Möglichkeit, wenn ihre oder seine soziale Situation z. B. sehr begrenzend und/oder hoch belastet ist.

Das Konzept von Schuld ist dazu geeignet, diese Dialektik von ‚Bedingtheit‘ und ‚Freiheit zur Weiterentwicklung‘ zu zerschlagen! Mit einer die Komplexität drastisch reduzierenden Schuldzuweisung wird die Bedingtheit der Person negiert und eine völlige sowie verpflichtende Befreiung aus der (historischen) Bedingtheit verabsolutiert. Gleichzeitig wird den in der sozialen Situation (der familiären Interaktion) stattfindenden Austauschprozessen eine Bedeutung zugeschrieben, die diese Prozesse ihres Prozesscharakters beraubt – so als würden z. B. kritische, im Bemühen um Erziehung motivierte Bemerkungen losgelöst aus einem fortlaufenden Bindungs- und Interaktionsgeschehen eine Wirkung entfalten können, die als Ursache für eine psychische Erkrankung herangezogen werden könnten – womit dann der Schuldvorwurf begründet wäre.

Um den ersten Gesichtspunkt (die Negation der historischen Bedingtheit) an einem drastischen, aber nicht singulären Beispiel zu verdeutlichen: Wer wollte einer Mutter, die als Kind sexuelle Gewalt erleben musste und ihr psychisches Überleben sicherte, indem sie ihre grauenhaften Gefühle unterdrückte (fachlich korrekt: dissoziierte, abspaltete), dafür schuldig sprechen, dass sie damit zugleich weniger feinfühlig ihren eigenen Kindern gegenüber wurde, was sich auf deren Psyche auswirkt? Darf man dieser Mutter eine Schuld geben, wenn sie nicht die Möglichkeit hatte, dieses Handicap etwa über eine Therapie oder in einer Ehe mit einem sehr zugewandten Partner abzulegen – Möglichkeiten, die andere Frauen nach sexuellen Übergriffen hatten?

Wissen wir um die Belastungen unserer Eltern und Großeltern, die qua Bedingtheit ihres Verhaltens in gewissem Maße und irgendeiner Form unser Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst haben?

Vielleicht kann auch eine Analogie dazu beitragen, faktische Schuld abzugrenzen von der empfundenen Schuld:

Wie bekannt, wird davon ausgegangen, dass das Risiko für eine psychische Erkrankung zu einem Teil in den Genen verankert ist, also erblich von den Eltern an das Kind weitergegeben wird, demnach eine (*Mit-*) *Verursachung* bei den Eltern liegen kann. Aber ist es gerechtfertigt, daraus eine ‚*Schuld*‘ abzuleiten? Wohl kaum. Dennoch *empfinden* manche

(oder auch viele) Eltern eine Schuld, dass diese (ihre) Gene ggf. für die Erkrankung ihres Kindes (mit)ursächlich sein könnten.

Ähnliches gilt für das Verhalten, denn der Mensch ist ja nicht nur durch seine Gene definiert, wie wir im Kapitel ‚Der Blick auf die Epigenetik im Rahmen der Anlage-Umwelt-Debatte‘ ausführten, sondern sein Denken, Fühlen und Handeln hat sich unter bestimmten Bedingungen ausgeprägt. Dazu gehören neben den jeweiligen individuellen Lebensbedingungen und -erfahrungen (im weitesten Sinne) auch generationsübergreifende Umstände. Um weniger günstige Prägungen durch Hinzulernen zu beeinflussen, bedarf es viel Zeit, vor allem aber zweier wesentlicher Voraussetzungen:

1. *die Erkenntnis*, dass bestimmte Denk- und Verhaltensweisen sich negativ auf die familiären Strukturen auswirken, und
2. *die Möglichkeit*, an einer Weiterentwicklung zu arbeiten – die wiederum von der aktuellen Lebenssituation in vielerlei Hinsicht beeinflusst wird.

Solange nicht *beide* Voraussetzungen gegeben sind, ist diese Prägung neben der Genetik als Teil der ‚personalen Ausstattung‘ zu betrachten – und auch so zu behandeln.

V.3.4.1.3 Die Diversität des Schuldempfindens – je nach familiärer Rolle

Was bisher beschrieben wurde, passt für die sogenannte Schuldfrage bei Eltern, Geschwistern und den erkrankten Schwestern und Brüdern gleichermaßen. Bei Geschwistern vermischt sich dies mit subjektivem Schulerleben völlig anderer Herkunft, nämlich der oben ausgeführten ‚Solidaritätsschuld‘.

Dies sind Schuldgefühle, die bei den Geschwistern sozusagen aus sich selbst heraus entstehen, ohne dass irgendjemand ihnen Schuld zugewiesen oder einen entsprechenden Vorwurf geäußert hätte. Auch bei Eltern gibt es diesen Anteil aus sich selbst heraus entwickelter Schuldgefühle. Angesichts der Erkrankung oder Behinderung oder starker Verhaltensauffälligkeiten des eigenen Kindes taucht der schmerzliche Gedanke auf,

möglicherweise als Eltern ‚nicht gut genug gewesen zu sein‘, wobei wohl insbesondere Mütter sich damit plagen. Da ist es leicht nachzuvollziehen, dass gerade Mütter geneigt sind, auf jede nur erdenkliche Anspielung auf Schuld zu reagieren und unter jedem von außen kommenden Schuldvorwurf massiv leiden.

Konträre Reaktionen sind dagegen bei Geschwistern festzustellen, wenn sie Schuldzuweisungen gegenüber ihrer Familie wahrnehmen bzw. wahrzunehmen glauben. Während manche Geschwister diese zumindest partiell teilen und ggf. verstärken (z. B. Gerace u. a. 1993; Munkert und Peukert 2009a; Hauschild 2019), sehen andere sich veranlasst, ihre Familie gegen (vermutete) Anwürfe zu verteidigen und zu schützen (z. B. Titelman 1991; Huinink 2008; Peukert 2019b).

Beide Aspekte treffen genauso auf psychisch erkrankte Menschen zu. Wie bei Eltern und Geschwistern gibt es auch bei ihnen die aus sich selbst generierten Schuldgefühle, den eigenen und familiären Ansprüchen nicht zu genügen, Sorgen, Kummer und Enttäuschungen zu bereiten. Andererseits werden mit der – auch von Geschwistern – nicht selten gestellten Frage zum Verhalten der Erkrankten: ‚können sie nicht oder wollen sie nicht?‘ Schuldvorwürfe thematisiert (siehe z. B. Peukert und Julius 2019c).

V.3.4.1.4 Was uns dieser Exkurs lehrt

Wie bei allen in das Geschehen ‚psychische Erkrankung‘ Involvierten ist auch bei den Geschwistern eine hohe Sensibilität und Verletzlichkeit festzustellen, wenn es um die ‚Schuldfrage‘ geht.

- Diese Ausführungen können eine Anregung geben, *empfundene Schuldgefühle* daraufhin abzuklopfen, ob sie möglicherweise den eigenen, häufig ambivalenten Gefühlen geschuldet und damit ‚objektiv gesehen‘ obsolet im Sinne von ‚unbegründet‘ sind. Wenn Geschwister dies erkennen, sind solche Gefühle durch Selbstversicherung bzw. Selbstreflexion reduzierbar, wenn nicht sogar vermeidbar. Gemeint sind beide Seiten: die Schuldgefühle in Bezug auf sich selbst sowie jene im Hinblick auf die Strukturen und Dynamiken in der Familie.

- Darüber hinaus könnten die Überlegungen dabei helfen zu erkennen, ob Äußerungen Dritter auf diese aus der eigenen Person heraus empfundenen Schuldgefühle und Ambivalenzen treffen; dies würde die Neigung befördern, *Schuldvorwürfe zu vermuten oder zu errahnen*, ohne dass es dafür eine tatsächliche Grundlage gibt.
- Dem gegenüber sollten Geschwister mutiger werden. Es gibt keinen Grund, sich von *tatsächlich und erkennbar erhobenen*, in der Regel verkürzenden und pauschalisierenden Zuschreibungen irritieren und/oder verunsichern zu lassen. Ihnen kann und sollte selbstbewusst entgegengetreten werden. Damit wird zudem der Verstärkung der generellen Stigmatisierung aller Personen im Umfeld einer oder eines psychisch Erkrankten etwas entgegengestellt.

V.3.5 Das eigene soziale Umfeld: Stigmatisierung und Schamgefühle

Hier sollen nun einige Aspekte vertieft werden, die Mitgeschwister in ihrem außerhäuslichen sozialen Umfeld betreffen. Nach Barak u. a. (2005, S. 235) werden die sozialen Beziehungen der Geschwister durch die Erkrankung eingefärbt (colored). Im Zentrum der Einfärbung steht die faktische und befürchtete Ablehnung sowie Diskriminierung durch Dritte: das Stigmatisierungsrisiko. Gemeinhin ist mit Stigma das Mal bzw. die sichtbare Kennzeichnung gemeint, die jemand aufgrund seiner Zugehörigkeit zu einer abgelehnten Gruppe trägt und wegen der sich Dritte ihm gegenüber ablehnend bis gewalttätig verhalten könnten.

Mit dem Auftreten einer psychischen Erkrankung in der Familie entsteht eine derartige Gefahr der Stigmatisierung: Nicht nur die oder der Erkrankte könnte das Stigma ‚Idiot‘, ‚Psycho‘, ‚hirnkrank‘ oder wie auch immer angeheftet bekommen, sondern auch alle Familienmitglieder. Der Mutter droht z. B. das Stigma, schuld an der Erkrankung zu sein; dem Vater, nicht richtig aufgepasst zu haben – vielleicht selbst psychisch gestört zu sein (eine willkommene Idee für seine beruflichen Konkurrenten); den Kindern, dass auch sie irgendwann durchdrehen. Und den Geschwistern?

„Oft zog man über Dich her und schloss auch mich mit ein.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 72)

„Wie habe ich mich für Dich geschämt.“ (Ebenda, S. 69)

Sie fürchten (teilweise zu Recht),

- in wichtigen Situationen nicht ernst genommen zu werden: sie kommen ja aus einer ‚Familie mit Verrückten‘, da kann man alles Mögliche erwarten, aber keine vernünftigen Ideen oder Argumente;
- von ihren Freunden geschnitten zu werden: weil diese nichts mit ‚so einem‘ zu tun haben wollen, oder weil deren Familien ihnen die Vermeidung von Kontakten nahelegen – denn ‚in der Familie stimmt etwas nicht‘;
- eine permanente Beobachtung durch ihre Freunde, ob sie bereits Zeichen einer beginnenden psychischen Störung zeigen.

Wahrscheinlich ließe sich die Liste noch verlängern. Jedenfalls berichteten 30 % der von Angermeyer u. a. (1997, S. 215) befragten Angehörigen, Diskriminierungen ausgesetzt gewesen zu sein. Mehr als der Hälfte der Geschwister bei Schmid u. a. (2006, Tab. 7) gab die Erfahrung von Unverständnis und Ablehnung an, 38 % nannten Ängste und Hemmungen insbesondere angesichts neuer Sozialkontakte, wobei in einer weiteren Studie jüngere Geschwister deutlich mehr Ängste vor Stigmatisierung und Peinlichkeiten äußerten als ältere (Greenberg u. a. 1997, nach Schmid u. a. 2005a, S. 738). Bei Friedrich u. a. berichten 60 % der befragten Geschwister von erlebten Peinlichkeiten und Scham aufgrund des unkalkulierbaren und auffälligen Verhaltens der Schwester bzw. des Bruders (Friedrich u. a. 1999, nach Schmid u. a. 2005a, S. 738).

Bei der Lektüre von Tina Bühler-Stehlés Buch (2005) kann man den Eindruck gewinnen, dass sie als erwachsene Frau Peinlichkeiten nicht mehr schrecken konnten, nach allem, was sie als Mädchen erlebt hatte; ein solches Ereignis anlässlich eines Restaurantbesuchs beschreibt sie wie eine unbeteiligte Beobachterin (ebenda, S. 35f.). Obwohl ihr Bruder, wie sie es empfand, mutwillig ihre sozialen Kontakte zerstörte, wurde dadurch das geschwisterliche Band zu ihm nicht zerrissen. Sie fühlte sich mit verletzt, wenn ihr Bruder ausgegrenzt, beschimpft und geschlagen wurde:

„Viele Freundschaften hast Du zerstört, bevor sie richtig begonnen hatten.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 58)

„Fielen grobe Sprüche, wie ‚jener, der dem Teufel vom Karren runtergekippt ist‘, die auf Dich zielten, geriet mein Schulweg zum Spießrutenlauf.“ (Ebenda, S. 49)

Nicht (nur) die faktische Stigmatisierung ist ‚die zweite Erkrankung‘, wie Finzen es nannte (Finzen 2013), oder die Erfahrung einer ‚pain second-hand‘ (Braaten 2018). Das Problem der Person, der ein Stigma angeheftet werden *könnte*, ist ein anderes.

‚Eignet‘ man sich als potenzieller Stigma-Träger, wird man bei nahezu jedem sozialen Kontakt unvermeidlich mit zwei Fragen konfrontiert:

- Weiß mein Gegenüber um mein potenzielles Stigma, weiß sie oder er also um die meiner Lebenssituation innewohnende Möglichkeit, mich zu stigmatisieren, oder weiß sie bzw. er darum (noch) nicht?

- Ist mein Gegenüber jemand, der oder dem ich mich offenbaren kann (mein Stigma zeigen kann), oder sollte ich das lieber lassen, um ihre bzw. seine Akzeptanz, Zuneigung usw. nicht zu verlieren?

Es ist leicht vorstellbar, was daraus entstehen kann.

Die Beziehung zu Gleichaltrigen wird belastet, da man ständig die Thematisierung des Geschwisters vermeiden muss und quasi ein Doppelleben führt.

„Ein Erkrankter in der Familie ist eine Geschichte, die viele, viele Jahre nicht erzählt wird. [...] Deswegen schweigt man, man weiß ja was für Stigmata das mit sich bringt.“ (Gagi K. 2019, S. 123)

„Du erkennst bereits als Kind: Du bist eine stigmatisierbare Person, Du kannst stigmatisiert und abgewertet werden ... – und so lernst Du zu schweigen. [...] Du läufst ein Leben lang mit einer Geheimhaltung durchs Leben, weil Du über Deinen Bruder nichts Unverfängliches erzählen kannst. Das zieht viele andere Lügen nach sich, Du musst ein Netz von Fantasie-Geschichten spinnen, – und ganz plötzlich lebst du in einer Mission Impossible, wo du als Geheimagent unterwegs bist und guckst, dass Du Dich nicht verplapperst. Du lebst ein zweites Leben.“ (Gagi K. in Peukert 2019b, S. 110f.)

In einer anders gearteten Stigmatisierbarkeit sieht Cornelia Zöberlein (2017b) einen wesentlichen Grund für Mitgeschwister, sich selbst ein Schweigegebot aufzuerlegen. Kommen die Geschwister aus einem ‚schwierigen‘ Elternhaus, so

„befürchten [sie], dass diese Tatsache aufgedeckt wird. [...] Gleichzeitig wollen jene, bei denen dies nicht zutrifft, nicht in eine solche Schiene gezogen werden.“ (Zöberlein 2017b)

Eine tiefe Verunsicherung wird bei allen sozialen Kontakten mit Personen erlebt, die für einen selbst wichtig sind,

- weil sie einem als Freunde oder potenzielle Partner mehr als andere Menschen bedeuten,
- weil sie für die eigene schulische bzw. berufliche Laufbahn von Bedeutung sind,
- oder weil deren Bewertungen und Urteile für die aktuelle berufliche bzw. private Situation von herausragender Bedeutung sind, wie z. B. die Eltern eines potenziellen Lebenspartners.

Als Ergebnis können unterschiedliche Beziehungsprobleme auftreten, z. B. mangelndes Vertrauen in (intimen) Beziehungen und Schwierigkeiten, Verpflichtungen einzugehen (Barak u. a. 2005, S. 235).

In einer englischen Studie zu Geschwistern von Ersterkrankten wurde eine Verstärkung der Einsamkeits- und Isolationsgefühle aufgrund der potenziellen Stigmatisierbarkeit beobachtet, weshalb es viele der Mitgeschwister vermieden, ihre Belastungen mit Freunden oder Lehrern zu teilen (Sin u. a. 2012, S. 55).

Zahlreiche Geschwister (aber auch Kinder) von psychisch erkrankten Menschen schlagen eine berufliche Laufbahn in der oder im näheren Umfeld der Psychiatrie ein. In der Studie von Bock u. a. (2008, S. 29) traf dies beispielsweise auf über die Hälfte der Befragten zu. Inzwischen gibt es einige Belege, die zeigen, mit welcher Mühe manche dieser Menschen ihren familiären Hintergrund verborgen haben – häufig sogar bis zu ihrer Pensionierung. Stellvertretend dafür möge das folgende Beispiel von Luc Ciompi stehen, einem international anerkannten Sozialpsychiater, der viele Menschen im deutschsprachigen Raum mit seinen an Humanität orientierten Auffassungen und Studien beeinflusst hat. Ciompi hat erst nach seiner Emeritierung bei einer Veranstaltung in Wiesbaden erstmals davon gesprochen, selbst Angehöriger zu sein! In einer Mail an den Autor schreibt er am 5. November 2014:

„Ich habe immer noch aus dem gleichen, von der Kindheit herstammenden Gemisch aus Hemmung, Scham und Gefühl von Familienschande so lange nicht offen über meine schizophreniekranken Mutter zu sprechen gewagt. Seit ich das immer freier tue, stelle ich fest, dass dies offenbar auch auf manche andere Angehörige befreiend und beruhigend wirkt.“
(Peukert 2015, S. 78)

Mit Luc Ciompi kam ein Pensionär zu Wort. Seit im Mai 2017 das Netzwerk Geschwister psychisch erkrankter Menschen gegründet wurde, werden Moderatorinnen und Moderatoren immer wieder gebeten, die Anonymität der sich beteiligenden Geschwister zu wahren, denn sie seien noch in Ausbildung bzw. am Anfang ihrer Berufstätigkeit und wollten auf keinen Fall den Start ins Berufsleben gefährden. Das ist ‚Stigmatisierung live‘ und wahrscheinlich vielen Eltern keinesfalls fremd, da sie vergleichbare Dinge erlebt haben.

Der Vater des Autors hatte z. B. den Eindruck, von seinen Lions-Brüdern ein wenig geschnitten zu werden, nachdem bekannt wurde, dass er einen an Schizophrenie erkrankten Sohn hatte:

„Wahrscheinlich war das ein subjektiver Eindruck, hervorgerufen von Vorurteilen in der Gesellschaft. Aufgrund dieser gesamtgesellschaftlichen Vorurteile war der Vater ‚stigmatisierbar‘: Ihm als Person *könnte* das Stigma angeheftet werden, da es im öffentlichen Bewusstsein verankert ist. Das war ihm schmerzlich bewusst, und er beobachtete seine unmittelbare Umgebung höchst sensibel im Hinblick auf mögliche Zeichen, die ihm dies signalisieren könnten. Dies ist ein typisches Beispiel für Selbststigmatisierung.“ (in Anlehnung an Peukert 2001, S. 23)

Das Stigma-Problem umfasst also nicht nur die Frage, wem ich mich offenbare und wem nicht, sondern auch die Frage: Wer weiß um meine Stigmatisierbarkeit, und wer heftet mir das Stigma an, macht mich zum Stigmaträger? Im Beitrag von Peukert (2001) wird diese Problematik bei Angehörigen psychisch erkrankter Menschen detailliert beschrieben.

VI

Geschwister im Kontext der Familie

VI.1 Mitgeschwister erleben ihre Eltern – und stellen sich darauf ein

Bisher war hauptsächlich die Rede vom Selbsterleben der Mitgeschwister sowie den Einflüssen, die die Geschwister wechselseitig aufeinander ausüben. Dabei klang bereits an, was im nächsten Teil noch weiter ausgeführt wird: Fördernde und protektive Faktoren stehen in einem wohlthuenden Gegensatz zu dem Eindruck, den viele der anderen Kapitel hervorrufen könnten, nämlich als Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Geschwisters unweigerlich in eine Falle zu geraten, aus der es kein Entrinnen gibt. Richtig ist eher: Man gerät in vielfältige Widersprüche, deren erfolgreiche Bewältigung eine entwicklungsfördernde Herausforderung darstellen kann.

Ein Teil der Herausforderungen ergibt sich aus dem Verhältnis zu den Eltern sowie der gesamten familiären Dynamik, auf die im Folgenden ein Blick geworfen werden soll.

In der Regel lassen es die schwierigen Bedingungen nicht zu, dass Eltern ihre Kinder von den Belastungen fernhalten, selbst wenn sie es aktiv versuchen: Die Belastungen sind in der Familie und werden auch unausgesprochen wahrgenommen. Dabei sind die Kinder zugleich passiver und aktiver Teil des familiären Geschehens, das keinesfalls mit dem Erreichen der Volljährigkeit der Kinder einen Status quo erreicht, sondern sich weit ins Erwachsenenalter hinein dynamisch weiterentwickelt.

VI.1.1 Ein kurzer Blick auf die Eltern

Dieser Text gibt Einblick in die Sichtweisen der Mitgeschwister, und viele der Selbstäußerungen sind für Eltern sicherlich ungewohnt, ggf. sogar befremdlich. Dies ist an Reaktionen von Eltern ersichtlich, seit sich Mitgeschwister im GeschwisterNetzwerk organisiert haben und ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen. Es wurde sogar schon davor gewarnt, die Thematisierung des Erlebens könne den Eltern weitere Belastungen zufügen.

„Ich möchte vor der Gefahr warnen, dass die Geschwister-Diskussion vor allem bei Müttern zum Aufleben der Schuldgefühle führen könnte, gegen die wir in der Selbsthilfe so lange gekämpft haben. [...] Auch Geschwister sind ‚Mitleidende‘. Dies anzuerkennen und wahrzunehmen ist nötig, und ich kenne keine Eltern, die dies auf die leichte Schulter nehmen und sich nicht nach Kräften bemühen, allen ihren Kindern, auch den nicht-erkrankten, gerecht zu werden. Das gelingt nicht immer, und vielleicht kann es das auch gar nicht.“ (Seifert 2018, S. 22)

Diese in langjähriger Gruppenleitung erfahrene Angehörige hebt das Bemühen von Eltern hervor, das allerdings angesichts der Herausforderungen auch scheitern kann. Eine Ahnung von der Problematik, die sich mit der elterlichen Konzentration auf das erkrankte Kind für die weiteren Kinder in der Familie ergibt, äußert auch der frühere Vorsitzende des Landesverbandes Hessen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen:

„Eltern leiden an ihrer Unvollkommenheit und haben Schuldgefühle, auch ihren gesunden Kindern gegenüber.“ (Desch 2018)

Schuldgefühle sind wirkungsmächtig und können zu Hemmungen und Selbstbeschränkungen führen. Nicht selten ruft in späteren Jahren, wenn die Mitgeschwister erwachsen sind, die Wahrnehmung ihrer Situation als Kinder oder Jugendliche bei den Eltern großes Leid hervor. Jana Hauschild lässt uns am Leid der Mutter von Nora teilhaben. Wenn sich die Mutter an die Zeit erinnert, als ihre gesunde Tochter

„in der zweiten Reihe [stand,] werden ihre Augen feucht. Heute weiß sie, sie hat viel verloren. So vieles, was sie nicht nachholen kann. So viel gemeinsame Zeit, die es nicht gab. Sie hat Fehler gemacht.“ (Hauschild 2019, S. 37)

Die Autorin nimmt an: „Vielleicht auch deswegen will sie unbedingt mit mir sprechen, sie will wiedergutmachen und das Gleiche in anderen Familien vermieden wissen.“ (Ebenda, S. 28)

Die Mutter von Friederike Samstag bringt für sich die unausweichliche Zerreißprobe auf die klare Formel:

„Er brauchte mich, also musste ich!“ (Samstag und Samstag 2018, S. 114)

Jana Hauschilds Interviewpartnerin Daniela hatte den Kontakt zur Mutter abgebrochen, da die Verstrickungen in der Familie für sie unerträglich wurden. Einige Zeit später schlägt Daniela eine gemeinsame Sitzung mit einer Therapeutin nach der Wahl der Mutter vor.

„In zwei Doppelstunden arbeiten Mutter und Tochter die zerrüttete Beziehung zwischen sich und das Verhältnis zur erkrankten Schwester auf. Die Stunden wirken, es herrscht Waffenstillstand, und die Mutter versucht, beide erwachsene Kinder gerechter zu behandeln.“ (Hauschild 2019, S. 143)

Der Schlüssel scheint die Wiederaufnahme des Gesprächsfadens zu sein, das Durchbrechen des so häufigen ‚partiellen funktionalen Schweigegebotes‘ (siehe weiter unten), womit sich die Tür für ein wechselseitiges, die unterschiedlichen Erfahrungen akzeptierendes Verstehen (wieder) öffnet. Das kann auch die Problematik der elterlichen Schuldgefühle reduzieren helfen.

Die Autoren dieses Textes sind mit anderen Aktiven des GeschwisterNetzwerks davon überzeugt: Diese elterliche Schuldproblematik sowie alle weiteren im Folgenden angesprochenen Probleme und Herausforderungen sind sehr wohl lösbar.

VI.1.2 Probleme kommen in den besten Familien vor – die Relativierungsklausel

Schwere Belastungen und traumatisierende Erfahrungen kommen in vielen Familien vor, auch solchen, in denen niemand eine psychiatrische Diagnose hat. Also sind die im Folgenden beschriebenen Konflikte nicht allein für Familien mit einer psychisch erkrankten Person kennzeichnend, es ist jedoch typisch, dass sie überhaupt und in diesen starken Ausprägungen in solchen Familien aufzutreten scheinen. Sie verweben sich mit bzw. überlagern zuweilen den üblicherweise stattfindenden Kampf der Kinder um Verselbständigung. Da der Krankheitsbeginn oft im frühen jugendlichen Alter liegt und außerdem der Altersabstand zwischen den Geschwistern häufig nur gering ist, treffen die familiären Belastungen aufgrund der psychischen Erkrankung die Mitgeschwister vielfach in einer ohnehin von Ambivalenzen und Unsicherheit geprägten Lebensphase.

„Da Generationsbeziehungen letztlich unkündbar sind, ist die Eltern-Kind-Beziehung von einer hohen Verbundenheit geprägt, vor deren Hintergrund Differenzen zwischen Eltern und Kindern in besonderem Maße

zu Ambivalenzerleben Anlass geben.“ Dies gelte im Besonderen für das Jugendalter, in dem die „sukzessive Ablösung vom Elternhaus“ ansteht (Burkhardt u. a. 2007, S. 231).

Das berührt auch die Verortung eines ‚Kindes‘ innerhalb der Familie. Man ist nicht nur Schwester oder Bruder, sondern Schwester oder Bruder im Kontext der Familie mit der je spezifischen Familiengeschichte. Sowohl die erkrankten als auch die Mitgeschwister sind bei allen beschriebenen Besonderheiten aus ihrer speziellen Beziehungskonstellation unabdingbar über unauflösbare Bänder als Mitspieler in die Struktur und die vielfältigen Dynamiken des Familiensystems eingebunden. Das Familiensystem bildet den interaktiven Rahmen, der die Rollenpartituren mit ihren unverwechselbaren Wirkungen und Wechselwirkungen im Zusammenspiel aller Familienmitglieder hervorbringt und in diesem interaktiven Spiel zugleich den Rahmen selbst setzt. In diesem Spiel fällt in allen Familien den Eltern eine herausragende Rolle bei der Formulierung der Rollenskripte zu. „Die Familie ist immer auch ein Rollenspiel, die Besetzung erledigen die Eltern“, wie Silke Pfersdorf diesen komplexen Sachverhalt zusammenfasst (Pfersdorf 2020, S. 37). Sie zitiert Gabrielle Rüttschi (2018): „Es gibt oft ein Lieblingskind, das als Projektionsfläche dient, ein schwaches Kind, das man unterstützen muss, oder auch ein Mittelkind, das die Beziehungen untereinander abgrenzt.“ (Ebenda)

Nicht an jeder Stelle, an der es eigentlich erforderlich wäre, kann hier auf diese für alle Familien und alle Familienmitglieder geltenden dynamischen Abhängigkeiten hingewiesen werden, obwohl dies im Sinne einer Relativierungsklausel immer wieder hervorzuheben wäre.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt der Relativierung: sie soll und kann davor schützen, jegliches Verhalten des psychisch erkrankten Familienmitgliedes als Ausdruck seiner Erkrankung wahrzunehmen, die Wirklichkeit ist deutlich vielschichtiger. Wenn sich eine Schwester oder ein Bruder Dinge herausnimmt, die eigentlich nicht akzeptiert werden können – das könnte vielleicht, muss aber keineswegs immer Folge der psychischen Störung sein.

Auch im Verhältnis zwischen den Mitgeschwistern und deren Eltern ist es sehr verführerisch, alle möglichen Konflikte und Probleme innerhalb der Familie mit der Erkrankung des Geschwisters zu verbinden oder die

innerfamiliären Probleme sogar vollständig darauf zurückzuführen. Da wäre oft sehr hilfreich, die Fokussierung auf die psychische Erkrankung in der Familie zu reduzieren, um negative Dynamiken zu durchbrechen bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch hier gilt als Mittel der Wahl die frühzeitige und offene Auseinandersetzung in der Familie.

VI.1.3 Die Bedeutung des elterlichen Verhaltens für die Geschwisterbeziehung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt, die mit ausreichender Evidenz die Bedeutung des elterlichen Verhaltens für die Qualität der Geschwisterbeziehung betonen. Dabei sollte beim Weiterlesen die weitgehende Normalität von familiären Konflikten ebenso präsent bleiben wie das Wissen um das Risiko, dass bei Eltern bereits mit kleinsten Andeutungen die nur unter einer dünnen Oberfläche schlummernden Schuldgefühle hervorgerufen werden könnten.

Auch hier ist wieder die Rede von ‚den Eltern‘; dies impliziert, es gäbe nur Elternpaare, und diese würden gleichartig empfinden und reagieren. Die Wirklichkeit ist eine andere. Viele Ehen zerbrechen an den Belastungen einer Erkrankung in der Familie, mit einer Scheidung oder ohne. Häufig werden von Mitgeschwistern wechselseitige Animositäten zwischen den Eltern beklagt, obwohl sie sich wünschen, deren Beziehung sei von gegenseitiger Unterstützung getragen.

Erstmals haben Ross und Milgram (1982) in ihrer Untersuchung die besondere Rolle der Eltern für die Beziehung zwischen Geschwistern herausgestellt. Sie beobachteten offene oder verdeckte Vergleiche, die als Benachteiligung bzw. Bevorzugung empfunden wurden. Dies hat zur Ausbildung und Aufrechterhaltung von Rivalitäten entscheidend beigetragen, wobei sie diese von den Eltern hervorgerufene Rivalität bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen konnten, und sie war oft im Erwachsenenalter noch gegenwärtig.

Dieses Ergebnis legt folgende Überlegung nahe: Die Konzentration der Aufmerksamkeit auf das erkrankte Kind kann Rivalität oder sogar Neid bei

einem Mitgeschwister hervorrufen oder verstärken, womit die Beziehung zwischen ihnen negativ beeinflusst wird. Jedenfalls haben Ross und Milgram festgestellt: In den von ihnen untersuchten Familien mit ausschließlich gesunden Geschwistern hat die Bevorzugung eines der Kinder das Verhältnis der Geschwister untereinander langfristig belastet. Diese Erkenntnisse wiegen umso schwerer, da – wie oben ausgeführt – eine positive Geschwisterbeziehung eine protektive Ressource darstellt.

Seiffge-Krenke hat die bis zum Jahr 2001 verfügbare Literatur zur Frage des Einflusses der Eltern auf die Geschwisterbeziehungen in Familien ohne ein erkranktes Kind ausgewertet und kommt zu dem Ergebnis: Die Beziehung zwischen den Geschwistern wird von den Eltern moderiert; Literatur im Beitrag von Seiffge-Krenke (2001). „[Die Geschwisterbeziehungen] können durch Identifizierung, Unterstützung, Lenkung und emotionale Wärme gekennzeichnet sein, es können aber auch Wut und Hass, Neid und Rivalität vorkommen. Die meisten dieser Gefühle sind untrennbar mit der Funktion von Geschwistern im Familienverband verbunden und abhängig von der Art und Weise, wie Eltern mit ihren Kindern umgehen. Dabei ist aber auch deutlich geworden, wie sehr Geschwister sich gegenseitig [...] beeinflussen und wie sehr sie wiederum das Verhalten ihrer Eltern aktiv beeinflussen.“ (Ebenda, S. 437)

Die mögliche Wirkung dieser Moderation führt Rita Weber-Stehr (2020) aus: „Immer und besonders in der Kindheit und Jugend sind geschwisterliche Beziehungen nur im Kontext mit denen der Eltern zu verstehen. Die Eltern können das Wachsen lebendiger geschwisterlicher Beziehungen befördern, können aber auch eine aus Not geborene geschwisterliche Nähe entstehen lassen, der man ein Leben lang nicht entfliehen kann. Sie können auch Rivalität und Neid in den Vordergrund treten lassen, die in überwiegend negativen Bindungen gefangen halten.“ (Ebenda, S. 251)

Unter den erschwerten Bedingungen einer Erkrankung in der Familie wird dies ebenso gültig sein. Die wechselseitige Beeinflussung aller Beteiligten erzwingt geradezu die wiederholt erwähnte Auseinandersetzung in den Familien – soweit ein gemeinsames Interesse an der Auflösung des Ärgers, der Wut, der Verletzungen und des erlebten sowie beobachteten Leids besteht. Das ist eine Seite – auf der anderen können nur in solchen

Auseinandersetzungen auch die Kompetenzen und der ‚Wert‘ der einzelnen Familienmitglieder, einschließlich der Mitgeschwister, füreinander sichtbar werden.

VI.1.4 Geschwister sorgen sich um ihre Eltern oder: die Angst, die Eltern könnten Schaden nehmen

Eltern sorgen sich um ihre Kinder, aber Kinder machen sich auch große Sorgen um ihre Eltern. In unserem Falle sorgen sie sich um das Wohlergehen der Eltern und haben Angst, diese seien mit den Anforderungen aufgrund der psychischen Erkrankung des Geschwisters überfordert und könnten selbst Schaden nehmen (Scelles 1997).

Dies ist ein starker Beweggrund für Mitgeschwister, sich den Bedürfnissen der Eltern anzupassen oder gar zu beginnen, einen Teil der Elternrolle zu übernehmen, so wie es für Kinder von Eltern mit Suchterkrankung als deren ‚Parentifizierung‘ beschrieben wird und was bei den älteren Geschwistern geistig oder körperlich behinderter Schwestern oder Brüder gehäuft beobachtet wird.

Die Angst vor einer Überlastung der Eltern entsteht oft, wenn Mitgeschwister Szenen erleben, die in dieser Form vorrangig bei psychischen Störungen auftreten, beispielsweise Aggressionsausbrüche; diese richten sich in den Familien zumeist gegen die Eltern oder Partner, manchmal auch gegen die Mitgeschwister (Nechmad u. a. 2000). Die Mitgeschwister sehen, wie ihre gemeinsamen Eltern bedroht werden, wie hilflos sie sind und wie selten sie sich zur Wehr setzen, denn

„der Aggressionsausbruch wird als Krankheitszeichen gesehen und muss daher toleriert werden.“ (Interview)

Mitbegründet ist die erduldenende Haltung vieler Eltern darin, dass Aggressionen und erst recht Gewalt im häuslichen Umfeld bis heute streng tabuisiert sind. „Auch von den in der Selbsthilfe organisierten Angehörigen [meist Eltern] ist dieses heikle Thema lange verdrängt worden, obwohl die

meisten von ihnen genau diese Erfahrung gemacht haben“, bevor sie sich einer Selbsthilfegruppe anschlossen (BApK 2016, S. 10).

„Als der Bruder die Mutter würgt, ruft Tina die Polizei. Die Mutter erklärt dem Polizisten, die Tochter habe den Vorfall erfunden. Sie verbietet Tina, ‚draußen‘ zu erzählen, was im Hausinnern geschieht.“ (Ueli Zindel in Bühler-Stehlé 2005, S. 215)

Verstärkt wird dieses Tabu durch die Befürchtung, Gewaltexzesse verstärken die ohnehin empfundene Stigmatisierung aller Beteiligten (siehe auch das Kapitel ‚Wenn Geschwister (physische) Gewalt erleben‘).

Für die Mitgeschwister steht in solchen Situationen noch mehr auf dem Spiel: Zu der Angst, die Eltern könnten nachhaltig physisch und seelisch beschädigt werden, tritt die Furcht, dadurch das Zuhause zu verlieren. Vor diesem Hintergrund ist der Vorwurf von Geschwistern, ihre Eltern würden zu viele Zugeständnisse machen und sich höchst inkonsequent verhalten, nachvollziehbar (Gerace u. a. 1993, S. 640; Schmid u. a. 2006, S. 181).

Neben die bereits beschriebenen Gefühle und Befürchtungen der Mitgeschwister tritt also noch die Angst um die eigenen Eltern, eventuell auch die Angst oder sogar Erfahrung, durch deren Passivität selbst Aggressionen ausgesetzt zu sein – begleitet von ambivalenten Gefühlen, wie mit diesem bedrohlichen Verhalten umzugehen sei und ob die Eltern ihrer elterlichen Verantwortung gerecht werden (Gerace u. a. 1993, S. 640).

Die Sorge von Kindern um ihre Eltern ist einer der Gründe, warum viele Mitgeschwister so vehement fordern, ihre Eltern mögen sich doch bitte professionelle Hilfe suchen.

VI.1.5 Die Enttäuschung und Trauer der Eltern kompensieren

In Geschwistergesprächen und Untersuchungen (beispielsweise Schrank u. a. 2007; Bock u. a. 2008; Bauer 2010) berichten Mitgeschwister von einem ‚besonderen Druck zum Erfolg‘, der keinesfalls explizit an sie herangetragen werden muss: Die Mitgeschwister erleben die Trauer ihrer Eltern angesichts der zerschlagenen Lebenschancen, die sie sich für ihr

psychisch erkranktes Kind gewünscht hatten (und insgeheim weiterhin wünschen?). Diese Trauer ist schwer zu überwinden, wenn Eltern sich an das aufgeweckte Kind von einst erinnern und dies mit der jeweils aktuellen Situation vergleichen.

Mitgeschwister lesen darin die Aufgabe, den Eltern bei der Bewältigung der Trauer über die eingeschränkten Möglichkeiten der Schwester oder des Bruders zu helfen, indem sie das, was für sie oder ihn nicht mehr möglich ist, stellvertretend zu realisieren – besser noch: zu übertreffen suchen.

Der jüngere Bruder des Autors hat sich den Auftrag zu höchster Leistungsfähigkeit gegeben:

„[Er] musste den Kelch der ‚kompensatorischen Erfüllung der enttäuschten Erwartungen‘ austrinken.“ (Peukert 2017a, S. 181f.)

Dafür werden ggf. auch persönliche Ziele bzw. Vorlieben geopfert. In der Studie von Marsh u. a. (1993a) ist die Rede von Perfektionismus, für fast die Hälfte der Befragten war er zeitweise von Belang.

„Ich wurde zu einem perfekten Kind, um meinen Eltern weiteren Kummer zu ersparen.“ (Ebenda, S. 5 **)

„Ich bin ein Super-Überflieger mit einem riesengroßen Loch innen drin.“ (Ebenda **)

„Um dem elterlichen Traum von einer standesgemäßen Erziehung zu entsprechen, musste ich viele Träume aufgeben. Die Eltern machten mich zum Mittelpunkt ihrer Erwartungen. Du [der Bruder] hattest die Freiheit, ich die Pflicht.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 63)

Jahre später wehrt die Autorin sich gegen diesen Anspruch. Sie fühlte sich erneut

„zur Vorzeigetochter auserkoren. Doch ich mochte nicht mehr als Vorführmodell dienen [...]. Diese Zeiten sollten ein für allemal vorbei sein.“ (Ebenda, S. 123).

Dass in dem empfundenen Erwartungsdruck die Gefahr einer Selbstüberforderung lauert, liegt auf der Hand.

VI.2 Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich

VI.2.1 Verbreitete Geschwisterrollen und Rollenattribute

In der allgemeinen Geschwisterforschung wurden und werden unterschiedliche Geschwisterrollen vielfach beschrieben. Hier sollen Aspekte ergänzt werden, die aus der Binnensicht der Schwestern und Brüder psychisch erkrankter Menschen resultieren und die deren Lebenssituation sowie die massiven und unauflösbaren Ambivalenzen in deren Erleben repräsentieren.

Vermutlich wurden in der Publikation von Victoria Secunda aus dem Jahre 1997 „When madness comes home“ erstmals die unterschiedlichen Rollen sowie die damit verbundenen Funktionen beschrieben, die Mitgeschwistern in ihren Familien zuwachsen können, wenn die Schwester oder der Bruder psychisch erkrankt. Aus ihrer Sicht sind die drei bedeutsamsten und häufigsten Rollen (Secunda 1997, S. 134f.):

- Der Wächter (custodian), der in die Fußstapfen der Eltern tritt (heute würde man von Parentifizierung sprechen). Eltern mögen die ergänzende Hilfe und die Mitgeschwister den Autoritätszuwachs sehr schätzen – rückblickend werden sie aber den Preis dafür erkennen, das (allzu) frühe Erwachsenwerden und eine Beeinträchtigung der ‚besonderen Geschwisterbeziehung‘.
- Der Beistand-Gewährer (bystander), der sich eher emotional herausnimmt, z. B. als Beobachter, als Diplomat oder als moralisch motivierter Überwacher (moral overserver). Secunda sieht diese Rolle in der Regel bei Geschwistern in der Mittelposition der Geschwisterabfolge. Sie hat beobachtet, dass gerade diese Mitgeschwister unter Vernachlässigung (neglect) leiden und sich sehr isoliert und allein fühlen.
- Der Gegenspieler (adversary), das ausgesprochen Ärger bereitende Familienmitglied (sie spricht vom ‚troublemaking family member‘),

das seine Wut und seine Frustration ausagiert. Diese Geschwister können in die unpopuläre Rolle des schwarzen Schafes geraten, des ‚family scapegoat‘ (in wörtlicher Übersetzung: der räudigen Ziege).

Sanders u. a. (2014, S. 257) haben in England die Rollen von Geschwistern beschrieben, die sich an der Betreuung der oder des Erkrankten beteiligen. Deutlich im Vordergrund standen die Rolle der Heldin bzw. des Helden sowie die des verlassenen Kindes, seltener die des Maskottchens oder des schwarzen Schafes (im Vergleich zu Geschwistern ohne erkrankte Schwester oder Bruder).

Bock u. a. (2008) zitieren Rollen, die sich die 17 befragten Mitgeschwister selbst zugeschrieben haben: Sonnenscheinchen, Familiendiplomat, Rebellin, Rivalin, vereinzelt auch eigentliche Mutter oder Partnerersatz (ebenda, S. 29). Darin sind unschwer die obigen drei Rollen erkennbar.

Aus unserer Sicht sind die drei im Folgenden beschriebenen, von den Geschwistern selbst mitdefinierten Rollen-Zuschreibungen für das Fremdverstehen von Mitgeschwistern besonders relevant:

- das übersehene Kind,
- das wütende und kämpfende Kind,
- die große starke (kleine schwache) Schwester.

Das Prozesshafte des Geschehens wird durch die mögliche Transformation der Geschwisterrollen in Abhängigkeit von Zeit und Lebensalter deutlich:

- vom übersehenen und unproblematischen Kind zum feindseligen erwachsenen Geschwister,
- vom scheinbaren Nebendarsteller zum engagierten und produktiven Erwachsenen,
- oder das Kind wird zum Moderator familiärer Konflikte.

Diese typischen Geschwisterrollen werden in Studien und Interviews regelmäßig benannt, wobei die Übernahme jeder dieser Rollen entscheidend abhängig ist von den Reaktionen *aller* Familienmitglieder auf die Tatsache der Erkrankung eines Familienmitglieds und die daraus entstehende familiäre Dynamik; die eingenommenen Rollen beeinflussen ihrerseits wiederum diese Dynamik.

VI.2.2 Das übersehene Kind

Viele, nahezu alle Mitgeschwister berichten in allen verfügbaren Studien, von ihren Eltern eher übersehen worden zu sein. Dieses Erleben ist immer wieder beschrieben worden, daher wird hier auf eine Auflistung von Fundstellen verzichtet.

Eine frühe Benennung des Phänomens geht zurück auf eine Datensammlung, die Anna Freud (die jüngste Tochter von Sigmund Freud) an der Hampstead Clinic (Großbritannien) seit den 1940er Jahren angelegt hatte und die später akribisch katalogisiert wurde. Diese Karteikarten „dokumentieren den Einfluss körperlich kranker oder gehandicapter Kinder auf gesunde Geschwister sowie auf die Eltern und deren Erwartungen. [...] Die Einstellung der Eltern und die Art der Probleme, unter denen das Kind leidet, beeinflussen die gesunden Brüder und Schwestern, die nur selten zur Behandlung überwiesen werden, weil *ihre* Probleme als nebensächlich betrachtet oder gar nicht wahrgenommen werden.“ (Pretorius 2020, S. 157, im Anschluss an Model 1984 und Kennedy 1985)

Seiffge-Krenke (2001, S. 439) hat die beiden Aspekte, die hier als ‚die große starke (kleine schwache) Schwester‘ und ‚das übersehene Kind‘ betitelt werden, in einem Aufsatztitel härter als Vernachlässigung bezeichnet. Kasten (1993) berichtet in seiner Zusammenfassung über Geschwisterbeziehungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen die Veränderung in der familiären Statushierarchie: Das behinderte Kind nimmt den Rangplatz des erstgeborenen Kindes ein, und er sieht einen Privilegienentzug auf der Seite des gesunden Geschwisters (Kasten 1993, nach Seiffge-Krenke 2001, S. 428).

Das Risiko, in der Familie übersehen zu werden, scheint allerdings kein Alleinstellungsmerkmal von Geschwistern chronisch erkrankter oder behinderter Menschen zu sein; Studien zur Geschwisterabfolge haben die Mittelposition des Sandwichkindes häufig als problematisch in Bezug auf die elterliche Aufmerksamkeit belegt. Neben anderen Autoren führt Romer (2020, S. 193) dagegen an, dies werde „in weit verbreiteter Common Sense Psychologie nach wie vor aufgegriffen“, die empirische Geschwisterforschung habe jedoch „nichts davon bestätigen können“. Für ihn ist „die Geschwisterfolge [...] demnach nicht mehr oder weniger als eine

typische Ausgangsposition“ (ebenda). Nach dem Berliner Psychotherapeut Wolfgang Krüger, selbst Sandwichkind, ist „Sandwich [...] vor allem dann problematisch, wenn ich nicht wahrgenommen werde.“ Er betont deren Mediationskompetenzen, denn diese Kinder „lernen häufig, zu beobachten und auf andere einzugehen“ (Bachmann 2019).

Obwohl die Erfahrung mangelnder Aufmerksamkeit weit verbreitet scheint, ist dieses Erleben bei vielen Geschwistern von psychisch Erkrankten tief und schmerzhaft eingebrannt. Für diese Kinder und Jugendlichen ist es ein kaum zu ertragender Zustand. Aber daneben gibt es eine – vermutlich deutlich kleinere – Gruppe von Mitgeschwistern, die zeitweilig für sich darin vornehmlich einen Vorteil zu sehen meinen:

„Meine Eltern waren mit dem psychisch erkrankten Bruder intensiv beschäftigt, das hat mir das Privileg eingeräumt, mein eigenes jugendliches Leben im Windschatten der elterlichen Aufmerksamkeit zu gestalten.“ (Peukert 2008a, S. 120)

„Ich lebte nur noch für das Leben ‚draußen‘. In einem Lokal hatte ich einen neuen Bekanntenkreis gefunden; gelegentlich wunderte man sich, warum ‚die Jüngste‘ nächtelang fortbleiben durfte. Ich war wie auf der Flucht. Ein Umstand, der in der Schule nicht ohne Folgen blieb.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 106)

Eine (sicherlich deutliche) Mehrheit kann im Übersehen-Werden jedoch zu keinem Zeitpunkt einen Vorteil für sich erkennen, es ist eher die Basis für Enttäuschung und Leid. Nicht ohne Grund hat Jana Hauschild ihrem 2019 erschienenen Buch den Titel „Übersehene Geschwister“ gegeben, und sie findet auch einen prägnanten Ausdruck für die Aufmerksamkeitsfokussierung. Sie berichtet von der ‚Marginalisierung der familiären Bedeutsamkeit‘ und der ‚Bündelung der Aufmerksamkeit auf das erkrankte Kind‘ seitens der Eltern, in der Regel der Mütter (in Anlehnung an Hauschild 2019, S. 26).

„Für einen Jux oder Streich war sie [die Mutter] immer zu haben. [...] [In solchen Momenten] war meine Liebe zu ihr nahezu grenzenlos. [...] Aber nicht das lebenssprühende Kind vermochte ihr Interesse zu wecken – einzig der boshafte Sonderling.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 77)

In unterschiedlichen Texten werden die Schwestern und Brüder chronisch erkrankter bzw. behinderter Geschwister als ‚die Vergessenen‘ bezeichnet, so beispielsweise auch in einer Studie zu Geschwistern von Anorexie-

Patientinnen (Jungbauer u. a. 2016). In einer franko-kanadischen Studie werden sie als die vergessenen Kinder bezeichnet, die im Schatten eines chronisch kranken Geschwisters leben müssen (Beaulieu 2012); Wiegel (2021) nennt sie die ‚scheinbaren Nebendarsteller‘ und in der Studie von Schmid u. a. (2009) werden sie als die vergessenen Kümmerer/Unterstützer (forgotten caregivers) bezeichnet, da sehr viele der Mitgeschwister in die familiären Unterstützungsleistungen involviert seien.

Die belastende Erfahrung, übersehen zu werden, wird in nahezu allen Befragungen von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen berichtet, selbst wenn sie schon lange das Erwachsenenalter erreicht haben.

„Ich bin alt genug, um es zu verstehen, aber man will immer noch eine gewisse Aufmerksamkeit von den Eltern. Ich sehe Mama nicht so oft, und wenn ich sie sehe, dreht sich alles um meinen Bruder.“ (Sin u. a. 2012, S. 55 **)

Geschwister sind – wie oben beschrieben – sehr stark in das innerpsychische sowie soziale Verhalten ihrer kranken Schwester bzw. ihres kranken Bruders involviert. Sie erleben neben positiven gemeinsamen Situationen vielfältige Belastungen, über die sie häufig mit ihren Freunden nicht reden können, unter anderem wegen der befürchteten Stigmatisierung – und ihre Eltern als die natürlichen Gesprächspartner, als die ‚Erklärer der Welt‘ und allzeit verfügbaren ‚Tröster‘, fallen aus, da sie so sehr mit den Belangen des psychisch erkrankten Kindes in der Familie beschäftigt sind.

Friederike Samstag hat dies so erlebt, als habe ihr Bruder ihr die Mutter genommen (Samstag und Samstag 2018, S. 39). Bowlby (2007) spricht vom ‚Schmerz der Ungeborgenheit‘. Dieser Schmerz gründet in dem, was Romer (2020, S. 191) mit Blick auf zeitweilig unbeachtete Kleinkinder „kollektive Seelenblindheit gegenüber kindlichen Bindungsbedürfnissen“ nennt, aus der Vulnerabilität für seelische Traumatisierungen resultiere. Im Film ‚Das Messihaus‘ des WDR benennt der Bruder eines an Schizophrenie Erkrankten diese Empfindungen als „das Gefühl, dass man nicht mehr dazu gehört“ (WDR 2017a). Er hat sein Ausgeschlossen-Sein mit der Projektion auf die Möbel und den Trödel seiner Eltern kompensiert.

Das kann so weit führen, sich selbst nahezu vollständig aus dem Blick zu verlieren. In der Dokumentation „Leben gegen die Zeit – Linnéa und

ihre Brüder“ (WDR 2017b) lernen wir eine Schwester von zwei unheilbar erkrankten Brüdern kennen, der dritte war bereits als Kleinkind verstorben. Nach drei Wünschen gefragt, die sie gern erfüllt hätte, nennt sie folgende: 1. dass die Eltern glücklich sind und mal eine Woche für sich haben, 2. dass sie die Krankheit der Brüder wegzaubern könnte, 3. dass sie als Familie noch lange so zusammenbleiben können. Gefragt, ob sie keinen Wunsch für sich selbst habe: „Nein, ich habe keinen Wunsch für mich.“

Für alle Geschwister ist das Thema ‚Geschwistergerechtigkeit‘ im jugendlichen Alter von Bedeutung. Unter den umrissenen Umständen nimmt die Wichtigkeit für die Mitgeschwister noch zu: Sie beobachten sehr sensibel, ob und wie es zu Bevorzugungen der erkrankten Schwester oder des erkrankten Bruders kommt, da sie oder er so sehr im Vordergrund steht (Stålberg u. a. 2004; Moorman 1994; Brodoff 1988).

In ihrer Studie zu den Geschwistern von an Diabetes erkrankten Kindern beobachtete Seiffge-Krenke (2001) „den starken Neid, der durch die einseitige Bevorzugung eines Geschwisters auftreten kann“. In einer Fallvignette berichtet sie: „Die Tochter wirft der Mutter vor, dass sie immer nur zum Sohn halte, dieser sei verwöhnt und entziehe sich jeglichen Verpflichtungen.“ (Ebenda, S. 429) Das könnte auch von der Schwester eines psychisch erkrankten Bruders stammen, aber hier leidet der Bruder an Diabetes. Die Autorin stellt in einem anderen Beitrag aus ihrer jahrelangen Begleitung von Familien zwei Fallbeispiele vor, in denen es charakteristisch sei, „dass nicht der Ausbruch der Erkrankung von dem gesunden Geschwister als problematisch erlebt wird, sondern die sich über Jahre intensivierende Vernachlässigung durch die Eltern“ (Seiffge-Krenke u. a. 1996, S. 359).

Seiffge-Krenke beschreibt einen besonders dramatischen Fall aus ihrer Familienbegleitung. Die Eltern berichteten ihr, wie sich die Tochter immer mehr in sich selbst zurückgezogen habe, sich nicht mehr mit Freundinnen getroffen und passiv auf dem Bett gelegen habe:

„Die Eltern schilderten, dass sie dieses Verhalten nicht weiter als ungewöhnlich registriert hätten, da sie mit dem frisch [an Diabetes] erkrankten Sohn sehr beschäftigt gewesen seien und das Krankheitsregime erlernen mussten. [...] Mit Schrecken aufgerüttelt wurden die Eltern erst, als sie einen zweiseitigen Brief von ihrer Tochter erhielten, in dem sie

sich bitter über ihre Vernachlässigung beklagte und der damit endete, dass sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehen würde und am liebsten aus diesem Leben scheiden würde.“ (Seiffge-Krenke 2001, S. 432)

Sich über Jahre hinziehende, sich intensivierende ‚Vernachlässigungen‘ sind zweifelsfrei nicht der Normalfall und die Entwicklung von Suizidabsichten bei den Mitgeschwistern vermutlich eher selten, obgleich dem Autor zwei Fälle vollzogener Suizide von Mitgeschwistern persönlich bekannt sind.

Die von Jana Hauschild interviewte Nora hat einen Suizidversuch unternommen, aufgrund dessen sie bereits mit 18 Jahren psychotherapeutische Hilfe bekam (Hauschild 2019, S. 138). Auch bei Marsh u. a. (1993a) wird ein Fall von Suizidabsicht geschildert:

„Es war die Hölle, zu Hause zu leben. Meine Schwester und ich waren viele Jahre lang emotional verlassen. Ich war so deprimiert und einsam. Ich dachte sogar an Selbstmord. Meine Bedürfnisse waren nie wichtig. Ich war viele Jahre in Beratung.“ (Ebenda, S. 10f. **)

Eine belastbare Datenbasis zu Suizid(versuchen) von Mitgeschwistern ist nicht vorhanden. Allerdings ist die oft mit Suizidabsichten im Zusammenhang genannte, als mangelhaft erlebte Aufmerksamkeit der Eltern ihnen gegenüber nahezu allgegenwärtig. Selbst wenn das Übersehen-Werden nicht mit ‚Vernachlässigung‘ gleichgesetzt werden sollte und die Folgen nicht in Suizidgedanken kulminieren: Viele Autorinnen und Autoren sehen im familiären Übersehen-Werden die zentrale Erlebnisfigur der Mitgeschwister und den Ausgangspunkt für ungünstige Entwicklungen.

Eine Ursache für solche ungünstigen Entwicklungen fand Linda S. Blasko (2008) in ihrer Dissertation „Coping-Ressourcen und emotionale Vernachlässigung bei Menschen mit einem psychisch erkrankten Geschwister“ **. Sie stellte einen signifikanten Zusammenhang fest zwischen dem familiären Übersehen-Werden und der Fähigkeit, wirksame Wege zur Bewältigung der Belastungen zu finden. „Ein Geschwister mit einer psychischen Erkrankung zu haben, gilt als Risikofaktor für emotionale Vernachlässigung, aber es ist per se kein Risikofaktor für unzureichende Stressbewältigung. Die vorliegende Studie legt nahe, dass vielmehr die emotionale Vernachlässigung ein Risikofaktor für mangelhaftes Coping mit Stress ist.“ (Blasko 2008, Vorspann, S. 9 **)

Doch das empfundene Defizit an Beachtung führt bei den Mitgeschwistern in aller Regel nicht zu herausforderndem Verhalten den Eltern gegenüber, um das von ihnen zu bekommen, was sie brauchen. Das trifft nicht auf alle Geschwisterkinder zu – einige ziehen deutlich andere Verhaltensweisen vor, indem sie sich den Eltern in den Weg stellen bzw. mit ihnen die Auseinandersetzung suchen, um sich nicht in die beschriebene Rolle zu begeben; wieder andere fügen sich zunächst in die Rolle, entwickeln jedoch im Lauf der Jahre Aggressionen gegenüber den Eltern und/oder gegenüber dem erkrankten Geschwister, die dann irgendwann ihr Handeln bestimmen.

Die meisten aber ziehen sich zurück, versuchen, es irgendwie mit sich selbst auszumachen, und bemühen sich, die familiäre Situation nicht noch weiter zu belasten. Vance wählt in der „Hillbilly-Elegie“ für sich die Bezeichnung des ‚verzeihenden Kindes‘; er machte

„gute Miene zu diesem Spiel. [...] Ich hatte nur dann eine Chance, wenn ich mitspielte.“ (Vance 2017, S. 197)

Eine weitere Variante als Reaktion auf die Verletzungen durch das Übersehen-Werden sei an der Erfahrung des Autors dieses Textes aufgezeigt. Es gibt Hinweise darauf, dass es sich dabei nicht um ein singuläres Erleben handelt, auch wenn ähnliche Verhaltensweisen in Studien nicht erhoben und auch nicht spontan benannt werden.

„Über viele Jahre hinweg habe ich es als Privileg interpretiert, unbehelligt von elterlicher Aufmerksamkeit mein jugendliches Leben gestalten zu können. Erst durch die intensive Beschäftigung mit dem Geschwisterthema, verbunden mit der unentrinnbaren Frage, wo ich mich selbst im Spektrum der unterschiedlichen Erfahrungen und Wirkungen auf das eigene Verhalten verorte, hat sich meine Selbstsicht deutlich verändert. Heute werte ich meine frühere Selbsteinschätzung als freundliche Ummantelung einer darunter verborgenen Realität. Der positive Blick auf meine Situation ermöglichte es lange, mich von der leidvollen Seite meines Erlebens zu distanzieren und mich auf diese Weise nicht mit den schmerzlichen Erfahrungen in meiner Herkunftsfamilie konfrontieren zu müssen.“

Eine mutmaßlich ähnliche Erlebnisfolge wird im Kapitel ‚Vom scheinbaren Nebendarsteller zum engagierten und produktiven Erwachsenen‘ entwickelt; siehe außerdem das Kapitel ‚Sag mir, wo die Geschwister sind ...‘.

VI.2.3 Das wütende und kämpfende Kind

Es gibt Mitgeschwister, die erleben die starken Einschränkungen der elterlichen Aufmerksamkeit sehr massiv, sie leiden nahezu ständig und vor allem sehr bewusst unter dem Gefühl, dass ihre emotionalen Bedürfnisse ignoriert werden. Ärger, Verzweiflung, Wut und Neid werden nicht versteckt oder unterdrückt, sondern äußern sich in aggressivem und oppositionellem Verhalten. Darin erkennen wir den Versuch, sich die schmerzlich vermisste Aufmerksamkeit seitens der Eltern zu sichern (Brody u. a. 1992; Tröster 1999; Taylor u. a. 2001; siehe hierzu auch weitere Literatur bei Schmid u. a. 2005a, S. 740).

„Mittels Verweigerung hoffte ich auf Antworten und Veränderung.“
(Bühler-Stehlé 2005, S. 107)

Als ‚Akt der Befreiung‘ flüchtete Bühler-Stehlé aus dem Internat, was sie jedoch in problematische Situationen führte. Schließlich fand sie sich desillusioniert auf einer Polizeistation wieder, wo die Eltern sie abholten,

„ähnlich einer unerwünschten Paketsendung [...]. Ihr Versprechen [...] war vergessen. Nichts, rein gar nichts, änderte sich.“ (Ebenda, S. 101f.)

Und doch wirkte die Aktion als stiller Protest nach: Später ließ sie den Tarnnamen, den sie sich auf der Flucht zugelegt hatte, amtlich eintragen und legte ihren ursprünglichen Vornamen ab (ebenda, S. 101).

Auch Friederike Samstag nimmt die Rolle des übersehenen Kindes nicht an und gehört eher zu der Gruppe der wütenden und kämpfenden Kinder. Was das für sie selbst und ihre Mutter sowie die Dynamik zwischen beiden im Rückblick bedeutet, wird im Abschnitt ‚Der verzweifelte Versuch, den widersprüchlichen Erwartungen gerecht zu werden‘ anhand ihrer eigenen Aufarbeitung referiert (Samstag und Samstag 2018).

Was von Eltern und Außenstehenden häufig übersehen wird: Widerstände, Verweigerung, Aggressivität und sich bahnbrechende Vorhaltungen der Mitgeschwister wie ‚meine Bedürfnisse werden immer hintangestellt‘ entspringen dem tiefen Wunsch, von den Eltern (endlich) wahrgenommen zu werden, als Person, mit dem individuellen Erleben der familiären Situation, als sichtbarer und bedeutsamer Teil des familiären Gefüges, mit eigenen Bedürfnissen und eigenen Ansprüchen.

Dieses Nicht- oder Missverstehen kann zu weitreichenden Folgen führen. Während Eltern sich einem aus ihrer Sicht ungerechtfertigten und verletzenden „Tsunami an Vorwürfen“ (Samstag und Samstag 2018, S. 129) und möglicherweise weiteren Aggressionen ausgesetzt fühlen, erleben die Mitgeschwister ihre Ohnmacht bei dem verzweifelten Versuch, in ihrem Leid wahrgenommen zu werden. Bei diesen durchaus nachvollziehbaren Sichtweisen gehen die Beweggründe für das Handeln des jeweiligen Gegenübers verloren – was leicht eine Eskalationsspirale in Gang setzen kann.

Gelingt es demgegenüber Eltern und Mitgeschwistern, diesen Prozess zu durchbrechen und die (möglichen) Motive hinter dem vordergründigen Verhalten des Anderen zu sehen, so kann das der Schlüssel zu einer partiellen Befriedung der Verwerfungen sein. Mehr noch, die Aufnahme eines Gesprächs kann bestenfalls zum Ausgangspunkt für das Durchbrechen des familiären Schweigens werden; siehe die Kapitel ‚Die Wirkungen des elterlichen Schweigens‘ und ‚Ein Schweigegebot oder: die bedeutsame Funktion des partiellen familiären Schweigens‘.

VI.2.4 Vom übersehenen Kind zum feindseligen erwachsenen Geschwister

Das Bild des unauffällig ‚mitlaufenden‘ Geschwisterkindes kann auch noch nach vielen Jahren Risse bekommen oder völlig zerstört werden. Nicht selten entladen sich nach einer langen Zeit selbstverleugnender Rücksichtnahme die zurückgestellten Autonomiebestrebungen mit den sie begleitenden Gefühlen in Form mehr oder weniger eruptiver Auseinandersetzungen mit den Eltern.

In Gesprächen berichten Eltern immer wieder von ihrer völligen Überraschung, wenn sie sich urplötzlich massiven Vorwürfen ihrer anderen Kinder ausgesetzt sehen, zu einem Zeitpunkt, als aus ihrer Sicht längst Ruhe eingetreten war. Der Vorwurf: Sie, die Eltern, hätten sich nie (!) um sie (die Geschwisterkinder) gekümmert, die oder der psychisch Erkrankte hätte immer alles bekommen (Aufmerksamkeit, Unterstützung usw.), sie selbst fast gar nichts.

Solche Erfahrungen sind nicht auf Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied beschränkt. Seiffge-Krenke (2001) fand sie ebenso in ihren Interviews von Familien mit anderen Erkrankungen eines Kindes. Wie Kasten (1993) sieht auch Seiffge-Krenke in dem Rollenattribut des Übersehen-Werdens bzw. Sich-Übersehen-Fühlens den Grund, warum es bei den Mitgeschwistern zu Aggressionen und Feindseligkeiten bis hin zu Todeswünschen dem erkrankten Geschwister gegenüber kommen kann, die jedoch selten offen geäußert würden.

Demgegenüber wird die Wut auf Eltern, die sich in besonders heiklen Situationen ihrer Verantwortung für das erkrankte Geschwister entziehen und unangenehme Aufgaben an Mitgeschwister delegieren, rückblickend regelmäßig thematisiert. Jana Hauschild berichtet aus der Geschwistergruppe in Berlin ein Beispiel, bei dem die Schwester sich gezwungen sah, an Stelle der Eltern eine Klinikeinweisung zu initiieren (Hauschild 2019, S. 126). In der Arbeit von Claudia Bach (2018) kommen ähnliche Vorwürfe zur Sprache, und bereits bei einem Geschwistertreffen 2008 haben sich Geschwister wütend über das inkonsequente Verhalten der Eltern geäußert (Munkert und Peukert 2009a, S. 16).

Es liegt nahe, dass sich lange unausgesprochene Gefühle von hilfloser Wut verfestigen und schlimmstenfalls dauerhaft zur Feindseligkeit sowohl gegenüber den Eltern als auch gegenüber dem erkrankten Geschwister führen können.

VI.2.5 Vom scheinbaren Nebendarsteller zum engagierten und produktiven Erwachsenen

Im Gegensatz zu der Entwicklung eines übersehenen Geschwisterkindes zum feindseligen erwachsenen Geschwister steht eine andere Reaktion. Ohne direkt benannt zu werden, scheint in vielen Zitaten aus Studien und Interviews eine Transformation der Geschwisterrolle durch, bei der Mitgeschwister das Schattendasein internalisieren und sich kompensatorisch durch großes Engagement – für das erkrankte Geschwister, aber auch darüber hinaus – und durch hohe Produktivität auszeichnen.

Dies sei am Beispiel von W. Thomas Boyce (2019) exemplifiziert. Im Kapitel ‚Interaktive Verursachung ja – Schuldzuweisungen nein!‘ wurde ausführlich dargelegt, wie der Autor von „Orchidee oder Löwenzahn?“ in der Zusammenfassung seines persönlich beeinflussten wissenschaftlichen Lebenswerks versucht, sich und seinen Leserinnen und Lesern die Erkrankung und den Suizid seiner Schwester Mary sozio-genetisch und familien-dynamisch zu erklären.

In der Rekonstruktion der Familiengeschichte bietet er zu seiner eigenen Rolle in dieser Dynamik allerdings nur eine recht blasse Selbstdefinition an: „Ich war von Anfang an ein meist robuster Löwenzahn“ (ebenda, S. 147), also ein Kind, das in jedem Milieu überlebt und gedeiht, wogegen seine Schwester eine Orchidee gewesen sei, „die in einen Familienboden gepflanzt wurde, auf dem sie kaum zur Blüte gelangen konnte“ (ebenda).

Indem er sehr viel über seine Schwester und ihre Rolle, ihre Gefühle und ihre Interaktionen mit anderen Familienmitgliedern reflektiert, ist es Boyce vielleicht gelungen, weitergehende Selbstaufklärungen zu vermeiden. Wenn er von der Familie seiner Schwester schreibt, so hat man als Lesender über viele Seiten hinweg den Eindruck, diese Familie habe mit ihm nichts zu tun, sei nicht seine, sei nicht die ihn ebenfalls prägende Familie, was insbesondere in dem Kapitel ‚Keine zwei Kinder wachsen in derselben Familie auf‘ (ebenda, S. 144f.) deutlich wird. Er ist ein Löwenzahn, und als Löwenzahn hat er keinen Anlass, über sich nachzudenken – wohl aber über das, was ‚ansonsten‘ in der Familie los war? Von sich selbst gibt er kund, sein wissenschaftliches und praxisorientiertes berufliches Engagement gründe in der Tatsache, Bruder einer psychisch erkrankten Schwester zu sein.

Er scheint folgenden Weg für sich gewählt zu haben: Anstatt sich im Detail seiner innerfamiliären Identität mit ihren ureigensten Gefühlen, Erwartungen, Ansprüchen und Enttäuschungen gewahr werden zu wollen hat er sich die Selbstetikettierung zugelegt: ‚Ich bin ein Löwenzahn‘. Aber irgendetwas hat diese schwierige Familie, die er uns vorstellt, doch auch mit ihm gemacht.

Hat wirklich allein das miterlebte Schicksal der Schwester seine praktischen und wissenschaftlichen Interessen fundiert? Oder aber hatte auch sein eigenes Leiden in und an seiner Familie Einfluss auf seine Berufswahl,

die es ihm ermöglichte, die inneren Bilder der verqueren Konstellationen in seiner Herkunftsfamilie indirekt zu bearbeiten, ohne sich ihnen stellen zu müssen? Jedenfalls konstatiert er, er habe sich „in die drängende und prekäre Verworrenheit des Universitätslebens gestürzt“ und sein Leben sei von „fieberhafter und fordernder Loyalität gegenüber der Gottheit Wissenschaft“ (ebenda, S. 144) geprägt. Wie wir wissen, hat diese Gottheit ihn zu bemerkenswerten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfolgen geführt.

Während uns Boyce Einblick in seine Sichtweise gewährt und der Autor dieses Textes bei sich selbst eine vergleichbare Bearbeitungsweise erkennt (siehe Kapitel ‚Das übersehene Kind‘), kann im Hinblick auf andere Mitgeschwister der Modus, hoch belastenden Erlebnissen durch kompensatorisch wirkende Selbstzuschreibungen und/oder sehr spezifische Aktivitäten zu begegnen, nur vermutet werden. Hier sind solche Aktivitäten gemeint, mit denen das belastende, Leid erzeugende Erleben in einen gesellschaftlich bedeutsamen Kontext gestellt und dort ersatzweise bearbeitet wird. Dass dies zugleich eine gewisse Anerkennung verspricht, ist ein erfreulicher und durchaus willkommener Nebeneffekt. Die angesprochenen Aktivitäten umfassen ein ausgeprägtes wissenschaftliches, journalistisches, künstlerisches, soziales oder politisches Engagement (siehe auch das Kapitel ‚Sag mir, wo die Geschwister sind ...‘ und das Kapitel ‚Der Versuch zu verstehen ...‘).

VI.2.6 Die große starke (kleine schwache) Schwester

Eine weitere, sich interaktiv herausbildende Rolle ist die der großen starken (kleinen schwachen) Schwester (Munkert und Peukert 2009b, S. 37). So beschrieb eine Schwester beim ersten Geschwistertreffen in Wiesbaden die eigene Rolle in der Familie, und in der Literatur finden sich immer wieder bestätigende Hinweise für dieses Erleben. Schon Marsh u. a. (1993a, S. 5) haben dieser Ausprägung einen Namen gegeben und sprachen vom ‚replacement child syndrome‘, dem Streben der Geschwister

nach Perfektionismus, um mit eigenen Leistungen und Wohlverhalten den Eltern eine Kompensation für das an die Krankheit verlorene Kind zu geben und ihren Eltern weitere Pein zu ersparen (siehe hierzu auch den Abschnitt ‚Die Enttäuschung und Trauer der Eltern kompensieren‘). Kinder von psychisch Erkrankten kennen vergleichbare Verhaltensweisen. Eine Befragte gab zu Protokoll:

„Als Kind habe ich verzweifelt versucht, keine Probleme zu machen, weil unsere Familie so viele hatte. Also wurde ich perfektionistisch, versteckte meine Ängste und Sorgen und Bedürfnisse vor allen.“ (Marsh u. a. 1993a, S. 11 **)

In den in Deutschland geführten Interviews berichten viele der inzwischen erwachsenen Mitgeschwister von ihrer Bereitschaft als Kind, den Erwartungen und Normen voll und ganz zu entsprechen, zumindest vordergründig, um von den ohnehin schon hoch belasteten Eltern als das brave und unauffällige Kind wahrgenommen zu werden. Drei Zitate aus Interviews von Bach (2018) können dies beleuchten:

„Damit ich nicht auch noch Belastung für meine Mama bin. Also ich musste auch für mich selbst, von mir aus die Gute und die Nette sein. Damit sie nicht auch von dieser Seite noch mehr Traurigkeit erlebt.“ (Interview)

„Und ich glaube, ich habe immer viel weg rationalisiert mit dem Gedanken: ‚Na ja, meiner Schwester geht es ja so schlecht, also stell’ dich nicht so an!‘“ (Interview)

„Ich glaube, ich habe dann [viel später] überhaupt erst gelernt, meine eigenen Bedürfnisse als meine Bedürfnisse wahrzunehmen. Ich kann nicht sagen, ob das auch schon war, bevor ich vierzehn war und meine Schwester krank wurde, oder ob es erst da anging. Aber ich hatte das Gefühl, dass ich eigentlich immer nur die Erwartungen von anderen Leuten erfüllt habe.“ (Interview)

Nahezu identisch formuliert eine Brigitte-Online-Leserin:

„Man versucht, den eigenen Eltern, die es ja schon schwer genug haben, nicht auch noch zur Last zu fallen. Dabei kommt man leider gelegentlich zu kurz.“ (Jana 2018)

Sie ergänzt dies mit der Geschichte einer Freundin, bei der habe

„das dazu geführt, dass sie im entscheidenden Moment ihres Lebens nicht den Druck ihrer Eltern bekam, den sie gebraucht hätte, um die Schule fortzusetzen und Abitur zu machen. Das Zeug dazu hätte sie

gehabt. Aber die Eltern waren so auf die Dramen mit der Schwester konzentriert, dass sie keine Kapazitäten übrighatten.“ (Ebenda)

Von einer Schwester aus einer Geschwistergruppe berichten Lukens und Thorning (2011, S. 211), sie habe Schwierigkeiten in der Schule gehabt und mit einem drogenkonsumierenden Freund ‚abgehangen‘.

„Meine Eltern waren einfach froh, dass ich ‚okkupiert‘ und aus dem Haus war. Aber ich wünschte verzweifelt, dass sie ‚Stopp‘ sagen würden. Ich wollte meiner Mutter nicht sagen, dass ich sie brauchte. [...] Sie brauchte nicht noch ein Kind mit Problemen.“ (Ebenda **)

Dass die Bereitschaft, diese Rolle zu übernehmen, durchaus auch forciert werden kann, zeigt Bühler-Stehlé (2005):

„Hartnäckig hielt Vater an der Vorstellung fest, dass ‚zumindest eines von uns beiden‘ ein unproblematisches Wochenendkind zu sein hatte. Ungefragt bekam ich diesen Part zugeteilt.“ (Ebenda, S. 89)

Bereits 1996 sahen Florian u. a. einen Zusammenhang zwischen den kindlichen Gefühlen von Hilflosigkeit und Schuld und der beobachteten Wirkung der Erkrankung auf die Eltern. Erschöpfte Eltern etwa befördern das Schuldgefühl, man selbst habe den Eltern und dem erkrankten Geschwister nicht ausreichend beigestanden. Dies führe in der Folge dazu, die eigenen Enttäuschungen, Unsicherheiten und Bedürfnisse nach Beachtung in der Familie vollständig zu verbergen (Florian u. a. 1996, nach Barak u. a. 2005, S. 234).

Die Eltern sind mit der Bewältigung der vielen Herausforderungen aufgrund der Erkrankung ihres Kindes beschäftigt – und sie sind verständlicherweise froh, wenn das oder die anderen Kinder ‚in Ordnung‘ sind, es ihnen gut geht, sie ihre altersgemäßen Aufgaben meistern und keine zusätzlichen Probleme in die Familie tragen.

Die Mitgeschwister spüren dies: Sie sehen die außerordentlichen Belastungen ihrer Eltern, sie erleben deren Leid unmittelbar mit, sie nehmen ihr Bemühen um das psychisch erkrankte Geschwister wahr. Sie sehen auch die Erleichterung in den Augen ihrer Eltern, wenn diese beim Blick auf ‚die gesunden Kinder der Familie‘ zu erkennen meinen: ‚Wenigstens denen geht es gut!‘

Das führt zu einem Rollenverhalten den Eltern gegenüber, das nach den Worten der Mitgeschwister als ‚groß und stark‘ bezeichnet werden

kann. Die innerpsychische Selbstpräsentation sieht jedoch oft anders aus, sie sehen sich selbst als ‚klein und schwach‘.

Nicht erst aus den Untersuchungen zu Kindern psychisch erkrankter Eltern wissen wir um die unbedingte Bereitschaft von Kindern, sich auf die Stimmung und die Befindlichkeiten der Bezugspersonen einzustellen. Diese Bereitschaft beginnt sofort nach der Geburt; schon Babys orientieren ihr Verhalten an den Stimmungen ihrer Mütter bzw. der jeweiligen primären Bezugsperson (Schore 2003; Stern 1985).

Dieses Gespür bleibt nicht ohne Wirkung. Die Mitgeschwister übernehmen häufig eine Verhaltensweise, die mit diesen Wahrnehmungen in Verbindung steht: Sie sind bemüht, den Eltern keine weiteren Probleme zu machen, sie passen sich (meist nur oberflächlich) den Erwartungen an. Als Folge davon werden sie auch als die Starken behandelt, um die man sich nicht besonders kümmern muss – gemessen an dem, was die oder der psychisch Erkrankte benötigt. Exemplarisch können dafür Zitate aus einem Elterntreffen stehen (Peukert und Simon 2017b, S. 3):

„Meine gesunde Tochter kommt klar, keine Probleme.“

„Sie hatte nichts zu klagen. Sie hatte ihren Kreis ...“

„Unser gesunder Sohn ist immer da und bereit, wenn er gebraucht wird – das war schon immer so.“

Die Studie von Cebula (2012, S. 29) bestätigt diese Beobachtungen: Eltern sehen die Mitgeschwister als deutlich weniger belastet an als diese sich selbst. Diese Differenz wurde mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)²⁶ ** ermittelt, einem in Großbritannien entwickelten Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 16 Jahren. Der kurze Fragebogen liegt in einer deutschen Version vor und kann in etwa fünf Minuten von Eltern und Lehrern sowie in einer Selbstbericht-Version von Jugendlichen ausgefüllt werden. Das bereits umfassend validierte englische Original wird zunehmend in der klinischen Praxis und Forschung eingesetzt.

²⁶ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): „Kurzer Fragebogen zum Verhaltens-Screening-von 3-16-Jährigen. Er existiert in mehreren Versionen für die Anforderungen von Forschern, Klinikern und Pädagogen.“ (SDQ Info 2020).

Sidhu u. a. (2006) stellten außerdem fest, dass Eltern bei den Mitgeschwistern nur deren externalisiertes (also auffälliges und störendes) Verhalten zu bemerken scheinen, nicht jedoch die viel häufigeren internalisierten Probleme der Mitgeschwister, die diese sehr belasten. Auch Lobato und Kao (2002, S. 715) fanden vergleichbare Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Eltern und der Mitgeschwister selbst. Sie verwendeten den Sibling Perception Questionnaire (SPQ)²⁷.

Dies nehmen die Geschwisterkinder zweifellos wahr und es ist sicherlich auch der Hintergrund dafür, dass Geschwisterkinder aus Familien mit nur gesunden Kindern signifikant engere Bindungen an ihre Eltern angeben als Mitgeschwister aus Familien mit einem psychisch erkrankten Kind (Barak u. a. 2005, S. 237).

Für die zugrundeliegende Dynamik kann folgende Hypothese aufgestellt werden, die – obwohl nicht empirisch belegt – aus den Äußerungen von Eltern und Geschwistern herausgelesen werden kann.

So ist jede Eltern-Kind-Beziehung nach Huinink (2008, S. 9) durch „das hohe Maß der Bereitschaft, sich ohne Wenn und Aber gegenseitig zu unterstützen“ gekennzeichnet.

„Und überhaupt ist eine gute Mutter bereit, alles zu geben für ihr Kind.“
(Samstag und Samstag 2018, S. 96)

Das hat Folgen. Bei einem chronisch erkrankten Kind führt dies zu einer nahezu unbegrenzten Bereitschaft der Eltern, es zu unterstützen und sich zu kümmern. Dies ist begleitet von einer Verbundenheit der Eltern mit diesem Kind, die weit über das übliche Maß hinausgeht: „Wider Erwarten gaben Eltern aus Patientenfamilien jedoch ein signifikant größeres Ausmaß an Verbundenheit mit ihren an Schizophrenie erkrankten Kindern an als Eltern aus gewöhnlichen Familien.“ (Burkhardt u. a. 2007, S. 235)

Mitgeschwister können darin eine tiefe, unverbrüchliche Einheit zwischen (in der Regel) der Mutter und dem erkrankten Geschwister erkennen – bis hin zu dem Erleben, völlig allein zu sein:

²⁷ Sibling Perception Questionnaire (SPQ): „Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Geschwisterbeziehungen bei Kindern und Jugendlichen, der als Selbst- und Fremdbereichsversion vorliegt“ (Bojanowski 2019).

„Ich habe niemanden auf der Welt mehr. Damit muss ich mich endlich abfinden. [...] Ich habe keine Familie mehr.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 99)

Wird dies von den Mitgeschwistern angesprochen, kann es von Eltern als mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit empfunden werden, das Leid des erkrankten Geschwisters zu sehen – und zugleich als mangelnde Empathie ihnen gegenüber. Es wäre nicht verwunderlich, wenn dies die tiefe Verbundenheit zu dem erkrankten Kind weiter verstärkt und das Geschwisterkind nicht nur als stark und problemfrei wahrgenommen wird, sondern möglicherweise sogar als gefühllos.

Im Laufe der Zeit nehmen viele Eltern ihre Fehleinschätzungen sehr wohl wahr:

„Es war für uns beruhigend, dass er (der gesunde Sohn) so stabil und gesund war – heute frage ich mich: war er wirklich so stabil?“ (Peukert und Simon 2017b, S. 3)

Damit weist dieser Vater auf eine bedeutsame Tatsache hin: Die Rolle der Geschwisterkinder im Sinne der ‚großen starken (kleinen schwachen) Schwester‘ scheint eindeutig zu sein – aber genau das ist sie nicht. Die Mitgeschwister schwanken zwischen stark sein oder schwach, verantwortungsvoll oder verantwortungslos (dem erkrankten Geschwister und/oder den Eltern gegenüber), ob sie ein Recht auf ein eigenständiges Leben haben: ja oder nein? Diese Fragen werden von einem dominanten Gefühl überlagert:

„Ich hatte und habe das Gefühl, nicht das Recht auf meine eigenen Probleme zu haben, ich habe nie meine Eltern noch zusätzlich mit dem belastet, was mich berührt – sie waren doch schon belastet genug!“ (Interview)

Damit ist die Rolle der großen starken (kleinen schwachen) Schwester vorgezeichnet. Mit dieser Rollenübernahme werden jedoch die eigenen Bedürfnisse nicht obsolet: Die Gefühle von Nicht-Beachtung, Zurückweisung, selbst auferlegter Rücksichtnahme, Unterdrückung von eigenen Wünschen und Ansprüchen bleiben im Hintergrund weiter am Leben oder sie schlafen nur, bis sie jederzeit geweckt werden können – der Weg zu irgendwann aufbrechenden Feindseligkeiten scheint gebahnt.

VI.2.7 Das Kind als Moderator familiärer Konflikte

Mitgeschwister erleben die Auseinandersetzungen und Konflikte in der Familie und sehen sich dadurch mitunter veranlasst, zwischen den Eltern und der oder dem psychisch Erkrankten oder zwischen Vater und Mutter zu vermitteln und auszugleichen.

Dahinter stehen nicht leicht zu balancierende Loyalitätskonflikte, nämlich zugleich dem Geschwister und den Eltern gegenüber loyal zu sein. Die recht umfangreiche Betrachtung der Dynamik zwischen Friederike Samstag und ihrer Mutter (Samstag und Samstag 2018, S. 26f. und S. 123) kann als Beleg für die Tücken gelten, die dem selbst gesteckten Anspruch einer Moderatorin innewohnen. Auf die Rolle der Mitgeschwister als Moderatoren bzw. Mediatoren hatten erstmals Gerace u. a. (1993) hingewiesen, und Schmid u. a. (2009, S. 332) sahen diese Rollenübernahme bei einem Drittel der von ihnen Befragten.

In einem von Widersprüchen und Ambivalenzen gekennzeichneten Umfeld moderierend aktiv zu sein, ist schwer und stellt eine weitere Belastung dar. Allerdings erlangen die Mitgeschwister damit häufig eine Kompetenz, die ihnen im weiteren Leben höchst nützlich sein kann (siehe das Kapitel ‚Erlebte positive Wirkungen‘).

Es gibt Geschwister, die diese Rolle geradezu anzustreben scheinen, indem sie z. B. gezielt ein entsprechendes Studium wählen. Jana Hauschild vermutet in so mancher Wahl des Berufs bzw. des Studiengangs die Absicht,

„der Vertrauten- und Vermittlerrolle in der Familie gerecht werden zu können, sie mit fundiertem Wissen ausfüllen zu können. Ich zumindest kann diese Sichtweise für mich bestätigen. [...] [Das Psychologie-Studium] hat mir erleichtert, meinen Bruder zu verstehen, ihn und seine Gedanken meinen Eltern zu erklären und lange Zeit meine Vermittlerposition mit reichlich Informationsfutter genährt.“ (Hauschild 2019, S. 168f.)

Das Zitat steht unter der Überschrift: „Helfen, um sich selbst zu helfen“. Das trifft es wahrscheinlich besser: Das Studium hat ihr sicher geholfen, ihre verwirrende Beziehung zu ihrem Bruder zu objektivieren und ‚intellektuellen Abstand‘ herzustellen. Dann wäre das Psychologie-Studium

eine probate Bewältigungsstrategie, die weiter unten als ‚objektivierende Professionalisierung‘ bezeichnet wird. Sie dient vorrangig – wie alle Bewältigungsstrategien – der Reduzierung der eigenen Unsicherheiten, Ängste und Ambivalenzen. Hat Jana Hauschild damit vielleicht ‚so ganz nebenbei‘ auch eine bedeutsame Rolle in der Familie errungen, die ihr ohne den erkrankten Bruder möglicherweise vorenthalten worden wäre?

Die Moderatorenrolle kann gelingen und für alle Beteiligten Positives bewirken. Wer moderieren will, sieht sich gezwungen, die Sichtweisen der anderen einzunehmen. Das kann sich in einem Feld, in dem man als Mitgeschwister selbst zu den Mitspielern gehört, allerdings auch höchst negativ auswirken.

Von einer solchen Erfahrung berichtet Gagi K. in einem Geschwister-Symposium und beschreibt, wie sehr ihr der Besuch einer Geschwistergruppe geholfen hat.

„Wir tauschen uns [in der Gruppe] sehr intim aus, und für mich war das unbedingt notwendig, um meine eigene Seele ein bisschen kennen zu lernen. Ich musste sie alle rausschmeißen, die da nicht hinein hingehören. Also Mama ist zwar wichtig, Papa ist zwar wichtig und der Bruder, das sind alles wichtige Menschen, aber dennoch gibt es einen einzigen Menschen, mit dem ich mein Leben lang wirklich bis zum Ende verbringen werde und das bin ich – und ich habe sie alle mit mir geschleppt, weil mein Mitgefühl ging so weit, dass ich irgendwann mal verwechselt habe, was ist deren Last, was ist meine Last und ich habe das alles aufgesogen, bis ich dann gemerkt habe ‚Wow‘ in welchem Business bewege ich mich jetzt gerade, ich verwechsle, ich weiß gar nicht mehr wo sie aufhören, wo fange ich an?“ (Peukert 2019b, S. 112)

Die Schilderung ist der von Daniela nicht unähnlich.

„Ich habe Entschuldigungen für meine Mitmenschen gesucht, statt meinen eigenen Gefühlen Beachtung zu schenken, sagt sie. Das Streben nach Verständnis blockiert ihr die Sicht auf sich selbst. [...] Sie sieht ihre eigenen Gefühle nicht.“ (Hauschild 2019, S. 47).

VI.3 Die Familiendynamik verändert sich

Mit der Veränderung der familiären Rollen und Funktionen gehen Veränderungen in den familiären Interaktionen einher, die sich gegenseitig beeinflussen. Die beiden bedeutsamsten und folgenreichsten sind das ‚Moratorium‘ und das ‚Schweigegebot‘. Während die Unterwerfung unter das familiäre Schweigegebot bewirkt, den Status quo gegen Veränderungen innerhalb der Familienkonstellation und gegen Einflüsse von außen abzuschotten, führt das Moratorium aus den familiären Zwängen heraus. Die Mitgeschwister brechen zwar die ge- oder verfestigten Strukturen nicht vollständig auf, aber sie entziehen sich der familiären Beeinflussung für einen gewissen Zeitraum. Diese Zeitspanne ist für sie ein Moratorium von den familiären Herausforderungen, in dem sie sich eigenen Entwicklungserfordernissen widmen können. Beide Phänomene wurden bereits vor mehr als 50 Jahren beobachtet und seither in zahllosen Studien beschrieben.

VI.3.1 Sich mit einem Moratorium den Problemen in der Familie entziehen – ohne mit ihr brechen zu müssen

Viele Mitgeschwister verlassen in einem Alter, das häufig weit vor dem gesellschaftlich üblichen liegt, und oft zur Überraschung ihrer Eltern ihre Herkunftsfamilien, um in einer fernen Stadt, möglichst im Ausland, zu studieren oder zu arbeiten; sie gehen als Freiwillige in Projekte, sie gründen eine eigene Familie usw.

Es gehört zu den Praktiken in unserem Kulturkreis, die Herkunftsfamilie zu verlassen und psychische sowie physische Distanz herzustellen, um später die Beziehungen wieder aufzunehmen. Die Andersartigkeit bei den Mitgeschwistern liegt darin, dass sie diesen Schritt zum Teil in einem deutlich jüngeren Alter als ihre Altersgenossinnen und -genossen machen und

ihr Absetzen von der Familie rigoroser als üblich wirkt; dahinter scheint sich eine Strategie zu verbergen.

Bei den Geschwistern besteht die Funktion dieses Moratoriums offenkundig darin, sich auf ein eigenes Leben, ihre eigenen Bedürfnisse und Anliegen konzentrieren zu können, um eine gewisse Unabhängigkeit von den Erwartungen und Ansprüchen ihrer Familie, aber auch von den erlebten Belastungen zu gewinnen. Dies dient dazu, eine eigenständige Persönlichkeit auszubilden. Sie können sich auf diese Weise den Problemen in der Herkunftsfamilie entziehen, ohne mit ihr zu brechen.

Mitgeschwister berichten auch, sie wollten der Schwierigkeit entgegen, die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Interpretationen unter den Familienmitgliedern zusammenzubringen, in einer Zeit, die durch eine hohe Dynamik und vielfältige Probleme gekennzeichnet ist. Diese Mitgeschwister entziehen sich gezielt der gerade beschriebenen Moderatoren-Rolle in der Familie.

Meissner hat bereits 1970, als noch die Familien für die Erkrankung verantwortlich gemacht wurden, die Flucht der Mitgeschwister aus ihren Herkunftsfamilien beobachtet und wie folgt verstanden: Für ihn dient die Erkrankung des einen Kindes der notwendigen Stabilisierung der Familie, was dem Mitgeschwister die Chance gibt, die Familie zu fliehen (Meissner 1970, S. 24). Zu der Interpretation von Meissner zur Flucht passt die Interpretation von Newman (1966), was die Schuldgefühle der Geschwister angeht. Die Mitgeschwister würden davon ausgehen, ihre Schwester oder ihr Bruder habe ihre oder seine psychische Gesundheit geopfert, damit sie oder er als das Objekt für die anormale Familienbeziehung erhalten kann – und so fühlen sie sich schuldig, das Geschwister vor diesem Schicksal nicht gerettet zu haben. Diese Sicht ist lange überholt und dem ist auch nicht zuzustimmen; die Gespräche mit den Geschwistern zeichnen ein anderes Bild.

Wie gern würde man dem psychisch erkrankten Geschwister helfen, aber wie? Schuldgefühle schleichen sich ein, weil man der Schwester oder dem Bruder nicht helfen kann und stattdessen in der eigenen Entwicklung an ihm vorbeizieht, mit dem aufkeimenden Wissen: Es wird wohl keine seinen Wünschen und Hoffnungen entsprechenden Hilfen geben. Dies

wurde und wird bei vielen Geschwistern zudem begleitet von dem tiefen Bedürfnis, den Eltern zur Seite zu stehen und sie zu unterstützen – und dafür sogar auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse zu verzichten. Zugleich erkennen viele von ihnen: Obwohl ich in einer so schwierigen Situation bin und so viel für die Familie zu tun (und zu unterlassen) bereit bin, wird dies nicht gesehen und nicht geschätzt; mehr noch, ich werde eher übersehen, zumindest links liegen gelassen.

Kerstin Samstag hat die Situation ihrer Tochter zu einem späteren Zeitpunkt genauso erkennen können und erklärt:

„Früher habe ich das nicht so sehen können, erst jetzt, nachdem Ruhe eingeleitet ist, und sich die familiäre Situation normalisiert hat, ist mir dies im Nachhinein möglich.“ (Samstag K. 2017)

Das unausweichliche Dilemma (Unterstützung oder Selbstentwicklung) wird konkret, sobald sich für Mitgeschwister die Bewältigung der alters-typischen Aufgabe stellt, sich allmählich von den Eltern und den Geschwistern zu lösen. In einem ersten Schritt dieses Prozesses werden in der Regel die emotionalen Beziehungen zu Freunden intensiviert und enger gestaltet, quasi als Übungsfeld für Partnerbeziehungen (z. B. Pulakos 1989). Kasten (1993, S. 66) hat bei gesunden Geschwistern für das frühe und mittlere Erwachsenenalter generell weniger Kontakte und weniger intensive und gefühlsnahe Beziehungen beobachtet, da in diesem Alter Partnerbeziehungen im Vordergrund stünden. Im Gegensatz dazu sind die Mitgeschwister tief und häufig ambivalent an die erkrankte Schwester bzw. den Bruder sowie die Eltern gebunden – obwohl eine schrittweise ‚übende‘ Ablösung von der Familie anstünde.

Spätestens jetzt werden die Verstrickung in die krankheitsbedingte Familiendynamik sowie die darauf gegründeten eigenen widersprüchlichen Emotionen unerträglich. Sich aus diesem Dilemma durch einen vorübergehenden Abschied aus der Herkunftsfamilie zu befreien, ist gut nachvollziehbar.

Durch das Moratorium mit einem eigenen Leben fern der Familie entziehen sich die Mitgeschwister auch den Problemen, die aus der bereits beschriebenen Stigmatisierbarkeit aufgrund der Erkrankung des Geschwisters für sie erwachsen, ohne dass sie die positive Nähe zu ihrem Geschwister aus den frühen gemeinsamen Jahren gefährden.

Kinsella u. a. (1996) haben dem, was hier Moratorium genannt wird, einen prägnanten Begriff gegeben: ‚constructive escape‘, als eine von acht Bewältigungsstrategien von Mitgeschwistern, zu denen auch ‚unhealthy escapes‘ zählen – damit sind unter anderem unumstößliche Kontaktabbrüche und Substanzmissbrauch gemeint.

Die Entscheidung für ein Moratorium bzw. die konstruktive Flucht ist alles andere als ein leichter Schritt. Das Verlassen der Herkunftsfamilie zieht nahezu unweigerlich Schuldgefühle nach sich, wie das folgende Zitat aus der Studie von Marsh u. a. (1993a) zeigt:

„Es fiel mir schwer, wegzuziehen, ich fühlte mich die ganze Zeit schuldig. Meine Mutter möchte immer noch, dass ich nach Hause komme.“
(Ebenda, S. 8 **)

Die ‚räumliche Entfernung vom Angehörigen‘ wird indes von den Befragten der Studie als hilfreiche Bewältigungsstrategie genannt. Nicht verwunderlich, wenn Geschwister anderen Geschwistern raten:

„Lerne Grenzen zu setzen, nein zu sagen, getrennt zu leben und dich deshalb nicht schuldig zu fühlen.“ (Ebenda, S. 11 **)

Wie schwer es ist, dem Rat Folge zu leisten, beleuchten die folgenden Zitate. Friederike Samstag fühlte sich bereits dann „wie eine Verräterin und herzlos“ (Samstag und Samstag 2018, S. 47), wenn sie sich innerhalb der Familie zurückzog. Jana Hauschild stellt Christopher vor,

„den lange Zeit [...] dieses schlechte Gewissen [plagte]. Weil er sich als Jugendlicher abwandte, weil er selten zu Hause war, weil er sein eigenes Ding durchzog.“ (Hauschild 2019, S. 49f.)

In den Geschwistergruppen wird gegen solche Gewissensbisse gearbeitet, ebenso wie in den Peer-Debatten im Forum des GeschwisterNetzwerks.

„Lieber GerhardG, danke für deine Nachricht. Mir hilft es sehr, wenn andere sagen, dass es ‚OK ist‘, keinen Kontakt zu haben oder zu wollen – und wie schwer es ist, sich das selbst zuzugestehen. [...] Ich glaube nicht, dass es wirklich Unterschiede gibt. Jede/r quält sich, macht sich Sorgen, will helfen und leidet, wenn das nicht gelingt. Mich hat meine Schwester nicht weniger beschäftigt, als sie noch nicht so extrem neben der Spur war. Da war das Gefühl, dass ich was tun kann und muss noch viel stärker. Und meine Freunde hatten viel weniger Verständnis. Sie konnten nicht begreifen, warum ich nicht einfach loslasse. Jetzt kapiere es

alle und ich habe ja auch immer wieder spektakuläre Geschichten zu erzählen. Für meine Schwester ist die Situation schlimmer. Für mich wiegt sich das irgendwie auf. Nicht schön. Alles Gute für Dich! Nick“ (Forum 68/187)

Häufig ist die ‚konstruktive Flucht‘ nur ein Moratorium, und dank der in der Kindheit und frühen Jugend angelegten Beziehungsreserven werden die Geschwister erneut füreinander – jeweils das eine für das andere – bedeutsam.

Ross und Milgram (1982) haben dies bei Geschwistern erkrankter Menschen beobachtet. Anders als in unbelasteten Geschwisterverhältnissen ist bei ihnen das ‚Auf-Abstand-Gehen‘ nur von vorübergehender Natur. Sehr viele der Mitgeschwister nehmen intensive Kontakte viel früher wieder auf, als es alterstypisch wäre. Ein Beispiel dafür liefert Bühler-Stehlé (2005), die bereits als jugendliche Schülerin das Elternhaus verließ:

„Ich wollte nicht mehr zu dieser Familie gehören. Ebenso wenig konnte ich mir eine endgültige Trennung vorstellen.“ (Ebenda, S. 114)

Aber bereits mit 18 Jahren kehrte sie gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten nicht nur räumlich in die unmittelbare Nähe zurück, sondern begann in dieser Lebensphase auch mit einem außergewöhnlichen Engagement für ihren Bruder (ebenda, S. 125).

Gagi K. lehrt uns, dass die räumliche Distanz kein Allheilmittel ist:

„[Irgendwann] kommt der Augenblick, wo das nicht mehr geht! Dann merkst Du plötzlich: ‚Oh mein Gott! Ich wusste ja gar nicht, wie sehr mich diese Situation in der Familie belastet hat, auch wenn ich ganz woanders hingezogen bin, damit ich dem eben nicht ausgesetzt bin‘.“ (Peukert 2019b, S. 111)

Sie hat erst in einer Geschwistergruppe gelernt sich zu schützen, man könnte sagen, sich ihr Leben (wieder) anzueignen. Anders als bei Gagi K. ist das Moratorium in vielen Fällen deutlich hilfreicher.

Dieser ‚Eskapismus‘, der vorübergehende Ausbruch des Mitgeschwisters aus der Familie, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit für viele Eltern eine schmerzliche Erfahrung: Sie werden in einer der schwersten Zeiten ihres Lebens von ihrem Kind verlassen, mit dessen Verständnis und Unterstützung sie wohl gerechnet hatten, zumindest hatten sie darauf gehofft.

Die Mutter Kerstin Samstag formuliert das gegenüber ihrer Tochter Friederike so:

„Weggehen, Dich ablenken und so tun, als brauchst Du Deine Familie nicht. Für mich bist Du dadurch immer weniger greifbar. Ich tröste mich damit, dass das altersgemäß ist und ich keine Mutter sein will, die klammert. Und ich versuche, mich damit abzufinden.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 43)

Gegen das elterliche Gefühl der Verletzung helfen neben dem Wissen, dass es sich letztlich um ein – wenn auch vorgezogenes – alterstypisches Verhalten handelt, auch folgende Überlegungen: Das Geschwisterkind unternimmt damit einen bedeutsamen Entwicklungsschritt (Ablösung vom Elternhaus), und es tut dies auch, um einen dramatischen und endgültigen Bruch mit seinen Eltern sowie seinem psychisch erkrankten Geschwister zu vermeiden.

VI.3.2 Ein Schweigegebot oder: die bedeutsame Funktion des partiellen familiären Schweigens

Das Moratorium dient unter anderem als Problemlösung: den Problemen der Herkunftsfamilie im Dienst der eigenen Entwicklung entfliehen, ohne die Familie verlieren zu müssen. Ein weiterer ‚Mechanismus‘ dient offensichtlich ebenfalls der Stabilisierung aller Familienmitglieder in sehr schweren Zeiten, nämlich ein sogenanntes ‚partiellles‘ Schweigen.

In Interviews sagen Geschwister, dass es in ihren Familien ein ‚Schweigegebot‘ gäbe: Sie müssten sehr viel sehen und miterleben, sie müssten sehr viel in der Familie aushalten, sie würden sich als die ‚Problemlosen‘ und ‚Wohlgeratenen‘ präsentieren – aber über all dies dürfe „zum Schutz der Erkrankten“ nicht geredet werden. (Dieses partielle funktionale Schweigen ist nicht zu verwechseln mit der weiter oben benannten Dissoziation von Gefühlen bei den Mitgeschwistern aufgrund tiefer individueller Verstörungen.) Eine Interviewte sprach in dem Zusammenhang sogar von

„seelischem Missbrauch“. Es gibt Berichte, wonach über die Aggressionen seitens der Erkrankten nicht gesprochen werden dürfe, denn diese seien als „normal zu akzeptieren, da sie ein Teil der Erkrankung sind“ (Zitate aus Interviews). Gagi K. berichtet vom Schweigen in ihrer Herkunftsfamilie:

„Und über alle dem schwebt dieses Schweigegelübde, [...] wir [reden] nicht darüber und die Leute draußen dürfen das auch nicht wissen, weil, das stigmatisiert uns alle nur.“ (Peukert 2019b, S. 110)

Dieses Schweigen kann für die Mitgeschwister dramatische Folgen nach sich ziehen, wie Gagi K. es erleben musste:

„Also vermeidest du voll und ganz, deinen Bruder zu erwähnen, als gäbe es ihn nicht. Du tötest ihn quasi in deinen Kommunikationen, das ist ein fürchterliches Gefühl und belastet dich zusätzlich sehr.“ (Ebenda, S. 111)

„[Irgendwann] beginnen sich die Dinge zu melden, die du früher so erfolgreich auf die Seite geschoben, verdrängt hast. Alles was ungesagt blieb, alles was wir verdrängt haben, alles was wir irgendwo in irgendwelchen Schubladen verstaubt haben krabbelt hervor: Die Schubladen fangen plötzlich an, ganz von alleine aufzugehen.“ (Ebenda)

Verstärkt wurden in ihrem Fall diese Folgen noch dadurch, dass ein früher Versuch, das Schweigegelübde zu durchbrechen, kläglich scheiterte:

„Ich sprach [...] [zu Beginn der Erkrankung] mit niemanden über diese Situation, außer mit meinem damaligen Freund, das ging gehörig nach hinten los. Plötzlich war es für ihn furchtbar schlimm, dass ich ihn gebeten hatte, darüber nicht mit anderen zu sprechen, um meine Familie zu schützen. Er fand das unfair von mir, da es ja ihn nun so schwer belastete. Plötzlich war sein Seelenheil die Hauptgeschichte. [...] Später dann sprach ich erst mit meinem heutigen Ehemann darüber, das war eine gute Wahl.“ (Gagi K. 2020, S. 16)

Mit anderen Worten: Gagi K. konnte mit der oben beschriebenen physischen Entfernung aus der Familie die möglichen positiven Effekte eines Moratoriums nur sehr begrenzt für sich nutzen – zu sehr hat sie das familiäre Schweigen zu einem generellen Gebot in allen ihren Beziehungen ausgedehnt, ohne dass sie sich damit von den leidvollen Erfahrungen hätte frei machen können – im Gegenteil: Sie erkennt in dem eigenen Versprechen eine zusätzliche Belastung.

Für Tina Bühler-Stehlé (2005) hat das Gebot oder besser der Zwang zu schweigen so zentrale Bedeutung, dass sie es schon in der Widmung ihres

Buches „Für Swen – meinen Bruder – Zwischen Allianzen und Schweigemauern“ benennt. In ihrer rückblickenden Reflexion ist die Parallele zum Bericht von Gagi K. unübersehbar:

„[Ich] lernte als Erwachsene erstmals zu sprechen über die Not und Wirrnis vergangener Zeiten. Und schließlich [...] tauchten sie wieder auf – jene Erinnerungen, die ich vor mir selbst verschlossen hatte.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 203)

„Wir beide hatten nie gelernt, unseren Wahrnehmungen zu trauen und sie in Worte zu fassen; das Schweigegebot unserer wortgewaltigen Familie sitzt tief in uns. [...] [Doch das Misstrauen] meiner angeblich ‚abartigen Neugier‘ gegenüber förderte meine Fähigkeit, selbständig zu denken. Damit wollte ich der eisernen Verdrängung, die sich unsere Familie verordnet hatte, auf die Spur kommen und sie durchbrechen.“ (Ebenda, S. 140)

Auffällig ist, dass Bühler-Stehlé dasselbe Bild verwendet, mit dem auch Mutter und Tochter Samstag (Samstag und Samstag 2018, S. 123) und Gagi K. (Peukert 2019b, S. 113) einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur Versöhnung mit sich selbst und mit der Familie beschreiben: Platz schaffen für Öffnung und Entwicklung.

„[Plötzlich] flossen sie ungewollt, die ungeweinten Tränen aus der Kindheit, lösten den Groll über unsere Familie und schufen Platz. Platz, nicht nur, um über die Schweigemauer zu sprechen, sondern auch, um darüber hinauszublicken.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 116f.)

Ob und in welchem Umfang solche Schweigegebote bzw. -gelübde explizit ausgesprochen werden, kann gegenwärtig niemand einschätzen. Mit Sicherheit darf aber in vielen Familien von Entwicklungen hin zu einem ‚funktionalen partiellen Schweigen‘ ausgegangen werden, wenn dem nicht aktiv begegnet wird.

Welche Funktion erfüllt dieses partielle Schweigen, und wie kommt es in den Familien zu diesem Gebot?

Als die Erkrankung begann und das Familienleben durcheinandergeriet, waren die Erkrankung und das befremdliche oder irritierende Verhalten der oder des Erkrankten für alle Familienmitglieder zentrales Thema. Jeder nahm die Verstörung bei den anderen wahr, und jeder hat auf seine

Weise versucht, sich darauf einen Reim zu machen. In dieser belastenden und schwer zu verstehenden Situation kommt es schnell zu wechselseitigen Schuldzuweisungen, die in ihrer Intensität über die hinausgehen, die Kinder üblicherweise ihren Eltern entgegenbringen.

Jana Hauschild sieht dies auch so: „Deshalb bleibt es nicht aus, dass Familienmitglieder sich gegenseitig die Verantwortung für die Misere zuschieben. Die Erkrankten ihren Eltern, die Geschwister den Eltern, die Mutter dem Vater und andersherum.“ (Hauschild 2019, S. 128) Es ließe sich ergänzen: Und alle zusammen sehen das Hilfesystem als ganz und gar nicht hilfreich an.

Die Psychologin Nadine Bull erkennt dahinter den Impuls des Familiensystems, „zu helfen, wenn es jemandem schlecht geht. Wenn es jedoch zu frustrierend wird, dann streben die Personen in dem System mitunter in andere Richtungen.“ (Bull u. a. 2015, nach Hauschild 2019, S. 122)

Sobald sich die Erkrankung als langwierig bzw. chronisch herausstellt, sortieren sich die Familienbeziehungen neu – mit sehr unterschiedlichen Folgen: Die eine Familie fällt völlig auseinander, die Ehe wird geschieden, alle leben weit voneinander entfernt – bis auf ein Familienmitglied, das sich um die bzw. den Erkrankten kümmert. Andere Familien rücken dicht zusammen, um das gemeinsame Problem solidarisch anzugehen – jeder auf seine Weise.

Jedes einzelne Familienmitglied sieht sich aufgrund der individuellen Herausforderungen mit anderen Problemen konfrontiert, und in den meisten Familien machen die Beteiligten es nach einiger Zeit mit sich allein aus, wie sie damit klarkommen. Bei den Mitgeschwistern resultiert daraus sehr häufig die Rolle der ‚großen starken (kleinen schwachen) Schwester‘, siehe im entsprechenden Kapitel.

Die Eltern finden – neben ihren ohnehin bestehenden Aufgaben – ihre jeweilige Rolle in der Bewältigung der alltäglichen Erfordernisse, die sich aus ihrer Sorge für das erkrankte Kind ergeben: Hilfen bei dessen Alltagsbewältigung, administrative Aufgaben usw., wobei sich in den meisten Familien sicher eine gewisse Arbeitsteilung einstellt, bei der den Müttern zumeist der größte Anteil an Aufgaben zuwächst.

Nachdem die Familie zunächst durcheinander gerüttelt wurde, findet im Lauf der Zeit jedes Familienmitglied seine neue Rolle, und das familiäre

Leben geht in deutlich geordneteren Bahnen weiter. Da ist es nur nahe-liegend: Niemand will in der Folge diese mühevoll hergestellte und fragile Balance gefährden – und damit hält das ‚partielle familiäre Schweigen‘ Einzug in den Familienalltag! Tikva Natan (1981) hat dafür die prägnante Bezeichnung ‚conspiracy of silence‘ eingeführt (zitiert in Nir 2018; das vollständige Zitat im Kapitel ‚Die Wirkungen des elterlichen Schweigens‘).

Das Schweigen ist partiell – und bedeutet ganz und gar nicht das Ende familiärer Kommunikation, auch die Entfremdung der Familienmitglieder voneinander wird damit nicht zwingend eingeleitet. Es ist partiell und hat eine deutliche Funktion: Die familiäre Dynamik wird oberflächlich beruhigt, *mögliche* Emotionen vermindert, indem jeder Beteiligte quasi ‚konspirativ‘ darum bemüht ist, die anderen Familienmitglieder nicht durch die Präsentation der eigenen Probleme zu belasten.

Das Schweigen zu brechen, birgt ein großes Risiko. Nicht nur das labile Gleichgewicht der ausbalancierten Familienrollen wird gefährdet, auch das tiefe Leid sowie die zum Teil unerträglichen Ambivalenzen und unge-lösten Dilemmata werden wieder wachgerufen. Dies ist verbunden mit der Wahrscheinlichkeit, dass vergangene Debatten um die differierenden Sichtweisen auf viele Aspekte der Erkrankung in der Familie erneut auf-flammen: die verschiedene Sicht auf die Erkrankung selbst, die unter-schiedliche Beurteilung, was die Erkrankung für das Kind bzw. das Ge-schwister bedeutet, der Blick darauf, was eine angemessene Behandlung und was der ‚richtige‘ Umgang mit der oder dem Erkrankten in der Familie sei und vieles mehr.

Die Schilderungen eines Ehepaares beim ersten Elterntreffen in Mainz führten zur Entwicklung des hier vorgetragenen Konzepts eines funktio-nalen partiellen Schweigegebotes (Peukert und Simon 2017b, S. 1f.). In der Familie wurde sehr wohl offen und vertrauensvoll miteinander ge-sprochen und viele Erfahrungen wurden miteinander diskutiert – aber nicht, wie die Mitgeschwister ihre Situation empfanden. Die Eltern haben im Anschluss an das Treffen das Gespräch mit *allen* Kindern gesucht und konnten in einem Folgetreffen erleichtert berichten, dass ihre Befürch-tungen unbegründet waren, die Mitgeschwister sich nicht zurückgesetzt fühlten, vielmehr die familiäre Situation einschätzen und akzeptieren konnten (Peukert und Julius 2019c, S. 4).

Wenn mit dem Schweigegebot über längere Zeit ungeklärte Fragestellungen und/oder virulente Konflikte überdeckt werden, schmerzliche innere Widersprüche nicht präsentiert werden müssen und die bedrängenden Schuldgefühle zumindest oberflächlich gebannt werden können, dann erfüllt das partielle funktionale Schweigen zwar seine Funktion, aber es ist dennoch ein dünner, stets gefährdeter Schutzschild, vergleichbar mit anderen ‚Familiengeheimnissen‘: Das scheinbar bewältigte Erleben ist keineswegs vergessen und vergeben, es ist vielmehr jederzeit wieder aktivierbar.

Umso mehr muss versucht werden, den Familien zu helfen, das Schweigen zu durchbrechen oder gar nicht erst in die Schweige-Falle zu geraten. Denn das eigentliche, langfristige Drama des Schweigegebots ist die mögliche damit einhergehende Traumatisierung der Mitgeschwister.

Kate Strohm, Mitgründerin von SiblingsAustralia, fand diesen Sachverhalt bereits bei William Shakespeare in Macbeth beschrieben: „Gib dem Schmerz Worte; stumme Trauer umschlingt das beladene Herz und lässt es brechen.“ (Strohm 2002, Geleitwort **)

Ein solches Trauma kann unmittelbare und gravierende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Mitgeschwister und sogar der Folgegeneration(en) haben. Im Kapitel ‚Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken‘ werden daher in mehreren Unterkapiteln diese Zusammenhänge referiert, unter anderem im Abschnitt ‚Die Wirkungen des elterlichen Schweigens‘.

Das Schweigen kann selbst über die Kernfamilie hinaus Wirkung entfalten. Die Frau eines psychisch erkrankten Mannes berichtet, wie sie sich damit konfrontiert sieht:

„Dieses Schweigen in der Herkunftsfamilie meines Mannes macht mir noch heute die meisten Probleme.“ (Peukert und Simon 2017b, S. 2)

Weitere Beispiele finden sich in dem Artikel „Familiengeschichte(n) – Es ist eine Zeit angekommen ... die bringt uns neues Leid“ (Julius und Peukert 2020b).

Selbst wenn diese Folgen in einer Familie und deren nahem Umfeld nicht eintreten, verhindert das Schweigen die Mobilisierung familiärer Ressourcen. Es ist schwer, erst nach vielen Jahren – wenn die Kinder groß sind – dieses Schweigen zu durchbrechen. Das kann erforderlich sein, wenn sich

die Familie über die Vergangenheit Klarheit verschaffen oder wenn sie Vorkehrungen für die Zeit treffen will, in der die Eltern ihre Aufgaben nicht mehr in der bisherigen Weise erfüllen können.

Sogar Friederike Samstag, die wir als sehr wohl streitbar kennengelernt haben, spricht im Nachhinein von einem „verschwiegenen Zentrum“, das auf „die schlimmste Zeit“ verweist. Sie beschreibt eine Zeit, in der ihre Mutter von ihr absolute Zurückhaltung verlangte – obwohl sie erlebte, wie sich ihre Mutter dem kranken Bruder gegenüber in einer Weise verhielt, die bei ihr massive Angst und Wut auslöste. Wenn sie sich nun im Nachhinein an dieses verschwiegene Zentrum erinnert, kommt „sofort alte, heftige Angst und Wut wieder in mir hoch.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 118)

Mit anderen Worten: Hätte sie damals nicht geschwiegen, hätten ihre Angst und ihre Wut das Zusammenleben überschwemmt und das nur äußerst mühsam aufrecht erhaltene labile Beziehungsgefüge womöglich völlig zum Einsturz gebracht. Wahrscheinlich hat das Schweigen der Tochter mit dazu beigetragen, einen Beziehungsabbruch zwischen Mutter und Tochter zu vermeiden.

Mit dem Schweigen verhält es sich wie mit der freiwillig-unfreiwillig auferlegten Rücksichtnahme der Mitgeschwister oder es ist ein Teil davon: Die Themen bleiben unterschwellig vorhanden und emotional bedeutsam. Aus diesem Grund muss geklärt werden, wie das Schweigen möglichst frühzeitig gebrochen oder sogar ganz vermieden werden kann – ohne dass es zu zerstörerischen Konflikten in der Familie kommt.

Dass es überhaupt zu so schweren Konflikten wie in der massiven Dynamik zwischen Tochter und Mutter Samstag kommen muss, ist keinesfalls zwangsläufig. Die von Seiffge-Krenke (2001) beschriebene Familiensituation, bei der eine Schwester „sich bitter über ihre Vernachlässigung beklagte“ und den Eltern schrieb, sie würde „am liebsten aus diesem Leben scheiden“, wurde bereits angesprochen. Die Eltern nahmen die Not-situation der Tochter wahr, sprachen sofort lange mit ihr und fanden Wege einer ausgeglichenen Aufmerksamkeit für alle Kinder der Familie. Der Effekt: Die Schwester entwickelte ein fürsorgliches Verhalten ihrem 14-jährigen, an Diabetes erkrankten Bruder gegenüber, das Verhältnis der Geschwister zueinander veränderte sich ohne weitere Belastungen ins

Positive; die Eltern verabschiedeten sich von der Fixierung auf ihn, was dazu führte, dass „Tim selbst [...] sehr schnell einen völlig selbständigen Umgang mit der Erkrankung [lernte], so dass zumindest die äußere massive Belastung nur eine relativ kurze Zeit währte.“ (Ebenda, S. 432)

Die Erkrankung war eine körperliche, Diabetes; dennoch ist die Annahme positiver Entwicklungen gerechtfertigt, wenn Eltern die Probleme der Geschwister ihrer psychisch erkrankten Tochter bzw. ihres Sohnes frühzeitig wahrnehmen, gemeinsam darüber sprechen, um für alle Beteiligten familienpraktische Lösungen zu finden. Dazu gehört unter anderem eine ausbalancierte Aufmerksamkeit für alle Kinder der Familie, die die besonderen Unterstützungsnotwendigkeiten für das erkrankte Kind sehr wohl einschließt und die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ansprüche aller Beteiligten berücksichtigt.

Das lässt sich leicht niederschreiben, ist allerdings ein schwieriges Unterfangen!

VI.4 Eltern hegen Erwartungen an ihre Kinder

Eltern hegen Erwartungen an ihre Kinder – das ist eine allgemeingültige Binsenweisheit. In einer Familie mit einer psychisch erkrankten Person stellt sich über viele übliche Erwartungen hinaus eine sehr spezifische ein: Eltern wünschen sich die Unterstützung durch die Geschwisterkinder bei ihrer Sorge um das erkrankte Kind der Familie. Dabei müssen zwei Zeiträume getrennt betrachtet werden: die Zeit, in der die Eltern die primären Kümmerer sind, und die Zeit, zu der sie die mit dieser Funktion verbundenen Herausforderungen nicht länger meistern können. Völlig voneinander getrennt sind diese beiden Zeiträume natürlich nicht, denn sowohl die Eltern als auch die Geschwister schlagen sich bereits im ersten Zeitraum – häufig jeder für sich allein – mit den bedrängenden Fragen des zweiten Zeitraums herum.

In den USA haben mehrere Mitgeschwister des Sibling Support Projects aufgeschrieben, was sie dazu zu sagen haben; es entstand die Broschüre „Was Geschwister Eltern und Professionellen mitteilen wollen“ (Holl 2015). Die erste Botschaft: Geschwister haben das Recht auf ein eigenes Leben.

„Ohne eine ehrliche und offene Diskussion sollten Eltern und professionelle Helfer keine Vermutungen darüber anstellen, welche Zuständigkeiten die sich normal entwickelnden Geschwister übernehmen könnten. [...] Selbstbestimmung steht schließlich jedem zu – auch Brüdern und Schwestern.“ (Ebenda **)

Aus den Geschwistergruppen, dem Geschwisterforum, vielen Interviews, der Lektüre der Auseinandersetzung zwischen Friederike und Kerstin Samstag und den von Jana Hauschild rekonstruierten Lebensgeschichten geht sehr deutlich hervor: Für viele der Mitgeschwister ist es ein sehr langer Weg, sich von den offenen oder indirekten Erwartungen der Eltern zu distanzieren und sich selbst das Recht auf ein eigenständiges Leben einzuräumen.

VI.4.1 Erwartungen der Eltern – solange sie noch die primären Kümmerer sind

Nur selten geraten Geschwister bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter in die Rolle der ‚primären Kümmerer‘ wie im Fall einer Schwester, die sich auf ein gemeinsames Leben mit dem Erkrankten eingelassen hat, da dieser sich Abstand von den Eltern wünschte:

„Er lebt bei mir, weil er mehr Unabhängigkeit von unseren Eltern wollte.“
(Mulder und Lines 2005, S. 12 **)

Aber die meisten Geschwister werden schon sehr bald nach der Ersterkrankung sowie im weiteren Verlauf wiederholt mit den Erwartungen der Eltern konfrontiert, sich an der Sorge für das erkrankte Familienmitglied zu beteiligen. Für die Eltern ist dies ein zunächst stilles, mit der Zeit immer bedeutsamer werdendes Thema. Sie wünschen sich Unterstützung bei ihrer Sorge und hegen entsprechende Erwartungen, was aufgrund ihrer Situation völlig nachvollziehbar ist. Die Mitgeschwister erfüllen dies, selbst dann, wenn es nicht ausgesprochen wird.

Es ist nicht bekannt, wie viele Eltern in Deutschland ihre Wünsche an die Mitgeschwister als stille, nicht ausgesprochene Erwartungen richten, wie viele von ihnen die Erwartungen aussprechen oder sogar explizit als Forderung äußern. Allerdings können internationale Studien Hinweise auf die Dynamik geben, die mit den Sorge-Wünschen der Eltern und der Sorge-Bereitschaft der Geschwister verbunden ist.

In dem von der amerikanischen Angehörigenorganisation NAMI und der National Alliance for Caregiving herausgegebenen Ratgeber „Circle of care“ (NAMI 2016) heißt es im Anschluss an Hatfield u. a. (2005): „Studien haben gezeigt, dass vorrangig Geschwister zu den primären Bezugspersonen werden, wenn die Eltern nicht mehr in der Lage sind, die Versorgung zu leisten. Obwohl viele Eltern berichten, sie hofften, dass dies so kommen werde, führen sie leider selten rechtzeitig Gespräche mit den Geschwistern der oder des Unterstützungsbedürftigen, um sicherzustellen, dass sie bereit und vorbereitet sind, diese Rolle zu übernehmen.“ (NAMI 2016, S. 41 **) Und der Ratgeber mahnt, dass nur 32 % der alternden Eltern einen wirklichen Plan hätten (ebenda, S. 49).

Dessen ungeachtet empfinden mehr als 60 % der Mitgeschwister die Erwartungen bzw. Forderungen (demands) seitens der Eltern als große Bürde (Hatfield u. a. 2005, S. 332).

Während für die Hatfield-Studie bei der Bereitschaft der Geschwister wegen der Nähe zur Angehörigenorganisation NAMI sogar noch ein Positiv-Bias unterstellt werden muss, kommt an der Universität Illinois auch Czipri (2004) in ihrem Aufsatz „Die Geschwisterstudie: Wie wirkt sich ein Geschwister mit einer psychischen Störung auf das Leben von College-Studenten aus?“ ** zu einer ähnlichen Erkenntnis. Die Sorge um die gegenwärtige und zukünftige soziale Situation des erkrankten Geschwisters belastet die jungen College-Studenten stark, allem voran Ängste „ob ihr Geschwister in der Lage sei, in Zukunft für sich selbst zu sorgen, oder ob sie sich zukünftig um das Geschwister kümmern müssten.“ (Ebenda, S. 26 **)

Eine Mutter aus Australien charakterisiert solche junge Erwachsene mit der prägnanten Bezeichnung ‚carer in waiting‘ (Kümmerer in Warteposition).

„[Sie] liefen weg, sie wollten ihr eigenes Leben; sie wollten nicht abgestempelt und als ‚Carer in Warteposition‘ betrachtet werden und verschwanden vollständig aus der familiären Dynamik.“ (SiblingsAustralia 2016, S. 10 **)

Sie beobachtet diese Strategie in vielen Familien mit behinderten Kindern und sieht darin eine Flucht vor der als bedrohlich wahrgenommenen Rolle (ebenda). Im Kapitel ‚Sich mit einem Moratorium den Problemen in der Familie entziehen – ohne mit ihr brechen zu müssen‘ wurde dieses weitverbreitete Phänomen weiter oben behandelt.

Dabei ist es keinesfalls so, dass sich die Geschwister und die Eltern mit dem Problem der Übergabe der Sorgeverpflichtung erst auseinandersetzen, wenn die Eltern alt sind: Die meisten Geschwister und Eltern fühlen sich von der Frage bereits zu einem Zeitpunkt bedrängt, da die Eltern die Sorge noch vollständig und allein tragen – nur werden diese bedrückenden Gedanken in der Regel nicht geteilt, jeder plagt sich damit allein. Dieser Teil der Zukunftsangst fällt in den großen Topf des partiellen funktionalen Schweigens (siehe oben).

Diese bereits von Lefley und Hatfield (1999, S. 373) thematisierte Tatsache bestätigt sich in jedem Geschwistertreffen und jeder Geschwistergruppe sowie in vielen Studien, egal in welchem Land oder auf welchem Kontinent die Mitgeschwister zu Wort kommen, ob in den USA, England oder Australien. Auch in der qualitativen Studie von Yang u. a. (2017b, S. 409) in Taiwan machen sich die interviewten Mitgeschwister Sorgen um die künftige Betreuung ihrer erkrankten Schwestern und Brüder.

In den meisten Familien wird diese Frage erst angesprochen, ‚wenn es so weit ist‘, wenn die Eltern zur Kenntnis nehmen müssen, in Kürze die bisherige Sorge nicht länger leisten zu können. Dramatisch wird es für die erwachsenen Mitgeschwister immer dann, wenn sie in fortgeschrittenem Alter unvorbereitet und ohne gefragt zu werden eine Rolle übernehmen sollen, die bisher die Eltern innehatten, so etwa beim plötzlichen Tod der bisher sorgenden Person.

Wurde in der Familie, idealerweise unter Einbeziehung der erkrankten Schwester bzw. des erkrankten Bruders, schon früher besprochen, wer in Zukunft bereit sein werde, welchen Anteil an Verantwortung zu übernehmen, so kann diese ‚Übergabesituation‘ gemeistert werden.

VI.4.2 Erwartungen der Eltern – wenn sie die Sorge nicht mehr stemmen können

Unabhängig davon, wie die Mitgeschwister ihr bisheriges Leben gestaltet haben – mit großer oder auch geringer Nähe zum erkrankten Geschwister, mit engen oder weniger engen Kontakten zu den Eltern: Wenn diese alt werden, kommt auf alle eine neue Herausforderung zu, denn die Eltern sind mit der Sorge für das (inzwischen längst erwachsene) kranke ‚Kind‘ zunehmend überfordert. Das ist der Moment, in dem sich die Mitgeschwister mit bisher häufig nur geahnten oder beiseite geschobenen Herausforderungen und oft nur unterschwellig vermittelten Ansprüchen auseinandersetzen müssen, ob sie wollen oder nicht.

„Wir sind bald nicht mehr, und nun? Was ist mit Dir?“ (Interview)

Verschärft werden die Anforderungen oder Ansprüche zusätzlich, wenn die nachlassenden Kräfte der Eltern einhergehen mit deren eigener Pflegebedürftigkeit. Langjährige Beobachtungen der Autoren deuten darauf hin, dass dies keine selten auftretende Konstellation sein dürfte, denn viele der sorgetragenden Eltern bzw. Elternteile sind bestrebt, so lange wie irgend möglich als Kümmerer für ihr erkranktes Kind da zu sein.

Abhängig vom Zeitpunkt, zu dem eine solche Veränderung eintritt, kann sich das unterschiedlich auf die Mitgeschwister auswirken. Oft beschrieben worden ist die Situation der sog. Sandwich-Generation, die selbst noch im Erwerbsleben steht, Verantwortung für die eigenen Kinder trägt und zusätzlich gefordert ist, sich um die Belange der alternden Eltern zu kümmern. Gehören Mitgeschwister dieser Generation an, so erweitern sich die Anforderungen für sie um eine weitere Dimension, nämlich die Sorge für das erkrankte Geschwister. Sind die Mitgeschwister demgegenüber jünger, ist unter Umständen ihre Etablierung in beruflicher und familiärer Hinsicht noch nicht abgeschlossen. Sind sie wesentlich älter, fällt zwar in der Regel die Sorge für die eigenen Kinder weg, dafür haben sie selbst ein Alter erreicht, in dem sie den Zenit ihrer Leistungsfähigkeit bereits (deutlich) überschritten haben könnten. Im ungünstigsten Fall treffen mehrere belastende Aspekte in der Lebenssituation zusammen.

Seit Beginn der Angehörigenbewegung stellen älter werdende Angehörige immer wieder die für sie zentrale Frage: Was wird, wenn wir mal nicht mehr sind? Sie stellen diese Frage bis heute – dem Ausbau regionaler ambulanter Versorgungsstrukturen zum Trotz. Viele Eltern sehen in den Geschwisterkindern die natürlichen Erben der mit der Versorgung ihres erkrankten Kindes verbundenen Bürden.

Das Wissen um diese Erwartung seitens der Eltern löst bei den Geschwistern enorme Hilflosigkeit und massive Verzweiflung aus, wie die folgenden Zitate zeigen.

„Ich muss mich kümmern, ich wurde überhaupt nicht gefragt, es ist mehr wie ein Zwang.“ (Interview)

„Der letzte Satz meiner Mutter auf dem Totenbett war: ‚Mein letzter Wunsch: Kümmere Dich um Deinen Bruder!‘ Sie können sich vorstellen, was das auch noch heute bei mir auslöst! Ich hatte damals und habe heute keine Wahl!“ (Interview)

Einer anderen Schwester wurde vom Vater auf dem Totenbett das Versprechen abgenommen, sich um ihre drei erkrankten Geschwister zu kümmern. Sie fühlt sich nicht gut dabei, hat permanent ein schlechtes Gewissen und sieht symbolisch „den Arm des Vaters aus dem Grab“ (Peukert und Julius 2019c, S. 4).

Für den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK) scheint dagegen die unbegrenzte Inanspruchnahme der Mitgeschwister schiere Selbstverständlichkeit zu sein, zumindest für seine langjährige Vorsitzende:

„Wer kümmert sich so, wie ich das jetzt tue, wenn ich das nicht mehr kann? [...] Vielleicht sind Kinder verstreut in Stuttgart und in Hamburg und keiner vor Ort, der entsprechend einspringen könnte.“ (Schliebener 2019, S. 56)

Unter den Versorgungsbedingungen der USA werden die Geschwister als die logischen Nachfolger (logical replacements) der alternden elterlichen Pflegenden von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen angesehen (Hatfield u. a. 2005, S. 327), aber „bereits 1999 ergab eine Umfrage unter Geschwistern in den USA, dass nur ein Drittel von ihnen plant, eines Tages die primäre Bezugsperson des Erkrankten zu sein“ (Hauschild 2019, S. 196). Smith u. a. (2000, S. 1162) berichten in ihrer Studie, dass drei Viertel der 157 Mütter (Durchschnittsalter 67 Jahre) von erwachsenen Kindern mit erheblichen psychischen Erkrankungen hofften, ein ‚anderes Familienmitglied‘ werde die Sorge übernehmen, aber nur ein Viertel ging davon aus, dass dies tatsächlich so sein werde. Ein noch kleinerer Anteil (11 %) hatte Vorsorge getroffen, wo das Kind nach ihrem Tod leben solle.

In der Befragung von Hatfield u. a. (2005, S. 332) rechneten dennoch neun von zehn Geschwister mit dieser künftigen Aufgabe, sie sehen sich allerdings eher als soziale und emotionale Stütze im Sinne des Wunsches, (wieder) nur Schwester oder Bruder zu sein: Auch diese Geschwister wollen nicht in die Fußstapfen ihrer Eltern treten. Bei Mitgeschwistern, die routinemäßig in die Sorge für das erkrankte Geschwister eingebunden waren, stellte Dodge (2011, S. 116) als wesentliches Ergebnis seiner Studie fest, „dass sich die geschwisterliche und die elterliche Unterstützung unterschieden. Die Betreuungsleistung der Geschwister war sporadisch, inkonsistent und weniger umfassend als die Fürsorge durch die Eltern.“ **

Mit anderen Worten: Selbst dann, wenn die Geschwister unterstützende Funktionen übernehmen, weichen Art und Umfang oft sehr weit von dem ab, was die Eltern geleistet haben und was sie nun von den Mitgeschwistern erwarten.

Aus Geschwistertreffen ist bekannt: Oft setzen die so konfrontierten Geschwister höchst trügerische Hoffnungen in die Segnungen des professionellen Hilfesystems, das ihren Erwartungen keinesfalls entsprechen kann, wenn sie dort eine quasi bruchlose Fortführung der elterlichen Sorge erwarten. Jungbauer u. a. (2001, S. 105) betonen im Anschluss an Angermeyer u. a. (1999), dass kein professionelles Hilfesystem in der Lage sei, die Qualität an Beziehung sowie Bereitschaft zum ständigen Kümern zu realisieren, wie es von einer ‚sich aufopfernden Mutter‘ geboten wird, wobei dieser Terminus für die übernommene Rolle der pflegenden Person steht.

Es gibt solche Mütter, die sich individuell und persönlich, mit vollem Herzen und aller Kraft für ihr erkranktes Kind einsetzen und darin die genuine Aufgabe einer Mutter sehen, und nicht die von Einrichtungen und Diensten des Versorgungssystems. Offensichtlich handelte es sich um eine diesem Muster nahekommende Mutter, von der eine Schwester, jenseits der 50, berichtet:

„Ich hatte die Familie früh verlassen, um im Ausland zu studieren und zu arbeiten; nach meiner Rückkehr nach Deutschland wurde ich von meiner Mutter ‚in die Verantwortung genommen‘.“ (Interview)

Dem nachvollziehbaren Wunsch der Eltern, die Geschwister könnten an ihre Stelle treten, steht neben den berechtigten Interessen der Geschwister auch die Lebenswirklichkeit der Industrie- und Leistungsgesellschaft entgegen. Lefley hatte bereits 1987 in einem Zeitschriftenaufsatz auf das sich abzeichnende soziale Problem hingewiesen, wenn die alternden Eltern für die Versorgung ihrer erwachsenen psychisch erkrankten Kinder nicht mehr zur Verfügung stünden. Forschungsergebnisse aus Stammesgesellschaften in Westafrika, Melanesien, Zentralmexiko sowie chinesischen und mexikanischen Immigrantenfamilien in den USA zeigen: Je mehr diese in Kontakt mit den westlichen Lebensgewohnheiten kamen, desto geringer waren Versorgungsverhalten, Solidarität und Fürsorglichkeit zwischen den Geschwistern ausgeprägt (Zukow 1989). Genau auf

diese faktisch abnehmenden Orientierungen bauen aber die Eltern mit ihrer Annahme, die Mitgeschwister würden ihre Rolle übernehmen.

Generell scheint heute in den westlichen Zivilisationen zu gelten: Geschwister sind wechselseitig weitgehend von Aufgaben und Pflichten untereinander entbunden. Während in Stammesgesellschaften traditionelle geschwisterbezogene Verpflichtungen noch weit verbreitet sind, wird „in Industrieländern [...] an vergleichbare Verpflichtungen von Seiten der Eltern allenfalls noch dann (hin und wieder) appelliert, wenn ein behindertes Kind geboren wurde, dessen Versorgung und Betreuung von den Eltern (wenn sie älter werden) allein nicht mehr zu bewerkstelligen sind.“ (Kasten 2001, S. 2)

Diese historische Ent-Bindung macht es zu einem ausschließlich moralischen Problem, welche Unterstützung und Hilfen jemand bereit ist, gegenüber seiner erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder zu gewähren. Jedes Mitgeschwister muss dies nun für sich ganz allein und in voller Eigenverantwortung klären, und zugleich sieht sie oder er sich aufgefordert, das kulturelle Gefüge um sich herum zu berücksichtigen: Die jeweilige Praxis seines weiteren soziokulturellen Umfeldes sowie die familiären Konstellationen, Regeln und Dynamiken, die sich in Erwartungen niederschlagen. So ist auch selbstverantwortlich zu entscheiden, der jeweiligen Praxis und den Erwartungen eher zu genügen oder nicht.

Wenn nun aufgrund der veränderten Lebenslage der Eltern die Mitgeschwister in die Pflicht genommen werden, stehen sie häufig selbst in einem Lebensabschnitt, in dem berufliche und persönliche Belastungen auf bereits abnehmende eigene Leistungsfähigkeit treffen. Unabweisbar stellt sich dann die Frage: Was bedeutet diese neue Verantwortung für mich, für mein Leben und für diejenigen, mit denen ich bisher mein Leben führe? Wie viel Kraft, Zeit und Raum (ggf. in den eigenen vier Wänden) bin ich bereit einzusetzen? Wie sehr bin ich bereit, mein eigenes Leben und das meiner Familie (Ehegatte, Kinder und Enkel) auf die Belange des erkrankten Geschwisters umzustellen?

In ihrem Aufsatz „... nur eine Schwester?“ hat Lotte Mucha bereits 1982 zum Ausdruck gebracht, was sie umtrieb, als sie und ihre Familie nach dem Tod der Eltern die erkrankte Schwester in ihren Haushalt aufnahmen:

„Wie ‚selbstverständlich‘ hat sich die Schwester in unserer Familie einleben müssen, mit Jugendlichen, auch schon jungen Erwachsenen, mit einem angeheirateten Schwager. [...] Und immer wieder die Frage: Kann ich meinen heranwachsenden Kindern zumuten, dass ständig eine ‚mit ihrer Krankheit belastete‘ Tante mit im Haus wohnt? [...] Dies alles löst bei mir zwar keine Schuld, aber doch so etwas wie ein schlechtes Gewissen aus und dazu die Zweifel: Werde ich den Bedürfnissen der erkrankten Schwester gerecht ...?“ (Mucha 1982, S. 57)

Unabwendbar kommt auf die Geschwister die Frage zu: Will und kann ich eigentlich so weitermachen wie meine Eltern? Will und kann ich die Erwartungen der Eltern und mitunter auch des erkrankten Geschwisters mit der eigenen Lebenssituation und den Bedürfnissen der eigenen Familie in eine lebbare Balance bringen? Und manchmal stellt sich auch die Frage, wie gehe ich damit um, wenn die erkrankte Schwester oder der Bruder meine Unterstützungsangebote ganz oder partiell ablehnt?

In einem Seminar diskutierten Eltern und Mitgeschwister, wie dies gelingen kann, ausgehend von den Fragen, die sich Eltern in der Regel schon lange vor der Abnahme ihrer Vitalität stellen: Wie geht es weiter, wenn wir Eltern nicht mehr sind? Was dürfen wir unseren gesunden Kindern zumuten? Sind Geschwister nach dem Tod der Eltern verantwortlich für ihren erkrankten Bruder, ihre erkrankte Schwester? Als bemerkenswerte und ermutigende Erkenntnis aus dem Seminar zeigte sich eine Tendenz: Eltern, die sich in einem längeren Prozess (!) mit diesen Fragen auseinandergesetzt hatten, hinterfragten ihre ursprüngliche Erwartungshaltung gegenüber den Mitgeschwistern und suchten stattdessen für die gesamte Familie akzeptable Lösungen, wobei sie das erkrankte Kind daran beteiligten, wo immer es möglich war. Die Übereinstimmung der Überlegungen mit den Vorstellungen des erkrankten Kindes ist ein wesentliches Kriterium für eine erfolgversprechende Lösung (Peukert und Julius 2019c). Dies ist nur ein erfahrungsbezogener Ausschnitt, der allerdings darauf verweist, wie lohnend und entlastend die frühzeitige Beschäftigung mit den unbequemen Fragen sein kann.

VI.4.3 Mit den Erwartungen der Eltern klarkommen

VI.4.3.1 Den Unterstützungswünschen der Eltern folgen – oder sich entziehen?

Marsh u. a. (1993a, S. 10) haben in ihrer Studie einen starken Kontrast im Bedürfnis nach einem bedeutungsvollen Anteil an der Behandlung (meaningful involvement in treatment) gefunden. Einige Befragte antworteten mit ‚extrem wichtig‘, andere wollten sich auf gar keinen Fall irgendwie beteiligen.

Auch Gerace u. a. haben in ihrer Studie zur Mitwirkung der Geschwister bei der Bewältigung der krankheitsbedingten Herausforderungen der Familie deutlich verschiedene Haltungen und Verhaltensweisen gefunden. Die Autorinnen sehen darin Bewältigungsmuster, die am Ende des Verarbeitungsprozesses zu drei Positionierungen führen können (Gerace u. a. 1993, S. 641):

- sich an der Unterstützung beteiligen (collaborative participation, heute würden sie das sicher als die Carer-Rolle bezeichnen),
- die Beteiligung auf die Bewältigung akuter Krisen beschränken (crisis-oriented approach) oder
- sich von der Familie abwenden (detached approach).

Acton (2002) und Jewell u. a. (2002) beschreiben Geschwister, denen es nicht gelingt, den Widerstreit zwischen Selbstsorge und geschwisterlicher Hilfestellung für sich zu lösen, und Leith u. a. (2018) haben Geschwister mit ambivalenteren Haltungen identifiziert, die sich diesen drei Gruppen nicht eindeutig zuordnen lassen.

„Ich bemühe mich, ein Gleichgewicht zu finden zwischen Dingen, die ich für mich selbst und Dingen, die ich für mein erkranktes Geschwister tue.“
(Ebenda, S. 1197 **)

Daneben stellten sie fest, dass Mitgeschwister, „die Mitglieder in einer Selbsthilfegruppe oder einem Verband wie NAMI waren, sich durch ein signifikant höheres Vermögen auszeichneten, Selbst- und Fremdsorge für das Geschwister auszubalancieren“ (ebenda, S. 1201 **).

Das von den Geschwistern zu bewältigende Problem wurde bereits in vielfältiger Weise angesprochen:

- einerseits die vorwiegend emotionalen Ambivalenzen, aufgrund derer sich die Geschwister zu den Erkrankten hingezogen fühlen, bei dem gleichzeitigen Bedürfnis, aufgrund der Ansprüche und/oder Verhaltensumutungen des Geschwisters auf Abstand zu gehen;
- andererseits die soziale Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Selbstsorge und Selbstentwicklung sowie den sozialen Erwartungen, was die Beteiligung an den familiären Hilfen für das erkrankte Geschwister angeht. Diese Ambivalenz wird als ‚soziale‘ charakterisiert, da das ‚Selbst‘ die soziale Seite des ‚Ich‘ abbildet (Krappmann 1972, S. 59).²⁸

40 % der von Schmid u. a. (2009, S. 332) befragten Geschwister von aktuell hospitalisierten Schwestern bzw. Brüdern sahen zum Zeitpunkt der Befragung große Schwierigkeiten darin, sich von ihren Familien um der eigenen Individualität willen zu lösen (to individuate from their families).

Diese Ambivalenzen generieren Verhaltens-Dilemmata, denn sie führen nicht zu befriedigenden Verhaltensmustern und sind auch nicht durch die Wahl dieser oder jener Rolle befriedigend lösbar. Sie sind, wie Schmid u. a. (2009, S. 334) es nannten, der ‚tägliche Lebenskonflikt‘ der Mitgeschwister – und die sogenannten Bewältigungsmuster sind entsprechend labile, ggf. nur vorübergehend funktionale Weisen, mit diesen Widersprüchlichkeiten (weiter) leben zu können.

Verschärft werden diese ‚täglichen Lebenskonflikte‘ noch, wenn zu den Belastungen durch die Erkrankung der Schwester oder des Bruders noch weitere Konflikte und/oder Herausforderungen treten oder bereits vorher bestanden (Zöberlein 2017a, S. 36). Im Kapitel ‚Die geschwisterliche Bindungsreserve ...‘ wurde bereits auf sogenannte ‚riskante Familienkonstellationen‘ (Walper und Thönnissen 2012) eingegangen. Es ist naheliegend, dass die Kumulation solcher Faktoren die Anforderungen an wirksame Bewältigungsstrategien und gleichzeitig deren Fragilität weiter erhöht.

²⁸ Krappmann bezieht sich auf die von Mead eingeführte und für den symbolischen Interaktionismus konstitutive I-Me-Relation (Mead 1934).

Die folgende Äußerung einer Schwester kann das gesamte Dilemma ausdrücken. Der Versuch, sich der vermeintlichen Verpflichtung durch eine möglichst weite räumliche Distanz zur Herkunftsfamilie zu entziehen, hilft wenig, wenn weder die Eltern noch der erkrankte Bruder diese Distanzierung respektieren und stattdessen immer wieder moralischen Druck ausüben. Besonders belastend ist diese Situation, wenn man als Geschwister eines Erkrankten zugleich auch Kind einer psychisch erkrankten Mutter ist, was z. B. nach den Taiwan-Studien (siehe Kapitel ‚Das ‚objektivierbare‘ genetische Risiko‘) ohnedies eine deutlich höhere Krankheitslast für solchermassen ‚doppelt Betroffene‘ bedeutet.

„Ich bin doppelt betroffen: Die Erkrankung meiner Mutter [...] bekam ich bereits mit sechs Jahren hautnah mit und mein Bruder erkrankte mit Anfang 20 an Schizophrenie. Früher dachte ich, mit dem Auszug von zu Hause wäre das Thema für mich beendet, später wusste ich, dass es das nicht ist, dass mich das Thema immer wieder einholt. Je älter meine Eltern werden, desto klarer wird mir, dass ich meinen Bruder ‚erben‘ werde. Ich versuche für mich einen Weg zu finden, wie ich gut mit dieser Situation umgehen kann.

Das fällt mir schwer, weil mit jedem Schub meines Bruders mein ‚Alarmsystem‘ losgeht. Das Gefühl meiner Kindheit, diese völlige Überforderung, mit einer so belastenden Situation allein gelassen worden zu sein, kommt dann sofort hoch. Natürlich versuche ich dann doch meine Eltern und meinen Bruder zu unterstützen, aber ich brauche eine gesunde Distanz, um das auch leisten zu können. Leider wird diese Distanz meist erst respektiert, wenn ich massiv für mich kämpfe. Ein begründetes ‚Nein‘ wird von meinem Vater und meinem Bruder zunächst einfach ignoriert und von meiner Mutter mit heftigen Vorwürfen und Attacken gegen mich beantwortet. [...] Diese Familiendynamik kostet mich unendlich viel Kraft, wenn sie mal wieder zum Tragen kommt. Davon abgesehen mache ich mir Sorgen, wie sehr die Situation meine – inzwischen erwachsenen – Kinder belastet, je mehr ich mich um meinen Bruder kümmern soll und muss.“ (Interview)

In völligem Kontrast zu dem verzweifelten Kampf, den diese Schwester auch nach Jahrzehnten immer wieder um ihre Eigenständigkeit und die ihrer eigenen Familie führen muss, steht der Bericht aus einer anderen Familie.

„[Wir,] Schwester und Bruder trugen 40 Jahre lang die Beschwerden und die Sorgen der Mutter um den schwer erkrankten Bruder mit und

unterstützten sie emotional, finanziell und [haben] versucht, unsere Beiträge zu leisten, die Schwester mit nahezu übermenschlicher Belastung.“ (de Neuf 2004, S. 1)

„Nach dem Tod unserer Mutter 1991 haben wir dann folgerichtig und wie ganz selbstverständlich ihr Werk fortgesetzt.“ (Ebenda, S. 6)

Welche Motivation zu einer so hochgradigen Identifikation der Geschwister mit der Mutter und dem erkrankten Bruder sowie der Inkaufnahme von erheblichen Einschränkungen in der eigenen Lebensgestaltung geführt hat, ist nicht bekannt. Es ist jedoch anzunehmen, dass alle Geschwister, also auch der erkrankte Bruder, einen Preis für diese ‚Parentifizierung‘ zu zahlen haben; mehr dazu im Kapitel ‚Der Wunsch, (wieder) nur Schwester oder Bruder zu sein‘.

Nicht übersehen werden sollte auch, dass die Wünsche der Eltern nicht immer im Einklang stehen mit den Wünschen der erkrankten Schwester oder des erkrankten Bruders. Manche von ihnen lehnen Unterstützungsleistungen durch ihre Mitgeschwister rundweg ab, bestehen auf der Schweigepflicht von professionellen Helfern gegenüber dem Mitgeschwister und ähnliches. Im Kapitel ‚Die Bedeutung des elterlichen Verhaltens für die Geschwisterbeziehung‘ wurde gezeigt, dass Spannungen in der Beziehung oft sehr weit zurückreichen. Die Besonderheiten einer psychischen Erkrankung können einen weiteren Beitrag leisten. Einen objektiven Unterstützungsbedarf und das Fehlen von Alternativen unterstellt, spitzt sich in solchen Fällen das Dilemma zu: Verantwortung für die Schwester oder den Bruder übernehmen auch gegen deren Willen, ggf. sogar Widerstand? Ein Bruder formulierte es so:

„[Er] sieht beim Tod der Eltern nur zwei Möglichkeiten – ‚Flüchten oder Weiterkämpfen‘. Für ihn sei es jedoch klar gewesen, dass er weiterhin versuchen wolle, seinem Bruder beizustehen, soweit dieser dies zulasse und er es könne.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 7).

Ein anderer Bruder hatte

„gelernt, dass je mehr er versuchte, Hilfe zu arrangieren [...], umso mehr Schläge (auch reale), habe er vom Bruder kassiert.“ (Ebenda, S. 3)

VI.4.3.2 Die Übernahme von Unterstützungsfunktionen und das subjektive Wohlbefinden

Neuere Studien zur Korrelation von geschwisterlichem Hilfe-Engagement und dem Wohlbefinden der Mitgeschwister sprechen eine eindeutige Sprache. Die Übernahme von Hilfe-Rollen stand bei ihnen in Verbindung mit geringerer psychosozialer Funktionalität (siehe das Kapitel ‚Über Geschwistervergleiche die Erkrankungen verstehen ...‘), höherer Belastung, ungenügendem Kümern um die eigene Selbstsorge und verringerter Fähigkeit, Erwartungen an die Rolle als Erwachsener zu erfüllen (Jansen u. a. 2015; Taylor u. a. 2008). Sanders u. a. (2014, S. 257) haben beschrieben, dass besonders häufig die dysfunktionalen Rollen des ‚Helden‘ und des ‚verlorenen Kindes‘ aus dem geschwisterlichen Kümern erwachsen können. Im Anschluss an Taylor u. a. (2008) ist nach Lukens und Thorning (2011, S. 197) das subjektive Wohlbefinden der Mitgeschwister stärker beeinträchtigt, wenn es sich bei dem erkrankten Geschwister um einen Bruder handelt, „vielleicht, weil Krankheitsverlauf und Funktionsstörungen bei Männern schwerwiegender sein können“ **. Es muss offenbleiben, ob diese Annahme zutrifft oder (auch) andere Gründe eine Rolle spielen, wie z. B. die tradierte Geschlechterwertigkeit.

Gemäß älteren Studien gelang es Geschwistern aber durchaus, eine hohe Beteiligung an den gemeinsamen familiären Herausforderungen aufrechtzuerhalten und sich gleichzeitig in Richtung auf ein unabhängiges und autonomes Leben zu entwickeln und dies zu behaupten (Hoover u. a. 1972; Marsh u. a. 1993a; Gerace u. a. 1993). Mehr noch: Chen u. a. (2004) haben zeigen können, dass die Übernahme von Hilfe-Verantwortung bei vorhandener inner- und außerfamiliärer Unterstützung positive Effekte auf die Persönlichkeitsentwicklung haben kann.

McKenzie Smith u. a. (2018, S. 260) bieten eine andere mögliche Erklärung für (frühe) geschwisterliche Mitwirkung an: Die Beteiligung am Kümern verändere die Beziehung zu den Eltern, die Mitgeschwister würden besser wahrgenommen und die Eltern würden durch das gemeinsame Kümern mehr Zeit mit dem gesunden Geschwister verbringen.

Ein weiteres Mal stehen wir vor auf den ersten Blick widersprüchlichen Ergebnissen. Ein hohes Engagement bei den familiären Unterstützungsleistungen kann zu deutlichen Einbußen in der persönlichen Entwicklung der Mitgeschwister führen – aber auch zu persönlichem Wachstum.

VI.4.3.3 Eine Balance zwischen Selbst- und Fremdsorge finden

Diesen Widerspruch zwischen persönlichen Einbußen sowie Belastungen, die als Herausforderungen angenommen werden, aber (mit der Zeit) zu Persönlichkeitswachstum führen, leuchten Leith u. a. (2018) aus. Sie konnten empirisch nachweisen, dass der Zusammenhang zwischen Belastung und Persönlichkeitswachstum über die ‚Balancierungsfähigkeit‘ der Geschwister vermittelt ist. Damit ist die Fähigkeit gemeint, zwischen dem Engagement für die eigene Selbstsorge auf der einen und der Beteiligung an den familiären Unterstützungsleistungen für das erkrankte Geschwister auf der anderen Seite eine Balance herzustellen.

Diejenigen Geschwister in der Studie, denen es gelang, immer wieder auszubalancieren, erlebten ein deutliches Persönlichkeitswachstum, und dies war unabhängig von der Schwere der Verhaltensprobleme der erkrankten Schwester bzw. des erkrankten Bruders (ebenda, S. 1203).

Geschwister mit einer Präferenz für Selbstsorge zeigten eine unverkennbare Distanzierung von den Hilfe-Ansprüchen der Eltern. Demgegenüber waren die balancierungsfähigen Geschwister stärker in die Unterstützung involviert, obwohl sie sich gleichzeitig als stärker belastet zeigten; doch trotz des stärkeren Belastungserlebens waren sie signifikant zufriedener mit ihrer Rolle in der Familie.

In Familien, in denen die Mitgeschwister eine deutlich ambivalente Haltung zu Unterstützungsleistungen zeigten, war diese Haltung mit ungünstiger Familiendynamik und niedrigen Werten in der Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen assoziiert, nicht jedoch mit persönlichem Wachstum (Leith u. a. 2018, S. 1203). Letzteres trifft auch auf die Geschwister zu, die die Selbstsorge priorisieren.

Ein möglicher, wenn auch schwieriger Weg aus diesem Dilemma kann darin bestehen, die Verantwortung für die Übernahme von Unterstützungsleistungen zwischen Eltern und Mitgeschwistern *bewusst* aufzuteilen und in eine gemeinsame Verantwortung überzuführen. Diesem Prozess, an dessen Ende die gemeinsame, geteilte Verantwortung stünde, geht mit hoher Wahrscheinlichkeit bei den Mitgeschwistern ein anderer voraus. Die Belastungen aufgrund der Erkrankung sowie die Selbst- und Fremderwartung, sich an der Sorge um die Schwester oder den Bruder zu beteiligen, haben diesen Geschwistern die Notwendigkeit vor Augen geführt, ihr ureigenes Interesse an Selbstsorge nicht nur zu erkennen, sondern auch zu verteidigen. Als Ergebnis können sie zu gleichwertigen Partnern ihrer Eltern werden und einige der beschriebenen Rollenattribute ablegen.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Immer dann, wenn Geschwister mit ihrer familiären Rolle eher unzufrieden sind und/oder wenn eine eher ungünstige Familiendynamik vorliegt, behindert dies eine ausgewogene Verteilung der Energie der Mitgeschwister auf die Selbstsorge einerseits und die Sorge um das erkrankte Geschwister andererseits. Ein Teil der Geschwister ist nicht bereit, sich in die Pflicht nehmen zu lassen, und bewegt sich auf den Pol ‚ausschließliche Selbstsorge‘ hin, eine zweite Gruppe verweilt in einer Ambivalenz zwischen beiden Aufgaben.

Lassen die persönliche Entwicklung und die familiären Bedingungen einen individuell angemessenen Ausgleich zwischen den Herausforderungen zu, sind dies gute Voraussetzungen für persönliches Wachstum. Diese Geschwister sind tendenziell auch weniger belastet von Schuldgefühlen im Gegensatz zu den beiden anderen idealtypischen Geschwistergruppen.

Für die meisten Eltern ist es keinesfalls eindeutig, was sie von ihren gesunden Kindern verlangen dürfen, erwarten sollten oder könnten. Viele von ihnen sehen sehr wohl, was ihre Erwartungen an die anderen Kinder für diese bedeuten könnten, denn natürlich sorgen sich Eltern auch um die gesunden Kinder, nicht selten hegen sie ihnen gegenüber Schuldgefühle. Aus dieser Unsicherheit heraus sind ihre indirekt oder explizit geäußerten Wünsche bzw. Erwartungen höchst mehrdeutig. Daraus resultiert ein Ambiguitätserleben (Erleben von Mehrdeutigkeit) der Mitgeschwister hinsichtlich des von ihnen gewünschten Engagements.

Ewertzon u. a. (2012) haben diese Ambiguität aus ihrem Fokusgruppen-Interview mit 13 Geschwistern psychotisch Erkrankter in Schweden herausgelesen und kategorisieren den Umgang mit Mehrdeutigkeiten als ‚begrenzende Anstrengung‘ (ebenda, S. 157). Es kann von einem besonders starken Einfluss auf die Balancierungsfähigkeit der Mitgeschwister ausgegangen werden, wenn diese noch jung sind und ihre Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen ist.

Noch komplexer wird die Aufgabe, ein Gleichgewicht zwischen Selbst- und Fremdsorge zu finden immer dann, wenn weitere Personen von der Entscheidung betroffen sind: (Ehe-)Partner, eigene Kinder, Enkel, Schwiegereltern usw., die zusätzlich (berechtigte) Ansprüche unterschiedlicher Art haben. Hier ist nicht nur Kunstfertigkeit gefordert, ein passendes Verhältnis zwischen sämtlichen (Selbst-)Verpflichtungen zu finden. Jede Positionierung wird zwangsläufig fragil bleiben, davon zeugen viele Äußerungen im Forum des GeschwisterNetzwerks.

Es geht aber auch ganz anders, wie einzelne wenige Fallschilderungen zeigen. Dafür steht das folgende Zitat aus einer schriftlichen Befragung des Sibling Support Project (USA), in dem Geschwister im Alter ab 50 Jahren angeschrieben wurden:

„Als wir jünger waren, erlaubten uns meine Eltern immer, unser eigenes Ding zu machen, ohne die Erwartung, dass wir uns eines Tages um Johnny kümmern sollten. Deshalb fühlte ich mich nie unter Druck gesetzt und es ist die natürliche Folge meiner Liebe zu ihm, dass ich mich um ihn ‚kümmere‘.“ (Meyer 2015, S. 6 **)

Das Zitat weist einen Weg, auch wenn Johnny nicht psychisch erkrankt, sondern kognitiv behindert ist.

Besonders aufschlussreich ist der Bericht einer Mutter aus Australien, auch eine ihrer Töchter hat eine kognitive Behinderung. Ihre andere Tochter hatte die Flucht angetreten, sie entzog sich und studierte weit entfernt, dann reiste und arbeitete sie in mehreren Bundesstaaten. Ihr Sohn hatte sich dagegen sehr um seine erkrankte Schwester gekümmert. Als er bei einem Autounfall starb, vollzog seine Schwester eine 180-Grad-Wende, wie die Mutter es bezeichnet. Sie kam zurück und hat sich aktiv um das soziale Leben der erkrankten Schwester gekümmert. Diese Mutter ist sich sicher:

„Sie ist hier, glaube ich, weil ich nie Druck auf sie ausgeübt habe, ihre Schwester zu unterstützen. Ich weigere mich, sie als ‚Carer im Wartestand‘ zu etikettieren.“ (SiblingsAustralia 2016, S. 10 **)

Die meisten Mitgeschwister dürften sich aber eher in der Zerrissenheit von Gagi K. wiedererkennen.

„Nach allem, was für ihn getan wurde, soll ich mich noch um ihn kümmern? Ich? Das gefühlt unwichtige, selbsterhaltende, fremde, scheinbar aus der Situation gelöste Kind und doch die Geisel dieser Familiengeschichte? Mein Bruder soll mein Erbe sein? Alles in mir schreit: NEIN! Was werde ich wirklich tun, wenn das so ist? Das weiß ich nicht.“ (Gagi K. 2017, S. 27)

VI.4.3.4 Der verzweifelte Versuch, den widersprüchlichen Erwartungen gerecht zu werden

Wie wir sehen konnten, haben die Mitgeschwister folgende Aufgaben zu meistern, deren Ausprägung und Umfang sich jedoch von Geschwister zu Geschwister und von Familie zu Familie sehr unterschiedlich darstellt:

- Sie müssen eine jeweils angemessene, im Zeitverlauf anzupassende Nähe-Distanz-Relation zu ihrem erkrankten Geschwister herstellen.
- Sie müssen – trotz der ambivalenten Gefühle dem Geschwister gegenüber – handlungsfähig bleiben.
- Sie müssen die Ansprüche des erkrankten Geschwisters mit ihrem Bedürfnis nach Entwicklung eines eigenen Lebens in Einklang bringen.
- Das gleiche gilt für ihre Beziehung zu den Eltern; auch ihnen gegenüber ist eine angemessene Distanz um der eigenen Selbständigkeit willen zu finden.
- Eltern-Kind-Beziehungen sind ohnehin von Ambivalenzen durchzogen, diese werden durch die Erkrankung verstärkt und um weitere ergänzt; die Aufgabe handlungsfähig zu bleiben, gilt auch hier.
- Außerdem muss den von den Eltern offen oder unterschwellig formulierten Ansprüchen begegnet werden, um eine angemessene Balance zu finden zwischen der Bereitschaft, ihren Ansprüchen auf Unterstützung bei der Sorge um das erkrankte Geschwister zu genügen, und

den eigenen Ansprüchen auf Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit mit einem autonomen Leben.

Auch wenn hier von konfligierenden Aufgaben die Rede ist, handelt es sich um Ambivalenzen, die wegen der zugrunde liegenden tiefen wechselseitigen Bindungen nicht als Interessenkonflikte fehlinterpretiert werden dürfen. Vielmehr handelt es sich bei der Aufzählung um *eine* komplexe Aufgabe, bei der alle Unterasspekte synchron zu bewältigen sind!

Während in dem bereits mehrfach zitierten Buch „Mein großer Bruder“ (Bühler-Stehlé 2005) sichtbar wird, dass die Verstrickungen aufgrund dieser komplexen Aufgabe nahe an den Abgrund führen können, wird in den Selbstreflexionen von Kerstin und Friederike Samstag (2018) das verzweifelte Bemühen einer Tochter nachvollziehbar, innerhalb ihrer Familie den eigenen Ansprüchen, denen des Bruders und denen der Mutter gleichzeitig gerecht zu werden. Der Leser wird Zeuge, welche Dynamik der reflektierenden Auseinandersetzung mit ihrer Mutter und deren Erwartungen sowie den Herausforderungen durch den Bruder zugrunde liegt, welche Gefühlskaskaden dabei durchlebt werden müssen und wie Versuche, eine Balance zu finden, immer wieder scheitern. Das Werk ist daher sehr geeignet, die Komplexität und die Widersprüche exemplarisch aufzuzeigen.

Die Tochter Friederike betont, in vielen Dingen zurückzustecken und Opfer zu bringen – so wie die Mutter auch, aber bei ihr, der Tochter, „konnte [das] niemand sehen“ (Samstag und Samstag 2018, S. 46). Den Strudel der familiären Beziehungen einfach zu verlassen, ging für sie nicht:

„Wenn ich mich zurückzog, bedauerte meine Mutter von Neuem, dass wir uns so selten sehen würden, und ich hatte wieder ein schlechtes Gewissen, fühlte mich wie eine Verräterin und herzlos.“ (Ebenda, S. 47)

Sie beschreibt Situationen, in denen ihr gezeigt wurde,

„dass ich störe, wenn ich da bin, aber aus eigenem Entschluss weggehen ist strengstens verboten.“ (Ebenda, S. 41)

Sie sieht sich verzweifelt bemüht, „nicht weiter schuldig zu werden“ (ebenda, S. 48) – und sie nimmt den Kampf um Anerkennung auf, ebenso wie den, als eigenständige Person mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden. Sie erklärt ihrer Mutter das Gefühl, dass sie in der Familie „eigentlich nicht richtig dazugehöre“, und beklagt:

„Wenn ich ein Bedürfnis habe, ist es eine Zumutung. Wenn mein Bruder ein Bedürfnis hat, ist es selbstverständlich.“ (Ebenda, S. 41)

Sie konfrontiert die Mutter mit der Erfahrung, von ihr gleichzeitig überfordert und nicht wahrgenommen zu werden:

„Irgendwann würde er auch wieder auf sich selbst aufpassen können. Bis dahin würde ich für ihn Sorge tragen müssen, obwohl ich es gar nicht konnte. Diese Pflicht, die eigentlich viel zu groß für mich war, würde ich tragen müssen. Und ich war dabei ganz allein. Meine Mutter sah sie nicht. Und sie sah mich nicht.“ (Ebenda, S. 120)

„Zwei Kinder waren dabei, im Fluss zu ertrinken, und du konntest nur eins retten. Du hast dich für ihn entschieden. Deine Kraft reichte für zwei nicht aus. ‚Das verstehe ich‘, habe ich einmal zu meiner Mutter gesagt. Es ging nicht anders. Menschen sind eben nur Menschen, das begreife ich. Aber ich komme nicht darüber hinweg.“ (Ebenda, S. 122)

Es bleibt ungewiss, ob es je gelingen wird, über dieses Erleben ‚hinwegzukommen‘. Gibt es bei zwei Ertrinkenden und begrenzter Kraft nur die Möglichkeit, einen zu retten und den anderen ertrinken zu lassen? Oder lässt sich die Kraft so verteilen, dass beide über Wasser bleiben können, bis weitere Hilfe verfügbar ist? Für die Mutter ist es sehr schwer, die tiefe Verzweiflung ihrer Tochter zur Kenntnis nehmen zu müssen:

„Jetzt kann ich nicht nur verstandesmäßig begreifen, sondern auch fühlen, dass ich damals ihre Verzweiflung und ihre Hilferufe nicht aufnehmen konnte. [...] Wenn ich ihre Verzweiflung an mich rangelassen hätte [...], es hätte mich seelisch umgebracht!“ (Ebenda, S. 123f.)

Sie erlebt die Aussagen der Tochter über ihre Verletzungen als Anschuldigungen, mit denen ihr zugestimmt werde (ebenda, S. 124), und leidet unter dem immer wieder aufbrechenden „Tsunami an Vorwürfen“ (ebenda, S. 129). Besonders dramatisch sind für die Mutter

„[jene] Vorwürfe meiner Tochter, die bei mir den Eindruck hinterließen, ich sei schuld an der Krise meines Sohnes, weil ich ihn seit jeher falsch behandelt hätte [...]. [Das war] zu viel für mich. Wenn alles falsch gewesen war und solche Konsequenzen hatte, dann hatte nichts mehr Sinn.“ (Ebenda, S. 36)

Sie weiß im Rückblick von ihrem über lange Zeit gehegten Wunsch, vorrangig ihren erkrankten Sohn zu schützen und bedingungslos zu ihm zu stehen.

„[Die Tochter] soll und kann doch zurückstecken und verzichten. Die Bedürfnisse des Kranken sind vorrangig und müssen [...] befriedigt werden, so gut es mir möglich ist. Dafür, dass ich Opferbereitschaft zeige und selbst auf Teile meines eigenen Lebens und eigene Wünsche verzichte, werde ich auch noch angegriffen statt unterstützt! [...] Auf diese Weise bin ich mehr mit ihr und unseren gegenseitigen Verletzungen beschäftigt als mit dem kranken Bruder, der mich schon genug Kraft kostet.“ (Ebenda, S. 42)

Wir wissen: Tochter Friederike empfand das ganz anders, sie sah die Mutter unablässig und ausschließlich mit dem Bruder beschäftigt, und wir erleben eine Mutter, die in Ambivalenzen und Dilemmata verstrickt ist, ohne dass sie in der aktuellen Situation ein Schuldgefühl zu plagen scheint. Bei einigen Eltern entstehen solche Schuldgefühle in dem Moment, wenn sie gewahr werden, dass sie die weiteren Geschwister in der Familie nicht ausreichend berücksichtigt haben (siehe das Kapitel ‚Ein kurzer Blick auf die Eltern‘).

In einer Familie mit einem psychisch erkrankten Kind kann es kein Gleichgewicht zwischen allen Geschwistern geben – aber es wäre wünschenswert, auf eine *Gleichgewichtigkeit* hinzuarbeiten, und das geht nicht ohne eine Auseinandersetzung mit den jeweiligen Belastungen, Bedürfnissen und Ansprüchen aller Beteiligten.

Sollte uns der aufrüttelnde Einblick in die Verletzungsdynamik zwischen Kerstin und Friederike Samstag nicht eines Besseren belehren? Wäre es für Mutter und Tochter nicht besser – da leichter lebbar – gewesen, diese oft heftigen Auseinandersetzungen nicht zu führen? Nein, im Gegenteil! Selbst angesichts der Erkenntnis der Tochter,

„wie sehr unsere Wahrnehmungen [in den schwierigen Zeiten] voneinander abweichen und wie schwer, manchmal unmöglich es ist, sie miteinander zu vereinbaren, zueinander in ein Verhältnis zu setzen oder überhaupt nur mitzuteilen“ (ebenda, S. 118),

hat sich für Mutter und Tochter der ‚Kampf‘ um das Aufbrechen des Schweigens gelohnt – selbst da, wo sie sich wechselseitig darüber im Klaren sind, dass es für sie bei manchen der besonders gravierenden Differenzen während der zurückliegenden ‚schweren Zeit‘ niemals zu gleichen Einschätzungen bzw. gleichsinnigen Bewertungen kommen wird.

Friederike zwang ihre Mutter in eine Auseinandersetzung, konfrontiert sie mit ihrem Erleben – und auch die Mutter schont Friederike nicht. So kann die Mutter, wenn auch nachträglich,

„erkennen, wie sehr ich ihr damals wehgetan und sie quasi verlassen, ja weggeschoben habe.“ (Ebenda, S. 124)

Es gelingt schließlich auch, den jeweils anderen zu sehen und das eigene Verhalten in seiner Wirkung auf das Gegenüber einzuschätzen (ebenda, S. 129) – nach einer langen Zeit des Leidens unter den

„Zerwürfnissen, Verletzungen und der gegenseitigen Fassungslosigkeit über das Unverständnis des Gegenübers.“ (Ebenda, S. 129)

Wie wir gesehen haben, bedeutet dies keineswegs, in allen Punkten zu gleichen Bewertungen zu kommen. Die wechselseitige Wahrnehmung der Positionen des Gegenübers und dessen Wissen, dass seine Position wahrgenommen wird, ist jedoch bereits ein großer Erfolg, der die Chance bietet, aus der Dynamik von Missverstehen, Verleugnung und Verletzung herauszutreten. Die Mutter fragt sich:

„wie Friederike und ich jemals zu einer erwachsenen, unabhängigen und liebevollen Beziehung hätten finden können, wenn nicht durch diese Tiefen der Verletzungen, der Wut und der Angst.“ (Ebenda, S. 125)

Wie viele Familien dieses tiefe, bedrohliche und kriegerische Tal durchmessen müssen, wissen wir nicht; aber wenn sich abzeichnet, dass sie sich diesem Tal nähern, sollten sie schnell auf Hilfe zurückgreifen können.

VI.5 Verteilte Solidarität – geteilte Loyalität?

Erwartungen und Forderungen, Ge- und Verbote werden nicht nur von Eltern respektive Elternteilen gegenüber den Mitgeschwistern formuliert. Im Kapitel zum ‚funktionalen Schweigen‘ wurde bereits ausgeführt, dass Schweigegebote Partner und Partnerinnen eines erkrankten Menschen oder eines Mitgeschwisters und selbst Kinder und Kindeskindern außerordentlich belasten können.

Aus vielen Angehörigengruppen ist bekannt, dass die Großeltern (oder auch Geschwister der Eltern) in der Familienkonstellation eine bedeutende Rolle einnehmen können – im Positiven wie im Negativen. Während viele Großeltern ihre Kinder und Enkel nach Kräften unterstützen, säen andere Zwietracht zwischen den Familien, ergehen sich in Schuldzuweisungen an Schwiegetochter bzw. Schwiegersohn, was die Verursachung der Erkrankung oder den Umgang mit den Krankheitsfolgen betrifft, und beeinträchtigen dadurch das ohnedies labile Gleichgewicht in der Familie durch zusätzliche Loyalitätskonflikte, die nicht ohne Auswirkung insbesondere auf die Kinder bleiben.

Die zentrale Ambivalenz der Mitgeschwister, dem Geschwister zugleich nah und fern zu sein (siehe das Kapitel mit diesem Titel), wird um eine Dimension erweitert, sobald eine Partnerin bzw. ein Partner ins Leben der Mitgeschwister tritt.

„Wie schwer war es für mich, dem Lebenspartner zu sagen: ‚Ich habe eine schizophrene Schwester, sie wird ein Leben lang auf meine Begleitung und Hilfe angewiesen sein.‘“ (Mucha 1982, S. 57)

Mitgeschwister stellen sich die Frage, inwieweit die erkrankte Schwester oder der erkrankte Bruder die Partnerwahl bzw. Partnersuche mitbestimmt (hat). Eine Schwester berichtet von ihrem Versuch, einem drohenden Konflikt bereits durch die Partnerwahl zu entgehen:

„Könnte mein Freund gar nichts mit meinem erkrankten Bruder anfangen, würde er auch nicht zu mir passen oder es wäre sehr, sehr schwierig.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 6)

Andere Schwestern und Brüder beenden wegen des erkrankten Geschwisters Partnerschaften (siehe das Kapitel ‚Scheinbar unvermeidbare Schuldgefühle und das Verbot eigenen Glücks‘). Wie diese Beispiele zeigen, verschärfen sich die Ambivalenzen und können in Loyalitätskonflikte münden, wenn Solidarität, Zeit und Energie zwischen Partnerin oder Partner sowie Schwester oder Bruder neu justiert werden müssen, wobei allen Beteiligten mitunter ein erhebliches Maß an Empathie und Toleranz abverlangt wird. Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, dass in vielen Studien eine höhere Singlerate bei den Mitgeschwistern festgestellt wird (Marsh u. a. 1993a; Greenberg u. a. 1999; Lukens u. a. 2004; Avcioğlu u. a. 2019).

Man könnte annehmen, es wirke sich für Mitgeschwister entlastend aus, wenn die erkrankte Schwester oder der erkrankte Bruder eine Partnerschaft eingeht. Äußerungen bei Geschwistertreffen und in Interviews sprechen dafür, dass dies keinesfalls regelmäßig der Fall ist. Sei es, dass solche Partnerschaften per se belastet sind, oder sei es, dass Mitgeschwister die jahrelang ‚antrainierte‘ Beschützerrolle nicht plötzlich aufgeben können oder wollen – solche Konstellationen bieten viel Raum für Konflikte und Schuldzuweisungen.

‚Nur‘ Schwester oder Bruder sein – einige Geschwister werden von Befürchtungen umgetrieben, dass sich das ohne ihr Zutun, ohne gefragt zu werden, schnell ändern könnte. Schon beim ersten Geschwistertreffen in Deutschland wurde mit Sorge geäußert, was sich auch im Geschwisterforum wiederfindet: Die Vorstellung, das erkrankte Geschwister könne Mutter bzw. Vater werden und nicht in der Lage sein, sich ohne Unterstützung angemessen um ein Kind zu kümmern. Diese Geschwister sprechen – trotz ‚Vererbungsängsten‘ und anderen Vorbehalten – der erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder den Kinderwunsch nicht ab, aber

„sie als Schwester [habe] auch ein Wörtchen mitzureden in der Nachwuchsfrage, da sie dann auch mit in der Verantwortung stehe.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 4f.)

Eine andere Schwester wollte

„vorher gefragt werden, ob sie ggf. ‚einspringen‘ würde.“ (Ebenda, S. 5)

Einer Schwester im Geschwisterforum stellt sich die Frage sehr konkret:

„Nun hat meine Schwester ein süßes Baby bekommen, sie wollte das unbedingt. [...] Die ersten zwei Monate liefen ganz gut, [...] doch dann kam wieder die große Unruhe in ihrem Kopf. [...] In ihrer Unruhe/Sorge hat sie mich gefragt, ob ich nicht bereit wäre das Baby zu adoptieren, wenn es ihr weiter nicht gut ginge. [...] Meine Schwester ist im Ausland, ich bin hier ...“ (Forum 40/74)

Nur angerissen werden können weitere Konstellationen, die reichlich Möglichkeiten für Solidaritäts- und Loyalitätskonflikte bieten: Familien, in denen neben dem erkrankten Kind mehrere Mitgeschwister vorhanden sind. Sei es, dass die ausgesprochenen und unausgesprochenen Erwartungen der Eltern an die Mitgeschwister ungleich ausgeprägt sind, oder sei es, dass die Mitgeschwister unterschiedliche Vorstellungen über den ‚richtigen‘ Umgang mit der erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder bzw. dem Ausmaß der erforderlichen Unterstützung haben – in diesen Fällen verweben sich die Ambivalenzen im Hinblick auf die oder den Erkrankten mit (durchaus üblichen) Aspekten, die aus dem Generationenkonflikt und/oder der Geschwisterrivalität herrühren (siehe auch das Kapitel ‚Die Geschwisterbeziehung wird reaktiviert – gewollt oder ungewollt‘).

Mit zunehmendem Alter erweitert sich das Belastungs- und Konfliktfeld, das in den meisten Fällen zunächst auf die Geschwisterbeziehung und den familiären Rahmen beschränkt war. Selbst wenn größere Auseinandersetzungen vermieden werden können, die Anforderungen an die ‚Balancierungsfähigkeit‘ steigen mit jedem zusätzlichen ‚Mitspieler‘ in der Kernfamilie oder im erweiterten Familienverbund.

VII

Die Erfahrungen zeigen
lebensgeschichtliche Wirkung

VII.1 Die Persönlichkeitsentwicklung kann Schaden nehmen – oder befördert werden

Geschwisterkinder werden von früh an mit menschlichem Leid und Unvermögen konfrontiert, mit Belastungen, Einschränkungen, Verzicht und veränderten Beziehungen zu ihren Eltern (Achilles 2002). Einige von ihnen fühlen sich dadurch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und dem Führen eines eigenständigen Lebens stark eingeschränkt, bis hin zu einer tiefen Verzweiflung: Sie sehen für sich keinen Ausweg aus der Situation. Andere sehen sich beschenkt von der Erfahrung, mit einer psychisch erkrankten Schwester oder einem psychisch erkrankten Bruder aufgewachsen zu sein.

VII.1.1 Negative Vermächtnisse für das Erwachsenenalter

In ihren beiden umfassenden und wegweisenden Studien Anfang der 1990er Jahre haben Marsh u. a. (1993a; 1993b) die negativen Einflüsse einer psychischen Erkrankung auf Geschwister und Kinder erkrankter Menschen empirisch erhoben, wobei sich ihre Annahme bestätigte, für beide Gruppen seien die Belastungen sehr ähnlich ausgeprägt. Lediglich bei der Gewichtung zeigten sich geringfügige Abweichungen zwischen Mitgeschwistern und Kindern. Einzelne Aspekte wurden bereits in früheren Studien benannt, so bei Chase (1983), Bubolz und Whiren (1984), Harris (1988), Seligman (1988) und nahezu alle Ergebnisse wurden in späteren Studien bestätigt. Häufig wurde auch die Trennung in subjektive und objektive Belastungen übernommen.

In den vorangegangenen Kapiteln wurden diese Beschwerden und Belastungen im jeweiligen Kontext referiert und um inhaltsgleiche Aussagen von Mitgeschwistern aus Deutschland ergänzt.

Die negativen Erfahrungen aus der gemeinsamen Zeit mit dem erkrankten Geschwister können insbesondere sehr junge Mitgeschwister

daran hindern, altersspezifische Aufgaben der Persönlichkeitsbildung zu bewältigen und/oder dem Alter entsprechende soziale Erfahrungen als Komponenten ihres Selbst zu integrieren. Diese der besonderen Situation geschuldeten Defizite können im späteren Leben Wirkung zeigen.

Neben den Belastungen haben Marsh u. a. (1993a, S. 5) solche ‚Vermächtnisse für das Erwachsenenalter‘ (legacy for adulthood) erhoben. Auch diese werden in späteren Studien ausnahmslos bestätigt. Nach Marsh u. a. (1993a, S. 6f.) hatten sich mehr als die Hälfte der befragten Kinder und Mitgeschwister irgendwann mit *allen* der folgenden Themenbereiche beschäftigt:

- Personale Vermächtnisse (z. B. ein unterentwickeltes Selbstbewusstsein und Selbstkonzept, eine festgefahrene emotionale Entwicklung [emotional anesthesia]);
- Interpersonelle Vermächtnisse (z. B. Angst vor Zurückweisung; extremes Bedürfnis, anderen zu gefallen);
- Probleme in Bezug auf Intimität, Vertrauen und Sexualität (z. B. Abwehr von Intimität; Unfähigkeit, anderen zu vertrauen);
- Heirat und Kinderwunsch (z. B. Beschäftigung mit den genetischen Risiken für eigene Kinder; Unsicherheit, die Verantwortlichkeiten für die Herkunfts- und die (künftige) eigene Familie balancieren zu können);
- Inanspruchnahme für Versorgungsleistungen (z. B. intermittierende oder ständige Unterstützungserfordernis; Gefühl einer lebenslangen Verantwortung);
- Balance zwischen Selbst- und Fremdsorge (z. B. das eigene Leben opfern, um die Bedürfnisse der (Herkunfts-)Familie zu befriedigen; Verlust der familiären Beziehungen im Dienst der Selbsterhaltung);
- Wirkungen auf die berufliche Karriere (z. B. das Gefühl eines unerfüllten Potenzials; Beeinflussung der Berufswahl).

Unter den dauerhaft und massiv wirksamen Einflüssen durch die Erkrankung eines Geschwisters nimmt die Angst, selbst psychisch zu erkranken, eine prominente Stelle ein. Beginnend bei Chase (1983) über Marsh u. a. (1993a; 1993b) und viele weitere Studien gehört die Vererbungsangst bis heute, nahezu 40 Jahre später, noch immer zu den bedeutsamsten Bürden der Geschwister.

Daher war es überraschend, von den deutschen Früherkennungszentren (FEZ) keinerlei Informationen über Nachfragen von Geschwistern zu erhalten. Haben sich dort nur sehr wenige gemeldet, oder wurde ihrem Status keine Aufmerksamkeit geschenkt?

Am Ende des Spektrums negativer Vermächtnisse gibt es mit Sicherheit Mitgeschwister, für die die dreifach belastende Situation durch (1) die Schwester bzw. den Bruder, (2) die Eltern bzw. ein Elternteil und (3) im Kontakt mit Gleichaltrigen (z. B. Befürchtung von Stigmatisierung) auf persönliche Voraussetzungen trifft, die sie in eine unüberwindbar erscheinende Opferrolle zwingen. Für diese Rolle bzw. dieses Rollenattribut gibt es nur leichte Hinweise im Forum oder aus dem individuellen Mailverkehr mit den Moderatoren des Geschwisterforums. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Mitgeschwister erst dann in den Blick kommen und ggf. Hilfe erwarten dürfen, wenn sich ihre Belastungen in krankheitswertigen Störungen ausdrücken und sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen (müssen). Ob dann die Mitverursachung in der besonderen Situation als Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Menschen gesehen wird, bleibt dahingestellt.

VII.1.2 Erlebte positive Wirkungen

In den letzten Jahren haben sich in Deutschland vorrangig Schwestern und Brüder zu Wort gemeldet, die massiv unter der Erkrankung des Geschwisters bzw. den familiären und sozialen Begleit- und Folgeerscheinungen leiden, seit vielen Jahren und oft ununterbrochen. Allerdings haben auch in Deutschland Geschwister schon in den allerersten Gruppentreffen sowie in der Pilotstudie von Bock u. a. (2008) in ihrer Beziehung zu der psychisch erkrankten Schwester oder dem Bruder eine subjektive Erfolgsgeschichte erkannt. Unabhängig von allen Belastungen und Herausforderungen sind sich viele der Geschwister – und nicht selten sind es dieselben, die auch negative Wirkungen benannt haben – im Erwachsenenalter sicher, durch die Erfahrungen und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung an

Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein gewonnen zu haben und in ihrer Persönlichkeit gewachsen zu sein.

Beim Geschwistertreffen am 15.11.2008 in Wiesbaden hat dies ein Bruder auf den Punkt gebracht:

„Sie fordern und sie fördern uns.“ (Munkert 2008, S. 86; Munkert und Peukert 2009b, S. 37)

Auch der Autor erkennt rückblickend bei sich selbst diese positive Beeinflussung seiner Entwicklung. Der wesentlich jüngere Bruder des Autors sieht im Einfluss der Erkrankung des gemeinsamen Bruders Ingo auf seine Persönlichkeitsentwicklung genau diese Ambivalenz:

„Durch ihn habe ich vieles gelernt, was keine Schule oder Universität bieten kann, nämlich Einsichten in die menschliche Psyche und in die Irrationalitäten unserer Zivilisation. [...] [Ich erinnere mich an] viele schöne und anarchische Erlebnisse, die den Alltag aufmischten und bunter machten.“ (Peukert H. 2020)

Aber insbesondere die abrupten Schwankungen im Befinden des Bruders hätten ihn

„fast zwangsläufig zum Fundamentalexistenten werden lassen. [...] Bei Tieren weiß man, woran man ist: ein Hund bellt, ein Skorpion sticht. Beim Menschen kann man nie so genau wissen, woran man ist. [...] Das kann zu einem gewissen Urmisstrauen führen.“ (Ebenda)

Auch in den ersten internationalen Studien wird neben den Belastungen der Gewinn aus der besonderen Geschwisterbeziehung referiert. Erstmals hat wohl Leonard (1991, S. 501) die potenziell positiven Effekte und die Ressourcen von Geschwistern chronisch kranker Kinder benannt und die fehlende Aufmerksamkeit für diese Aspekte beklagt.

In der Erhebung von Diana Marsh u. a. (1993a, S. 9) nennen über 86 % der Befragten positive Effekte (consequences) des Großwerdens an der Seite eines psychisch erkrankten Bruders oder einer Schwester bzw. als Kind eines psychisch erkrankten Elternteils. Sie nannten im Einzelnen:

- persönliches Wachstum und persönliche Entwicklung (z. B. Zunahme an Toleranz, an Empathie, an Mitgefühl, an Verständnis);
- ein besseres Selbst-Konzept (z. B. größere Stärke; Disziplin; personale Stabilität);
- gesteigerte Fertigkeiten (z. B. effektive Fähigkeiten zur Bewältigung [coping skills]);

- signifikante Beiträge im sozialen Umfeld (z. B. bei der Hilfe für andere Familienmitglieder);
- fundierte Beratungskompetenzen (z. B. im Rahmen der Umgestaltung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen);
- verbessertes Familien- und Sozialleben (z. B. besondere Nähe zwischen den Familienmitgliedern);
- positive Gesundheitsperspektiven und Prioritäten (z. B. Wissen, was dafür wichtig ist);
- eine größere Würdigung des Lebens und der psychischen Gesundheit (z. B. eine höhere Aufmerksamkeit für seelische Verletzungen).

Die Autoren betonen ausdrücklich: Diese positiven Erfahrungen stehen nie allein – es werden immer zugleich negative Reaktionen und Gefühle benannt (ebenda, S. 15), ein Hinweis mehr auf die unauflösbaren Ambivalenzen.

Kinsella u. a. (1996, S. 24) berichteten von Unabhängigkeit, Kreativität, Empathie, Selbstbehauptung, Resilienz und einer erweiterten spirituellen Perspektive als potenzielle Stärken. Schmid u. a. (2005a, S. 743) unterstreichen die Empathie, das Verantwortungsbewusstsein, die Toleranz und die Geduld, die viele der Geschwister von an Schizophrenie Erkrankten sich angeeignet hätten, und sehen bei ihnen häufig die Fähigkeit zu Konfliktlösungen und die Kompetenz, in komplexen Situationen zu organisieren und den Überblick zu behalten. Dies hätten sie in ihrer schwierigen Familiensituation lernen können.

Barak u. a. (2005, S. 239) fanden in ihrer Studie, in der Geschwister aus Familien ohne und mit einer bzw. einem Erkrankten verglichen wurden, signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Sensitivität anderen gegenüber, stärkere Zielorientierung, gesteigerte Kreativität, besseres Durchsetzungsvermögen, größere Unabhängigkeit und ein höheres Selbstvertrauen bei den Mitgeschwistern. Maggini u. a. (2004, S. 23) wiesen eine ausgeprägtere Toleranz gegenüber üblichen Stressbelastungen nach.

In der Studie von Rita Bauer gaben 37 % der Angehörigen und 45 % der Patienten im Belastungsfragebogen an, infolge der Erkrankung auch positive Veränderungen erlebt zu haben – am häufigsten nannten sie die Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen (Bauer 2010, S. 93).

Dort sind zudem umfangreiche Literaturhinweise zu finden, wonach eine psychische Erkrankung nicht ausschließlich Leid und Belastung bedeutet, sondern ebenso die eigene Persönlichkeit und Lebensphilosophie in positiver Weise beeinflussen kann.

Auch Boeger und Seiffge-Krenke (1996, S. 360) berichten in der Langzeitstudie mit Geschwistern aus Familien mit einem an Diabetes erkrankten Kind von positiven Entwicklungen. Eine der befragten Schwestern gibt zu Protokoll, „dass sie durch die Krankheit Positives gelernt hat, nämlich ein größeres Gesundheitsbewusstsein, das sich auch auf gesellschaftliche Aspekte ausgedehnt habe.“

Die Mitgeschwister erwerben diese Kompetenzen in einer Situation, in der sie die beschriebenen Ambivalenzen erleben, verbunden mit der Notwendigkeit, immer wieder eine Balance zwischen gefühlter Nähe und erforderlicher Abgrenzung herstellen zu müssen und gleichzeitig die altersbezogene Aufgabe der Individuation zu bewältigen, d. h. ein mit sich selbst identisches handlungsfähiges Subjekt zu werden.

Angesichts dieser Herausforderungen verwundert es nicht, wenn ältere Geschwister nach einer langen Auseinandersetzung mit ihren Erfahrungen die positiven Wirkungen in Begriffen beschreiben, die üblicherweise als Wirkfaktoren für psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) bzw. für den Zustand von erreichter Recovery verwendet werden. Viele Geschwister berichten

- von persönlichem Wachstum aufgrund der Herausforderungen,
- von inzwischen erreichter Selbstakzeptanz nach Jahren der Selbstverleugnung,
- von Unabhängigkeit gegenüber Fremdurteilen,
- und sie sehen sich auf dem Weg, einen eigenen Sinn in ihrem Leben zu erreichen.

In den zitierten Studien und Selbstzeugnissen wurden Belastungen und mögliche Gewinne als die beiden korrespondierenden Seiten der Geschwisterrolle gesehen. Dies liegt nicht zuletzt an dem oben beschriebenen ‚Belastungs-Bias‘, also an der Selektion der Befragten sowie der Selbstselektion der Nutzer von Foren. Ob es Mitgeschwister gibt, die sich – als Pendant zu einer fortwährenden Opferrolle – dauerhaft nur als

„Gewinner“ ihrer Situation als Schwester oder Bruder sehen, ist nicht bekannt, jedenfalls gibt es keine Datenbasis, um eine solche Zuschreibung begründen zu können. Da bleibt nur die Hoffnung, jemand möge die Anregung zur Erhebung von Erfolgsgeschichten im Kapitel „Thematische Schließung vs. Defizite in der Studienlage“ aufgreifen.

VII.1.3 Die Lebensgeschichte nimmt eine positive Wendung – oder führt in eine defizitäre Lebenssituation

Im Leben der Geschwister werden die sie belastenden sowie die positiv fordernden Aspekte nicht etwa mathematisch zu einem Skalenwert saldiert, sondern in ihren jeweiligen komplexen Lebenszusammenhang eingesponnen. Die Belastungen einerseits sowie die positiv erlebten Effekte der Herausforderung andererseits sind die einzeln angeschlagenen Töne, die sehr unterschiedliche Lebens-Melodien hervorbringen und so das gesamte Lebensgefüge mitbestimmen.

„Mein Lebensbaum wuchs im Verborgenen“, befindet Tina Bühler-Stehlé (2005, S. 97). Trotz gravierender negativer Vermächtnisse war sie fähig, Hilfe und Unterstützung anzunehmen, als sie ihr angeboten wurde: Sie lernte „während heftiger Diskussionen [...] meinen sprachlosen Trotz in Worte zu fassen“, sie „verschläng gierig Bücher und Seminare“ (ebenda, S. 110, 116) und entschied sich schließlich, ihre und die Geschichte ihres Bruders öffentlich zu machen. Dazu sagt Ueli Zindel im Nachwort: „aber nicht jeder hat die Kraft, die Tür von innen aufzustoßen.“ (Ebenda, S. 222)

Massive Stressoren wie eine psychische Erkrankung in der Familie resultieren sehr häufig (ggf. sogar generell) in einer Desintegration der bis dahin geübten Funktionsmuster und Strategien, der Alltagsroutinen usw. Das eröffnet zugleich die Chance einer im Einzelfall sogar tiefgreifenden Reintegration der Erfahrungen in ein verändertes Verständnis der eigenen Person.

Einen wichtigen Impuls zu wachsender Autonomie nahm Friederike Samstag wahr. Sie musste

„überhaupt herausfinden [...], wie ich jetzt leben will, nachdem sich so vieles für mich verändert hat!“ (Samstag und Samstag 2018, S. 54)

Anlässlich eines Treffens der Initiative SiblingsAustralia formulierten Geschwister:

„Meine Schwester, mein Bruder hat mich zu der Person gemacht, die ich heute bin.“ (Strohm 2017)

Nahezu die gleichen Worte verwendeten Geschwister beim ersten Treffen in Wiesbaden:

„[Meine Schwester, mein Bruder hat] mich zu dem gemacht, der ich heute bin!“ (Munkert und Peukert 2009b, S. 37)

Boeger und Seiffge-Krenke (1996, S. 356) sehen in ihrer Studie zu an Krebs erkrankten Kindern einen Anteil an Geschwistern, deren Erfahrungen einen Entwicklungsimpuls auslösten, und einen anderen Anteil, bei dem sie in eine defizitäre Lebenssituation führten. Die Autorinnen interessieren sich primär für den Entwicklungsimpuls, den die besondere Situation als Mitgeschwister auslösen kann, „indem es zunehmend selbständige und komplexe Aufgaben innerhalb der Familie übernimmt“ (ebenda).

Wer die Chance eines Entwicklungsimpulses nicht hat oder nicht nutzen kann, den führen die Herausforderungen ggf. in eine negativ belastete Lebenssituation. Boeger und Seiffge-Krenke befürchten in diesen Fällen einen Zusammenhang mit dem elterlichen Verhalten. „Die starke Konzentration der Eltern, insbesondere der Mutter, auf das erkrankte Kind könnte für das gesunde Geschwister zu einer defizitären Situation führen.“ (Boeger und Seiffge-Krenke 1996, S. 356)

Im Hinblick auf die Geschwister von psychisch Erkrankten stehen deutschsprachige Studien zu diesem Aspekt nicht zur Verfügung, wohl aber eine Kohortenstudie aus den USA. Wie bereits ausgeführt, zwingt die Versorgungssituation in den USA die Geschwister in eine Mit-Verantwortung für die erkrankte Schwester bzw. den erkrankten Bruder. Dies wird bei dem Weg in eine defizitäre Lebenssituation sicher eine Rolle gespielt haben.

Wolfe u. a. (2014) haben im Rahmen der Wisconsin-Kohortenstudie die soziale Integration von Mitgeschwistern ermittelt und identifizierten bei vielen von ihnen Mängel in der Lebenssituation. Die Erhebungsphase

dieser Teilstudie lag im Jahr 2004, als die Kohorte bereits mehr als 50 Jahre lang begleitet worden war. Im Verlauf der Studie fanden sich 97 Personen, die psychisch erkrankten und im Schnitt 37 Jahre alt waren; dazu wurden 235 Geschwister identifiziert (ebenda, S. 5). Die Autoren ermittelten einen um bis zu vier Jahre verspäteten Schulabschluss und eine Verdoppelung der Arbeitslosenquote im Vergleich zu allen anderen Geschwistern (ebenda, S. 9). Bei den 337 Geschwistern von Menschen mit Entwicklungsstörungen fanden sie diesen Unterschied nicht, wohl aber weniger und spätere Eheschließungen sowie weniger Scheidungen (ebenda, S. 12).

Die Unterschiede zwischen den Geschwistern psychisch Erkrankter und denen von Menschen mit Entwicklungsstörungen führen sie auf die Andersartigkeit der spezifischen krankheits- bzw. behinderungsbedingten Erfahrungen zurück, die sich aus dem späteren Krankheitsbeginn sowie dem nicht vorhersehbaren Verlauf und den alltäglichen Unsicherheiten hinsichtlich des Gesundheitszustands und Verhaltens der psychisch erkrankten Geschwister ergeben (ebenda, S. 3).

Die Ergebnisse dieser Studie sind sehr belastbar, da ein populationsbezogenes Vorgehen gewählt wurde statt freiwilliger Probanden, was grundsätzlich mit einem Selektions-Bias gerechnet werden muss (siehe das Kapitel ‚Hier ein Belastungs-Bias – dort eine Positiv-Verschiebung‘). Aufgrund des prospektiven Vorgehens konnten die Autoren auch den Einfluss anderer negativer Kindheitserfahrungen kontrollieren (herausrechnen): die Trennung der Eltern, den Tod eines Elternteils oder den sozioökonomischen Einfluss; deren langfristige Effekte auf den Lebenslauf von Kindern wurden nachgewiesen (Wolfe u. a. 2014, S. 3).

Um es noch einmal zu betonen: Gegenwärtig kann nicht gesagt werden, ob die gefundenen sozialen Auswirkungen unter den kulturellen und Versorgungsbedingungen Deutschlands im gleichen Ausmaß zu beobachten wären. Dass die Erkrankung einer Schwester oder eines Bruders in eine defizitäre Lebenssituation münden kann, steht jedoch außer Zweifel und häufig im Zusammenhang mit der Vererbungsangst (z. B. selbst gewählte Kinderlosigkeit) und Schuldgefühlen (z. B. das Selbst-Verbot, glücklich zu sein); diese Aspekte wurden im Teil ‚Mitgeschwister erleben die Erkrankung‘ ausführlich behandelt.

Zu den beiden Seiten der Medaille äußerte sich eine Schwester schon beim ersten Treffen von Geschwistern in Deutschland.

„Sie habe erst einmal lange darüber nachdenken müssen, was denn in ihrer Familie aufgrund der Erkrankung wirklich auch gut gewesen sei. Ihre Fähigkeit, Dinge auf den Punkt zu bringen, gut wahrzunehmen, Konflikte auch im beruflichen Alltag schnell offen ansprechen zu können und inmitten eines allgemeinen Chaos strukturiert arbeiten zu können – dies habe sie sicher gerade aufgrund ihrer familiären Situation gelernt. Diese ‚Fähigkeiten‘ hätten jedoch einen hohen Preis gehabt, von dem sie nicht sicher sei, ob er in Relation zu all dem Leid aufgrund der Erkrankung stehe.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 5)

VII.2 Ähnliche Erfahrungen – unterschiedliche Reaktionen und Wirkungen

Es dürfte der in Deutschland nach wie vor geringen Aufmerksamkeit der Forschung für die Geschwister psychisch erkrankter Menschen geschuldet sein, dass „die Datenlage bzgl. Ressourcen und angewandter Coping-Strategien der Geschwisterbetroffenen noch äußerst dürftig“ ist (Schmid u. a. 2005a, S. 745) – was sich bis heute nicht geändert hat.

Aus den zahlreichen Interviews, Forumseinträgen und Protokollen von Geschwistertreffen und Eltern-Geschwister-Seminaren, die Grundlage dieses Textes sind, kann indes abgeleitet werden, wie Mitgeschwister auf ihr Erleben bzw. ihre Erfahrungen reagieren und welche Wirkung dies zeigt. Bisher wurde das Erleben der Geschwister beschrieben, und zwar als von ihnen zu tragende Belastung, aber auch als persönlichkeitsfördernde Herausforderung; diese Beschreibungen wurden um die bei den Geschwistern und in den Familien zu beobachtenden Wirkungen ergänzt.

Die meisten der als Wirkungen bezeichneten Reaktionen auf die von vielen Mitgeschwistern geteilten Erfahrungen sind mehr oder weniger erfolgreiche Verarbeitungs- bzw. Bewältigungsversuche, einige von ihnen haben eine strategische, d. h. viele Teilaspekte integrierende Komponente, was sie als *Bewältigungsstrategien* ausweist.

In diesem Kapitel werden die Bewältigungsversuche und -strategien zusammengestellt, heute üblicherweise als Coping und Copingstrategien bezeichnet.

Nicht nur Veränderungen im Krankheitsgeschehen der Schwester oder des Bruders und bei den Krankheitsfolgen, sondern auch Veränderungen der eigenen Lebenssituation wie Familiengründung, Ausfall der primären Kümmerer und vieles andere mehr stellen die Geschwister immer wieder vor die Notwendigkeit, auf neue Gegebenheiten reagieren und – bewusst oder unbewusst – darauf antworten zu müssen. Somit ist eine einmal gewählte Copingstrategie häufig nur für einen mehr oder weniger langen Lebensabschnitt nützlich, d. h., sie führt nur über diesen

begrenzten Zeitraum hinweg zum erwünschten Effekt, nämlich dem individuell handhabbaren Umgang mit dem Erlebten.

Vorausgeschickt sei, dass neben der diesem Prozess innewohnenden Dynamik kurz- und mittelfristig effiziente Coping-Strategien sich langfristig durchaus negativ auswirken können, wenn sie durch ‚Verharren‘ mögliche Entwicklungspotenziale blockieren und damit ihre vorübergehend protektive Wirkung verlieren, was weiter unten ausgeführt wird.

Bei einem Geschwistertreffen konnten die Teilnehmenden miterleben, wie ein Bruder den Schritt hin zu einer neuen, einer ‚strategischen‘ Haltung vollzog, indem er feststellte:

„Ich habe als neues Bewusstsein, dass diese Krankheit wohl ‚lebenslang‘ unsere Familie begleiten wird und stelle mich deshalb nun anders auf die Krankheit ein.“ (Schmid und Peukert 2003, S. 7)

VII.2.1 Ambivalenzen und Schuldgefühle – die massivsten Herausforderungen für Bewältigungsversuche

Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargelegt, spielen zwei große und miteinander verwobene Komplexe eine herausragende Rolle im Konzert der vielfältigen Belastungen: Ambivalenzen in den mannigfaltigen Ausprägungen führen in vielfältige unlösbare Dilemmata und nahezu jeder ‚Lösungsversuch‘ produziert geradezu zwingend ganz spezifische Schuldgefühle.

Weder Ambivalenzen noch die mit den Bewältigungsversuchen verbundenen Schuldgefühle sind exklusiv den Geschwistern von psychisch Erkrankten vorbehalten, auch nicht den Angehörigen psychisch Erkrankter, nicht einmal den Angehörigen von Menschen mit ‚besonderen Bedarfen‘ (special needs). Ambivalenzen und Konflikte kommen, wie bereits in unterschiedlichen Kontexten ausgeführt, in nahezu jeder Geschwisterbeziehung vor, ebenso in vielen Eltern-Kinder-Beziehungen. Sie sind daher nicht pathologisch, sondern ‚normale‘ Reaktionen auf veränderte Handlungserfordernisse.

Im Falle von Menschen mit einer psychisch erkrankten Schwester oder einem psychisch erkrankten Bruder können diese Ambivalenzen eine über das übliche Maß hinausgehende, unter Umständen lebensprägende Wirkung entfalten:

- Sie werden in einem Alter virulent, in dem die Mitgeschwister noch am Anfang oder mitten in der eigenen Persönlichkeitsentwicklung stehen.
- Sie begleiten die Mitgeschwister nicht selten über die gesamte Lebensspanne.
- Durch die ‚Natur‘ psychischer Erkrankungen erfordern sie immer wieder Neujustierungen, die weit gravierender sind, als es die gewöhnlichen Wechselfälle des Lebens ansonsten verlangen.

Die vielfältigen Ambivalenzen und die sie begleitenden Schuldgefühle stellen massive Herausforderungen für jegliche Bewältigungsversuche dar. Sie werden sowohl von Mitgeschwistern in Deutschland als auch in allen internationalen Studien und Texten immer wieder benannt. Ihnen kommt eine so zentrale Bedeutung zu, dass sie an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst werden.

VII.2.1.1 Ambivalenzen

Als übergeordnete existenzielle Ambivalenzen stechen hervor:

- das tiefwurzelnde gleichzeitige Vorhandensein von intensiven positiven Gefühlen (Liebe, Zuneigung, Solidarität, Bedürfnis zu beschützen) und negativen Gefühlen (Ärger, Ablehnung, Wut, Zorn, Neid, Hass);
- die Notwendigkeit einer permanenten Nähe- und Distanzregulation, d. h. Verbundenheit und Individuation immer wieder aufs Neue auszubalancieren, als Ausdruck der ‚too-close-and-too-distant experience‘ (Titelman 1991), der Erfahrung, zugleich zu nah und zu fern zu sein.

Jede dieser übergeordneten Ambivalenzen beinhaltet eine Vielzahl von Einzelaspekten. Die besondere Herausforderung besteht darin, dass sich

Geschwister zumeist gleichzeitig mehreren dieser innerpsychischen Repräsentationen der jeweiligen Lebenssituation ausgesetzt sehen.

Regulieren von Nähe und Distanz

- Der Wunsch, dem Geschwister solidarisch zur Seite zu stehen — die Notwendigkeit, die altersbezogene Aufgabe der Individuation zu bewältigen
- Der Wunsch nach Autonomie und Unabhängigkeit — der Wunsch nach Bindung und Nähe
- Der Wunsch nach Distanz — der Verlust des Gefühls von Nähe
- Das Verantwortungsgefühl — das Fluchtbegehren
- Die empathische Identifikation — die Distanzierung aus Furcht vor Selbstverlust
- Das Schutzbedürfnis gegenüber dem Geschwister — die Hilflosigkeit
- Deutliche Grenzen setzen — Verständnis und Empathie aufbringen
- Die eigenen Wünsche — die Wünsche oder Forderungen des Geschwisters
- Sorgeverantwortung übernehmen — nur Bruder oder Schwester sein
- Das Bedürfnis zu ‚bemuttern‘ — der Wunsch nach Entlastung und ‚innerem Frieden‘

Balancieren von Selbst- und Fremdsorge

- Die Selbstsorge vorziehen — die Sorge um die Schwester bzw. den Bruder ‚vernachlässigen‘
- Die eigene Belastung reduzieren — eine größere Belastung des Geschwisters und/oder der Eltern hinnehmen
- Sich selbst zurücknehmen, Verzicht leisten — aufbegehren
- Das Engagement für das Geschwister — die Defizite für die eigene Lebensführung
- Kontakt bzw. Engagement reduzieren — Kosten (auch für sich selbst) in Kauf nehmen
- Den Kontakt vollständig kappen — Kompromisse suchen
- Das Moratorium bzw. die konstruktive Flucht — das Verharren mit Selbstblockade

Abwägen von Chancen und Risiken

- Der Wunsch nach Familiengründung — die Angst vor Vererbung
- Die Stigmatisierung verinnerlichen — der Stigmatisierung entgegenzutreten
- Aktiv um Hilfsangebote kämpfen — das unzureichende Angebot hinnehmen
- Erwartungshaltungen managen – Rücksichtnahmen ausüben
- Das Schutzbedürfnis gegenüber den Eltern — die Wut über deren Inkonsequenz
- Die Loyalität gegenüber dem Geschwister — die Loyalität gegenüber den Eltern
- Der Wunsch nach Aufmerksamkeit von den Eltern — die Angst, diese zusätzlich zu belasten
- Dem Schweigegebot folgen — massive Konflikte mit den Eltern bzw. der Restfamilie und die Labilisierung der innerfamiliären Balance riskieren
- Die Erwartungen der Eltern auf Beteiligung an der Sorge erfüllen — sich den Erwartungen oder Forderungen entziehen

Ambivalenzen durch Ambiguität

Eine eigene Kategorie von ambivalenten Gefühlen ist im uneindeutigen Verlust des Geschwisters begründet; die erkrankte Schwester oder der erkrankte Bruder ist körperlich nach wie vor anwesend, aber mental und/oder kognitiv nicht mehr in der gewohnten Weise erreichbar (siehe das Kapitel ‚Der schmerzliche Verlust des Geschwisters, wie es bis dahin erlebt wurde‘). Diese Ambivalenz ist nicht in die Pole ‚verlieren oder behalten‘ auflösbar, sie kann auch nicht ‚weg-therapiert‘ werden (Boss 2008, S. 85). Allerdings ist es möglich, Wege zu finden, damit leben zu können, indem die jeweils individuellen und situativen Resilienz-Ressourcen gestärkt werden (ebenda, S. 26); siehe das Kapitel ‚Coping-Strategien und die Stärkung der Resilienz‘.

VII.2.1.2 Schuldgefühle

Praktisch jede – bewusste oder unbewusste – Entscheidung für eine Seite dieser Ambivalenzen und auch das Sich-Bewegen zwischen diesen Polen zieht fast unweigerlich Schuldgefühle nach sich, genauso wie ‚unangemessene‘ Emotionen wie Wut und Zorn. Gelegentlich werden solche Schuldgefühle ausgelöst oder befördert durch Zuweisungen Dritter, z. B. der Eltern, weiterer Mitgeschwister, der eigenen Familie, seitens des (Lebens-)Partners des erkrankten Geschwisters oder von Freunden und Bekannten (Schmid 2004a). Mitunter entspringen gegenseitige Schuldzuschreibungen der innerfamiliären Dynamik in sehr belastenden und schwer verstehbaren Situationen. In den weitaus meisten Fällen entstehen sie jedoch ‚aus sich selbst heraus‘, ohne externe Schuldzuweisung (siehe den Exkurs ‚Schuldvorwürfe und empfundene Schuld‘).

Einige Autorinnen und Autoren haben griffige Bezeichnungen für verschiedene Schuld-Kategorien kreiert, wie ‚Solidaritätsschuld‘ (Peukert), ‚Interaktionsschuld‘ (Leith u. a.), ‚Überlebensschuld‘ (Titelman). Unter diesen Überbegriffen werden nachfolgend die von den jeweiligen Autoren selbst beschriebenen Schuldgefühle aufgeführt und um kategorial ‚passende‘ aus weiteren Studien und Texten ergänzt.

Solidaritätsschuld

- Schuldgefühle wegen vermeintlich mangelnder Solidarität bzw. zu großer Ferne vom Geschwister, also zu sehr an sich selbst und zu wenig an das erkrankte Geschwister zu denken
- Schuldgefühle, der Schwester oder dem Bruder nicht helfen zu können und gleichzeitig die eigene Entwicklung voranzutreiben
- Schuldgefühle, die Schwester oder den Bruder in der Entwicklung zu überholen, das Geschwister ‚irgendwie zurückzulassen‘
- Peinlichkeits- und Schuldgefühle wegen eigener Erfolge im Leben
- Schuldgefühle, ein ‚gutes Leben‘ zu führen, was dem Geschwister nicht vergönnt sei, auch über dessen Tod hinaus; sich Dinge zu ‚leisten‘, die dem erkrankten Geschwister verwehrt sind oder waren
- Schuldgefühle, sich der Schwester oder des Bruders zu schämen, das Geschwister als peinlich zu empfinden, vielleicht zu verleugnen

Interaktionsschuld (interaction guilt)

- Schuldgefühle wegen vermeintlich zu wenig Kontakt zur Schwester oder zum Bruder, mit dem Ziel, die eigene Belastung zu reduzieren
- Retrospektive Schuldgefühle, weil man sich im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter deutlich distanzierte bzw. dem Kontakt entzog
- Schuldgefühle, das Geschwister von gemeinsamen altersgemäßen Aktivitäten mit anderen auszuschließen, etwa aus Angst vor Stigmatisierung
- Schuldgefühle, wenn der Schritt zu größerer räumlicher oder psychischer Distanz vollzogen wurde, temporär (Moratorium) oder endgültig (Kontaktabbruch)
- Schuldgefühle wegen des heimlichen Wunsches, die Belastung durch das erkrankte Geschwister möge aufhören, bis hin zu verhaltenen oder intensiven Todeswünschen
- Schuldgefühle, dem Geschwister heimlich oder offen zu unterstellen, sie oder er könne einen größeren Beitrag zu ihrer bzw. seiner Stabilisierung oder Recovery leisten

Parentifizierungsschuld

- Schuldgefühle, gegenüber dem Geschwister eine unangemessene Rolle einzunehmen, nämlich ein Abhängigkeitsverhältnis zu etablieren, mit einer Rollenverteilung, die dem natürlichen Verhältnis zwischen Geschwistern nicht entspricht; die Egalität wird ersetzt durch Gebende und Empfangende von Unterstützung und Hilfe

Überlebensschuld (survivor guilt)

- Schuldgefühle bei jüngeren Kindern: Sie suchen den Grund für Veränderungen im Verhalten des Geschwisters (und der Eltern) bei sich selbst; sie können das Wesen einer psychischen Erkrankung noch nicht erfassen
- Oft latente Schuldgefühle, dass das Geschwister erkrankt ist und man selbst nicht
- Schuldgefühle, das Geschwister nicht vor dem Schicksal einer psychischen Erkrankung bewahrt zu haben, ggf. sogar durch dessen Erkrankung selbst verschont geblieben zu sein

Ausbeutungsschuld (exploitation guilt)

- Schuldgefühle, von der Erkrankung des Geschwisters zu profitieren, das Geschwister ‚auszubeuten‘ durch höhere soziale Wertschätzung und ähnliche ‚Privilegien‘, die dem Mitgeschwister aufgrund des Engagements für die oder den Erkrankten innerhalb und/oder außerhalb der Familie zuwachsen
- Schuldgefühle wegen des Erwerbs von Kompetenzen, die man ohne die Erkrankung des Geschwisters vermutlich nicht erworben hätte, und die zu einem persönlich und beruflich erfolgreichen Leben beitragen
- Schuldgefühle, weil wegen der Erkrankung des Geschwisters Unterstützung z. B. in Form einer Psychotherapie angeboten wird (eine sehr seltene Ausnahme in Deutschland)

Solidaritätsschuld gegenüber den Eltern

- Schuldgefühle, durch das Artikulieren eigener Bedürfnisse oder Probleme die Last der Eltern zu vergrößern
- Schuldgefühle, den Eltern nicht ausreichend beizustehen
- Schuldgefühle, sich den Erwartungen oder Forderungen der Eltern auf Unterstützung bei der Sorge ganz oder teilweise zu entziehen, bzw. die Mehrdeutigkeit in deren Äußerungen zu ‚überhören‘
- Schuldgefühle wegen der Wut auf die Eltern, weil sie dem Geschwister vermeintlich keine Grenzen setzen, ihr oder ihm zu große Zugeständnisse machen
- Schuldgefühle, ein Vermächtnis der Eltern nicht erfüllen zu können oder zu wollen

Schuldgefühle wegen empfundener eigener Unzulänglichkeiten

- Schuldgefühle, weil man den eigenen (hochgesteckten) Unterstützungszielen nicht gerecht werden kann, die eigene Unterstützungsleistung als ungenügend empfindet
- Schuldgefühle, andere Familienmitglieder oder auch fremde Personen nicht vor Aggressionen und Gewalt schützen zu können

- Schuldgefühle, nicht nachdrücklich genug alle potenziell verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten des Hilfesystems ausgelotet oder eingefordert zu haben
- Zweifel bis hin zu Schuldgefühlen, das Geschwister betreffende Entscheidungen nicht in dessen Sinn zu treffen bzw. getroffen zu haben
- Schuldgefühle, die ‚schlechten Gene‘ möglicherweise an die eigenen Kinder und Kindeskiner weitergegeben zu haben, oder trotz der Befürchtung einer erblichen Belastung eine Familie zu gründen
- Schuldgefühle, der eigenen Familie (Partner, Kindern usw.) die Belastungen durch die Schwester oder den Bruder ‚zuzumuten‘ bzw. ihnen Zeit und Energie zu entziehen
- Schuldgefühle, eigene Fehler und eigenes Versagen dem erkrankten Geschwister ‚zuzuschieben‘, auf dieses zu projizieren

Schuldgefühle wegen ‚unangemessener‘ Emotionen

- Schuldgefühle, weil man das erkrankte Geschwister als Rivalin oder Rivalen um die Gunst und Zeit der Eltern wahrnimmt
- Schuldgefühle, weil man das Geschwister um Privilegien beneidet oder gar Hass empfindet
- Schuldgefühle, weil man Wut gegenüber dem Geschwister empfindet wegen dessen provozierendem oder auffälligem Verhalten
- Schuldgefühle, weil man das Geschwister dafür verantwortlich macht, kein ‚normales Leben‘ führen zu können
- Schuldgefühle bereits bei dem Wunschdenken, die eigene Belastung zu reduzieren, auf Abstand zu gehen usw., da es ‚dem Geschwister doch viel schlechter gehe‘

Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Tod oder Todeswunsch des Geschwisters

- Schuldgefühle, weil man sich dabei ertappt hat, in ausweglos erscheinenden Situationen den Tod des Geschwisters herbeigewünscht zu haben
- ‚Vorweggenommene‘ Schuldgefühle bei dem Gedanken, die Schwester oder der Bruder könne sich ggf. das Leben nehmen

- Schuldgefühle bei allen Handlungen oder Unterlassungen, die potenziell eine Suizidneigung des Geschwisters verstärken könnten
- Schuldgefühle, einen Suizidversuch oder gar die unwiderrufliche Selbsttötung des Geschwisters nicht verhindert zu haben, oft verbunden mit dem Glauben, „man habe es wissen oder ahnen“ können
- Schuldgefühle gegenüber den Eltern in der Annahme, man hätte ihnen den Tod ihres Kindes ersparen können, da man selbst den Suizidversuch oder Suizid hätte verhindern können
- Schuldgefühle, die Schwester oder den Bruder nicht davor bewahren zu können, in eine gesundheitlich zunehmend prekäre, letztlich lebensbedrohliche Lage zu geraten (z. B. durch Verwahrlosung, Obdachlosigkeit und ähnliches)

Allein die schiere Zahl an oft genannten Ambivalenzen und Schuldgefühlen, zu denen sicher noch individuelle, aus der persönlichen Lebenssituation geborene hinzukommen, lässt erahnen, wie vielfältig die Herausforderungen und möglichen Verstrickungen sein können. Auch wenn nicht jede Schwester und jeder Bruder alle aufgezählten Schuldgefühle erleben muss, so werden viele Geschwister von mehreren dieser bedrängenden Gefühle gleichzeitig heimgesucht.

VII.2.2 Coping: Sieben übergeordnete Strategien der Bewältigung

In solchen häufig sehr komplexen und als unhaltbar empfundenen Situationen entwickeln die Mitgeschwister ‚Verfahren‘, wie sie unter den jeweiligen subjektiven und objektiven Lebensbedingungen die in sich widersprüchlichen Situationsanforderungen lebbar machen können, auch wenn es sich oft um unauflösbare Dilemmata handelt.

Aus den Erfahrungen der Autoren, den bisher vorgestellten Studien und den von den Autoren dieser Monographie eruierten Erlebniszusammenhängen sind sieben probate Coping-Strategien von Geschwistern erkennbar, die sich bei dem Versuch, mit Ambivalenzen und Schuldgefühlen fertig zu werden, als hilfreich erwiesen haben; sie enthalten alle das Moment der Distanzierung von den bedrängenden Erfahrungen:

- die psychisch-mentale Strategie – Abschwächung der Bindung zu Schwester oder Bruder und/oder den Eltern,
- die kognitive Vermeidung – Ablenkung, Rückzug, Isolation,
- die soziale Strategie – Aktivierung von Unterstützung im sozialen Umfeld,
- die Re-Interpretation als Sinngebung für das eigene Leben – Engagement für das erkrankte Geschwister, soziales Engagement, Spiritualität,
- die objektivierende Professionalisierung – Wissenserwerb, intellektuelle Distanzierung, Gewinnung von Souveränität,
- die physische Strategie – Moratorium oder konstruktive Flucht, (zeitweiliger) Kontaktabbruch,
- die systemische Strategie – funktionales familiäres Schweigen, Selbstzensur, Sich-unsichtbar-Machen.

VII.2.2.1 Die psychisch-mentale Strategie – Abschwächung der Bindung zu Schwester oder Bruder und/oder den Eltern

Um mit der bedrängenden Situation fertig zu werden, wählen einige Geschwister die Strategie, die Bindung zur erkrankten Schwester bzw. dem Bruder sowie zu den Eltern abzuschwächen. Barak u. a. (2005, S. 239) beobachteten dieses Phänomen bei Mitgeschwistern im Vergleich mit Kindern aus Familien ohne Erkrankte und nannten es ‚die psychisch-mentale Distanz‘. Geschwister würden sich von ihrem erkrankten Geschwister sowie den Eltern distanzieren, indem sie schwächere Bindungen eingingen, um das Eindringen der Erkrankung in ihr eigenes Leben möglichst weit von sich zu schieben und sich einen autonomen Raum zu bewahren. Aber die innere Bindung wird selbst bei denjenigen Mitgeschwistern aufrechterhalten, die in Interviews von sehr frühzeitiger Distanzierung von der Schwester bzw. dem Bruder berichten. Einige von ihnen haben den Kontakt zu ihrem psychisch erkrankten Geschwister oder sogar zur gesamten Herkunftsfamilie vollständig abgebrochen. Davon unabhängig

bleibt die Bindung zwischen den Geschwistern und zur Herkunftsfamilie bestehen; diese Erkenntnis aus der allgemeinen Geschwisterforschung geht auch aus Schilderungen von Mitgeschwistern deutlich hervor, so z. B. der von Larissa im Geschwisterforum (Forum 70/192).

Der Preis für diese Strategie sind in der Regel dauerhafte zumindest latente Schuldgefühle, die ein Hinweis auf das wohl nie völlig zu kappende Band zwischen Geschwistern sind.

VII.2.2.2 Die kognitive Vermeidung – Ablenkung, Rückzug, Isolation

Mit der kognitiven Vermeidung durch (extensive) Beschäftigung mit anderen Themen wie Sport, Freizeitaktivitäten, beruflicher Karriere usw. kann die Erhaltung oder Schaffung eines Freiraums für die eigene Entwicklung und eigene Interessen erreicht werden. Dem steht häufig ein schlechtes Gewissen gegenüber, sich nicht ausreichend zu kümmern und sich Dinge zu ‚leisten‘, die dem erkrankten Geschwister verwehrt sind. Zudem bietet solches Verhalten Angriffsflächen für Kritik und Vorwürfe seitens der Eltern oder anderer Personen.

Problematischer stellen sich die Folgen dar, wenn die Vermeidungsstrategie in Rückzug und Isolation mündet; in diesem Fall können die Vorteile dieses Reaktionsmusters nicht genutzt werden, sondern verkehren sich in ihr Gegenteil.

VII.2.2.3 Die soziale Strategie – Aktivierung von Unterstützung im sozialen Umfeld

Anders als in Deutschland wird in internationalen Studien die außerordentliche Bedeutung und Wirksamkeit von sozialer Unterstützung hervorgehoben, im Anschluss an die „Social learning theory“ von Albert Bandura (1977). Die Wirkkraft dieser Strategie besteht darin, aktiv zu werden und Entlastung durch den hilfreichen Kontakt zu anderen Personen für sich verfügbar zu machen. Dies trifft insbesondere auf die Unterstützung

durch Peers zu, die in deutschsprachigen Studien allenfalls neben der stützenden Funktion von Eltern und dem Hilfesystem aufgezählt wird (z. B. Schmid u. a. 2005a, S. 744). Viele Einträge im Forum des GeschwisterNetzwerks zeugen davon, wie groß der Wunsch nach Kontakt zu Gleichbetroffenen ist und wie lange er unerfüllt bleibt. Auffällig auch, dass bei allen Geschwistertreffen in Deutschland Mitgeschwisterpaare anzutreffen waren, die gemeinsam versuchen, sich den Herausforderungen zu stellen.

Untermauert wird der eindeutig positive Effekt sozialer Unterstützung in einer Langzeitstudie mit Kindern von einem an einer Depression erkrankten Elternteil: „Und nicht zuletzt sollten die Kinder darin unterstützt werden, Freundschaften zu schließen und zu pflegen und tragfähige Netzwerke außerhalb der Familie zu knüpfen.“ (Jaeger 2016, S. 18)

Viele Geschwister versagen sich allerdings die Inanspruchnahme dieser ‚Kraftquelle‘, weil sie sich an Schweigegebote gebunden fühlen oder Stigmatisierung befürchten bzw. bereits erfahren mussten.

VII.2.2.4 Die Re-Interpretation als Sinngebung für das eigene Leben – Engagement für das erkrankte Geschwister, soziales Engagement, Spiritualität

Vor über zehn Jahren hat der Autor dieses Textes erstmals beschrieben,

„wie das Leben mit meinem erkrankten Bruder mein Leben, insbesondere auch mein Berufsleben geprägt hat; selbst seinen Suizid hatte ich als Lehre für mich uminterpretiert. Sein Suizid hat mich Demut gelehrt, verbunden mit der Einsicht, schwere Schicksalsschläge auch mal als das hinzunehmen, was sie sein können: Schicksal, das sich auch mit bestem Wollen und Handeln nicht ändern lässt.“ (Peukert 2008a)

Darin kann die oben genannte Bewältigung erkannt werden, der Erkrankung des Geschwisters einen Sinn für das eigene Leben zu geben, genauso wie in dem nach wie vor bestehenden Engagement des Autors für die ‚Geschwistersache‘. In gewissem Maß darf das auch für einige der Geschwister angenommen werden, die im Kapitel ‚Sag mir, wo die Geschwister sind‘ vorgestellt werden. Die Übernahme von Hilfeverantwortung für das

erkrankte Geschwister wird von manchen Mitgeschwistern ebenfalls als sinnstiftend verstanden. Eltern, die in der Angehörigenbewegung aktiv sind, begründen ihr Engagement oft ähnlich; sie ‚wollen dem Ganzen einen Sinn geben‘, nämlich mit ihren in leidvoller Auseinandersetzung gewonnenen Erfahrungen anderen zur Seite stehen. Individuen, die spirituell orientiert sind, vermögen häufig daraus eine Sinngebung für ihr Erleben abzuleiten; sie begreifen ihr Schicksal – abhängig vom Kulturkreis – etwa als vorbestimmten Auftrag, als Prüfung oder als Katharsis.

Pauline Boss (2008, S. 103f.), Angehörige und Therapeutin, wertet ‚Sinn zuschreiben‘ als wichtiges therapeutisches Ziel. Sie sieht in der individuell sehr unterschiedlichen Erschließung von sinngebenden Aspekten ein wirksames Element, welches das Annehmen von unveränderlichen, belastenden oder traumatischen Bedingungen erleichtert.

Angeregt von den Ausführungen von Hofmann und Hoffmann (2000, S. 109) zur „Vermeidung einer Falle: Das Verlangen nach dem abstrakten und absoluten Sinn“ kann sicher für alle Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen gelten: Sinn muss sich eher beiläufig einstellen, er kann nicht als der absolute Sinn gesucht und gefunden werden.

Diese Coping-Strategie besitzt einen geringen Distanzierungsanteil, eröffnet die Chance auf eine höhere (soziale) Wertschätzung und kann erheblich zur Reduzierung von Schuldgefühlen beitragen. Allerdings stehen dem auch Kosten gegenüber: Es besteht die Gefahr, die Selbstsorge zu vernachlässigen oder in die Falle einer Über-Identifikation zu geraten – mit Defiziterleben und neuen Schuldgefühlen als Folge.

VII.2.2.5 Die objektivierende Professionalisierung – Wissenserwerb, intellektuelle Distanzierung, Gewinnung von Souveränität

Die intensive Beschäftigung mit den vielfältigen Fragen rund um psychische Erkrankungen und deren Folgen führt nicht selten zu einer zunehmenden Professionalisierung bis hin zu einem Berufsleben im psychiatrischen (Um-)Feld. Mit einem (ggf. nur quasi-)professionellen Blick auf das eigene Erleben wird dieses objektiviert, ein intellektueller Abstand wird

hergestellt, indem das Erleben nach außen gekehrt und dort einer distanzierteren Betrachtung zugänglich wird. Zugleich werden damit die Gefühle von Inkompetenz und Schuld kompensiert (Lively u. a. 1995; Barak u. a. 2004, S. 235). Darüber hinaus setzt diese sehr aktive und produktive Strategie der beklemmenden Hilflosigkeit etwas entgegen und befreit damit bis zu einem gewissen Grad davon.

Nicht selten wird die Strategie, der Erkrankung Sinn für das eigene Leben zu geben, verbunden mit der ‚objektivierenden Professionalisierung‘, was jedoch keinesfalls zwingend ist.

Jana Hauschild (2019, S. 168f.) sieht den Wert ihres Psychologie-Studiums unter anderem darin, den Bruder besser zu verstehen und dieses Verständnis auch den Eltern vermitteln zu können (siehe das Kapitel ‚Das Kind als Moderator familiärer Konflikte‘). Für sie besteht der Wert der Professionalisierung darin, dem Nicht-Verstehen und der Hilflosigkeit zu begegnen – ohne dass sie der Erkrankung des Bruders einen übergeordneten Sinn in ihrem Leben geben würde. Den Autoren dieser Monographie sind einige in der Psychiatrie Tätige bekannt, die seit Jahren unter der Erkrankung eines Geschwisters leiden, darin aber keinen Sinn für ihr Leben erkennen können, auch wenn ihre Berufsentscheidung davon (mit) geprägt wurde.

VII.2.2.6 Die physische Strategie – Moratorium oder konstruktive Flucht, (zeitweiliger) Kontaktabbruch

Der individuellen Entscheidung für die physische Distanzierung liegen viele fallspezifische Einflussfaktoren zugrunde, welche die sehr persönliche Lebenssituation reflektieren; das gleiche gilt für die jeweils sehr individuellen psychischen und sozialen Wirkungen des Moratoriums oder Kontaktabbruchs.

Wer diese Strategie wählt, macht sich angreifbar für Kritik und Vorwürfe (seitens des erkrankten Geschwisters, der Eltern oder Außenstehender), und der Weg zu neuen Ambivalenzen samt Schuldgefühlen ist gebahnt. Dennoch wird diese Strategie von vielen Geschwistern im Dienst

ihrer Individuation und Persönlichkeitsentwicklung praktiziert, wie auch internationale Studien belegen. Anders als andere Strategien ist diese Art der Distanzierung qua Definition auf Zeit angelegt.

Jüngeren Geschwistern stehen Fluchtwege wie ein Moratorium oder ein Kontaktabbruch nicht offen; sie sind gezwungen, ihr ‚psychisches Überleben‘ innerhalb der Familie zu meistern. Vom ‚psychischen Überleben‘ zu sprechen erscheint übertrieben, aber Geschwister haben ihr Erleben so zu Protokoll gegeben.

VII.2.2.7 Die systemische Strategie – Funktionales familiäres Schweigen, Selbstzensur, Sichtunsichtbar-Machen

Die systemische Strategie (diese Strategie ist auf das Familiensystem gerichtet bzw. betrifft das familiäre System) ist ein defensiver, auf Konfliktvermeidung angelegter Weg zur Bewältigung, dem so große Bedeutung zukommt, dass ihm gleich zwei eigene Kapitel gewidmet wurden; neben dem ‚funktionalen familiären Schweigen‘ gehört auch das Reaktionsmuster der ‚großen starken (kleinen schwachen) Schwester‘ in diese Kategorie. Die kurzfristig, ggf. auch mittelfristig sehr effiziente Strategie birgt ein hohes Risiko, langfristig in defizitäre Lebenssituationen zu führen, zumindest aber, personale und familiäre Potenziale zu blockieren und vorhandene Ressourcen ungenutzt zu lassen.

Dessen ungeachtet ist gemäß den Selbstzeugnissen der Mitgeschwister dieser Verarbeitungsansatz sehr weit verbreitet.

VII.2.3 Coping: Kategorien und Wirksamkeit

In einer Vielzahl von Studien, vorwiegend aus dem angelsächsischen Raum, wurden seit den 1990er Jahren teilweise sehr detailliert Bewältigungsschritte von Mitgeschwistern erhoben. Die Forscherinnen und Forscher haben ihre empirischen Ergebnisse unterschiedlich ‚sortiert‘, d. h. in distinkten Kategorien gebündelt, wobei sie sich häufig von ihrer

theoretischen Orientierung leiten ließen. Dabei ist es nicht verwunderlich, trotz der unterschiedlichen theoretischen Perspektiven Konvergenz in den Ergebnissen zu finden: die Autorinnen und Autoren haben, so wie auch wir, den gleichen Sachverhalt beobachtet und analysiert. In den im Folgenden vorgestellten Studien finden sich daher vielfältige Überschneidungen mit den sieben der oben ausgeführten übergeordneten Bewältigungsstrategien, was deren Evidenz unterfüttert. Einige Studienergebnisse gehen partiell darüber hinaus und beschreiben Einzelstrategien, die aufgrund unseres Zugangs zu Geschwistern nicht in den Blick gelangten.

Bevor auf die Studien eingegangen wird, bietet die folgende Tabelle einen Überblick über die Überschneidungen der sieben übergeordneten Copingstrategien mit den Studienergebnissen.

Die psychisch-mentale Strategie	
Marsh u. a. (1993b)	emotionale Strategien
Kinsella u. a. (1996)	Verinnerlichung von Gefühlen, ungesunder ‚Ausstieg‘
Ståhlberg u. a. (2004)	Vermeidung, Isolation, Rückzug
Sin u. a. (2012)	Distanzierung (junge Geschwister)
Friedrich u. a. (2008)	Management des emotionalen Stresses
Avcıoğlu u. a. (2019)	emotionale (emotion-focused) Strategie
Die kognitive Vermeidung	
Marsh u. a. (1993b)	kognitive Strategien; verhaltensbasierte Strategien
Kinsella u. a. (1996)	Selbstisolation
Ståhlberg u. a. (2004)	Vermeidung, Isolation, Rückzug
Sin u. a. (2012)	Distanzierung (junge Geschwister)
Friedrich u. a. (2008)	Management der konkreten Situation
Avcıoğlu u. a. (2019)	kognitive (problem-focused) Strategien
Die soziale Strategie	
Marsh u. a. (1993b)	soziale Strategien
Kinsella u. a. (1996)	Suche nach Unterstützung
Avcıoğlu u. a. (2019)	indirektes Coping (social support seeking)

Die Re-Interpretation als Sinngebung für das eigene Leben	
Marsh u. a. (1993b)	emotionale Strategien
Kinsella u. a. (1996)	Glaube, Spiritualität
Stålberg u. a. (2004)	Normalisierung; Hilfestellung geben (chronischer Kummer)
Friedrich u. a. (2008)	Management der Bedeutung, des Sinns
Avcıoğlu u. a. (2019)	emotionale (emotion-focused) Strategie
Die objektivierende Professionalisierung	
Marsh u. a. (1993b)	kognitive Strategien
Kinsella u. a. (1996)	Versachlichung der Erkrankung; Wissenserwerb
Stålberg u. a. (2004)	Normalisierung
Sin u. a. (2012)	Informationserwerb (erwachsene Geschwister)
Friedrich u. a. (2008)	Management der Bedeutung, des Sinns; Management der konkreten Situation
Avcıoğlu u. a. (2019)	kognitive (problem-focused) Strategien
Schwarz (1957)	Normalisierung
Die physische Strategie	
Marsh u. a. (1993b)	verhaltensbasierte Strategien
Kinsella u. a. (1996)	konstruktive Flucht
Stålberg u. a. (2004)	Vermeidung, Isolation, Rückzug
Friedrich u. a. (2008)	Management der konkreten Situation
Avcıoğlu u. a. (2019)	emotionale (emotion-focused) Strategie
Die systemische Strategie	
Marsh u. a. (1993b)	verhaltensbasierte Strategien
Kinsella u. a. (1996)	selbstzensurierendes Verhalten
Stålberg u. a. (2004)	Vermeidung, Isolation, Rückzug
Friedrich u. a. (2008)	Management der konkreten Situation
Avcıoğlu u. a. (2019)	emotionale (emotion-focused) Strategie

Abbildung 10: Studienübersicht zur Kategorisierung von Copingstrategien

Die Studien im Einzelnen

Marsh u. a. (1993b) unterscheiden vier Kategorien mit insgesamt 23 effektiven Coping-Strategien. Sie berichten, die meisten Probanden hätten im Zeitverlauf mehrere Strategien aus den unterschiedlichen Gruppen genutzt; viele sahen darin einen Grund für persönliches Wachstum (ebenda, S. 10f.). Marsh u. a. differenzieren nach:

- kognitiven Strategien (e.g., learning about mental illness, services, and resources),
- verhaltensbasierten Strategien (e.g., developing stress management skills,
- emotionalen Strategien (e.g., seeking personal counseling) und
- sozialen Strategien (e.g., joining a support group).

Kompatibel mit der Klassifizierung von Marsh u. a. sind die acht Strategien, die Kinsella u. a. (1996) benennen, wobei die Autorinnen zudem nach positiven und negativen Formen der Bewältigung unterscheiden. Zu den positiven Methoden zählen sie:

- Konstruktive Flucht (constructive escape),
- Suche nach Unterstützung (seeking support),
- Versachlichung der Erkrankung (objectifying the illness),
- Wissenserwerb (acquiring information),
- Glaube, Spiritualität (spiritual faith);

als unzutragliche Verfahren werten sie:

- Verinnerlichung von Gefühlen, ungesunder ‚Ausstieg‘ (internalization of emotions or unhealthy escape),
- Selbstzensurierendes Verhalten (self-censoring behavior),
- Selbstisolation (self-isolation).

Stålberg u. a. (2004) greifen die Hypothese von positiven und negativen Strategien auf und postulieren, es sei ‚gesünder‘, einen aktiven Weg der Bewältigung zu wählen, wie z. B. Vermeidung, als einen passiven Weg, wie z. B. Selbstisolation, der zu Depressionen führen könne (ebenda, S. 454).

Es gibt Hinweise auf die Altersabhängigkeit von Coping-Strategien. So identifizierten Sin u. a. (2012, S. 56) im Rahmen eines Erst-Episoden-Projekts sehr junge Geschwister (unter 16 Jahren), die eher Distanz zum

erkrankten Geschwister zeigten und versuchten, nicht in die Probleme einbezogen und nicht an den familiären Problemlösungen beteiligt zu werden; demgegenüber suchten ältere Geschwister – den elterlichen Interessen vergleichbar – vornehmlich Informationen zur Erkrankung sowie zu Behandlungsoptionen.

Einem anderen Modell zur Einordnung folgen Friedrich u. a. (2008, S. 262), und zwar dem von Pearlin u. a. (1978) entwickelten ‚stress process model‘. Dies ist darauf ausgerichtet, Strategien zu erkennen, die eine pro- tektive Wirkung entfalten. Nach Pearlin u. a. kann dies auf drei Wegen erreicht werden:

- die Situation, die zu Stress führt, durch konkretes Handeln managen (management of situation),
- die Bedeutung bzw. den Sinn der Situation managen, um die erlebte Bedrohung zu reduzieren (management of meaning),
- den emotionalen Stress managen, der aus der Situation erwächst (management of distress).

In diese Kategorien sortierten Friedrich u. a. 22 Einzel-Strategien, die als Konkretisierung des von Marsh u. a. sowie Kinsella u. a. beschriebenen Rasters gesehen werden können. Die Autorinnen gewichteten diese Bewältigungsmodi anhand der Bewertungen der Mitgeschwister. Dabei erwiesen sich alle dem ‚management of meaning‘ zugeordneten Strategien als die bedeutsamsten.

Die systemische Strategie des ‚funktionalen partiellen Schweigens‘ erscheint bei Friedrich u. a. nicht, allerdings halten in der Befragung 74 % der Geschwister ‚offene Kommunikation in der Familie‘ (open communication in family) für sehr wichtig und 20 % für wichtig; dies darf als indirekte Ablehnung des ‚funktionalen partiellen Schweigens‘ verstanden werden.

Avcıoğlu u. a. (2019) analysierten die Aussagen von Geschwistern psychisch Erkrankter nach dem Modell von Lazarus und Folkman. Diese unterscheiden in ihrem Standardwerk („Stress, appraisal, and coping“, 1984) nach

- kognitiven (problem-focused) Strategien und
- emotionalen (emotion-focused) Strategien.

Gemäß Avcıoğlu u. a. erwiesen sich jene Strategien als besonders wirksam, die dem ‚problemorientierten Coping‘ zuzurechnen sind, also z. B. Kontrolle zurückgewinnen, Zunahme von Wissen (Informationen), das Für und Wider unterschiedlicher Optionen abwägen. Als ebenso wirksamen Faktor fanden sie das

- indirekte Coping (indirect coping), das sie – anders als Lazarus und Folkman – nicht als personale Ressource einordneten, sondern als Strategie (ebenda, S. 254).

Das indirekte Coping werde beschrieben „als eine gesunde Art der Bewältigung [...], indem man sich entzieht, anstatt sich auf die Krankheit und Belastung durch das Geschwister zu fokussieren [...]. Das umfasst Auszeiten oder Aktivitäten, innerhalb und außerhalb des Hauses, die Zeit und Aufmerksamkeit beanspruchen und Freude bereiten.“ (Ebenda, S. 259 **) Für die Autoren wirkt dies als Puffer, der die Belastungen abfedern kann.

Sie schließen sich Gençöz u. a. (2006) an, die eine Umbenennung des indirekten Copings in ‚social support seeking‘ vorschlagen (Avcıoğlu u. a. 2019, S. 259). „Soziale Unterstützung scheint der wichtigste Faktor für das Wohlbefinden zu sein. Sie entfaltet eine eigene Wirkung und mildert auch die Belastungen.“ (Ebenda **)

Wie schon im Kapitel ‚Scheinbar unvermeidbare Schuldgefühle und das Verbot eigenen Glücks‘ referiert, wird allerdings die Anwendung solcher indirekten Strategien, die mit Freude und sozialer Unterstützung assoziiert sind, häufig durch aktives Vermeidungsverhalten blockiert. Das gilt für das Selbst-Verbot, Glück zu empfinden und für die Distanzierung von sozialen Kontakten aus Angst vor Stigmatisierung oder wegen eines familiären Schweigegebots (siehe in den entsprechenden Kapiteln). In anderen Worten: Die Scheu vor Kontakten mit Gleichaltrigen und überhaupt mit Außenstehenden hindert die Geschwister oft daran, diesen protektiven Puffer zu nutzen.

Die genannten Studien beleuchten vorrangig oder ausschließlich die Bedeutung und Wirkung der unterschiedlichen Strategien für die Mitgeschwister und deren Be- bzw. Entlastungserleben. Dabei stehen Bewältigungsformen, die auf die Herstellung einer möglichst großen Distanz zum erkrankten Geschwister gerichtet sind, gleichrangig neben den übrigen

Strategien. Bei anderen Studien steht dagegen die Beziehungsgestaltung zwischen den Geschwistern im Mittelpunkt; bei diesen wird das Distanzierungsmoment allenfalls als vorübergehendes Phänomen gesehen.

Zu diesen Autorinnen gehören Ståhlberg u. a. (2004). Für sie bilden die Beziehungen der Geschwister zueinander den entscheidenden Hintergrund, vor dem es die jeweilige ‚geschwisterliche Bindung‘ (sibling bond) ist, die sich in der Ausformung des dreischrittigen Verarbeitungsprozesses abbildet und diesen befördert (ebenda, S. 448):

- Vermeidung, Isolation, Rückzug,
- Normalisierung,
- Hilfestellung geben und chronischer Kummer.

Ståhlberg u. a. sehen darin eine Entwicklung von ‚Abstand‘ zu ‚Nähe‘ zum Geschwister sowie Schritte vom isolierten bzw. losgelösten (detached) zum integrierten (involved) Familienmitglied, das sich kümmert und dies häufig mit chronischem Kummer bezahlt (ebenda, S. 454); die in diesem Sinne ‚neutralste‘ Beziehung zwischen den Geschwistern sehen die Autorinnen in der Normalisierung. Als Ergebnis ihrer Studie vermuten sie dynamische Verarbeitungsprozesse als stärkeren Antrieb für das Bewältigungsgeschehen als personale Muster, die eher so etwas wie ‚Geschwister-Typen‘ abbildeten, und für die sie nur schwache Hinweise fanden.

Bereits 1957 kam Schwarz in ihrer Studie mit Ehefrauen von psychisch erkrankten Männern zu dem Schluss, dass die ‚Normalisierung‘ zu erfolgreicherer Motivierung und Unterstützung des Erkrankten führte. Sie sah diese Phase als Prozess, in dem die Symptome der Erkrankten sich nicht veränderten, wohl aber von den Ehefrauen kognitiv ‚reorganisiert‘ worden waren.

Ausgehend von Studien zur Wirkung von unterschiedlichen innerfamiliären emotionalen Interaktionsmustern auf die Bewältigung psychischer Erkrankungen sowie der Krankheitsfolgen (z. B. Leff und Vaughn 1981; Greenberg u. a. 1999; López u. a. 2004) stellen auch Kuipers u. a. (2010, S. 261f.) diesen Aspekt ins Zentrum ihres Modells. In Anlehnung an die ‚Expressed Emotion‘ (EE) Forschung beobachteten sie drei Beziehungsmuster: positive Beziehungen (positive relationships), emotional überengagierte Beziehungen (emotionally overinvolved relationships), kritische und feindselige Beziehungen (critical and hostile relationships).

Nach Kuipers u. a. prägt die Qualität der Beziehung zwischen Erkrankten und Angehörigen langfristig das Verhalten aller Beteiligten. Im Kapitel ‚Die Erfahrungen der Geschwister sollen erklärt werden‘ wurde auf die heutige veränderte Sicht auf die ‚Expressed Emotions‘ hingewiesen. Sie beschreiben demnach die Reaktion auf hoch belastendes Erleben sowie die Veränderung der Reaktionen im Zuge der mit der Zeit eintretenden Anpassung an die Belastungen. Damit werden dysfunktionale Emotionen reduziert.

VII.2.4 Coping: ein immerwährender Prozess

Bei allen schweren Krisen, wie z. B. beim Tod eines nahen Angehörigen, folgen die Bewältigungsschritte einer immer wieder beobachteten Stufenabfolge. Einige Studien heben darauf ab, dass Angehörige psychisch erkrankter Menschen die gleichen Verarbeitungsphasen durchlaufen wie Hinterbliebene beim Tod eines nahestehenden Menschen. Zu diesen Autorinnen zählen auch Marsh u. a. (1993a, S. 15) sowie Ståhlberg u. a. (2004, S. 450ff.). Sie beschreiben folgende Schritte:

1. Vermeidung

Diese Phase ist geprägt von Gefühlen wie Schock, Verleugnung und Ungläubigkeit (Marsh u. a.) bzw. von Rückzug, Isolation, Konfusion und Trauer (Ståhlberg u. a.).

Damit ist diese Phase hinreichend charakterisiert. Sowohl Marsh u. a. als auch Ståhlberg u. a. sehen die Gefahr, auf dieser Stufe des Verarbeitungsprozesses zu verharren, mit chronischem Kummer als Folge. Für Pauline Boss (2008) liegt eine Ursache für einen solchen Entwicklungsstillstand in der Zermürbung und der nicht verarbeiteten Trauer, die den uneindeutigen Verlust eines Geschwisters begleitet (siehe Kapitel ‚Der schmerzliche Verlust des Geschwisters ...‘). Die meisten Geschwister überwinden jedoch selbsttätig das schockierende Erleben, sie können dann zurückschauen, ohne weiterhin davon überwältigt zu werden.

2. Konfrontation, Normalisierung

Diese Verarbeitungsstufe ist verbunden mit intensiven Gefühlen von Kummer und Verlust sowie vielen negativen Emotionen, wie Wut, Schuld, Verzweiflung (Marsh u. a.). Stålborg u. a. bezeichnen die Phase etwas missverständlich als ‚Normalisierung‘; sie beschreiben die Normalisierung jedoch als Kontinuum von Ablehnung zu Akzeptanz, was der Definition von Marsh u. a. sehr nahe kommt.

In dieser Phase setzen sich die Geschwister aktiv und substanziell mit den Zumutungen und Herausforderungen auseinander, die die Erkrankung in der Familie mit sich bringen. Sie ist angefüllt mit den beschriebenen Ambivalenzen, Dilemmata und Schuldgefühlen. Stålborg u. a. verbinden sie darüber hinaus mit dem starken Wunsch der Geschwister, ihre Familie möge von Außenstehenden als ‚normal‘ wahrgenommen werden.

3. Überwindung, Anpassung

Marsh u. a. charakterisieren diese Stufe durch Verstehen und Akzeptanz der psychischen Erkrankung und die Reinvestition von Lebensenergie ins eigene Leben; Stålborg u. a. sehen dieses Resultat als Endpunkt der zweiten Verarbeitungsstufe. Abweichend von Marsh u. a. benennen sie jedoch die Entscheidung für eine dauerhafte Unterstützung des erkrankten Geschwisters als Strategie, die Mitgeschwistern eine Balance im Umgang mit ihren widerstreitenden Gefühlen einerseits und ihren eigenen Bedürfnissen andererseits verschaffen kann.

Ein solches Stufenmodell suggeriert einen regelhaften Ablauf der Prozesse bei von einem schweren Schicksalsschlag getroffenen Menschen, sei es durch den physischen Tod oder durch eine schwere (psychische) Erkrankung eines nahestehenden Menschen. Nicht nur die Selbstzeugnisse der Mitgeschwister lassen auf wesentlich dynamischere Prozesse schließen. Marsh u. a. betonen neben der individuellen Komponente auch die Variabilität im Hinblick auf die zeitliche Abfolge der Stufen. Stålborg u. a. machen sich die Definition des Coping-Prozesses von Lazarus und Folkman (1984) zu eigen, wonach Coping beschrieben wird als „sich ständig ändernde kognitive und verhaltensbezogene Bemühungen zur Bewältigung spezifischer externer und/oder interner Anforderungen, die als

Belastung oder Überschreitung der Ressourcen der Person bewertet werden“ (ebenda, S. 141 **).

Viele Geschwister vermögen nicht, sich wie beim Erklimmen einer Treppe von Stufe zu Stufe aufwärts zu bewegen, sondern sehen sich immer wieder von einer erklommenen Stufe auf eine niedrigere zurückgeworfen, wenn neue Belastungen und Herausforderungen und/oder veränderte Lebensumstände sie dazu zwingen. Etliche solcher oft gravierenden Einschnitte, die den erreichten Status der Mitgeschwister unterminieren, wurden in den vorausgehenden Kapiteln angesprochen: die Erwartung, die Sorge für das erkrankte Geschwister übernehmen zu sollen, wenn die primären Kümmerer, meist die Eltern, diese nicht mehr leisten können oder versterben; die Entscheidung, eine Partnerschaft einzugehen oder eine eigene Familie zu gründen; Anforderungen in Verbindung mit der beruflichen Karriere; aber auch Herausforderungen, die sich aus Veränderungen der gesundheitlichen und/oder sozialen Lebensumstände des erkrankten Geschwisters ergeben.

VII.2.5 Der Versuch zu verstehen – wirksames Element vieler Coping-Strategien oder ein Ritt auf der Klinge?

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Verhaltensweisen von Geschwistern beschrieben und mit Beispielen und Studien unterlegt. Viele dieser Verhaltensweisen werden von den Geschwistern entwickelt, um Ambivalenzen lebbar zu machen, um das Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein zu überwinden und um Schuldgefühle zu reduzieren. Wie ebenfalls in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt wurde, beinhalten alle Coping-Strategien – unabhängig davon, ob sie bewusst eingesetzt werden oder nicht – das Element der Distanzierung in unterschiedlich starker Ausprägung (siehe das Kapitel ‚Coping: Sieben übergeordnete Strategien der Bewältigung‘).

Eine andere Entsprechung, die einigen der Strategien gemeinsam ist, wurde dagegen nur indirekt angesprochen: das Bestreben, das Unerklärliche, Befremdliche, Verunsichernde, Beängstigende im eigenen Erleben

zu verstehen, Antworten auf Fragen zu finden, auf die es letztlich keine Antwort zu geben scheint. Wir finden eine Vielzahl von versteckten oder unterschwelligem Hinweisen, die auf das hindeuten, was im Tiefsten zu bewegen scheint, wie

- die Frage, warum sich die Schwester oder der Bruder so sehr verändert hat,
- die Frage, warum sich die Beziehungen in der Familie so einschneidend gewandelt haben,
- die Frage, warum die Schwester oder der Bruder erkrankt sei, während man selbst verschont blieb,
- die Frage, ob man das Risiko in sich trägt, selbst psychisch zu erkranken, oder
- die Frage, ob es Schuldige für die Entwicklungen in der Familie gibt.

Versuche, sich Erklärungen anzunähern, erkennen wir bei den Strategien ‚Die Re-Interpretation als Sinnggebung für das eigene Leben‘ sowie ‚Die objektivierende Professionalisierung‘.

Es ist auffällig, dass viele der in diesem Text zu Wort kommenden Schwestern und Brüder²⁹ Berufe ergriffen haben, die offensichtlich eine

²⁹ Zu diesen Mitgeschwistern gehören zahlreiche der zitierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Publizistinnen, Künstlerinnen und Künstler wie die Psychologinnen, Journalistinnen, Autorinnen und Philosophinnen L. P. Chase (1983), Ami Brodoff (1988), Margaret Moorman (1994), Victoria Secunda (1997), Clea Simon (1997), Kate Strohm (2002), Hannah, eine Moderatorin des Forums des GeschwisterNetzwerks (seit 2017), Friederike Samstag (2018) und Jana Hauschild (2019) sowie mehrere ihrer Interviewpartnerinnen und -partner (ebenda, S. 163f.); die Filmemacherinnen Stella Tinbergen (1996, 1997, 2005), Jana Kalms (2006, 2015) und Anniken Hoel (2018); Psychiaterinnen und Psychiater wie Eugen Bleuler (1911), einer der Väter der modernen Psychiatrie, Carolyn Spiro (2018), W. Thomas Boyce (2019), Chenco Dorji (2019), Mitch Gluck (2019) und Martin Zinkler (2020), sowie in der Gemeindepsychiatrie bzw. der Sozialen Arbeit Tätige wie Lucy Fuchs (1986), Joanne Riebschleger (1991), Tina Bühler-Stehlé (2005), Don Meyer (2015), Cornelia Zöberlein (2017a), Ellen Braaten (2018), Rex Dickens (2018), Lisa Breinlinger (2019), Dagmar Wiegel (2021) und der Autor dieses Textes; außerdem noch Angehörige psychisch Erkrankter in einer anderen als der Geschwisterrolle wie die Psychiater Manfred Bleuler (1987), Asmus Finzen (2013) und Luc Ciompi (2018), die Familientherapeutin Pauline Boss (2008), aus dem Bereich Soziale Arbeit Sabine Hummitzsch (2002) sowie die Koautorin dieses Textes. Hierbei noch nicht berücksichtigt sind diejenigen einem breiteren Publikum bekannten Persönlichkeiten, die bisher nicht öffentlich gemacht haben, dass sie Schwester oder Bruder einer oder eines psychisch Erkrankten sind; einige davon sind den Autoren persönlich bekannt.

hohe Affinität zu solchen Fragestellungen aufweisen und die Chance zu bieten scheinen, sich ‚dem Unverstehbaren‘ ein Stück weit anzunähern (siehe auch das Kapitel ‚Sag mir, wo die Geschwister sind‘). Mit ihrer Berufswahl nutzen sie Elemente aus den genannten aktiven Coping-Strategien, die nach Ståhlberg u. a. (2004) zudem zu den ‚gesünderen‘ Bewältigungsmechanismen zählen.

Alle Coping-Strategien bergen jedoch auch Risiken; sie können Entwicklungen blockieren, insbesondere dann, wenn sie unverändert über lange Zeiträume beibehalten werden, ohne Anpassung an Veränderungen im Lebensalter und in den Lebensbedingungen. Genannt seien hier nochmals beispielhaft ‚das funktionale Schweigen‘, das in bestimmten Situationen sehr hilfreich, in anderen jedoch zerstörerisch wirken kann, oder auch die Gefahr einer ‚Überidentifikation‘ mit dem erkrankten Geschwister, was nach Titelman (1991) zu einer ‚manischen Externalisierung‘ führen könne.

Auch die – möglicherweise unterschwellige – Motivation, nach Antworten auf die bedrängenden Fragen zu suchen, birgt ein Risiko: Diese Suche kann sich verselbständigen und, im Anschluss an Titelman, manische oder sogar wahnhaftige Züge annehmen. In – nach eigener Bekundung – drastischen Worten spitzt der Verhaltensbiologe Klaus-Peter Lesch (2021) dieses Risiko zu. Ihm zufolge könne es sein, dass angesichts der nach wie vor ungeklärten Fragen zur Krankheitsgenese permanente Versuche, sich die Erkrankung zu erklären, in einem Erklärungswahn resultieren; dies gelte allerdings nur dann, wenn der Perspektivwechsel nicht (mehr) korrigierbar sei. „Die Frage bleibt: Wir können Verständnis für psychische Erkrankungen aufbringen, aber verstehen können wir sie nicht.“ (Ebenda)

Eines scheint ebenso gewiss: Für viele Menschen führt die besondere Situation als Angehörige – ob Geschwister, Eltern, Kinder usw. – früher oder später zu einem starken Verlangen, sich die Ursachen der psychischen Störung und deren erlebte Wirkungen im familiären Kontext und auf die familiäre Dynamik erklären zu wollen. Dieses Bestreben kann sehr produktiv sein, es gilt aber auch, die Risiken nicht zu übersehen.

VII.2.6 Coping-Strategien und die Stärkung der Resilienz

In den vorausgehenden Abschnitten wurden die Sichtweisen auf bestimmte Coping-Strategien beschrieben sowie die Risiken, die mit einzelnen Strategien verbunden sein können. Sie begleiten – freiwillig oder unfreiwillig, bewusst oder unbewusst – den Lebensweg der Geschwister, ihren „täglichen Lebenskonflikt“ (Schmid 2009, S. 334). Oft sind die Bewältigungswege fragil und müssen abhängig von der sich wandelnden individuellen Situation immer wieder angepasst werden.

Andererseits wurde in mehreren Kapiteln von Geschwistern berichtet, die aus den belastenden und als leidvoll erlebten Erfahrungen, mit einer psychisch erkrankten Schwester oder einem erkrankten Bruder über längere Zeiträume leben oder sich an der Sorge für sie beteiligen zu müssen, auch persönliche Stärke gewonnen haben. Sie sprechen von gesteigertem Selbstbewusstsein und davon, trotz oder wegen ihrer Erfahrungen gewachsen zu sein (siehe die Kapitel ‚Erlebte positive Wirkungen‘ und ‚Entscheidungen, die das Leben prägen ...‘).

Da drängt sich die Frage auf, welche Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen entscheidend dafür sind, ob Geschwister eine positive Entwicklung nehmen oder ob die Belastungen sie in eine als defizitär empfundene Lebenslage führen, im Einzelfall mit psychischen und somatischen Erkrankungen als Folge. Daran schließt sich eine weitere weitaus wichtigere Frage an: Wie können Resilienzfaktoren gestärkt werden und was beeinträchtigt Resilienz? Wie wirken sich unterschiedliche Coping-Strategien auf die Resilienz-Potenziale aus?

Zu Beginn des Kapitels ‚Ähnliche Erfahrungen – unterschiedliche Reaktionen und Wirkungen‘ wurde aus einer Studie aus dem Jahr 2005 zitiert, wonach „die Datenlage bzgl. Ressourcen und angewandter Coping-Strategien der Geschwisterbetroffenen noch äußerst dürftig“ sei (Schmid u. a. 2005a, S. 745) – leider hat sich das seither nicht geändert. Dennoch kann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit aus den Erkenntnissen der allgemeinen Resilienzforschung auf deren Anwendbarkeit auch auf Mitgeschwister geschlossen werden.

Das Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR, lir.de) schreibt auf seiner Website zum Stichwort Resilienz: „Wir gehen davon aus, dass Menschen über vielfache Ressourcen verfügen, mit Stress und Belastungen umzugehen. [...] Resilienz besteht, wenn Individuen in großen psychischen oder körperlichen Stresssituationen ihre psychische Gesundheit aufrechterhalten oder diese nach einer kurzen Phase von Belastungssymptomen rasch wiederherstellen können.

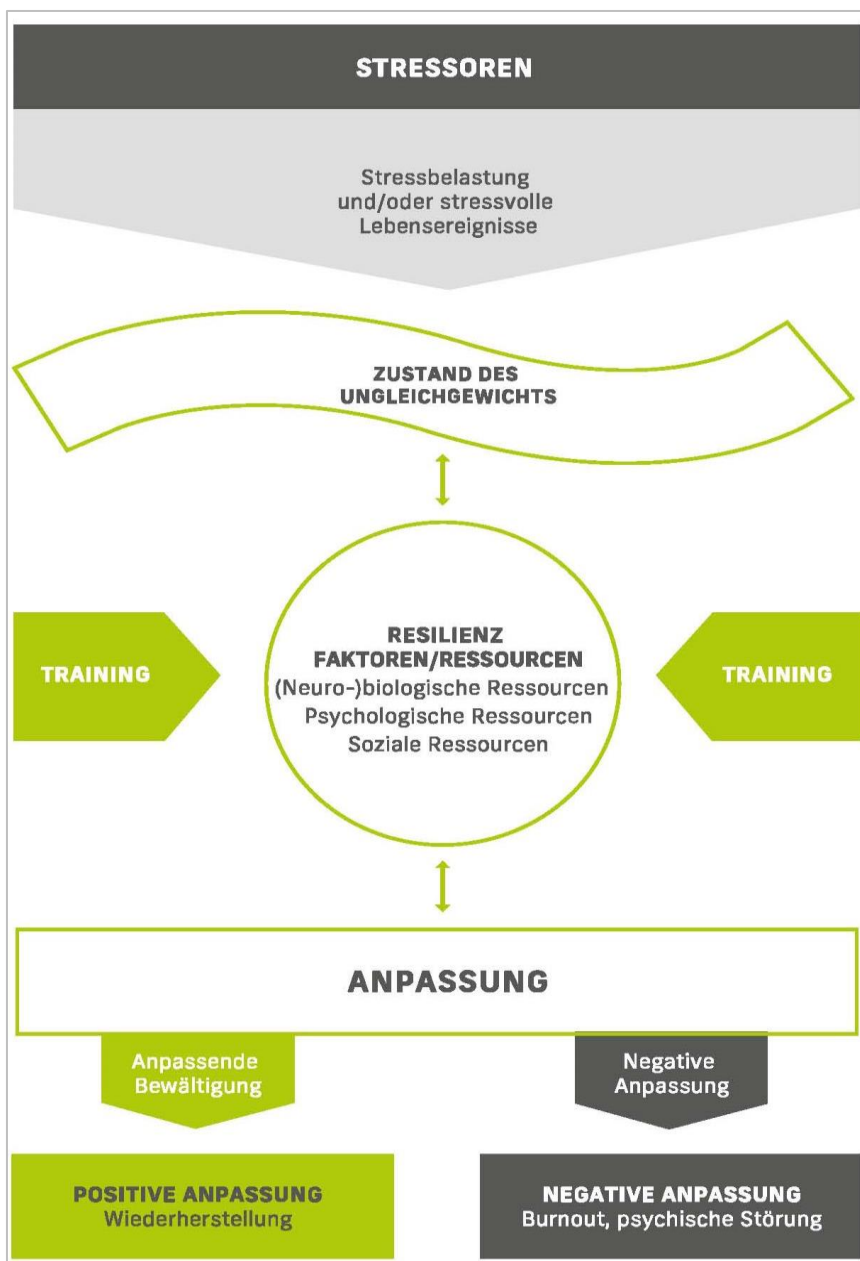
Es wird häufig angenommen, dass Resilienz ein festes Merkmal oder eine individuelle Eigenschaft ist, die Personen, die darüber verfügen, vor den negativen Folgen von Stressbelastungen schützt. Menschen ändern sich jedoch, während sie erfolgreich mit Stressoren umgehen, was sich durch veränderte Lebensperspektiven, das Aufkommen neuer Stärken oder Kompetenzen, die teilweise Immunisierung gegen die Auswirkungen zukünftiger Stressoren oder sogar als epigenetische Veränderungen und modifizierte Genexpressionsmuster manifestieren kann.

Das bedeutet wahrscheinlich, dass die Aufrechterhaltung oder schnelle Erholung der psychischen Gesundheit auf eine positive Anpassung an Stressoren zurückzuführen ist.

Belastbarkeit ist damit nicht einfach die Unempfindlichkeit gegen Stress, sondern Folge eines aktiven und dynamischen Anpassungsprozesses.“ (LIR 2020)

Diese Definition gilt sicher vollumfänglich für die Mitgeschwister. Auf die epigenetische Einschreibung positiver und negativer Anpassungen wurde im Exkurs ‚(Epi-)Genetik und soziale Erfahrung‘ ausführlich eingegangen, auf die Dynamik des Veränderungsprozesses und förderliche Coping-Ansätze in den Ausführungen zu den unterschiedlichen Bewältigungsstrategien.

Über die Resilienzforschung im engeren Sinn hinaus geht die Theorie von Aaron Antonovsky (1993, 1996) zur Entstehung von Gesundheit, die als Salutogenese-Modell zur Gesundheitsförderung (Antonovsky 1996: „The salutogenic model as a theory to guide health promotion“) bekannt wurde. Dieser Ansatz geht über den (förderlichen) Umgang mit Stress und Belastungen hinaus, indem danach gefragt wird, was uns eigentlich gesund erhält. Die Eckpunkte des Modells fasste Peter Kruckenberg (2004) zusammen. Die zentrale Aussage:



Quelle: Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR); (lir.de)

Abbildung 11: Der Resilienz-Prozess

„Seelische Gesundheit kann als Gesamtheit der Lebenskompetenzen verstanden werden mit wechselnder Ausprägung zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Kontexten. Mir hilft eine Orientierung an dem Modell von Antonovsky vom ‚sense of coherence‘ [das eigene Leben als einen nachvollziehbaren Sinnzusammenhang wahrnehmen], das ich aber durch einige zusätzliche Aspekte erweitern möchte.“ Als wesentliche Aspekte benennt Kruckenberg Sinnorientierung, Lebensbejahung, Durchschaubarkeit der Lebensverhältnisse, Abwesenheit des Empfindens von Willkür und Chaos, Überzeugung der Selbstwirksamkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion, intaktes soziales Umfeld und er fasst zusammen: „Seelische Gesundheit ist, wie Gesundheit überhaupt, nur zum Teil etwas, was man ‚besitzt‘; Gesundheit zeigt sich und entwickelt sich im unmittelbaren Lebensvollzug.“ (Ebenda, S. 219)

In einer Zusammenschau hat der Autor dieses Textes aus verschiedenen Quellen belegte protektive Gesundheitsfaktoren extrahiert, die Gesundheit quasi als ‚Nebeneffekt‘ und ‚beiläufig‘ entstehen lassen bzw. zu ihrer Erhaltung oder Wiederherstellung beitragen können und einen breiten Überschneidungsbereich zu Antonovsky aufweisen:

- Ich-Stärke
- Sinnhaftigkeit
- Genussfähigkeit
- erwartungssichere Sozialstruktur
- internale Kontrollüberzeugung
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstgewissheit und Selbstaufmerksamkeit
- Zuversicht und Optimismus
- Neugierde auf das Leben
- aktives Bewältigungsverhalten

Er kommt zu dem Schluss, dass Gesundheit das Ergebnis eines positiven Selbstbildes und der eigenen Handlungsfähigkeit ist (Peukert 2004, S. 40). „In der salutogenetischen Diskussion werden die Anforderungen [...] vornehmlich als gesundheitsfördernde Herausforderungen angesehen, die erst bei nicht ausreichenden Ressourcen zu Belastungen, d. h. zu Barrieren werden. Ob eine Anforderung ein Förderfaktor oder eine Barriere ist, entscheidet sich an den verfügbaren Ressourcen. [...] [Das Modell] lenkt

unsere Aufmerksamkeit auf aktive Anpassung, auf Belastungs-/Anforderungsreduktion und Ressourcenentwicklung [...].“ (Ebenda, S. 42)

Konvergierende Ergebnisse fand Kellermann (2008). Er ermittelte schützende Faktoren bei einer sehr speziellen Gruppe von Menschen: den Nachkommen von Holocaust-Überlebenden, deren Umgang mit den von ihren Eltern ‚ererbten‘ Traumata er untersuchte (siehe auch Exkurs ‚(Epi-) Genetik und soziale Erfahrungen‘). Während ein Teil dieser Nachkommen schwer an dem ‚transmitted trauma‘ leidet, „erleben [andere] ihr Erbe als ein kraftvolles Vermächtnis, das ihnen das Gefühl gibt, einer Bestimmung zu folgen, was ihrem Leben Bedeutung gibt“ (Kellermann 2008, S. 269 **). Er macht dafür angepasste Coping-Strategien und Überlebensinstinkte (survival skills) verantwortlich, die bei anderen Menschen üblicherweise weniger entwickelt seien. Als Resilienzfaktoren erkennt er dieselben, die Helmreich (1992, S. 267f.) bereits für die erste Generation von Holocaust-Überlebenden ausgemacht hatte:

1. die Fähigkeit, sich flexibel an neue Umgebungen anzupassen (to be able to adapt in a flexible manner to new environments),
2. Durchsetzungsfähigkeit und Entschlusskraft (to be assertive and take initiative),
3. die Weigerung, ein ‚nein‘ als Antwort hinzunehmen (to refuse to take ‚no‘ for an answer),
4. eine optimistische und zukunftsorientierte Einstellung zum Leben (to have an optimistic and future oriented approach to life),
5. Gebrauch machen von Intelligenz und beruflichen Qualifikationen (to utilize intelligence and professional skills),
6. die Fähigkeit, seelische Verletzungen aus dem Bewusstsein auszublenzen (to be able to remove the trauma from consciousness),
7. die Zugehörigkeit zu einer kooperativen Selbsthilfegruppe (to belong to a helpful support group),
8. das Wissen, überlebt zu haben, in die Persönlichkeit integrieren (to assimilate the knowledge that they survived),
9. Bedeutung und Sinnzusammenhang im Leben erkennen (to find meaning and a sense of coherence in one’s life),
10. allen Mut zusammennehmen (to muster courage).

Wenn man diese protektiven Faktoren den Charakteristika der oben beschriebenen Coping-Strategien gegenüberstellt, wird man viele Merkmale finden, die sich entsprechen.

Erinnert sei an Ståhlberg u. a. (2004), die im Anschluss an Kinsella u. a. (1996) die Hypothese aufstellen, dass es ‚gesünder‘ sei, einen aktiven Weg zur Bewältigung zu wählen als eine passive Methode.

Von Greenberg u. a. (1997) bis Avcioglu u. a. (2019) haben etliche Autorinnen und Autoren in ihren Studien eine starke Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und dem Wohlbefinden der Mitgeschwister gefunden. Dies weist einmal mehr auf die Bedeutung der kleinsten sozialen Zelle, der Familie, hin. Es darf unzweifelhaft unterstellt werden, dass ein offenes und konstruktives Familienklima nicht nur den Mitgeschwistern, sondern allen Familienmitgliedern zugutekommt.

Ausgehend von ihrem Konzept zum Umgang mit uneindeutigen Verlusten, etwa durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen, fokussiert Pauline Boss (2008) auf Bereiche, durch die die Kohärenz beschädigt sein kann und die es – ggf. in therapeutischen Prozessen – zu ‚heilen‘ gilt: „Um die Resilienz zu stärken, müssen die Ziele und Leitlinien im Hinblick auf folgende Aspekte formuliert werden: dem Verlust einen Sinn zuschreiben, das Gefühl der Beherrschbarkeit relativieren, die Identität neu definieren, Ambivalenz als etwas Normales begreifen, Bindung revidieren und Hoffnung entwickeln.“ (Ebenda, S. 26)

Auch wenn es in Studien bisher nur wenige Hinweise darauf gibt, welche Bewältigungsstrategien für die Mitgeschwister besonders förderlich sein könnten, so darf doch aus den hier referierten Zusammenhängen eine vorsichtige Empfehlung für die Schwestern und Brüder mit einem psychisch erkrankten Geschwister abgeleitet werden: Es ist wertvoll, sich mit den eigenen Copingstrategien auseinanderzusetzen, sie sich ins Bewusstsein zu holen und im Lichte der obigen Ausführungen zu reflektieren.

Das kann ihnen nicht nur helfen, ihr subjektives Belastungserleben und die Empfindung von Leid zu reduzieren, ein ‚besseres‘ Leben zu führen, es kann sogar dazu beitragen, eigenen psychischen Störungen und/oder somatischen Erkrankungen entgegenzuwirken.

Allerdings: auch wenn das Ziel deutlich ist, der Weg wird mitunter herausfordernd sein. Sich Unterstützung im persönlichen sozialen Umfeld oder im Austausch mit Peers zu suchen, notfalls zusätzlich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, scheint in der Regel unbedingt angezeigt.

VII.2.7 Entscheidungen, die das Leben prägen und vom Leben geprägt werden

VII.2.7.1 Sag mir, wo die Geschwister sind oder: Die Wendung hin zu sozialen Berufen, gesellschaftlichem und künstlerischem Engagement

Sowohl in der Pilotstudie von Bock u. a. (2008) als auch in der Langzeitstudie von Seiffge-Krenke (2001) zu an Krebs erkrankten Kindern haben viele der Geschwister die erworbenen Kompetenzen in ihre Berufswahl eingebracht und sehr oft soziale Berufe gewählt. Bei Bock u. a. waren es 50 % der Befragten. Ellen Braaten, die 11 Jahre ältere Schwester eines Bruders mit Down-Syndrom, erklärt ihre eigene Berufswahl damit, dass

„frühe Lektionen in Intoleranz und sogar Grausamkeiten mein Weltbild beeinflussten und den tiefen Wunsch in mir weckten, für diejenigen zu arbeiten, die mitunter nicht für sich selbst sprechen können.“ (Braaten 2018 **)

Eine aufschlussreiche Sicht auf den Zusammenhang der Erfahrungen als Mitgeschwister mit Persönlichkeitsmerkmalen eröffnet Barbara, die Schwester des Sozialpsychiaters Martin Zinkler, der sich als Vorkämpfer für eine humane Psychiatrie und für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen einen Namen gemacht hat. In seiner Familie sind mehrere Fälle von psychischer Erkrankung aufgetreten, auch eine seiner Schwestern ist erkrankt. Aufgrund eines zugesandten Textausschnitts dieser Monographie fragt die Schwester ihren Bruder, ob er, wie so viele andere Geschwister,

„darunter leiden musste unter meinen Depressionen, weil die Eltern euch alle im Gegensatz zu mir vernachlässigt haben?“ (Zinkler 2020)

„[Er antwortet, dass er] gar nicht unter irgendjemandes psychischen Problemen gelitten habe; dass es [ihn] bewegt hat, schon.“ (Ebenda)

Die Schwester sieht bei ihrem Bruder einen anderen Zusammenhang zwischen seinen Erfahrungen als Bruder einer psychisch erkrankten Schwester und seiner Persönlichkeit, als es hier für viele der Geschwister referiert wurde. Nicht die Erfahrungen als Bruder haben seine Persönlichkeit beeinflusst, sondern andersherum: Seine Persönlichkeit habe seine Einstellung zu psychischem Leid geprägt.

„Eigentlich halte ich es bis heute für deine Grundhaltung, wahrscheinlich all das, was viele so an dir schätzen, deine hohe Ethik, die sich in Achtung vor Menschen allgemein widerspiegelt, das was dich ausmacht sozusagen, nicht aber als Folge von dem, was du durch mich erleiden musstest.“ (Ebenda)

Der wohl eher einmalige Weg eines Bruders zur Berufsfindung wird aus Bhutan berichtet (Harrison 2019). Chenco Dorji hat einen psychisch erkrankten Bruder und musste mit ansehen, dass dem Bruder die in Bhutan üblichen traditionellen Heilmethoden nicht helfen konnten. Dies veranlasste ihn, sich nach einem westlich orientierten Medizinstudium in Sri Lanka zum Psychiater ausbilden zu lassen, um dann 1999 als erster Psychiater des Landes nach Bhutan zurückzukehren.

Nicht alltäglich ist auch die Geschichte der eineiigen Zwillinge Pamela und Carolyn Spiro. Nach einer sehr engen Beziehung als Kinder und Jugendliche trennten sich ihre Wege in der College-Zeit. Während Pamela, von der gesamten Familie zunächst unbemerkt, immer tiefer in eine Psychose geriet und schließlich versuchte, sich das Leben zu nehmen, absolvierte Carolyn erfolgreich das College und ein Medizinstudium.

„Rückblickend erkennt sie, dass sie Entscheidungen getroffen hat, die eng mit Pams Schicksal verknüpft sind. Sie wurde Psychiaterin.“ (Spiro und Spiro 2018 **)

Möglicherweise arbeiten viele der Geschwister in verschiedenartigen (gemeinde-)psychiatrischen Einrichtungen und Diensten, doch nur wenige von ihnen sprechen mit Kolleginnen und Kollegen darüber oder gar in der Öffentlichkeit. Belastbare Erhebungen gibt es dazu nicht, aber Geschwister begegnen immer wieder Geschwistern in den Einrichtungen und Diensten, die wie sie selbst professionelle Helfer geworden sind. Wie schon an anderen Stellen ausgeführt, zeigt sich auch hier eine Parallele zu

den Kindern psychisch erkrankter Eltern – mit Luc Ciompi wurde im Kapitel ‚Das eigene soziale Umfeld ...‘ bereits ein Beispiel genannt.

Vielleicht geht es einigen von ihnen auch so wie dem Autor dieses Textes. Über viele Jahre hinweg war ihm die besondere Rolle als Bruder keinesfalls bewusst (siehe den Exkurs ‚Vom Angehörigen für sich zum Angehörigen an sich‘) und dennoch haben die Erfahrungen mit seinem Bruder Ingo sein Berufsleben entscheidend beeinflusst und seine Persönlichkeit (mit)geprägt. Auffällig die Ähnlichkeit zu den Äußerungen von Carolyn Spiro, die ebenfalls erst im Rückblick den großen Einfluss erkannte, den ihre erkrankte Zwillingschwester auf ihre Berufswahl hatte (Spiro und Spiro 2018).

Sowohl dem Autor als auch Carolyn Spiro war ihre Situation als Mitgeschwister zum Zeitpunkt der beruflichen Orientierung nicht deutlich; sie haben sich dennoch für eine ‚gesunde‘ (siehe oben) Coping-Strategie entschieden, ohne das konkrete Bewusstsein, dass eine Bewältigungsstrategie überhaupt vonnöten sei. Es kann nur spekuliert werden, ob und ggf. in welchem Umfang diese Erlebensfolie auch für andere Geschwister zutreffen könnte.

Aber nicht nur in sozialen Berufen von Pädagogik über Sozialarbeit und Psychologie bis zu Medizin finden sich Geschwister, sondern ebenso unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich mit Belastungsfolgen beschäftigen wie W. Thomas Boyce (2019) oder unmittelbar mit den Ursachen und Folgen von psychischen Erkrankungen. Viele der im Text referierten Studien wurden unter Beteiligung von Geschwistern durchgeführt oder von Geschwistern angeregt.

Auch Medienschaffende beeinflusst die gemeinsame Geschichte mit einem psychisch erkrankten Geschwister, so die Wissenschaftsjournalistinnen Jana Hauschild (2019) und Ami Brodoff (1988) oder die Filmemacherinnen Stella Tinbergen (1996, 1997, 2005), Jana Kalms (2006, 2015) und Anniken Hoel (2018). Unter den Künstlerinnen und Künstlern in der Sammlung „(Audio-)Visual Arts and Trauma: From the East to the West“ (Reinstädler u. a. 2018) befinden sich ebenfalls mehrere Geschwister.

Eine indirekte Beschäftigung mit der psychischen Erkrankung eines Geschwisters meinen Lidz u. a. (1963) aus dem Werk von Tennessee Williams herauslesen zu können. In „The glass menagerie“ (1945) sowie

„The night of the iguana“ (1962) gehören Begegnungen mit psychischer Erkrankung und der Befürchtung, selbst zu erkranken, zu den prägenden Themen. Vidal (1985) untermauerte die Annahme, dass Williams' Schwester psychisch erkrankt war, mit deren Lobotomie-Behandlung³⁰.

Gerade in sozialen Berufen oder als sozialkritische Filmemacherinnen können die Mitgeschwister ihre gewonnenen sozialen Kompetenzen nutzen: ihre hohe Sensibilität gegenüber Vorurteilen in der Gesellschaft und ihre Bereitschaft, dagegen anzuarbeiten; ihre tiefe Überzeugung vom Wert von Solidarität und Beistandschaft und die Bereitschaft, danach zu handeln; ihre Fähigkeit, auch mit schwierigeren Menschen und schwierigen Situationen unvoreingenommen umzugehen; ihre Sensibilität in der Wahrnehmung innerer Vorgänge und die Fähigkeit, diese wertschätzend in die Interaktion einzubringen (siehe auch bei Hauschild 2019, S. 161f., „Die Berufswahl ist oft kein Zufall“). Ellen Braaten (2018) ergänzt um die Chance, jemanden gerade wegen dessen Unzulänglichkeiten lieben zu lernen (to learn to love someone because of their imperfections).

In den Wunsch und die Bereitschaft, sich beruflich sozial zu engagieren, mischt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ein weiteres Motiv – geboren aus der von allen Mitgeschwistern nicht zu vermeidenden Aufgabe, mit den von der Erkrankung des Geschwisters ausgelösten Gefühlen ‚klarzukommen‘, also die Erfahrungen im Sinne von Coping (siehe oben) zu verarbeiten. Lively u. a. sehen in der häufigen Wahl sozialer Berufe das Bedürfnis, den durch die Konfrontation mit der Erkrankung ausgelösten Gefühlen von Inkompetenz und Schuld etwas entgegenzusetzen (Lively u. a. 1995; Barak u. a. 2004, S. 235). Dieses Motiv wird von Jana Hauschild (2019, S. 163) und Carolyn Spiro (2018) explizit benannt.

³⁰ Lobotomie: 1936 erstmals beim Menschen eingesetzte, von António Moniz entwickelte und 1949 mit dem Nobelpreis ausgezeichnete neurochirurgische Methode zur ‚Heilung‘ psychischer Erkrankungen, bei der die Nervenbahnen zwischen Thalamus und Frontallappen sowie Teile der grauen Substanz durchtrennt werden (Wikipedia 2020). Obgleich das Verfahren von Beginn an von Kollegen als ‚barbarisch‘ gebrandmarkt wurde, keine kontrollierten Studien vorlagen und es „das Leben vieler Patienten zerstört hat“ (Gerste 2005), wurde es bis in die 1980er Jahre vor allem in den USA und in Skandinavien angewandt (Wikipedia 2020); „weder der Staat noch ärztliche Standesorganisationen [...] [geboten] Einhalt“ (Gerste 2005). Belegt scheint, dass mindestens 100.000 Menschen mit dieser Methode ‚behandelt‘ wurden (Wikipedia 2020), Schätzungen gehen sehr weit darüber hinaus (siehe z. B. Valenstein 1980).

Wie so häufig ist aber auch hier mitunter das Gegenteil der Fall, nämlich eine weniger erfreuliche Beeinflussung der Berufswahl aufgrund der psychischen Erkrankung der Schwester bzw. des Bruders. Beim Geschwistertreffen in Wiesbaden 2008 erzählt eine Schwester, das Studium der Kunstgeschichte nicht aufgenommen zu haben, denn sie müsse ja die Starke sein; ein Bruder hat seinen Berufswunsch auch nicht realisiert, sondern einen Beruf gewählt, in dem er sehr schnell Geld verdient habe (Munkert und Peukert 2009a, S. 5). Im Geschwisterforum schreibt GerhardG:

„Gravierende Probleme in meinem Elternhaus haben mich zwar lange Zeit mit einem Psychologie-Studium liebäugeln lassen [...]. Letztlich war ich zu unsicher, um meinem dominanten Vater zu widerstehen.“ (Forum 10/20)

Dass die Wahl eines sozialen Berufs in einer langanhaltenden, konfliktreichen Situation sogar zu einer zusätzlichen Belastung werden kann, beschreibt Tina Bühler-Stehlé:

„In einer Teamsitzung [...] spürte ich nur noch Widerstand. Er blieb unausgesprochen. Und unbezwingbar. Warum fremde Menschen fördern, während mein eigener Bruder zu Hause zu Grunde ging? Ich beschloss, eine neue berufliche Richtung einzuschlagen – eine, die mich nicht mehr so stark an Dich erinnern würde. [...] Es war eine gute Entscheidung.“ (Bühler-Stehlé 2005, S. 162f.)

VII.2.7.2 Außergewöhnliche Geschwister-Engagements

Einzelne Geschwister setzten sehr viel Energie und Lebenskraft für den Schutz bzw. die Verteidigung der Würde einer Schwester bzw. eines Bruders ein, um der nach wie vor bestehenden Möglichkeit von Willkür bei Behörden und in der psychiatrischen Behandlung etwas entgegenzusetzen, insbesondere bei jeder Form von Zwangsmaßnahmen. Zwei Geschwister beim ersten bundesweiten Geschwistertreffen 2018 in Kassel haben dies als ihr zentrales Motiv für ihre Beteiligung am Geschwister-Netzwerk genannt.

Im Einzelfall kann der Einsatz für das Geschwister sogar über dessen Tod hinausreichen. Micki aus dem Forum des GeschwisterNetzwerks hat nicht nur enorme Anstrengungen unternommen, um eine würdige Beisetzung für ihren Bruder durchzusetzen, der bei einem Polizeieinsatz ums Leben kam, sondern ringt nach wie vor um die Aufklärung dieses Einsatzes.

„Ich kann ja nicht mehr tun, als im Namen meines Bruders für Gerechtigkeit zu kämpfen. [...] Ich denke, als kleine Schwester bin ich meinem Bruder das schuldig.“ (Forum 23/40)

Über ein besonderes und letztlich erfolgreiches Engagement einer Schwester für ihren Bruder wurde wiederholt im Fernsehen berichtet. Bianka Perez (32) hat 10 Jahre um ihren Bruder gekämpft, der wegen eines angeblich versuchten Messerangriffs aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens forensisch untergebracht wurde. Die Eltern waren überfordert, die jüngere Tochter übernahm die Aufgabe, sich zu kümmern und sich in die fachliche und juristische Materie einzuarbeiten. Nach einiger Zeit lehnte der Bruder Psychopharmaka ab, da sie ihm aus seiner Sicht körperlich und mental geschadet hätten; er war nicht er selbst, sagt die Schwester. Im Film des SWR kann man seinen Zustand mit und ohne diese Medikamente sehen. Nach dem Zertrümmern seines Zimmers wird er über drei Jahre ‚abgesondert‘ – in einem sog. Kriseninterventionsraum. Er nimmt die Medikamente nicht – lieber geht er in die ‚Einzelzelle‘. Kommentar der Schwester:

„Die machen es einfach, weil sie es können! – Aber es geht um Menschenleben.“ (Filmzitat)

Gemeinsam mit ihren Unterstützern ist es ihr schließlich gelungen, die Unterbringung in der Forensik zu beenden, auch wenn sie auf diesem Weg mehrfach an die eigenen Grenzen gelangte. Während ihres Kampfes hat sie unter anderem das Buch „Die schwarze Liste“ publiziert. Nach seiner Entlassung im Frühjahr 2019 postet sie auf ihrer Website ein Bild von sich und ihrem Bruder: #grosserbruder #kleineschwester #einlebenlang (alle Dokumente sind zu finden unter GeschwisterNetzwerk 2019a).

Rückblickend berichtet Tina Bühler-Stehlé (2005) über ein ebenfalls außergewöhnliches Engagement für ihren schwer erkrankten Bruder. Sie sieht die Veröffentlichung auch als einen Schritt zur Bewältigung ihrer traumatischen Erlebnisse. Ihr Bruder erkrankte bereits, als beide noch

Kinder waren, und sehr bald begann ihre Familie damit, ‚Schweigemauern‘ zu errichten, hinter denen er auch für sie, die Schwester, für lange 15 Jahre unsichtbar und unerreichbar war. Dennoch spürte sie, dass ihr Bruder Hilfe benötigen würde, und kämpfte all diese Jahre für seine ‚Befreiung‘, gegen die eigene Familie, gegen die Behörden. Eine schicksalhafte Fügung und ihre Entschlossenheit bewirkten schließlich, dass der Bruder in eine Klinik gebracht werden konnte, wo der aufnehmende Arzt befand, „noch nie einen solchen Fall menschlichen Leidens gesehen zu haben“ und befürchtete, „dass die Hilfe unserer Klinik wahrscheinlich zu spät komme“ (ebenda, S. 179f.); in diesem Punkt irrte der Arzt glücklicherweise. Jahre später entschloss Bühler-Stehlé sich, ihre und die Geschichte ihres Bruders aufzuschreiben,

„ursprünglich aus Wut und Ohnmacht. [...] Bei mir manifestierten sich diese Erinnerungen, kaum hatte ich mit dem Schreiben begonnen, stückchenweise in Bildern – welche über mich herfielen, als hätte ich einen berstenden Schrank geöffnet. [...] Und plötzlich wandelte sich das Bedürfnis, mich Dir mitzuteilen, indem ich Deine Geschichte festhielt, in eine Verpflichtung.“ (Ebenda, S. 201)

Solche kraftvollen und dauerhaften Einsätze für ein Geschwister sind sicher ungewöhnlich und den ebenfalls ungewöhnlichen Umständen geschuldet – und sie haben Spuren bei den Mitgeschwistern hinterlassen. Aber in beiden Fällen ist auch deutlich zu erkennen, dass sie zu einem enormen persönlichen Wachstum der Schwestern geführt haben.

VII.3 Sehnsüchte, Hoffnungen, unheilvolle Ahnungen: Begleiter über lange Lebensstrecken

VII.3.1 Der Traum, dass es irgendwann wieder wie früher wird, die Familie irgendwann wieder heil ist

Im Kapitel ‚Das Kind als Moderator familiärer Konflikte‘ wurde gezeigt, dass die Übernahme der Moderatorenrolle einen Versuch der Geschwister darstellt, die aufgrund der Erkrankung auseinandertreibenden Kräfte in der Familie wieder zusammenzuführen. Die Fantasie, selbst die schon lange chronisch psychisch erkrankte Schwester bzw. der Bruder könne wieder ‚heil werden‘, ist ein weiterer Versuch, Zerstörtes zu reparieren.

Titelman (1991) konstatiert einen offensichtlichen Zusammenhang zwischen dem Erleben von Schuld und einer ‚reparative fantasy‘ (ebenda, S. 75, wo er unter anderem einen entsprechenden Traum vorstellt). Beides findet sich bei allen seinen analysierten Probanden, auch bei denjenigen, die in Stockholm aufgrund ihrer Geschwister-Situation ein tiefenpsychologisch orientiertes Therapiezentrum aufsuchten. Diese willigten nur deshalb in seine die Therapie begleitende Studie ein, weil sie annahmen, ihre erkrankte Schwester bzw. ihr Bruder könne durch ihre Teilnahme ‚repariert‘ werden.

Gagi K. stellt den Traum, alles könne wieder so wie früher werden, in einen Zusammenhang mit dem ‚partiellen funktionalen Schweigen‘ in ihrer Kindheit, das die Familie praktizierte,

„weil wir alle hofften: Irgendwann mal ist es vorbei, irgendwann mal werden wir das Leben haben, was wir als Familie vor der Krankheit hatten, die Familie wird wieder heil.“ (Peukert 2019b, S. 110)

Viele Jahre später hat sie – anders als ihre Mutter – diesen Traum begraben und schreibt in einem ‚Brief an Mama‘:

„So viel Hoffnungen und Liebe, Pflege und Geduld hast du investiert, damit er [der erkrankte Bruder] eines Tages seinen Platz in dieser Welt

einnehmen kann. Im Leben Fuß fassen, heiraten, selbst Kinder haben, im Job aufsteigen. [...] Seit über zwanzig Jahren. Ihr zwei, zusammen. Papa ist nicht mehr, ich lebe weit weg. – Die ersten zehn Jahre (Hut ab dafür!) hast du mich sogar überzeugen können, dass er nur ein wenig braucht, dann klappt alles schon. Du wolltest nicht, dass er krank ist, keiner von uns wollte das. In dieser Zeit habe ich mehr gehofft, dass er endlich einen Job kriegt und Fuß fasst, als dass ich mich um mich gekümmert habe. Ich dachte, dann können wir alle endlich aufatmen.“ (Gagi K. 2017, S. 27)

Auch dies ist kein für Geschwister psychisch erkrankter Menschen exklusiver Gesichtspunkt. Carnevale (1999) hat zehn Familien mit sehr kranken Kindern über Monate begleitet und als zentrales gemeinsames Merkmal der Familien das (kontrafaktische) Streben identifiziert, das frühere Leben zurückzugewinnen. Sie hat diesen Gesichtspunkt als Titel eines eigenen Beitrags gewählt: „Das Bestreben, unser früheres Leben zurückzuerobern: Erfahrungen von Familien mit kritisch erkrankten Kindern“ **.

VII.3.2 Der Wunsch, (wieder) nur Schwester oder Bruder zu sein

Viele Mitgeschwister können sich aus unterschiedlichen Gründen bzw. Erwägungen dem Anspruch nicht entziehen, zumindest zeitweilig eine Helferrolle einzunehmen, sei es das Erleben der Hilfebedürftigkeit des Geschwisters, sei es die faktische oder empfundene Überforderung der Eltern, sei es der Wunsch, die Eltern zu entlasten. Wie wir im Kapitel ‚Mit den Erwartungen der Eltern klarkommen‘ gesehen haben, kann das unter günstigen Bedingungen dem persönlichen Wachstum der Mitgeschwister sehr wohl entgegenkommen.

Längerfristig könnte es sich allerdings auch als negativ erweisen, wenn dies zu einem dauerhaften Beziehungsmuster zwischen den Geschwistern wird. Die Gefahr besteht insbesondere dann, wenn die Mitgeschwister zu Vertrauten der Eltern, zumeist der Mutter werden, oder wenn sie sogar eine zweite Mutterrolle gegenüber der erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder einnehmen. In diesem Falle wächst ihnen ein hohes Maß an Verantwortung zu, wogegen das erkrankte Geschwister in eine Abhängigkeit geraten kann. Zudem erhöht sich dadurch das Risiko, der

besonderen Beziehungspotenzialität einer Schwester bzw. eines Bruders verlustig zu gehen – womit auch ein Teil der protektiven Ressourcen aufgrund der besonderen Geschwisterbeziehung auf der Strecke bleiben könnte.

Der Bruder des Autors hat ihn einmal deutlich ‚ermahnt‘, als er besonders schlau sein und ihm einen ‚gut gemeinten Rat‘ geben wollte:

„Ich brauche keinen weiteren Profi, sondern Dich als Bruder!“

Diesen Wunsch gibt es auch von der anderen Seite:

„Rahel will wieder Schwester sein, nicht Verantwortliche.“ (Hauschild 2019, S. 84)

Ein Bruder gibt in dem kanadischen Geschwisterratgeber zu Protokoll, dass er mehr elterliches Verhalten übernehme, als er selbst es für angemessen hält:

„Anstatt nur ein Bruder zu sein, verhalte ich mich eher wie ein Elternteil: ich mache mehr als das, was angemessen wäre.“ (Mulder und Lines 2005, S. 12 **)

Selbst die meist stringent handelnde Tina Bühler-Stehlé (2005) mochte in einer sehr emotionalen Situation

„keine verständnisvolle Helferin mehr sein: Ich wollte nur Deine Schwester sein.“ (Ebenda, S. 191)

Und Margaret Moorman (1994) stellt ihrem biographischen Buch ein Zitat des amerikanischen Bürgerrechtlers und Friedensaktivisten William Sloane Coffin voran:

„Bin ich der Hüter meines Bruders? Nein, ich bin der Bruder meines Bruders.“ **

In der Studie von Sin u. a. (2012, S. 57) haben die während einer Ersterkrankung befragten Mitgeschwister ausnahmslos ihre Rolle einfach nur als Schwester oder Bruder gesehen und hielten es sowohl für selbstverständlich als auch wesentlich, die Erkrankten in ihre eigenen alltäglichen Aktivitäten zu involvieren. Dies unterscheidet sie von Geschwistern, die bereits über einen langen Zeitraum mit der psychischen Erkrankung umgehen müssen; die meisten der von Friedrich u. a. (2008) Befragten sehen sich in einer Helferrolle – aber bei wie vielen von ihnen entspricht dies ihren Wünschen, und wie vielen von ihnen ist dies zuträglich?

Bereits 1994 hat Judge in einer Übersichtsarbeit zur Beziehung zwischen Mitgeschwistern und erkrankten Geschwistern gewarnt: Wenn die Mitgeschwister eine konstruktive Rolle einnehmen sollen, könne es sich nachteilig auswirken, wenn die Beziehung über das ‚caregiving‘ definiert werde: „Während Geschwister also eine bedeutsame und positive Rolle in ihrer Funktion als Geschwister spielen, entsteht Spannungs- und Konfliktpotenzial, sobald diese Beziehung durch die Übernahme von Betreuungsfunktionen gekennzeichnet ist.“ (Ebenda, S. 175 **)

In einigen Texten wird der Gewinn, sich auf geschwisterliche Rollenattribute zu beschränken, indirekt angesprochen. In mehreren amerikanischen Studien gaben befragte Geschwister zu Protokoll, vorrangig soziale und emotionale Unterstützung zu leisten statt instrumenteller Hilfe, und dass sie dies auch für die Zukunft so sehen würden (Horwitz 1994; Hatfield u. a. 2005, S. 336). Ein Bruder des Siblings Network in England schreibt:

„Es gibt auch viel Inspiration und Hoffnung durch die großartigen Dinge, die du als Geschwister mit deinem Bruder oder deiner Schwester teilst. Wir lachen viel [...], da gibt es eine Menge positiver Dinge entlang des Wegs, aber du weißt, gleichzeitig gibt es auch diese Welle mit negativem Zeugs.“ (Griffiths und Sin 2013, S. 2 **)

Eine australische Mutter, deren Tochter nach einem Moratorium zurückgekehrt ist und sich ihrer erkrankten Schwester wieder zugewandt hat, wünscht sich für ihre beiden Kinder,

„Geschwister und Freunde zu sein“ (SiblingsAustralia 2016, S. 10 **),

und sie zählt eine Reihe von gemeinsamen sozialen Aktivitäten der Schwestern auf. Die Geschwisterorganisation SiblingsAustralia ist sich sicher: Für alle Familienmitglieder ist es am allerbesten, wenn die Beziehung unter den Geschwistern eine geschwisterliche ist und nicht von Hilfe- und Unterstützungserwartungen überformt wird. Der bereits zitierten Mutter hat ihre Tochter gesagt, sie möchte die verantwortliche Person (responsible person) für ihre kranke Schwester sein, wenn die Mutter selbst es nicht mehr kann bzw. gestorben sei. Mutter und Tochter sind sich sicher: Die Basis für diese Bereitschaft war das Fehlen von Erwartungen an Hilfe und Unterstützung und die Bevorzugung der Geschwisterrolle seitens aller Beteiligten.

VII.3.3 Die Geschwisterbeziehung wird reaktiviert – gewollt oder ungewollt

Hartmut Kasten hat 2001 den Stand der Geschwisterforschung erhoben und aus den nationalen und internationalen Studien den idealtypischen Verlauf einer Geschwisterbeziehung über die gesamte Lebensspanne extrahiert. Aus seiner Sicht hängt es in den frühen Kindheitsjahren „ganz entscheidend von den Eltern“ ab, „ob sich zwischen den Geschwistern eine positive, nahe, von Rivalität weitgehend ungetrübte Beziehung aufbaut und aufrechterhält“. Später bringen es „die während der Adoleszenz und frühen Erwachsenenjahre anstehenden Entwicklungsaufgaben, eine eigene Identität (unabhängig von den innerfamilialen Bezugspersonen) und Intimität aufzubauen [...], mit sich, dass sich die Geschwister [...] etwas voneinander entfernen und die Nähe zwischen ihnen sich reduziert.“ In dieser Phase kommt es üblicherweise bei allen Geschwistern zu einer inneren Distanz, zu einer „Abnahme von Nähe, [dies] kann für diesen Altersabschnitt als gesichert gelten“. „Im späteren Erwachsenenalter und höheren Alter rücken die Geschwister dann in der Regel wieder näher zusammen. [...] [Es] beginnen für die Geschwister gemeinsame Entwicklungsaufgaben, in deren Mittelpunkt die alternden Eltern stehen.“ (Kasten 2001, S. 5f.)

Für das höhere Lebensalter von Geschwistern konnte Bedford (1989) zeigen, wie schnell Geschwisterbeziehungen angesichts unerwarteter kritischer Lebensereignisse – auch nach langen, begebnungsfreien Phasen, in der jeweils individuelle Lebenswege eingeschlagen wurden – wieder reaktiviert werden, z. B. wenn einen von beiden Arbeitslosigkeit oder eine lebensbedrohende Erkrankung ereilt oder wenn ein gemeinsamer naher Angehöriger stirbt: Dann stehen Geschwister wieder dicht bei- und zueinander, wodurch sie die Schwierigkeiten und Widrigkeiten besser ertragen und mindern können. Die Studien von Bedford (1989) und Suggs (1989) belegen jedoch auch, dass erhebliche psychische Anstrengungen mit der Reaktivierung von Geschwisterbeziehungen im höheren Alter verbunden sein können, wenn Kontroversen den Prozess begleiten. „Nicht selten müssen Konflikte der Vergangenheit, z. B. unerfreuliche Kindheits-erlebnisse, Vertrauensbrüche, unterschiedliche Wertorientierungen und

Grundhaltungen, noch einmal durchgearbeitet und verkräftet werden, oder andere Spannungen, die z. B. dadurch entstehen, dass ein Verlust der Eigenständigkeit oder eine Minderung des Selbstwertgefühls (durch krankheits- oder altersbedingte Hilfsbedürftigkeit) drohen, abgebaut werden.“ (Kasten 2001, S. 7)

Leidet eines der Geschwister unter einer (chronischen) psychischen Erkrankung, sieht es völlig anders aus. Für viele der Mitgeschwister stellt sich die von Kasten beschriebene Verlaufskurve der Beziehung zu ihrer erkrankten Schwester bzw. ihrem erkrankten Bruder – Nähe in der Kindheit, Distanzierung im Erwachsenenalter, Wiederannäherung im Alter – eher als eine das gesamte Leben durchziehende Linie dar:

- Sie müssen immer wieder Nähe und Distanz regulieren, abhängig von der eigenen Entwicklung und Lebenssituation und/oder dem Krankheitsverlauf sowie den Krankheitsfolgen des Geschwisters.
- Sie werden permanent begleitet von ihren ambivalenten Gefühlen dem Geschwister gegenüber.
- Über ihnen schweben bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Erwartungen der Eltern, sich an der Sorge für das erkrankte Geschwister zu beteiligen bzw. diese irgendwann ganz zu übernehmen.
- Dabei müssen sie jederzeit gewärtig sein, dass die Eltern durch Krankheit oder Tod als primäre Kümmerer ausfallen und sie kurzfristig Entscheidungen zu treffen haben, die ihr weiteres Leben (und ggf. das ihrer eigenen Familie) nachhaltig beeinflussen.

Die entscheidende Wegmarke ist dabei der Zeitpunkt, zu dem die Mitgeschwister in die Pflicht genommen werden und sich in die Pflicht nehmen lassen, besonders dann, wenn zeitgleich auch die Bewältigung der Alters- oder Krankheitslast der Eltern ansteht.

In den vorherigen Kapiteln wurde ausgeführt, wie diese ‚Übernahme‘ rechtzeitig und zum Nutzen aller Beteiligten vorbereitet werden kann. Selbst wenn dies geschehen ist: Mit der Übernahme der Sorge für die erkrankte Schwester oder den Bruder ändert sich die ‚Geschäftsgrundlage‘ zwischen den Geschwistern.

Wegen der möglichen psychischen Belastung für das erkrankte Geschwister ist vielen älteren Mitgeschwistern die Möglichkeit verwehrt, die Vergangenheit mit der Schwester oder dem Bruder aufzuarbeiten. Mehr

noch: aufgrund der psychischen Situation des Geschwisters ist die übliche Voraussetzung „für den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Nähe [...] im höheren Alter“ in der Regel nicht gegeben, nämlich „Reziprozität, gleichberechtigtes Handeln und wechselseitige Unterstützung.“ (Kasten 2001, S. 8)

Es scheint, dass Mit-Schwestern sich häufiger in dieser Situation wiederfinden als Mit-Brüder (siehe auch das Kapitel ‚Geschlechtsunterschiede prägen die Beziehung ...‘). Diese Beobachtung bei Geschwistergruppen und -treffen wird gestützt durch Forschungsergebnisse zu Geschwisterbeziehungen, wenn die Sorgeübernahme für die alten oder pflegebedürftig werdenden Eltern ansteht: „Konflikte und Spannungen entstehen oftmals dadurch, dass sich die männlichen Geschwister aus der Verantwortung für die Versorgung der alten Eltern (emotional und physisch, nicht unbedingt auch ideell und materiell!) weitgehend heraushalten und die weiblichen Geschwister [...], dem traditionellen Geschlechtsrollenstereotyp entsprechend, sich in der Hauptsache um die Pflege und Betreuung des gebrechlichen Elternteils kümmern.“ (Kasten 2001, S. 7)

Ein Geschwisterpaar, das genau diesem Muster entspricht, kann man im Dokumentarfilm „Siegfried – Geister, die ich rief“ von Stella Tinbergen kennenlernen. Während sich Stella jahrelang sehr engagiert um den erkrankten Bruder Siegfried kümmert, hat ihr älterer Bruder den Kontakt zu ihm vollständig abgebrochen. Er lässt sich nur wegen seiner Schwester Stella auf kurze Szenen in ihrem Film ein, nicht wegen Siegfried, wie er selbst sagt (Tinbergen 2005).

Ein weiterer Gesichtspunkt spielt eine Rolle: die weiter oben benannten, oft verdrängten Rivalitätsprobleme. Der hier zur Diskussion stehende Zeitpunkt ist geradezu prädestiniert für ein erneutes Aufbrechen dieser Konflikte: „Aber irgendwann hebt er [der Geschwisterkonflikt] das Köpfchen, denn haben Geschwister sich ihre Konflikte nicht bewusstgemacht, sie reflektiert und bearbeitet, können diese später wieder aufbrechen. Dies geschieht insbesondere unter extremen Belastungssituationen [...] – und dann durchaus vehement.“ (Pfersdorf 2020, S. 39) So kann es nicht verwundern, wenn ‚ungesehene‘ und ‚in ihren Bedürfnissen nicht beachtete‘ Mitgeschwister in einen Rivalitätskonflikt geraten, insbesondere dann, wenn sie mehr oder weniger unvorbereitet von ihren Eltern mit

dem Anspruch des Sich-kümmern-Sollens oder von dem erkrankten Geschwister mit entsprechenden Erwartungen konfrontiert werden. Bezugnehmend auf Kasten (2001, S. 11) könnten auch hier die Mitschwester stärker betroffen sein. „Die weiblichen Geschwister fühlen sich – gerade in der Rückschau – benachteiligt, wenn sie sich klar darüber werden, welche Privilegien und Bevorzugungen ihre [...] Brüder in der Jugend genossen haben.“

Gagi K. hat bei der Veranstaltung in Halle, die zur Gründung des GeschwisterNetzwerks führte, ihr Erleben als fiktiven Brief an ihre Mutter vorgetragen. Mit den letzten Sätzen des Briefes wehrt sie sich gegen den Auftrag der Mutter, ‚den Bruder zu übernehmen‘ – und wie nahezu immer bleiben Ambivalenzen bestehen.

„Fühlend, wie deine Kraft schwindet, tastet sich mein Bruder vorsichtig an mich ran, ob ich als neuer ‚Wirt‘ tauge. Er hat Angst, was aus ihm wird. Ich habe Angst, was aus ihm wird – was aus mir wird.“ (Gagi K. 2017, S. 27)

Die angeführten Aspekte lassen erahnen, in welche tiefen Konflikte Mitgeschwister geraten können, wenn sie das Vermächtnis der alt gewordenen oder verstorbenen Eltern erfüllen sollen oder wollen: Sie werden nicht nur an die positiven und spannenden Kindheitserlebnisse erinnert, sondern auch an die Zeiten, als sie (un)freiwillig zurückstecken mussten, da die Schwester oder der Bruder die Aufmerksamkeit und Sorge der Eltern weitgehend absorbierte.

Je massiver diese negativen Erfahrungen waren und je weniger die Eltern in der Vergangenheit versuchten, diese Erlebnisse mit den Geschwisterkindern zu besprechen, desto größer wurde die Distanz zu dem erkrankten Geschwister – und umso größer ist die emotionale Belastung bis hin zu massiver Wut, wenn ihnen die Verantwortung seitens der Eltern zugewiesen wird.

So sind die Mitgeschwister auf sich selbst zurückgeworfen mit individuell sehr unterschiedlichen Gefühlen und Schlussfolgerungen für das eigene Handeln: von Wut bis zu freudiger Wahrnehmung der familiären Beachtung, von Ablehnung der als Zumutung empfundenen Anliegen der Eltern und/oder des erkrankten Geschwisters bis hin zu liebevoller Bereitschaft, in diese Aufgabe hineinzuwachsen.

Dass die Reaktivierung der Geschwisterbeziehung nicht nur Bürde, sondern auch die Erfüllung einer Sehnsucht werden kann, hat Tina Bühler-Stehlé (2005) erlebt. Sie fand ihren Bruder wieder, nachdem er 20 Jahre abgekapselt von der Außenwelt leben musste und ihr 15 Jahre lang der Kontakt mit ihm verwehrt worden war. Es brauchte viel Zeit, bis er sie wieder als seine Schwester wahrnahm und die alltäglichsten Dinge wieder erlernt hatte.

„Noch mehr Zeit brauchte ich, um Dir zu verzeihen, um Dein Wesen, Deine Wut und Deine Krankheit nicht nur verstandesmäßig nachzuvollziehen – und um meine alte Zuneigung zu Dir, die ich für immer verloren glaubte, wieder zu finden.“ (Ebenda, S. 108)

„Wenn Du und ich ganze Nachmittage voller Stummheit verbrachten, fragte ich mich, warum ich dies überhaupt tat. [...] ‚Es ist eine lange Zeit gewesen‘, hast Du mir nach unseren letzten Herbstferien zögernd, aber gleich zu Beginn gesagt – und mich unerwartet fest an Dich gedrückt. Endlich wusste ich, dass es einen Sinn hatte.“ (Ebenda, S. 202)

VIII

Hilfen – Stärkung – Recovery
für Geschwister

VIII.1 Welche Hilfen brauchen Geschwister?

Mit der Auswahl und Zusammenstellung von Literatur und Selbstzeugnissen soll die längst überfällige Aufmerksamkeit unterschiedlicher Lesergruppen auf die Geschwister psychisch erkrankter Menschen gerichtet werden. Außerdem dient dies dem Ziel, wissensbasierte Überlegungen anstellen zu können,

- ob Unterstützungen für Mitgeschwister sinnvoll sein können,
- ob sie in einigen Fällen zwingend erforderlich sind,
- ob sich angesichts der Vielschichtigkeit der Erfahrungen abgestufte Hilfen empfehlen.

Alle drei Fragen sind *uneingeschränkt mit ‚Ja‘ zu beantworten*, wobei von professioneller Seite insbesondere die jungen und sehr jungen Geschwister *so früh wie möglich* erreicht werden müssen.

Bereits in der frühen Studie von Marsh u. a. lesen wir, was anschließend in nahezu jeder weiteren Studie wiederholt wurde: „Es ist am wichtigsten und unverzichtbar, junge Geschwister und Kinder so früh wie möglich zu erreichen: ihre Seelenqualen anzuerkennen, auf ihre Bedürfnisse einzugehen und sie zu stärken für die Bewältigung dieses katastrophalen Ereignisses.“ (Marsh u. a. 1993a, S. 18 **)

Im Jahr 2000 bezeichneten Hall und Purdy die Recovery als ‚wirkmächtiges Instrument‘, das jedoch nur dann mehr sein könne als ein Slogan, wenn es die erkrankten Menschen ebenso wahrnehme wie die Familienangehörigen in ihrer jeweiligen Unterstützerrolle (involve care-giving and supportive family members). Die Lücke zwischen den Erkenntnissen der Forschung und dem Versorgungsalltag „verurteile zu viele Nutzer und deren Familien zu einem Outcome, das weit unter dem liegt, was möglich ist“ (Hall und Purdy 2000, S. 427 **). Ein recoveryorientiertes Versorgungssystem könne es sich dabei nicht erlauben, „um die heikelsten und umstrittensten Themen bei schweren psychischen Erkrankungen herumzutanzen – dazu gehören z. B. Menschen mit den hartnäckigsten Krankheitsformen oder die relativ seltenen, aber sehr realen Situationen, in denen entweder die erkrankten Menschen oder die Familienmitglieder

gewalttätig oder ausfällig werden.“ (Ebenda **) Diese Feststellungen können heute, über 20 Jahre später, genauso getroffen werden – ganz sicher für die USA, aber in weiten Teilen auch für Deutschland.

Untermauert wird diese Aussage durch die erste und bisher einzige deutsche Studie, die sich mit der „Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“ befasst (Metzing u. a. 2018). Von den befragten Young Carer gab knapp ein Viertel an, Geschwister zu unterstützen, bei der zugrunde liegenden Erkrankung wurde von nur etwa 8 % aller Teilnehmenden eine psychische Störung benannt (ebenda, S. 48f.), wobei etwa die Hälfte keine Angaben zum Krankheitsbild machten. Die Autorinnen führen dies darauf zurück, „dass über psychische Erkrankungen zuhause wenig gesprochen wird und Kinder seltener einen Namen für die Erkrankung kennen“ (ebenda, S. 50).

Die Studie gibt „Einblick in die dürftige Versorgungslandschaft“ (ebenda, S. 8)³¹ für die sorgenden Kinder und Jugendlichen, die „eine in Deutschland bislang kaum wahrgenommene und verborgene Gruppe pflegender Angehöriger dar[stellen]“ (ebenda, S. 9). In einer früheren Studie kommen Metzing und Schnepf (2007a) zu dem Ergebnis: „Es ist grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, dass Kinder zu Hause mithelfen und sozialverantwortliches Handeln lernen. Werden Belastungsgrenzen jedoch überschritten, kann dies fatale Folgen für die gesamte Entwicklung der Kinder und Jugendlichen haben [...]. Vor diesem Hintergrund gilt es, betroffene Familien zu unterstützen und in Erfahrung zu bringen, welche Art der Unterstützung sie selbst als wichtig ansehen.“ (Ebenda, S. 328)

³¹ Eine Ausnahme wird ausdrücklich benannt: Für Kinder psychisch erkrankter Eltern (nicht für Mitgeschwister!) seien in den letzten Jahren eine Reihe Unterstützungsangebote entstanden und im Internet für Betroffene relativ gut auffindbar (Metzing u. a. 2018, S. 57f.), viele Projekte seien jedoch auf Vereinsebene organisiert und ihr Fortbestand hänge maßgeblich vom Engagement der Initiatorinnen und Initiatoren ab. Nicht selten scheiterten sie finanziell an strukturellen Grenzen und der Schnittstellenproblematik der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher (ebenda, S. 97).

VIII.1.1 Was Geschwister selbst als hilfreich ansehen

In mehreren englischsprachigen Studien wurden Mitgeschwister nach ihren Bedürfnissen befragt bzw. danach, was sie für sich selbst als hilfreich einschätzen.

Marsh u. a. (1993a, S. 8) erfragten, welche Ressourcen die Geschwister als hilfreich und sehr hilfreich empfinden. Die Prioritätenliste: persönliche Qualitäten, andere Mitglieder der Selbsthilfeorganisation, eine Unterstützungsgruppe und dann erst Professionelle. Diese Hierarchisierung gilt erst ab der Altersgrenze von 20 Jahren, im jüngeren Alter sehen die Geschwister ausschließlich persönliche Qualitäten und die Familie als hilfreich an!

Bei den freien Antworten wurde als nützlich genannt: kreative Aktivitäten, regelmäßiger Sport treiben, Freiwilligendienste und die räumliche Distanz zum Angehörigen (siehe Moratorium bzw. konstruktive Flucht).

Sin u. a. (2012, S. 56), die erwachsene Mitgeschwister in Frühbehandlungszentren befragten, erfuhren, die erste Priorität hätten Informationen über die Erkrankung, die Behandlung und verfügbare Hilfestrukturen. Außerdem wurden Informationen und Hilfen im Umgang mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Inaktivität etc. als hilfreich betrachtet.

Was diese Mitgeschwister wissen wollen, stimmt eins zu eins mit dem überein, was Eltern von professionellen Helfern zu erfahren wünschen, aber häufig auch heute noch nicht bekommen und dann bei ihren ersten Besuchen einer Selbsthilfegruppe erfragen: Es sind Informationsbedürfnisse, die unmittelbar nach der ersten Konfrontation mit den Erkrankungszeichen und den Versorgungswünschen für die Erkrankten entstehen.

Ein späterer Zeitraum wird in den Ergebnissen der Befragung von Friedrich u. a. (2008) reflektiert, die Antworten konvergieren mit der Problemsicht von erwachsenen Geschwistern in Deutschland. Bei den 746 Geschwistern stehen Informationen über die Erkrankung erst an vierter Stelle, dafür rangieren Hilfen für *alle* Geschwister in der Familie an erster, eine *offene* Kommunikation in der Familie an zweiter Stelle (nur für 7 %

ist dieser Aspekt nicht wichtig) sowie die soziale Unterstützung von nahestehenden Personen an dritter Stelle (ebenda, S. 265).

Nach Hatfield und Lefley (2005) antworteten bei einer Umfrage der US-Angehörigenorganisation NAMI 60 Geschwister auf die Frage nach ihren Bedürfnissen (needs). 48 % hielten unterstützende Gruppen für nötig, 46 % wünschten sich gedrucktes Informationsmaterial zu psychischen Erkrankungen und Anregungen, wie damit umzugehen sei. Die höchste Punktzahl (50 %) erhielt der Wunsch nach einem besseren Verständnis der professionellen Helfer und der Eltern hinsichtlich der Belastungen (stress) der Mitgeschwister, und 41 % waren sich sicher, ihr Leben würde sich besser gestalten, wenn die Eltern ein Training erhielten, um effektive Pläne für das erkrankte Geschwister zu machen (Hatfield u. a. 2005, S. 333).

Nach der Studie von Marsh u. a. (1993a, S. 10) sind befriedigende Hilfeangebote für das erkrankte Geschwister sehr wichtig, an zweiter Stelle steht das Bedürfnis, die eigenen Reaktionen auf die Erkrankung bearbeiten zu können, darauf folgen Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung, persönliche Unterstützung und Informationen über die psychische Erkrankung.

Amaresha u. a. (2014) haben die im Zeitraum von Januar 1992 bis Oktober 2013 veröffentlichten Studien zu den Bedürfnissen (needs) der Mitgeschwister systematisch aufgespürt und sieben identifiziert, die ihren Auswahlkriterien – Geschwister, die sich aktiv an der Sorge beteiligen – entsprachen; sie wurden vornehmlich in den USA und England durchgeführt, eine in Kanada. Die mehrfach zitierten Studien von Marsh, Dickens u. a. sind bei Amaresha u. a. nicht eingeschlossen, die Ergebnisse liegen jedoch nahe beieinander.

Die Synopse der Literatur ergab an erster Stelle das Bedürfnis nach mehr Informationen zur Erkrankung und den Symptomen, z. B. Informationen zur Prognose, zu Ätiologie, Genetik und Vererbung. Das zweitwichtigste Bedürfnis war die Beteiligung an Selbsthilfegruppen, in der Hälfte der Studien sprachen sich die Befragten für exklusive Geschwistergruppen aus. Gleichauf lag der Wunsch nach Hilfe, die eigenen psychosozialen Belastungen zu managen. Dieser Wunsch richtete sich an Professionelle, aber auch an die Eltern. Erwachsene Mitgeschwister waren zudem an der

Klärung interessiert, welchen Beitrag die familiären Konstellationen, Regeln und Dynamiken zu ihren psychosozialen Belastungen geleistet hatten und nach wie vor leisteten. Ein Ergebnis eben dieser (Auf-)Klärungsversuche sind die gefundenen Selbstbeschreibungen der Mitgeschwister, die im Kapitel ‚Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich‘ vorgestellt wurden.

Häufig äußerten die Mitgeschwister Bedürfnisse im Hinblick auf den Umgang mit psychotischen Symptomen, mit Inaktivität, mit der Medikation, mit Aggressionen, mit depressiven Stimmungen des Geschwisters, mit Selbstverletzungen, mit suizidalem Verhalten, sowie Unterstützung bei langfristiger Hilfestellung, aber auch in akuten Krisen, bei der Gestaltung des Alltagslebens des Geschwisters sowie bei der Aktivierung von gemeindenahen Hilfen und Beratung.

In der Studie von Sin u. a. (2012) wurden auch Geschwister unter 16 Jahren nach ihren Wünschen befragt. Die Antworten waren eindeutig: Sie wünschten sich Zeit und Raum mit Abstand von den Spannungen zu Hause, und sie würden gern ihre bisherigen Routinen fortsetzen können (ebenda, S. 57). Das kann als Bedürfnis verstanden werden, wenigstens einen Teil des bisherigen Alltags weiter leben zu können. In der Studie von Amaresha u. a. (2014) wünschten sich die jüngeren Geschwister ‚individual attention‘, der uns wohl bekannte Wunsch nach Aufmerksamkeit und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Pausen von der Beschäftigung mit der Erkrankung.

Osuchowska-Kościjańska u. a. (2014) unterstreichen in ihrer polnischen Studie vor allem die Stärkung der personellen Kompetenz sowie die Entwicklung personaler Ressourcen und Unterstützung in dem Prozess, die sich im Laufe des Lebens verändernde Beziehung zum erkrankten Geschwister zu akzeptieren. In der USA-weiten Studie von Friedrich u. a. (2008, S. 265) wünschen sich 85 % der befragten Geschwister professionelle Hilfe bei der Rollenfindung.

In den Kapiteln ‚Geschwister ändern sich – ambivalente Geschwisterbeziehungen‘ und ‚Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich‘ wird auf den Kern der Herausforderungen für die Mitgeschwister hingewiesen. Wir haben in der Beschreibung der Erfahrungen, der Gefühle und der handlungsrelevanten Reaktionen der Geschwister

eine durchgängige Problematik kennengelernt: Die Ambivalenz zwischen Zuneigung, Liebe, Bedürfnis zu helfen – und der erlebten Notwendigkeit, um der eigenen Entwicklung und Gesundheit willen mit unterschiedlichen Mitteln eine jeweils angemessene Distanz herzustellen. Manfred Ziepert hat bei einer Angehörigentagung des Landesverbands der Angehörigen psychisch Erkrankter in Rheinland-Pfalz einen Titel gewählt, der dies ausdrückt: „Angehörige zwischen Liebe und Abgrenzung“ (Ziepert 2000).

Wir haben weiterhin gesehen, dass es für die Geschwister wichtig wäre, schon in jungen Jahren ihre Geschwisterrolle, deren Attribute sich im Verlaufe ihres Lebens immer wieder ändern, reflektieren zu können. Ihnen ist zu wünschen, möglichst früh Personen und einen Ort zu finden, wo sie

- die Irritationen ansprechen können, welche die als psychische Störung diagnostizierten Auffälligkeiten der Schwester oder des Bruders bei ihnen auslösten,
- die Dynamik, die sich daraufhin in der Familie entwickelt hat, erkennen und verstehen lernen und
- ihre subjektiven Wahrnehmungen, Reaktionen und Empfindungen in den von inneren und äußeren Konflikten geprägten Zeiträumen mitteilen können.

Unsere Empfehlung steht im Gegensatz zu den Forderungen mehrerer Autoren, die ‚mehr Informationen über psychische Erkrankungen‘ für die Mitgeschwister als hinreichend erachten.

Diese Sichtweise reduziert sowohl die Komplexität der Bedarfe als auch der Lebenswirklichkeit von Mitgeschwistern drastisch, was vor allem dem Rekrutierungs-Bias bei den zugrunde liegenden Studien geschuldet sein dürfte.

Zu solchen Autorinnen gehören auch Barak u. a. (2005), die Mitgeschwister als „sekundäre Opfer“ (secondary victims) sehen (ebenda, S. 234) und deutlich mehr professionelle Aufmerksamkeit für sie verlangen, was sich aus ihrer Sicht in Informationen für die Mitgeschwister niederschlagen sollte: „Informationen über die Erkrankung können helfen, die Gefühle von Angst und Schuld zu reduzieren und das Empfinden von Scham und Stigma etwas zu lindern.“ (Ebenda **)

Die geschilderten Ambivalenzen und Dilemmata repräsentieren einen wesentlichen Teil des (in Deutschland nicht befriedigten) Hilfebedarfs. Dies lesen wir nicht nur aus den qualitativen Interviews und Gruppenprotokollen heraus, dieser Hilfebedarf wurde vielmehr bereits in der Studie von Marsh u. a. (1993a, S. 10) benannt. Gemäß ihrer Befragung nahmen 77,1 % der Geschwister eine Psychotherapie in Anspruch, die als generell wirksam und extrem positiv bewertet wurde – je jünger die Befragten, desto mehr schätzten sie dieses Angebot. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erhielten die Geschwister dort die Möglichkeit, sich mit ihren Ambivalenzen und Dilemmata auseinanderzusetzen. Die Befragten wurden über das Siblings and Adult Network (SAC) der National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) rekrutiert, einer vorwiegend von weißen Amerikanern mit höherem Bildungsstatus getragenen Selbsthilfeorganisation.

Dieses Ergebnis der Studie von Marsh u. a. sollte nicht fehlinterpretiert werden: Damit wird nicht einer Psychotherapie für alle Geschwister das Wort geredet, denn in Amerika wird dieser Begriff breiter verwendet als in Deutschland. Die Erfahrungen aus Australien und Großbritannien sowie aus den Gruppentreffen in Deutschland legen nahe, dass für die meisten erwachsenen Geschwister der Austausch mit Peers z. B. in Gruppentreffen angemessen und ausreichend ist (zu dem Modul ‚Gruppengespräche‘ siehe weiter unten).

In den zitierten Studien sehen wir verschiedene Unterstützungspräferenzen bei den Geschwistern. Welche Hierarchie sich bei einer Befragung von Mitgeschwistern unter den deutschen kulturellen Gegebenheiten sowie Versorgungsbedingungen ergeben würde, ist (noch) nicht bekannt. Die Daten, die bisher aus den Geschwistergruppen und Geschwistertreffen vorliegen, sind nur in dem Sinne belastbar, dass die Mitgeschwister für alle diese Unterstützungsfelder plädieren; für die Bestimmung von Relativgewichten ist der Datenumfang zu gering und die Datensammlung zu unspezifisch. Eine geplante Befragung der im GeschwisterNetzwerk eingeschriebenen Geschwister soll hierzu Aufschluss geben.

VIII.1.2 Parameter, die den Unterstützungsbedarf beeinflussen

VIII.1.2.1 Unterschiedliche Rahmenbedingungen, unterschiedliche Lebenssituationen

Neben vielen Gemeinsamkeiten unterscheiden sich die Lebenssituationen der Mitgeschwister deutlich voneinander, wobei folgende Aspekte eine Rolle spielen:

- das eigene Alter zu Beginn der wahrgenommenen Auffälligkeiten des schließlich diagnostizierten Geschwisters;
- der Altersunterschied zwischen den Geschwistern;
- das Geschlecht;
- die Beziehung der Geschwister zueinander vor Ausbruch der Erkrankung bzw. vor Beginn von offensichtlichen Verhaltensauffälligkeiten;
- die bereits zuvor bestehende und im Zeitverlauf sich verändernde Familiendynamik;
- Veränderungen, die aus den fortschreitenden Lebensläufen aller Beteiligten resultieren.

Diese (und vermutlich weitere, bisher nicht identifizierte) Unterschiede führen vor allem einstellungs- und verhaltensbezogen zu sehr heterogenen Konsequenzen, die Mitgeschwister aus ihren Erfahrungen mit der erkrankten Schwester bzw. dem Bruder sowie ihrer Rolle in der Familie ziehen.

Da stehen dann auf der einen Seite Geschwister, die nach all den Schwierigkeiten im Laufe der Zeit den Gewinn für ihre eigene Entwicklung hervorheben; auf der anderen Seite sehen sich Mitgeschwister um ein normales Leben betrogen und klagen über nachhaltige Einbußen. In der Regel sehen sich die Mitgeschwister irgendwo zwischen diesen beiden Polen, und der Ort verschiebt sich nicht nur im Lebenslauf, sondern auch kurzfristig nach einschneidenden Ereignissen (z. B. Tod des sorgenden Elternteils) oder Lebensentscheidungen (z. B. Gründung einer eigenen Familie).

Sowohl die Gemeinsamkeiten im Erleben als auch die Unterschiede, welche Schlüsse die Geschwister daraus ziehen, wurden in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich dargestellt und mit zahlreichen Quellen belegt, die überwiegend aus Deutschland und dem angelsächsischen Raum stammen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Qualität der Versorgungssysteme in den jeweiligen Ländern Einfluss darauf hat, inwieweit Mitgeschwister in die Pflicht genommen werden, sich an der Sorge um ihre erkrankte Schwester bzw. ihren erkrankten Bruder zu beteiligen – und inwieweit sie sich in diese Pflicht nehmen lassen.

VIII.1.2.2 Der kulturelle Hintergrund macht einen Unterschied

Unterschiede im eigenen Erleben und in den Erwartungen der Herkunftsfamilien, die durch die Herkunft aus Ländern mit anderem kulturellem Hintergrund markiert werden, mussten in diesem Text weitgehend vernachlässigt werden, da hierzu im deutschsprachigen Raum kaum Untersuchungen zur Verfügung stehen – anders als z. B. in den USA, wo Ethnien häufig berücksichtigt werden.

Beispielhaft sei hier eine Studie von Horwitz u. a. (1995) angeführt. Ausgangspunkt ihrer Studie sind die Auswirkungen der (damaligen) „Grundsätze der kommunalen Versorgung von schwer psychisch Kranken, durch die die Betreuungspflichten und die daraus resultierenden Belastungen in den Familien zunehmen“ (Ebenda, S. 138 *). Mit 78 Eltern und 70 Geschwistern wurden Interviews geführt. Die Autoren fanden bei den schwarzen (im Original ‚black‘) und weißen Eltern zwar gleich große Verpflichtungen, aber die weißen Eltern formulierten stärkere subjektive Belastungen. Die schwarzen Geschwister berichteten von mehr Pflichten als die weißen Geschwister, und dennoch gaben sie eine geringere Belastung als die weißen Geschwister zu Protokoll (ebenda). Die objektiv höheren Belastungen (Pflichten) werden von ihnen als subjektiv weniger belastend erlebt als die objektiv niedrigeren Belastungen bei den weißen Befragten.

Die Ergebnisse sprechen für eine deutliche interkulturelle Differenz im Belastungserleben. Die berichteten Unterschiede blieben auch konstant bei der Kontrolle von Einkommen, Geschlecht, Alter, Diagnose und wahrgenommener Stigmatisierung.

Einen Hinweis darauf, wie unterschiedlich Verhaltensweisen der Eltern, besonders der Mütter, von Mitgeschwistern wahrgenommen werden können, liefert eine zypriotisch-türkische Studie. Während die Autoren in der internationalen, westlich geprägten Literatur ‚Überbehütung‘ sowohl als ‚toxischen Faktor‘ in der Familiendynamik als auch im Verhältnis zu dem erkrankten Familienmitglied beschrieben fanden, stellten sie bei ihren Probanden (105 Mitgeschwistern) aus dem türkischen Kulturkreis das genaue Gegenteil fest: „So mag die Wahrnehmung der mütterlichen Überbehütung den Mitgeschwistern das Gefühl vermittelt haben, akzeptiert und umsorgt zu werden, trotz der Probleme durch das erkrankte Geschwister.“ (Avcıoğlu u. a. 2019, S. 258 **) Wie auch bei vielen US-Studien wurden hier die Probanden über eine Patienten- und Angehörigenorganisation mit dem zu erwartenden Bias rekrutiert; dennoch sehen sich die Autoren durch vergleichbare Studienergebnisse bestätigt.

Im Hinblick auf das Verhältnis zwischen den Sorgenden und dem erkrankten Familienmitglied in türkischen Familien stellen Karanci und İnandılar folgende Überlegung an: „Es ist wahrscheinlich, dass Patienten in einem sehr traditionellen (kulturellen) Umfeld von ihren Verwandten erwarten, dass diese gestresst sind und zugleich beschützend handeln; dies verstehen sie als Zeichen der Fürsorge. Daher kann ein Mangel an emotionalem Überengagement bei dem Patienten Stress erzeugen.“ Gemäß den Autoren gelte das vor allem für die primär Sorgetragenden, unabhängig davon, ob es sich dabei um Mütter, Väter, Partnerinnen oder Partner handle; Geschwister werden nicht gesondert erwähnt (Karanci und İnandılar 2002, S. 86 **).

Deutliche kulturelle Unterschiede fanden auch López u. a. (2004). In einer Studie verglichen sie Krankheitsverständnis, ‚expressed emotions‘ und familiäre Wärme in angloamerikanischen Familien und Familien mit mexikanischem Migrations-Hintergrund. Konträr zu den angloamerikanischen Familien zeigten ihre Daten, „dass für aus Mexiko stammende Amerikaner die familiäre Wärme ein bedeutender Schutzfaktor ist“ (ebenda,

S. 428 **). Die Autoren betonen jedoch die prekären Lebensbedingungen von 90 % der Probanden aus den mexikanischen Einwandererfamilien und den möglichen Einfluss dieses Sachverhalts auf die ermittelten Unterschiede (ebenda, S. 436f., siehe auch die Kapitel ‚Die Erfahrungen der Geschwister sollen erklärt werden‘ und ‚Genetik und Umwelt‘).

Sehr ähnlich argumentiert Renate Schepker (1998). Als Ergebnis ihrer repräsentativen Studie mit Kindern aus türkischen Migrationsfamilien fand sie, dass „die Verallgemeinerung von Erfahrungen mit hochselektierten klinischen Inanspruchnahme-Populationen“ nicht nur dazu geführt habe, „den Mythos der ‚risikoreichen und gefährdeten zweiten Generation‘ mit psychiatrischen Argumenten zu untermauern“, sondern dadurch auch „andere, bedeutsamere soziale Faktoren nicht mehr eruiert werden.“ (Ebenda, S. 101) Damit sind zum einen die Lebensbedingungen der Migrationsfamilien adressiert, aber ebenso die einseitige Sicht auf Familienkonstellationen und -dynamiken, bei denen sie in türkischen im Vergleich zu westlichen Familien eine stärkere Kohäsion sieht (ebenda, S. 90).

Geschwister mit türkischem Migrations-Hintergrund bestätigen in Interviews und bei Geschwistertreffen diese Einschätzung.

„Eine Schwester mittleren Alters, deren Familie aus der Türkei eingewandert ist, konnte sich gegen den Anspruch der Eltern nicht wehren, jenseits ihres 40. Lebensjahres in das Elternhaus zurückzukehren. Es blieb ihr nach eigenen Worten nichts übrig, als der Aufforderung der Eltern zu folgen, sich um den erkrankten Bruder (mit) zu kümmern. Sie begründete dies mit den kulturellen Normen ihres Herkunftslandes.“ (Interview)

Eine junge in Deutschland geborene und sozialisierte türkisch-stämmige Schwester sprach beim ersten hessischen Geschwistertreffen über ihre Verpflichtung, sich intensiv um ihren erkrankten Bruder zu kümmern:

„Sie selbst ist der Meinung, dass andere Hilfe von außen wichtig wäre, dies ist aufgrund der Ansichten der Eltern und Bekannten nicht möglich. [...] [Sie] ist sehr wütend und aufgebracht, dass die Eltern die Krankheit als Familienproblem ansehen, wodurch sie keine Unterstützung von außen in Anspruch nehmen.“ (Munkert und Peukert 2009a, S. 2).

Das GeschwisterNetzwerk hat die nicht unbedingt erwartete und durchaus erfreuliche Erfahrung gemacht, dass – anders als in anderen Angehörigenvereinigungen – bei den Geschwistertreffen über 20 % Schwestern

und Brüder mit Migrationshintergrund teilnahmen und ihre zusätzlichen Gesichtspunkte thematisierten. Ein ähnlicher Anteil von Geschwistern aus Migrations- oder gemischt-kulturellen Familien findet sich auch in den Geschwister-Selbsthilfegruppen.

Mehrere dieser Geschwister können sich der Inanspruchnahme in fast allen Belangen der Sorge nicht entziehen, da sie in der Familie die einzigen sind, die über ausreichend gute Deutschkenntnisse verfügen und als Übersetzerin bzw. Übersetzer zur Verfügung stehen müssen – auch aus eigener Sicht. Bei einigen von ihnen umfasst die Aufgabe des Dolmetschens nicht nur die Sprache, sondern auch eine Art von ‚kultureller Übersetzung‘ (Julius und Peukert 2020a, S. 2).

Geschwister aus der zweiten Generation empfinden noch einen weiteren Druck: Als ‚Kinder mit Migrationshintergrund‘ sahen sie sich besonders gefordert, gute schulische Leistungen zu erbringen und nicht negativ aufzufallen, um ‚in der Gesellschaft anzukommen‘. Sie sehen diese Anstrengungen gefährdet, wenn zu dem Stigma ‚Migrationshintergrund‘ noch die Stigmatisierbarkeit durch ein psychisch erkranktes Familienmitglied hinzukommt (Interviews).

Ziemlich unerwartet: Einzelne Geschwister, die aus den ehemals ‚neuen Bundesländern‘ in westliche Bundesländer verzogen sind, berichten von nahezu identischen Erfahrungen (Interviews). Auch sie fühlen sich wegen ihrer Herkunft besonders gefordert und scheuen ein mögliches weiteres Stigma.

Nicht nur das GeschwisterNetzwerk wird sich der Herausforderung stellen müssen, auch und gerade für diese Geschwister Angebote zu entwickeln. Soweit es Geschwister aus dem türkischen Kulturkreis betrifft, kann das Kapitel „Familiengebundene Identitätsformen“ in Schepker (1998, S. 91ff.) dazu wertvolle Hinweise liefern.

VIII.1.2.3 Altersunterschiede prägen die Beziehung – und den Hilfebedarf

Erkrankt das ältere Geschwister, so können junge Mitgeschwister die Veränderungen im Verhalten der Eltern nicht verstehen, und zugleich nehmen Kinder mehr Veränderungen an ihren Geschwistern wahr als die Eltern (Craft u. a. 1985; siehe auch das Kapitel ‚Ein besonderes Verstehen psychischer Erkrankungen‘). Insbesondere jüngere Kinder können ihre Furcht nicht ausdrücken und entwickeln irrationale Ängste. Zudem sind sie aufgrund der eingeschränkten elterlichen Verfügbarkeit stärker gefährdet als ältere Geschwister (Greenberg u. a. 1997; Tröster 1999).

Demgegenüber sind ältere Geschwister deutlich weniger belastet (Breslau 1982; Breslau u. a. 1981), da ihre Persönlichkeitsentwicklung bereits vor dem Krankheitsausbruch vorangeschritten war. Je größer der Altersunterschied, umso weniger wirkt sich die Erkrankung auf die Mitgeschwister aus (Creer u. a. 1989; Bank und Kahn 1989). Umgekehrt verstärkt ein geringer Altersabstand den Leidensdruck (Breslau 1982).

Während bei jüngeren Mitgeschwistern das Wohlbefinden im Vergleich mit älteren Geschwistern deutlich reduziert war (Samuels u. a. 1979; Kuipers u. a. 2000; Martens u. a. 2001), sie wesentlich häufiger Stigmatisierungen fürchteten und erhebliche Zeichen von Angst zeigten (Greenberg u. a. 1997, nach Schmid u. a. 2005a, S. 738), darf ebenso als gesichert gelten: Je länger die Ersterkrankung zurückliegt, desto geringere Verhaltensauffälligkeiten sind bei den Mitgeschwistern zu beobachten (Lavigne u. a. 1979; Breslau u. a. 1981; Schulze-Mönking 1993; Schmid u. a. 2009, S. 333); dies muss nicht zuletzt als Ausdruck der besonders intensiv erlebten Belastungen zu Beginn der schließlich chronischen Erkrankung der Schwester oder des Bruders gesehen werden.

Diese Geschwister haben einen Teil ihrer Lebenszeit darauf verwendet, mit den Herausforderungen fertigzuwerden. Vermutlich haben sie im Laufe der Zeit auf eine oder mehrere der beschriebenen Bewältigungsstrategien zurückgegriffen, um im (frühen) Erwachsenenalter mit dem Widerspruch zwischen Zuwendung zum erkrankten Geschwister und der Familie auf der einen und der eigenen Persönlichkeitsentwicklung auf der anderen Seite umzugehen. Wir haben die physische (das Moratorium, die

konstruktive Flucht), die psychisch-mentale und die kognitive Vermeidung kennengelernt sowie die Re-Interpretation des Erlebten als sinngebend für das eigene Leben, das funktionale partielle Schweigen in der Familie, die objektivierende Professionalisierung und die Suche nach sozialer Unterstützung. In mehreren der referierten Studien wird von einem Zeitraum von vier bis fünf Jahren als erster Etappe im Bewältigungsmanagement ausgegangen.

Besonders belastend scheint es vor allem für die Mitgeschwister in jungen Jahren zu sein, wenn sie jünger sind als die psychisch Erkrankten. Ferrari (1984) hat bei jüngeren Geschwistern geringere soziale Kompetenzen, niedrigeres Selbstwertgefühl und höhere Externalisierungswerte gefunden als bei denjenigen Mitgeschwistern, die älter als die oder der psychisch Erkrankte waren (Ferrari 1984, nach Schmid 2005a, S. 744). Eine besonders vulnerable Phase scheint die frühe Adoleszenz zu sein, wie die Studie von Shapiro u. a. (2009) für die Ausprägung prä-morbider Anpassungsprobleme zeigte.

Häufig dürfte es den Eltern kaum möglich sein, den Bedürfnissen ihrer jungen Geschwisterkinder zu entsprechen. „Insbesondere in der Initialphase der Erkrankung kann diese als solch starker Stressor wirken, dass die Anpassungskapazitäten der einzelnen Familienmitglieder überfordert sind und die Eltern in dieser Situation nicht in der Lage sind, dem gesunden Geschwister hilfreich zur Seite zu stehen.“ (Boeger und Seiffge-Krenke 1996, S. 359)

Wie sehr Mitgeschwister im Kindesalter unter dem häufig auftretenden Aufmerksamkeitsdefizit der Eltern leiden, hängt in nicht unerheblichem Maß vom familiären Umfeld ab. Die Studie von Humphrey u. a. (2015, S. 981) konnte die Hypothese bestätigen, wonach ein positives familiäres Umfeld für die psychische Stabilität der Mitgeschwister im untersuchten Kindesalter zwischen sechs und elf Jahren höchst förderlich ist.

Besonders schädlich scheint es für diese Altersgruppe zu sein, wenn dem Kind neben der mangelnden Berücksichtigung seiner Bedürfnisse und Interessen auch noch aufgebürdet wird, sich um die erkrankte Schwester bzw. den Bruder zu kümmern. Wenn erwachsene Geschwister von dieser Zeit berichten, wird der Nachhall dieser Belastungen unmittelbar spürbar.

Es kann aber sehr wohl anders gehen.

Selbst Geschwistern im Kindesalter müssen die familiären Beschwerneisse nicht vorenthalten werden, sie spüren sie ohnehin. Wenn Eltern die Eigenheiten der Erkrankung und die damit im Zusammenhang stehenden Belastungen ansprechen, muss dies für die Kinder nicht bedrängend werden, wenn ihnen gleichzeitig emotionale Sicherheit gewährt wird und sie sich in einem offenen Klima mit Fragen an die Eltern wenden können.

Belastungen, die mit dem Erbringen von Unterstützungsleistungen im Zusammenhang stehen, können positive Effekte für die Selbstentwicklung nach sich ziehen, soweit die familiäre Dynamik ein Ausbalancieren der Sorge für sich selbst auf der einen und für das erkrankte Geschwister auf der anderen Seite zulässt. Aber nicht nur die Familien sind hier gefordert, auch das professionelle Hilfesystem. Es kann für die Mitgeschwister in doppeltem Sinne hilfreich wirken:

- Es sollte Familien dabei helfen, die Voraussetzungen für eine positive Entwicklung der Mitgeschwister zu schaffen, und
- wo darüber hinaus direkte Hilfen für Mitgeschwister erforderlich sind, sollten diese zugänglich sein.

VIII.1.2.4 Geschlechtsunterschiede prägen die Beziehung – und den Hilfebedarf

Bereits weiter oben wurde die Studie von Huang u. a. (2019) zitiert, in der nur für die Schwestern ein deutlich höheres Risiko für Typ 2 Diabetes und Bluthochdruck gefunden wurde, nicht jedoch für die Brüder von psychisch Erkrankten. In vielen weiteren Studien wurden Geschlechtsunterschiede identifiziert. Bowman u. a. (2014, S. 1078) haben in einer großen Befragung im Rahmen eines Erst-Episoden-Projektes für Mädchen im Vergleich zu den Jungen deutlich reduzierte Werte für deren Lebensqualität gefunden, und je jünger sie waren, desto niedriger waren die Werte für ihre Lebensqualität (Quality of life, QoL).

Schwestern scheinen deutlich stärker unter dem beobachteten Leid ihrer Schwester bzw. ihres Bruders mitzuleiden, und zahlreiche Studien

bestätigen die hervorstechende Rolle der Schwestern bei der Unterstützung des erkrankten Geschwisters, insbesondere dann, wenn es sich um einen Bruder handelt.

Dies schlägt sich auch in der Zusammensetzung der Teilnehmenden bei Geschwistertreffen und in Geschwistergruppen nieder: Die Gruppen sind eher weiblich, mit wenigen männlichen Teilnehmern. Diese Feststellung gilt auch für Großbritannien; die dortige Geschwisterorganisation Sibs (sibs.uk) versucht neuerdings, dem mit einer Online-Gruppe ausschließlich für Brüder entgegenzuwirken.

Für ältere Geschwister ohne spezifische Krankheitslast konnte Cicirelli (1989) einen Zusammenhang zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und der Qualität der Geschwisterbeziehung nachweisen: „Die positive Beziehung (und Bindung) an ein weibliches Geschwister scheint sowohl für Männer wie auch für Frauen im Alter für das persönliche Wohlbefinden [...] zentrale Bedeutung zu besitzen. Für die positive Bindung an ein männliches Geschwister ist ein derartiger Effekt nicht festzustellen.“ Cicirelli interpretiert diese Ergebnisse unter Bezug auf Bowlby (1969), wonach (vor allem in der Geschwisterfolge ältere) Schwestern im höheren Alter häufig als Mutterersatz fungierten, also für die emotionale und physische Versorgung, für zwischenmenschliche Nähe und Aufrechterhaltung der innerfamiliären Bindungen zuständig seien (Cicirelli 1989, nach Kasten 2001, S. 7f.). Es ist naheliegend, einen ähnlichen Effekt für die Schwestern von psychisch Erkrankten anzunehmen.

Bei der Durchführung von Studien und in anderen Publikationen bis hin zu universitären Abschlussarbeiten sind weibliche Autoren und Koautoren deutlich überrepräsentiert. Von vielen ist bekannt, dass sie Schwester einer oder eines psychisch Erkrankten sind oder mit einem anderweitig chronisch erkrankten oder behinderten Geschwister aufwuchsen. Unter den Geschwistern, die sich als Pioniere zu ihrem Erleben äußerten, finden sich nahezu ausschließlich Schwestern, dies hat sich bis heute weitgehend erhalten. Somit drängt sich auch in diesen Bereichen eine Vorreiterrolle der weiblichen Mitgeschwister auf.

VIII.2 Unterstützungsmodule und ihre Wirksamkeit

VIII.2.1 Gruppengespräche

Gespräche in Geschwistergruppen sind – ebenso wie qualitative Interviews – besonders gut geeignet, die mit der Geschwisterposition verbundenen Ambivalenzen und Dilemmata hervortreten zu lassen. Doch warum ist das so?

Hierzu sei folgende Vermutung formuliert. Bis auf diejenigen älteren Geschwister, die einen Umgang mit den inkonsistenten Empfindungen ‚für sich klar bekommen haben‘ (und sei es auch nur vorübergehend), sind alle anderen Geschwister in ihrem Alltag, jedes für sich, aktiv damit beschäftigt, die widerstreitenden Kräfte und Anforderungen auszubalancieren, ohne sich dieses kognitiv-emotionale Tätig-Sein vor Augen zu führen. In der Regel beobachten Menschen in ihrem üblichen Alltag ihre inneren, individuellen kognitiv-emotionalen Prozesse nicht, es sei denn, Emotionen treten aufgrund ihrer Stärke aus dem fortlaufenden Prozess heraus – nur dann werden sie als Gefühle wahrgenommen, ebenso wie die (ggf. nur vorläufigen) Ergebnisse eines (Verarbeitungs-)Prozesses.

In diskursiven Prozessen wie qualitativen Interviews oder Gruppentreffen sieht das anders aus; in ihnen wird gemeinsam gedacht und gefühlt, damit treten deutlich mehr Aspekte dieser Prozesse über die Wahrnehmungsschwelle, und in den Gruppengesprächen sowie (vornehmlich narrativen) Interviews wird häufig von den Beteiligten reflexiv ins Bewusstsein gehoben, was sie gerade innerpsychisch umtreibt. Im Diskurs wird bei dem Gegenüber erkannt, was einen selbst beschäftigt. Dieser Wahrnehmungs- bzw. Erkenntnis-Effekt wird häufig wie folgt kommentiert: „Ich habe gar nicht gewusst, dass es anderen auch so geht.“ Nicht selten wird für die Betroffenen erst im Gespräch mit anderen greifbar, was sie umtreibt, und kann so zu einer distanzierteren Betrachtung beitragen. Sie nehmen wahr, wie es ihnen geht, und erkennen, woran das

liegen könnte. Aussagen wie „In der Gruppe habe ich gelernt, ...“ sind ein Anzeichen für solche Selbstklärungsprozesse.

„Und dann bin ich zu der Gruppe gegangen, und dann war ich plötzlich zuhause und zum ersten Mal habe ich begriffen, dass ich nicht alleine bin. Es gibt andere Leute, die genau diese Geschichte durchmachen, die sich die gleichen Fragen stellen. [...] Und der Schmerz und das Erleben, das geht alles nicht weg. Aber die Gespräche in der Gruppe helfen!“ (Gagi K. in Peukert 2019b, S. 112)

In der Studie zu den Belastungen von Mitgeschwistern (Schmid u. a. 2006, S. 183) empfehlen die Autorinnen, „die Bedeutung des Austausches mit anderen Geschwistern im Rahmen von *spezifischen Angehörigengruppen* [im Original kursiv] nicht zu unterschätzen.“

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass für die große Mehrheit der erwachsenen Geschwister Gespräche in exklusiven Geschwistergruppen ein adäquates und ausreichendes Unterstützungsangebot darstellen. Das GeschwisterNetzwerk plant die Entwicklung von Handreichungen für die Gruppenmoderatoren. Ob darüber hinaus Moderatorenschulungen sinnvoll sind, kann gegenwärtig nicht beurteilt werden.

VIII.2.2 Psychoedukation

Wiederholt wurde Psychoedukation für Geschwister psychisch Erkrankter diskutiert, ein erster Vorschlag mit zehn Einheiten stammt von Marsh u. a. (1993a, S. 25); sie präferieren psychoedukative Gruppen *ausschließlich für Geschwister*. In England wurde von Rethink Mental Illness darauf verwiesen, dass gemeinsame Psychoedukation von Eltern und Geschwistern letztere abschrecke (Rethink Mental Illness 2010). Lukens und Thorning (2011) teilten Psychoedukations-Gruppen für Familien nachträglich auf und bildeten separate Gruppen für Geschwister, nachdem „immer deutlicher hervortrat, wie sehr sich die Probleme und Sorgen der Geschwister [von denen der Eltern] unterschieden“ (ebenda, S. 204 **).

Sin u. a. (2015) haben ein Cochrane-Review zu den Effekten von Psychoedukation für Familienmitglieder unter Beteiligung von Geschwistern vorgelegt. 13 der 14 gefundenen Studien waren nicht auswertbar, da sich

nur vereinzelt Geschwister von den vornehmlich von Eltern besuchten Angeboten angesprochen gefühlt hatten. Nur eine Studie mit 9 Geschwistern (von insgesamt 84 Teilnehmenden) lieferte überhaupt verwertbare Daten, allerdings mit geringer Evidenz. Somit konnten die Autorinnen weder einen Effekt auf die Erkrankten durch Psychoedukation für ihre Geschwister ermitteln noch irgendeine Wirkung für die teilnehmenden Geschwister selbst (Sin u. a. 2015, S. 2).

Diese finden sich in Amaresha u. a. (2018), deren Studie zufolge bei den Mitgeschwistern die Informationen über die Erkrankung zu- und die Selbststigmatisierungen abnahmen. Jedoch zeigten sich keinerlei Effekte der Psychoedukation auf die erlebten Belastungen (ebenda, S. 59).

Dies könnte ggf. bei Psychoedukations-Gruppen, die von Geschwistern geleitet werden, anders sein. Darauf weisen die Auswertungen von Ikehata u. a. (2015) sowie von Lambert u. a. (2014) und die Übersicht von Rummel-Kluge u. a. (2007) hin. Gestützt auf ihre mehrjährige Erfahrung mit profi-geleiteten Geschwistergruppen empfehlen auch Lukens und Thorning (2011, S. 214), größere Aufmerksamkeit auf von Peers geleitete Gruppen zu richten, in denen eine größere emotionale Entlastung und eine besondere Glaubwürdigkeit der Inhalte erreicht werde.

Einen etwas anderen Ansatz vertritt Pauline Boss (2008; zu ihrem Konzept des ‚uneindeutigen Verlusts‘ siehe das Kapitel ‚Ambivalenzen und Schuldgefühle – die massivsten Herausforderungen für Bewältigungsversuche‘). Sie hat jahrzehntelang therapeutisch mit Menschen gearbeitet, die nach Naturkatastrophen, Terroranschlägen usw. mit uneindeutigen Verlusten leben müssen. Aus dieser Arbeit zieht sie zwei wesentliche Erkenntnisse. Zum einen hält sie Gruppenangebote für wesentlich wirksamer als Einzeltherapien, denn „letztlich hilft das gemeinsame Erzählen den Betroffenen“ (ebenda, S. 122). Zum anderen bewertet sie emotionsbasierte Therapieformen – neben kognitiven und psychoedukativen Angeboten – bei diesem Personenkreis als besonders geeignet (ebenda, S. 247f.). Da Boss ausdrücklich psychische Erkrankungen zu den Ereignissen zählt, die bei den Angehörigen zu einem ‚uneindeutigen Verlusterleben‘ führen, können ihre Thesen auch für Mitgeschwister Gültigkeit beanspruchen.

VIII.2.3 Gruppenangebote für jüngere Geschwister

Der Fokus dieser Monographie liegt zwar auf den erwachsenen Geschwistern, dennoch wurde wiederholt auf die besondere Risikosituation der jüngeren Mitgeschwister abgehoben, weswegen hier die Hilfen für diese Gruppe angesprochen werden sollen.

In mehreren Ländern gibt es seit Jahren Gruppenangebote für Mitgeschwister im Kindes- und Jugendalter, wobei diese Angebote sich in der Regel nicht an speziellen Diagnosen oder Behinderungsformen orientieren; die erkrankten Kinder werden im englischsprachigen Raum summarisch als ‚children with special needs‘ bezeichnet.

Anders in Deutschland. Auf der Plattform der Stiftung Familienbande (familienbande.de) sind bundesweit über 350 Angebote für Geschwisterkinder gelistet, von Spielgruppen bis zu Sport- und Ferienfreizeiten, die fast alle einen sog. ‚Krankheitsfokus‘ haben: Behinderungen, onkologische Erkrankungen, lebensverkürzende Erkrankungen, Trauergruppen, sehr selten psychische Erkrankungen. Nur wenige Angebote sind nicht an die Art der Erkrankung bzw. Behinderung des Geschwisters gebunden.

Da die Belastungen der jüngeren Geschwister psychisch erkrankter Menschen besonders folgenreich sein können, wurden vereinzelt theoretisch fundierte Konzepte zur Geschwisterbegleitung entwickelt und evaluiert, die eine Reduzierung von Risikofaktoren und die Stärkung von Resilienzpotezialen zum Ziel haben. Hartling u. a. (2014) identifizierten in einem Review 14 Evaluationsstudien aus rd. 20 Jahren mit dem Fokus auf unterschiedliche Krankheitsbilder, mit uneinheitlichen Ergebnissen, die meisten ohne Kontrollgruppe, viele mit methodischen Schwächen, sodass sie schlussfolgern: „In der zukünftigen Forschung ist methodische Präzision erforderlich.“ (Ebenda, S. 12 **)

Eines der ersten Programme für die besonders belasteten jungen Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil oder Geschwister ist das ‚SMILES‘-Programm (‚The Simplifying Mental Illness + Life Enhancement Skills Program‘). Dabei handelt es sich um ein Drei-Tages-Programm mit dem Ziel, die Kenntnisse der Kinder über psychische Erkrankungen zu

erhöhen und Alltagskompetenzen zu entwickeln, die es ihnen erleichtern sollen, mit den Belastungen in der Familie umzugehen. Pitman u. a. (2004) legten eine Studie mit Selbstberichten von 25 Kindern sowie deren Eltern aus einer kanadischen und zwei australischen Untersuchungsgruppen vor. Alle Teilnehmenden werteten das Programm im Hinblick auf beide Ziele als hilfreich. Die Autorinnen betonen in dieser frühen Publikation, sie würden die Veröffentlichung ähnlicher Studien – trotz der Limitationen auch der eigenen Untersuchung – sehr begrüßen, denn es sei „schwierig für die Fachkräfte, einen evidenzbasierten Ansatz zu verwenden, um die Bedürfnisse dieser Kinder zu erfüllen, solange solche Informationen nicht verfügbar sind“ (ebenda, S. 388 **).

Roberts u. a. (2015 und 2016) haben die Wirksamkeit des indikationsübergreifenden ‚SibworkS‘-Programms in Australien mit 56 (2015) bzw. 36 (2016) Kindern evaluiert. Bei ‚SibworkS‘ handelt es sich um eine sechswöchige Handbuch-basierte kognitive und verhaltensbezogene Intervention. Im Ergebnis zeigt das Programm offensichtlich bei jenen Kindern deutliche positive Wirkungen, die besonders unter der Erkrankung bzw. Behinderung in der Familie leiden und/oder deren Geschwister besonders schwere Symptome aufweisen. „Schlechtere emotionale und verhaltensbezogene Funktionalität bei den Teilnehmenden und die Schwere der Symptome des Kindes mit besonderen Bedarfen waren verbunden mit besseren Interventionseffekten.“ (Roberts u. a. 2016, S. 2063 **)

Zu einer deutlich vorsichtigeren Bewertung der ebenfalls in Australien entwickelten ‚Sibstars‘-Intervention kamen Giallo u. a. (2008). Wie ‚SibworkS‘ ist auch ‚Sibstars‘ ein sechswöchiges Psychoedukationsprogramm für Geschwister, das jedoch nicht nur die Kinder, sondern auch die Eltern adressiert, denn „sie zu unterstützen, um das familiäre System zu stärken, kann genauso wichtig sein wie die direkte Unterstützung der Geschwister“ (ebenda, S. 86 **). Als einzige signifikante Veränderung durch das Programm fanden die Autorinnen eine Stärkung der familiären Routinen und mehr Zeit, die Eltern mit den Mitgeschwistern verbrachten. Bei den Vorher-Nachher-Tests von einzelnen Skills und Strategien mussten Giallo u. a. feststellen, dass die Wirkung des Trainings für die Geschwister nur sehr begrenzt war. Ausgehend davon, dass ‚Sibstars‘ auf proaktive Copingstrategien abzielt, waren sie insbesondere über das Ausbleiben von

Effekten beim Problemlösungsverhalten und bei der sozialen Unterstützung überrascht (ebenda, S. 93f.). Zudem bemängelten Teilnehmende das Fehlen von Gelegenheiten zum Austausch mit anderen Geschwistern bzw. Eltern, was dem Setting (Selbststudium und -erprobung anhand des Manuals, ergänzt um Telefonsupport) geschuldet ist.

Im Programm ‚SibLink‘ ist die unmittelbare Begegnung das herausragende Element (Lobato und Kao (2002)). ‚SibLink‘ ist ein Gruppenangebot für Eltern und Geschwister im Alter von acht bis dreizehn Jahren. Über die Hälfte der Eltern haben sich an dem Programm beteiligt, „weil sie wollten, dass ihre gesunden Kinder Gleichaltrige mit ähnlichen familiären Umständen treffen und mit ihnen sprechen könnten“ (ebenda, S. 715 **).

Auch in Deutschland wurde ein modulares, bedarfsorientiertes Modell vom Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg und dem Bunten Kreis Augsburg entwickelt (Spilger u. a. 2014). Teil des Modells ist das Früherkennungsinstrument ‚LARES Geschwisterkinder‘, das die Stiftung Familienbande frei zugänglich ins Netz gestellt hat und mit dem laut Spilger u. a. (2013) das Belastungserleben und der Versorgungsbedarf der Geschwisterkinder ‚schnell und praktikabel‘ zu ermitteln sei (Stiftung Familienbande 2020). Zudem bietet das Institut seit einigen Jahren eine zertifizierte Weiterbildung zur ‚Fachkraft für Geschwister‘ an. Eine Mailanfrage beim Bunten Kreis Augsburg ergab, dass so gut wie keine Geschwister psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher an den Gruppenangeboten teilnahmen, was die Veranstalter sehr bedauern (Bunter Kreis Augsburg 2019).

Ausbaufähig ist auch die mediale Wahrnehmung von (jungen) Geschwistern psychisch Erkrankter. In keinem der bisher recherchierten, beeindruckenden im Deutschen Fernsehen ausgestrahlten Dokumentarfilmen über jugendliche Geschwister mit erkrankten Schwestern oder Brüdern stehen sie im Mittelpunkt, allenfalls kommen sie als Einzelne in einer gemischten Gruppe vor. Meist wird die Situation von Geschwistern von Kindern mit Down-Syndrom, kognitiven Beeinträchtigungen oder mit einer Krebserkrankung sehr einfühlsam beschrieben. Obgleich es mit der Situation dieser Geschwister Gemeinsamkeiten gibt, wie z. B. die ungewisse und als bedrohlich erlebte künftige Entwicklung, bleiben dennoch erhebliche Unterschiede in ihrem Erleben und ihren Ängsten.

VIII.3 Unterstützung für Geschwister in Deutschland

Untersuchungen in Deutschland haben ergeben: Für die professionellen Helfer in den Einrichtungen und Diensten sind ‚die Angehörigen‘ in erster Linie und oft ausschließlich die Eltern. Ihnen werden vielfältige (wenn auch nicht immer in ausreichendem Maß und nicht immer die gewünschten) Gruppen- und Einzelkontakte angeboten. In den letzten Jahren sind auch die Kinder psychisch erkrankter Mütter und Väter in den Fokus gerückt. Seit 2017 gibt es sogar Bemühungen seitens des Bundes, deren Situation gerecht zu werden und sie zu verbessern (Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern [ag-kpke.de]).

Die Mitgeschwister bleiben dagegen regelmäßig ‚außen vor‘: Die professionellen Helfer gehen in der Regel weder auf die Geschwister zu, noch haben die Geschwister den Eindruck, überhaupt halbwegs angemessen informiert zu werden (Schrank u. a. 2007; Bauer 2010).

In vielen der in den vorangegangenen Kapiteln zitierten Studien wird der unterschiedliche Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf herausgestellt – aber die Forderungen scheinen in der Regel überhört zu werden. So kommen z. B. Schrank u. a. (2007, S. 224) am Ende ihrer Studie zu dem Schluss, dass es erforderlich sei, „an einer Verbesserung der Kommunikation zwischen professionellen HelferInnen und Geschwistern zu arbeiten. Dazu ist es wichtig, dass sich professionelle HelferInnen der besonders komplexen und schwierigen Situation der Geschwister schizophrener PatientInnen bewusst sind.“ Aus der Sicht von Schmid u. a. (2009, S. 334) werden die meisten Geschwister mit ihrem täglichen Lebenskonflikt (daily life conflict) allein gelassen.

Damit nimmt die erlebte Hilflosigkeit der Mitgeschwister weiter zu. Über die Hilflosigkeit gegenüber dem Erkrankungsgeschehen (Hilflosigkeit 1) und den von vielen Eltern übersehenen Problemen und Bedürfnissen der Geschwister (Hilflosigkeit 2) hinaus, tritt als Drittes nun noch die Hilflosigkeit gegenüber dem professionellen Hilfesystem hinzu: Eine dreifache Hilflosigkeit, auf die endlich angemessene Antworten gefunden werden müssen.

Die weiter oben aufgeführten Ergebnisse zur objektivierbaren Krankheitslast der Mitgeschwister können als ‚Stress-Ballungen‘ im Sinne von Boyce (2019, S. 325) verstanden werden. Er sieht in ‚Stress-Ballungen‘ den wesentlichen Grund für ungünstige Entwicklungsverläufe. Hier besteht die Ballung in der Verdreifachung der Hilflosigkeit, einer ‚Potenzierung‘ der empfundenen Ohnmacht aus den Geschwister-, den Familien- und den außerfamiliären Beziehungen.

Autonome Geschwistergruppen, moderierte Geschwistergruppen und Peer-Psychoedukation (gegen von Professionellen angebotene Psychoedukation sprechen die oben vorgestellten Studien) entsprechen dem Bedarf besonders belasteter Geschwister keineswegs. Diese Geschwister – hier ist von einem Anteil von ca. 10–20 % auszugehen – bedürfen einer gezielten, auf die jeweilige individuelle Problemlage zugeschnittenen professionellen Hilfe.

Solche Angebote für besonders gefährdete Mitgeschwister sind in Deutschland gegenwärtig die absolute Ausnahme. Dies ist angesichts der vielschichtigen Probleme und Belastungen ein nicht länger hinzunehmender Zustand, der zu einem großen Teil auf der ‚Blindheit‘ des professionellen Systems für die Mitgeschwister beruht.

Trotz aller Kritik – auch in Deutschland ist das Helfersystem nicht überall und nicht immer blind gegenüber den Bedarfen von Mitgeschwistern, wobei zwei Untergruppen getrennt zu betrachten sind: die Kinder und Jugendlichen auf der einen, die Erwachsenen aller Altersgruppen auf der anderen Seite.

VIII.3.1 Professionelle Hilfen für Geschwister im Kindes- und Jugendalter

In Berlin lädt z. B. der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut Hendrik Strumpf so oft wie möglich die Geschwister mit ein und fragt: „Das gesunde Geschwisterkind, gibt es das überhaupt?“ (nach Hauschild 2019, S. 141). Es gehört zum Grundverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die gesamte Familie in die Behandlung einzubeziehen, somit auch die

Geschwisterkinder. Ein niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater schrieb dem Autor, die Problemlage der Geschwister sei sehr wohl bekannt, aber die Vergütungsregelungen ließen eine besondere Beachtung der Mitgeschwister nicht zu (N.N. 2018).

In der stationären Versorgung scheint das Problem eher darin zu bestehen, die Eltern zur Beteiligung der Geschwister zu motivieren, sei es, dass die Eltern die Notwendigkeit nicht erkennen, oder sei es aus einem (kontraproduktiven) Schutzbedürfnis heraus. Im Sinne eines Korrektivs dieser Einstellungen hat das GeschwisterNetzwerk eine Empfehlung für Eltern verfasst (GeschwisterNetzwerk 2019b; geschnet.de/empfehlungen). Erwachsene Geschwister berichten darin, was sie ihren Eltern als Kinder gerne gesagt hätten und was ihnen damals geholfen hätte.

VIII.3.2 Professionelle Hilfen für Geschwister im (jungen) Erwachsenenalter

Sind die Mitgeschwister dem Kindesalter entwachsen, ist deren systematische Berücksichtigung im Behandlungs- bzw. Betreuungskontext absolute ‚Mangelware‘.

Zwar gehören für die Psychologin Nadine Bull, Mitherausgeberin eines Leitfadens für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie (Bull u. a. 2015), die Geschwister ebenso wie die Eltern zwingend zu denjenigen, die bei der stationären Behandlung zu beteiligen sind (nach Hauschild 2019, S. 121). Aber sogar in Kliniken mit deutlicher Angehörigenorientierung werden die Mitgeschwister in ihrer Rolle als Angehörige keineswegs immer und systematisch wahrgenommen. Ihnen werden zumeist weder Einzel- noch Gruppengespräche angeboten.

Dies belegt eine Studie aus einer Klinik, die den Angehörigen eine hohe Aufmerksamkeit entgegenbringt. In dieser Klinik waren die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontrafaktisch davon überzeugt, jeweils der gesamten Familie Hilfsangebote gemacht zu haben, also auch den Mitgeschwistern. Dies stellte sich jedoch als Fehlannahme heraus, Gesprächsangebote richteten sich nahezu ausschließlich an Eltern (Schränk u. a. 2007, S. 219f.). Die Autorinnen schließen daraus: Selbst da,

wo Angehörige in der stationären Arbeit gezielt berücksichtigt werden, wird übersehen, dass Geschwister stärker am Leben der Patientinnen und Patienten teilhaben, „als dies in der Routine der Angehörigenarbeit reflektiert wird“ (ebenda, S. 223). Weiterhin mutmaßen die Autorinnen, „der spärliche Kontakt und die Kommunikationsprobleme zwischen ÄrztInnen und Geschwistern [...] könnten sowohl mitverantwortlich für das Entstehen einer [...] Belastung sein, als auch einem Abbau von Belastungen der Geschwister im Wege stehen.“ (Ebenda)

Die überproportional häufige Teilnahme von Geschwistern an der Studie unterstreicht dies noch; ihre Beteiligung war „unvorhergesehen rege“ (ebenda, S. 217). Damit korrespondiert der Bericht von Boeger und Seiffge-Krenke (1996, S. 358), nach dem Geschwister die Mitwirkung an deren Studie sogar ‚eingeklagt‘ hatten (siehe das Kapitel ‚Die kurze Geschichte in Deutschland‘).

Joanne Riebschleger (1991, S. 94), Sozialarbeiterin und selbst Schwester, stellt bei der Befragung von Geschwistern fest, dass deren Kummer durch „gemischte Botschaften aus dem psychiatrischen System“ verschlimmert werde. Neben der „Inklusion von Geschwistern“ fordern diese Geschwister vor allem „klare Kommunikation, [...] und vor allem effektive Versorgungsangebote“ (ebenda **).

Mit ungewohnten Bildern drückt Gagi K. denselben Sachverhalt aus:

„Wie es scheint, kennt das System sich selbst nicht ganz. Oftmals bekommen die Angehörigen von Ärzten, Behörden, Institutionen uneindeutige, oft entgegengesetzte Informationen und Tipps, was in dieser schweren Situation zu tun sei. Es ist wie das gemeinsame Backen eines Weihnachtsstollens, bei dem jeder eine Zutat dazu tun sollte, es aber keine Absprachen gibt, wer sich um was kümmert oder wann es Sinn macht, welche Zutaten dazu zu geben. Dieser Stollen schmeckt niemandem. Es ist fast unmöglich für die Angehörigen, Antworten auf die vielen Fragen zu bekommen oder gar einen Plan zu entwickeln. [...] Das System ist wie eine riesige Kletterwand, vor die man gestellt wird, und an der man nun, ohne Sicherung, hochklettern soll. Was bleibt einem übrig, als es immer wieder zu versuchen?“ (Gagi K. 2018)

Friederike Samstag musste die vermeintliche Überlegenheit der Professionellen erleben bei gleichzeitiger Nicht-Wahrnehmung dessen, was sie zu sagen gehabt hätte. Viel schlimmer für sie war jedoch, Situationen mit-

ansehen zu müssen, die sie als Menschenrechtsverletzungen empfand, und sie erkennt bei sich als Folge dieser Erlebnisse ein ‚Zeugen-Trauma‘ (Samstag F. 2017). Dies führte bei ihr zu der Fantasie:

„Ich stürme auf die Station wie in einem Actionfilm – ein Gewehr in der Hand. Dann würden die professionellen Helfer mir zuhören.“ (Samstag und Samstag 2018, S. 82)

Geschwister berichten in Interviews immer wieder, wie sie Zeugen von höchst unangenehmen Szenen werden müssen, die sie – aufgrund ihrer besonderen Beziehung zum Bruder bzw. zur Schwester – schwer treffen, bis hin zu Traumatisierungen.

In einem Interview stellt eine Befragte die bei ihr diagnostizierte Posttraumatische Belastungsstörung in einen Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung, insbesondere den erlebten Aggressionen seitens ihres Bruders, und konstatiert,

„sie habe erst eine diagnostizierbare Störung ausbilden müssen, um von professionellen Helfern als hilfebedürftig wahrgenommen zu werden.“ (Interview)

In den zurzeit viel diskutierten Netzwerkgesprächen (siehe z. B. Aderhold u. a. 2018; Aderhold 2019a), die sich an der individuellen Situation der Erkrankten in deren unmittelbaren sozialen Netzen orientieren, gehören die Geschwister vom Grundverständnis her ganz selbstverständlich als bedeutsame Beziehungspartner zum Netzwerk. Auf eine entsprechende Frage antwortete Volkmar Aderhold: „Aber wie! Sie sind ausgesprochen wichtig, oft Brückenbauer. In Krisen oft am besten noch beziehungs- und handlungsfähig. [...] Die beschriebenen Szenen machen das unauslöschliche Drama und die Tragik deutlich, und wie sich solche Erfahrungen dann vor dem Hintergrund der Familiendynamiken einbrennen, wird fühlbar.“ (Aderhold 2019b)

VIII.3.3 Manchmal hilft wenig viel

Wie einfach und unaufwendig es für einen Behandler sein kann, einem Mitgeschwister in einer schwierigen Situation beizustehen, durfte der Autor dieses Textes erleben:

„Noch heute bin ich dankbar für diese Erfahrung, die mehr als 45 Jahre zurück liegt. Mir ist – als wäre es gestern gewesen – nach wie vor präsent, wie ich meinen Bruder Ingo mal wieder mit Polizei und Krankenwagen in die Klinik begleitete, wo der starke, ca. zwei Meter große Bruder von drei Pflegern niedergerungen wurde und eine Spritze verpasst bekam. Ingo schaute mir dabei mit den Worten in die Augen: ‚Auch du, mein Bruder Brutus!‘ Bereits das hat einen tiefen Eindruck bei mir hinterlassen.

Langfristig war ein sich daran anschließendes Erlebnis deutlich wirksamer. Der behandelnde Assistenzarzt war ein gemeinsamer Freund; er setzte sich mit mir auf eine Bank im Garten der Klinik und unterhielt sich mit mir in einem ruhigen, sachlichen Ton – das dämpfte meine Aufregtheit nach den aufreibenden Stunden in der Wohnung unserer Eltern, die der Fahrt zur Klinik vorausgegangen waren; ich blieb mit meinen Gedanken nicht allein.

Beiläufig erfuhr ich von ihm etwas, das wir später einmal Gemeindepsychiatrie nennen sollten: ‚Keine Einzelperson und keine Institution wie z. B. unsere Klinik kann die Probleme dieser Krankheiten allein schultern, schon gar nicht lösen; das geht nur, wenn wir gemeinsam jeder einen Teil übernehmen, die Eltern, der Bruder, der behandelnde Arzt und ab und an, wenn es sein muss, wir als Klinik‘.“

Der Assistenzarzt Dr. Fritz wurde übrigens ein von Patienten und Angehörigen hoch geschätzter Psychiater im Sozialpsychiatrischen Dienst.

Bereits diese fünf Minuten, die sich einer der Behandler für ein Gespräch mit einem Bruder nahm, waren eine unschätzbare Hilfe. Wie fühlt es sich ohne eine solche an? Von einer derartigen Situation berichtet Jana Hauschild. Nachdem der tobende Bruder mit Handschellen und Pfefferspray im Gesicht abgeführt wurde,

„sitzen Thorben und seine Mutter [...] [sprachlos] auf der Couch im Wohnzimmer. Angst macht Verwirrung Raum. Unter Schock mischt sich ein Funke Erleichterung, dass Georg nun in professioneller Obhut ist. Umzingelt von Fragen, wie es weitergeht.“ (Hauschild 2019, S. 56)

Positive Beispiele sind wohl eher die erfreulichen Ausnahmen. Ob sich diese Noch-Einzelfälle bei fleißiger Lobby-Arbeit ‚für die Geschwistersache‘ in Richtung Normalität in der Versorgung entwickeln werden, ist mehr als offen. SiblingsAustralia musste in einer Untersuchung trotz massiver professioneller Unterstützung und öffentlicher Förderung eine nur sehr mäßige regionale Verfügbarkeit von Hilfen für Geschwister konstatieren (SiblingsAustralia 2006). Und nach der Auflösung des Siblings-Networks unter dem Dach von Rethink Mental Illness darf man wohl davon ausgehen, dass in Großbritannien die Stimmen für die Unterstützung von Geschwistern nahezu verstummt sind.

VIII.4 Abgestufte Unterstützungen sind die Mittel der Wahl

Die Beschreibung der unterschiedlichen Rollen der Mitgeschwister in den Familien, ihrer ungleichen Lebenssituationen, ihrer Fähigkeit, adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln und zu leben sowie weiterer subjektiver und objektiver Einflussfaktoren auf den Hilfebedarf der Mitgeschwister sind ein klarer Hinweis auf das Erfordernis abgestufter und angepasster Unterstützungsmaßnahmen.

Diese dürfen sich nicht auf die Mitgeschwister beschränken, sondern müssen auch die Eltern berücksichtigen, denn: Die Familie hat für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Mitgeschwister eine hohe Bedeutung, was aus den referierten qualitativen Daten gut nachvollziehbar ist. Die familiäre Dynamik spielt für das Belastungserleben der Mitgeschwister eine große Rolle, ebenso wie ein konstruktives Familienklima nicht nur für die Aufrechterhaltung der protektiv wirkenden positiven Geschwisterbeziehung bedeutsam ist, sondern auch für die Bewältigung der jugendspezifischen Aufgaben, die mit der Entwicklung einer eigenständigen, mit sich selbst identischen Persönlichkeit einhergehen.

In ihrer Befragung von 75 Geschwistern und deren Eltern kamen Barnett und Hunter (2012) in Australien zu dem Ergebnis, dass die familiäre Funktionsfähigkeit den größten Einfluss auf die Bewältigung von Anpassungsproblemen hat im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren, wie z. B. der Schwere der Erkrankung der Schwester bzw. des Bruders (ebenda, S. 262).

Daraus kann nur ein versorgungspraktischer Schluss gezogen werden: Die Mitgeschwister sind neben den Eltern bzw. anderen relevanten Bezugspersonen bei allen Behandlungen und Betreuungen der Erkrankten systematisch zu berücksichtigen.

Aufgrund des Eingebundenseins in die familiäre Dynamik muss die Unterstützung der Mitgeschwister und der Eltern aufeinander bezogen sein und selbst da integriert gedacht werden, wo sie auf die jeweilige familiäre Rolle fokussiert (wie z. B. die Unterstützung einzelner Personen bei der Rollenfindung).

Mit dem Ruf nach Hilfen soll auf keinen Fall einer Pathologisierung der Geschwisterrolle das Wort geredet werden, sondern der aktiven Wahrnehmung der jeweils sehr individuellen Bedingungen des Mitgeschwisters sowie der spezifischen Rolle in dieser spezifischen Familie, was nur in einem geringen Teil der Fälle ein spezielles professionelles Hilfeangebot (etwa eine psychotherapeutische Behandlung) nach sich ziehen wird.

Um einer – bis heute – weitverbreiteten, nahezu reflexhaften Reaktion auf Forderungen nach Berücksichtigung von Familienangehörigen bei der Behandlung psychisch Erkrankter entgegenzuwirken: Es wird weder verlangt noch erwartet, dass sich die Mitwirkenden im Hilfesystem über bestehende Vorschriften der Schweigepflicht und/oder des Datenschutzes hinwegsetzen! Dies gilt für alle Sektoren des Hilfesystems.

Die Forderung nach Unterstützung für die Mitgeschwister gründet in deren *eigenem* Bedarf und umfasst zuvörderst das Erkennen dieses Bedarfs – sei dieser präventiver oder kurativer Art.

VIII.4.1 Wahrnehmung der Mitgeschwister als Angehörige in ihrer spezifischen Rolle innerhalb des Familiengefüges

Am Anfang jeder Unterstützung muss die Wahrnehmung der Mitgeschwister und ihrer jeweiligen Situation stehen, sowie ihre alters- und situationsangemessene Einbeziehung in *alle* Planungen und Entscheidungen im Zusammenhang mit der Erkrankung der Schwester bzw. des Bruders und den Krankheitsfolgen

- so früh wie möglich,
- unabhängig davon, welches Alter die Mitgeschwister haben,
- im familiären Umfeld genauso wie in jedem therapeutischen Setting und in der (Angehörigen-)Selbsthilfe.

In den folgenden Abschnitten werden Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt, die gruppenspezifisch seitens des Hilfesystems und seitens der Selbsthilfe initiiert bzw. erbracht werden können.

VIII.4.2 Unterstützung der Eltern

Ausführungen dazu in den Kapiteln:

- Die geschwisterliche Bindungsreserve ...
- Positive Geschwisterbeziehungen – eine protektive Ressource
- Die Wirkungen des elterlichen Schweigens
- Ein Schweigegebot oder: die bedeutsame Funktion des partiellen familiären Schweigens
- Geschwister sorgen sich um ihre Eltern – oder die Angst, die Eltern könnten Schaden nehmen

Gerade wenn die Geschwister noch sehr jung sind und insbesondere in der ersten Phase der Erkrankung eines Kindes, wenn Belastungen und Ängste ungemein groß sind, stellt die Unterstützung der Eltern im Umgang mit den Mitgeschwistern – neben wirksamen Hilfen für das erkrankte Kind – eine effiziente und effektive Maßnahme dar, um spätere Probleme abzumildern oder ganz zu vermeiden.

Wie an unterschiedlichen Stellen referiert, kommt ein ‚konstruktives‘ Familienklima allen Beteiligten zugute – dem erkrankten Kind, den Mitgeschwistern und den Eltern selbst.

Was kann das GeschwisterNetzwerk tun?

- Informationsblätter: Verfassen von Empfehlungen wie z. B. „Eltern-Geschwister-Beziehung: Hintergrund und Tipps“ (siehe GeschwisterNetzwerk 2019b)
- Elternratgeber: Zusammenfassen zentraler Aspekte, u. a. Aktivieren präventiver Ressourcen, Fördern positiver Geschwisterbeziehungen, Vermeiden der ‚Schweigefälle‘, Erwartungen der Eltern an die Mitgeschwister im Hinblick auf die Beteiligung an der oder die Übernahme der Sorgeverantwortung (geplant)
- Elternseminare: Durchführen von Seminaren für Eltern, die sich grundlegend mit den Problemen und Kompetenzen ihrer Geschwisterkinder auseinandersetzen wollen; Schwerpunktthemen wie die

bedrängende Frage: ‚Was ist, wenn wir nicht mehr können?‘. Bisher wurden drei Seminare durchgeführt (siehe Peukert und Simon 2017b; Peukert und Julius 2019c; Julius u. a. 2019), weitere sind geplant

- Themenabende in (Eltern-)Selbsthilfegruppen: Unterstützen von Themenabenden zum Geschwisterthema mit Materialien und Impulsreferaten

Was kann das Hilfesystem tun?

- Motivieren der Eltern, die Geschwister(-kinder) sowohl in ambulanten als auch stationären Behandlungssettings so früh wie möglich einzubeziehen
- Versorgen der Eltern mit Informationsmaterialien zum Geschwister-Thema
- Unterstützen der Eltern in konfliktträchtigen Situationen

VIII.4.3 Unterstützung für Kinder

Ausführungen dazu in den Kapiteln:

- Alles ändert sich mit dem Einzug der Erkrankung in die Familie
- Die familiäre Rolle der Mitgeschwister wird von der Erkrankung am stärksten betroffen
- Positive Geschwisterbeziehungen – eine protektive Ressource
- Die Erkrankung zeigt Wirkung: Ängste und Intrusionen, Schuld- und Schamgefühle
- Das ‚objektivierbare‘ genetische Risiko
- Die Wirkungen des elterlichen Schweigens
- Die Bedeutung des elterlichen Verhaltens für die Geschwisterbeziehung
- Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich
- Was Geschwister selbst als hilfreich ansehen
- Gruppenangebote für jüngere Geschwister

Nach allen referierten Studien leiden Geschwister im Kindes- und Jugendalter deutlich stärker unter der Erkrankung ihrer Schwester oder ihres Bruders als ältere Geschwister; je jünger die Geschwister sind, umso stärker ist die Belastung, die ihre weitere Entwicklung (mit-)prägt. Einige der im Abschnitt ‚Das ‚objektivierbare‘ genetische Risiko‘ vorgestellten Studien haben für Geschwister eine höhere Prävalenz für psychische Störungen ermittelt als für Kinder psychisch erkrankter Eltern!

Was kann das GeschwisterNetzwerk tun?

Als Selbsthilfevereinigung von erwachsenen Geschwistern verfügt das GeschwisterNetzwerk nicht über die Fachkräfte, die zur Gestaltung und Durchführung von Angeboten für Geschwister im Kindes- und Jugendalter vonnöten sind. Das GeschwisterNetzwerk kann daher nur indirekt tätig werden durch

- Information und Angebote für die Eltern und
- Information und Angebote für das Hilfesystem

Ausführungen zu beiden Punkten finden sich im vorherigen bzw. in den nachfolgenden Abschnitten.

Was kann das Hilfesystem tun?

- Einbeziehen der jungen Geschwister im Klinik-, Praxis- oder Einrichtungsalltag; Schaffen der notwendigen Rahmenbedingungen, wo nicht vorhanden
- Motivieren der Eltern, Kinder und Jugendliche nicht aus einem falsch verstandenen Schutzbedürfnis heraus auszuschließen
- In Kooperation mit den Eltern Identifizieren von Geschwistern, die einen erhöhten Hilfebedarf haben oder entwickeln könnten (siehe z. B. ‚LARES‘-Früherkennungstool, Stiftung Familienbande 2020); Vermitteln, ggf. Einrichten niederschwelliger Gruppenangebote für Kinder
- Initiieren von psychotherapeutischer, notfalls psychiatrischer Behandlung für Kinder, die (vor-)klinische Symptome zeigen, verursacht durch Intrusionen, Traumatisierungen, Gewalterfahrungen

VIII.4.4 Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion der Mitgeschwister

Ausführungen dazu in den Kapiteln:

- Geschwister ändern sich – ambivalente Geschwisterbeziehungen
- Die Erkrankung zeigt Wirkung: Ängste und Intrusionen, Schuld- und Schamgefühle
- Die Rollen und Funktionen der Geschwister in der Familie verändern sich
- Coping: Sieben übergeordnete Strategien der Bewältigung
- Was Geschwister selbst als hilfreich ansehen

Wie im Kapitel ‚Was Geschwister selbst als hilfreich ansehen‘ ausgeführt und mit internationalen Studien belegt wurde, kann von Folgendem ausgegangen werden: Für viele, vermutlich die meisten Mitgeschwister in Deutschland ist Unterstützung bei ihrer Rollenfindung und der Stärkung ihrer personalen Ressourcen belastungsreduzierend und kann somit präventiv wirksam werden. Deutliche Hinweise sprechen für eine erhöhte Wirksamkeit vor allem in einem Setting mit Peers.

Was kann das GeschwisterNetzwerk tun?

Als reine Selbsthilfeorganisation ist das GeschwisterNetzwerk prädestiniert, Peer-Angebote zu entwickeln und vorzuhalten. Dazu gehören:

- Geschwister-Foren: Administrieren eines offenen Forums mit niederschwelligem und anonymem Zugang (geschnet.de/forum), seit 2017; bei Bedarf Einrichten geschlossener Foren für den nicht-öffentlichen Austausch in Peergruppen, seit 2019
- Geschwister-Gruppen: Begleiten der derzeit in verschiedenen Regionen existierenden Selbsthilfegruppen ausschließlich für Geschwister; Kontaktdaten auf der Website des GeschwisterNetzwerks (geschnet.de/gruppen); Anregen zum und Unterstützen beim Aufbau weiterer Selbsthilfegruppen

- Geschwistertreffen: Bereitstellen geschützter Räume zum Kennenlernen anderer Geschwister und deren Erfahrungen; bisher wurden drei Geschwistertreffen durchgeführt (siehe Munkert und Peukert 2009a; Peukert 2019a; Julius und Peukert 2020a), weitere Seminare (mindestens einmal jährlich) sind geplant
- Durchführen einer Befragung von Geschwistern zur Priorisierung von Unterstützungsbedarfen
- Geschwisterseminare: Vermitteln von Informationen unter Einbeziehung eigener Erfahrungen, Themensetzung durch die teilnehmenden Geschwister; Akquirieren von Geschwistern für Multiplikatoren- und Moderatoren-Funktionen
- Geschwisterratgeber: Zusammenstellen relevanter Inhalte wie Geschwisterrollen, familiäre Dynamiken, Ambivalenzen und Dilemmata, Coping-Strategien; geplant für 2023
- Peer-to-Peer-Beratung: Etablieren einer zu festen Terminen erreichbaren Peer-to-Peer-Beratung, telefonisch und in geschützten digitalen Räumen, vorzugsweise als Einzelberatung; Schulen und Betreuen (Supervision) der Peer-Beratenden; langfristig geplant
- Noch ungeklärt ist die Frage, ob ältere Geschwister für junge Familienmitglieder aus anderen betroffenen Familien eine Mentorenfunktion übernehmen sollten oder könnten

Was kann das Hilfesystem tun?

- Es ist unrealistisch, vom Hilfesystem zu erwarten oder zu verlangen, Peer-Angebote in einer vergleichbaren Ausprägung zu entwickeln und vorzuhalten, aber:
- Das Hilfesystem kann und sollte Geschwister auf die verfügbaren Peer-Angebote hinweisen und Geschwister bei der Initiierung von Peer-Begegnungsmöglichkeiten ermutigen und unterstützen, etwa bei der Gründung von Geschwistergruppen

VIII.4.5 Hilfeangebote für Mitgeschwister mit hohem oder sehr hohem Belastungserleben

Ausführungen dazu in den Kapiteln:

- Die geschwisterliche Bindungsreserve ...
- Die Erkrankung zeigt Wirkung: Ängste und Intrusionen, Schuld- und Schamgefühle
- Wenn Geschwister (physische) Gewalt erleben
- Was Geschwister selbst als hilfreich ansehen
- Professionelle Hilfen für Geschwister im Kindes- und Jugendalter
- Professionelle Hilfen für Geschwister im (jungen) Erwachsenenalter
- Psychoedukation

Ein kleiner Teil der Geschwister – geschätzt wird ein Anteil von 10–20 % – ist durch ein besonders großes Belastungserleben gekennzeichnet, sei es durch sehr ungünstige Lebensbedingungen, familiäre Konstellationen, Gewalterfahrungen oder andere Faktoren.

Was kann das GeschwisterNetzwerk tun?

- Im (persönlichen) Peer-Kontakt: Erkennen des Bedarfs an weitergehenden Hilfen. Ziel jedweden Peer-Settings muss sein, erfahrungsba-
siert solche Geschwister zu identifizieren, für die diese niederschwel-
ligen Angebote nicht geeignet oder nicht ausreichend sind, und ihnen
die Inanspruchnahme professioneller Hilfen zu empfehlen

Was kann das Hilfesystem tun?

- Inkludieren von Geschwistern in die Angebote für Angehörige (in sta-
tionären, teilstationären und ambulanten Settings)
- Identifizieren von Geschwistern, die einen erhöhten Hilfebedarf ha-
ben (könnten): Hinweisen auf verfügbare Angebote; Motivieren
dieser Geschwister, solche Angebote zu nutzen

- Steigern der Sensibilität gegenüber dem ggf. deutlich erhöhten Risiko, insbesondere jüngerer Geschwister, ebenfalls psychisch zu erkranken
- Entwickeln angepasster Psychoedukations-Settings und -Inhalte für Geschwister unter Einbeziehung der in Studien gefunden Defizite bei evaluierten Geschwister-Angeboten (siehe Kapitel ‚Psychoedukation‘)
- Vorhalten psychotherapeutische Behandlung für Geschwister, für deren Bedarf sich die anderen Angebote als unzureichend erweisen
- Initiieren einer psychiatrischen Behandlung, wenn dies im Einzelfall angezeigt erscheint; in der Behandlung solcher Geschwister sollte das Wissen über deren besondere Situation unbedingt berücksichtigt werden und als Standard gelten

VIII.4.6 Weitere Maßnahmen und Angebote

Ausführungen dazu in den Kapiteln:

- Die Wellen der Geschwisterforschung
- Die kurze Geschichte [der Geschwister-Bewegung] in Deutschland
- Die Geschwisterorganisationen im Ausland
- Exkurs: Schuldvorwürfe und empfundene Schuld
- Unterstützung für Geschwister in Deutschland
- Positive Geschwisterbeziehungen – eine protektive Ressource

Neben den genannten konkreten Unterstützungsmaßnahmen sind flankierende Maßnahmen angezeigt, um die Situation der Geschwister psychisch Erkrankter und die Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedarfe über die Wahrnehmungsschwelle zu heben.

Was kann das GeschwisterNetzwerk tun?

- Sensibilisieren von Angehörigenverbänden für die Geschwisterfrage: Sichtbarmachen der unterschiedlichen Angehörigenrollen, Benennen der mitunter unrealistischen Erwartungen an die ‚Geschwisterkinder‘, Auflösen der Assoziation ‚Äußerungen von Mitgeschwistern bedeuten generell Schuldzuweisungen‘

- Entwickeln und breite Streuung einer Handreichung für Profis (geplant 2022/2023); diese soll dazu beitragen, die Notwendigkeit zu verdeutlichen, auf die Geschwister von Patientinnen und Patienten zu schauen und auf die abgestuften Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen
- Steigern der Präsenz bei Kongressen und Tagungen: Vorträge, Symposien, Informationsstände, Tagungsbände; denkbar ist auch ein ‚Geschwisterkongress‘ gemeinsam mit anderen Angehörigenverbänden aus dem deutschsprachigen Raum
- Verfassen von Stellungnahmen im Rahmen von Projekten und Gesetzesvorhaben wie z. B. zum Projekt ‚Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen‘ (BMG/APK) oder für die Sachverständigen-Arbeitsgruppe zur ‚Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist‘ (geschnet.de/stellungnahmen)
- Publizieren von Beiträgen zum Geschwisterthema in Fachzeitschriften in regelmäßigem Turnus: Neben den bereits im Text zitierten (älteren) Artikeln sind seit 2018 sechs Beiträge erschienen in: Psychiatrische Praxis, Psychiatrische Pflege, Sozialpsychiatrische Informationen und Kontakt (Verbandszeitschrift des HPE Österreich); alle Beiträge sind auf der Website des GeschwisterNetzwerks verfügbar (geschnet.de/artikel)

Was kann das Hilfesystem tun?

- Aufnehmen von Handreichungen des GeschwisterNetzwerks in einrichtungsbezogene Richtlinien, auch Qualitätsrichtlinien
- Einbringen des Geschwisteraspekts in Behandlungsstandards, Leitlinien und Empfehlungen, Beispiel siehe „Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher – Handlungsempfehlungen“ (BMG/APK 2021; apk-ev.de/kiju)
- Publizieren von ‚best practice‘-Modellen
- Schließen von Forschungslücken: Auf der Basis des zusammengestellten Wissens über die Situation von Geschwistern sind gezieltere Studien möglich als die bisher üblichen vornehmlich qualitativen Studien

mit kleiner Probandenzahl, ohne Kontrollgruppe, mit ausgeprägtem Rekrutierungs-Bias und sich wiederholenden, ähnlichen Fragestellungen; das GeschwisterNetzwerk steht als Kooperationspartner für entsprechende Forschungsprojekte zur Verfügung

- Nicht zuletzt im Interesse der Erkrankten sollte das Hilfesystem gezielt das Wissen um positive Geschwisterbeziehungen als protektive Resource in den Blick nehmen bzw. im Blick behalten

IX

Zusammenfassung

Neben den vielfältigen qualitativ, aber auch quantitativ erhobenen Belastungsaspekten einerseits sowie den positiven Auswirkungen der Herausforderungen auf die Mitgeschwister andererseits werden in den Beschreibungen der Lebenssituationen der Geschwister immer wieder Dynamiken erkennbar, die die Lebenssituationen selbst und deren Bewältigung auszeichnen. Die Beziehungen der Geschwister zueinander führen durch die Erkrankung mit ihren Belastungsmerkmalen zu geschwisterbezogenen Ambivalenzen und Dilemmata – und diese sind eingebettet in die jeweils vorliegende familiäre Dynamik, die die geschwisterbezogenen Haltungen überformt. Darüber hinaus steuert die innerfamiliäre Dynamik eigene Ambiguitäten und Konflikte bei. Diese entwickeln sich aus den bereits der Erkrankung vorausgehenden familiären Beziehungskonstellationen, in die die Erkrankung einbricht und Veränderungen erzwingt.

Bleibt dennoch eine familiäre Struktur und ein familiärer Umgang erhalten, der es den Mitgliedern nicht verwehrt, ihren Interessen und Bedürfnissen zu folgen, so spielt diese familiäre Funktionalität eine herausragende Rolle für die Anpassungsfähigkeit der Mitgeschwister. Neben anderen hat die Studie von Barnett u. a. (2012) diese Beobachtung bestätigt, die bereits 1987 von Daniels u. a. beschrieben wurde.

Es wurde gezeigt, dass sich Geschwister mit widersprüchlichen Erwartungen konfrontiert sehen können und sie häufig zum gleichen Zeitpunkt widersprüchliche Haltungen bei sich beobachten. Ist schließlich eine Balance gefunden, so wird sie früher oder später durch äußere oder innere Veränderungen gefährdet; die vielfältigen Einflussgrößen müssen erneut austariert werden, was wiederum nur vorübergehend Stabilität verspricht. Letztlich gibt es für viele Geschwister keine längere Zeitspanne, in der ein einmal gefundenes Gleichgewicht nicht durch neue äußere oder innere Entwicklungen labilisiert werden könnte.

Die zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Altersstufen sehr verschiedenen Ambivalenzen und Dilemmata können als innerpsychische Repräsentation der schwierigen Lebenssituation verstanden werden, mit denen die Mitgeschwister in der jeweiligen Lebensspanne mit den objektiven Belastungen, den anstehenden Entwicklungserfordernissen und den Beziehungskonstellationen fertigzuwerden versuchen. Sie werden durch die bewusste oder unbewusste ‚Entscheidung‘ für eine

oder mehrere der aufgezählten Bewältigungs- bzw. Copingstrategien lebbar gemacht, aber nicht aus der Welt geschafft. Das praktizierte Coping kann in der jeweiligen Situation eine präventive Wirkung entfalten, wobei einige der Strategien längerfristig negative bis außerordentlich negative Effekte nach sich ziehen können; dies trifft insbesondere auf das partielle funktionale Schweigen zu.

Neben den allgegenwärtigen Ängsten der Mitgeschwister wegen der angenommenen genetischen Komponente psychischer Erkrankungen, die einer Bewältigungsmethode kaum zugänglich sind und durch verkürzt dargestellte (neue) Forschungsergebnisse immer wieder befeuert werden, kommt eine herausragende Rolle den vielfältigen Schuldgefühlen zu, die mit den Copingstrategien nicht gebannt werden können, sondern mit ihnen unmittelbar verschwistert sind. Das gilt für nahezu alle Strategien, da die meisten eine Distanzierung vom erkrankten Geschwister implizieren – was nahezu unausweichlich das Gefühl nach sich zieht, nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stehen. Selbst dann, wenn die grundlegenden Disharmonien und Unsicherheiten durch die Beteiligung an der familiären Sorge für das erkrankte Geschwister bewältigt werden sollen, haben Studien gerade bei diesen Mitgeschwistern das Gefühl nachgewiesen, nicht genug zu tun.

Die Entscheidung für eine Beteiligung an der familiären Unterstützung kann zudem dazu führen, dass den Geschwistern nicht ausreichend Zeit und Kraft für die Bewältigung der eigenen altersspezifischen Aufgaben zur Verfügung steht. Dies kann langfristig zu Funktionsbeeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung führen; auch dies wurde in den referierten Studien belegt.

Bewältigungsstrategien können die Schuldgefühle bestenfalls reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, greifen Geschwister mitunter auf Mechanismen zurück, die nicht unproblematisch sind. Dazu gehört die von Titelman (1991) eingeführte ‚manische Externalisierung‘, bei der das eigene Schulterleben durch die Anklage Dritter gebunden wird. Ein anderer Weg ist die völlige und absolute Loslösung von der erkrankten Schwester oder dem erkrankten Bruder, dem völligen Desinteresse an ihrer bzw. seiner Situation, oft gepaart mit der Konsequenz, sich gleichzeitig von der gesamten Herkunftsfamilie abzugrenzen. Solche Geschwister sind für die

Forschung schwer oder gar nicht erreichbar, sie besuchen auch keine Geschwistertreffen oder -gruppen. Aus der allgemeinen Geschwisterforschung kann jedoch erwartet werden, dass der endgültige und unwiderrufliche Kontaktabbruch nicht ohne Kosten für diese Geschwister bleibt.

Dennoch gelingt es vielen Mitgeschwistern immer wieder, im Laufe ihres Lebens die auf verschiedenen Ebenen angesiedelten Anpassungsprozesse synchron zu bewerkstelligen, allerdings mit der ständig lauenden Gefahr einer Labilisierung, z. B. wenn die Eltern endgültig die Sorge einstellen müssen. Und trotz aller Belastungen und leidvollen Erfahrungen erkennen sie bei sich ein persönliches Wachstum aufgrund der besonderen Herausforderungen als Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Geschwisters. Es sei noch einmal daran erinnert, dass die Geschwister selbst es waren, die bereits in frühen Studien – und zwar ungefragt! – diese Sichtweise benannten.

Auf den ersten Blick erscheint es verblüffend, dass bereits beim ersten spontanen Treffen von 20 Geschwistern und einigen Müttern und Partnerinnen von psychisch Erkrankten in Deutschland am 21. Juni 2003 in Potsdam alle hier zusammengefassten Gesichtspunkte ebenso zur Sprache kamen wie viele der in den einzelnen Kapiteln behandelten Aspekte. Auf den zweiten Blick jedoch erscheint dieser erste Austausch zwischen den Geschwistern in Deutschland wie ein Mikrokosmos, in dem sich – keineswegs zufällig – zeigte, was später in den wenigen deutschsprachigen Studien und bereits wesentlich früher in den zahlreichen Studien aus dem angelsächsischen Raum als die zentralen und prägenden Erfahrungen von Geschwistern identifiziert wurde.

In einem Artikel hat der Autor dieses Textes über die Veranstaltung aus seiner „subjektiven Sicht über die Dinge“ berichtet, die sich ihm „als überraschende Einsichten eingeprägt haben“ (Peukert 2003, S. 35). Dazu gehören die konstruktive Flucht und das innerfamiliäre Schweigen; das Übersehen-Werden in der Familie und die Übernahme einer Moderatorenrolle; Scham und die Befürchtung bzw. Erfahrung von Stigmatisierung; die Ängste, selbst psychisch zu erkranken und die Angst, die Erkrankung weiterzugeben; die Häufung von sozialen Berufen bei den Geschwistern und das Gefühl, von der Erkrankung des Geschwisters zu profitieren; die

Widersprüche, wenn es um die Übernahme von Sorgeverantwortung geht bzw. darum, den Eltern in deren Rolle nachzufolgen; die Befürchtungen, das Geschwister könne sich das Leben nehmen; die Nicht-Wahrnehmung von Geschwistern durch das Hilfesystem; die essentielle Rolle der familiären Dynamiken für die Entwicklungschancen der Geschwister und die besondere Ausprägung der Geschwisterbeziehung.

„Im geschwisterlichen Umgang, der von einer spezifischen Nähe bei gleichzeitiger unbedingter wechselseitiger Anerkennung der eigenständigen Persönlichkeit des anderen gekennzeichnet ist, scheinen für uns ‚Gesunde‘ Erfahrungen möglich, die uns in sehr unterschiedlichen Bereichen – Identität, Weltwahrnehmung und -interpretation etc. – beeinflussen. [...] Die Frage von Bereicherung und Einschränkung ist jedenfalls eine, die es [...] lohnt, in einem Folgetreffen diskutiert zu werden.“ (Peukert 2003, S. 36)

Die Schlussworte sollen zwei Geschwistern gehören, die an diesem bemerkenswerten Treffen teilnahmen, einer Schwester und einem Bruder:

„Ich sehe heute Dinge, die ich ohne meinen Bruder niemals wahrgenommen hätte.“ (Ebenda, S. 36)

„Wir können so weit wegrennen wie wir wollen, wir können uns so viel abwenden wie wir wollen, unser kranker Bruder oder Schwester wird letztlich immer bei uns sein und uns immer auf dem Rücken sitzen. Und das ist gut so!“ (Ebenda, S. 37)

X

Anhänge

X.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Studien zur Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen sowie Risikofaktoren hoher Suizidgefährdung bei schizophrenen Patienten	146
Abbildung 2:	Risiko schizophrener Erkrankungen von Familienangehörigen	159
Abbildung 3:	Studienvergleich: Erkrankungsrisiken bei Geschwistern	165
Abbildung 4:	Die ‚Korrelations-Ringe‘ von Kindheitstrauma (A) und Cannabiskonsum (B) in der ‚Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2‘ (NEMESIS-2)	169
Abbildung 5:	Positionen der veröffentlichten Kandidaten-Gene für Schizophrenie am Beispiel von Chromosom 1, Muster auf der Basis von 1727 Studien und 287 Metastudien bis einschließlich 2011	172
Abbildung 6:	Landkarte des Geistes.....	180
Abbildung 7:	Kondensation der DNA	183
Abbildung 8:	Methylierung der DNA.....	183
Abbildung 9:	Empfänglichkeit für ADHS.....	187
Abbildung 10:	Studienübersicht zur Kategorisierung von Copingstrategien	328
Abbildung 11:	Der Resilienz-Prozess	340

X.2 Literaturverzeichnis

Die Überprüfung der Online-Quellen und -verweise fand wie folgt statt:

- Abrufe von Webseiten: 22./23.07.2022, soweit nicht anders angegeben
- Peer-Berichte: 24.07.2022
- Weiterführende Informationen: 24.07.2022
- Alle übrigen Linkadressen: 22./23.07.2022

X.2.1 (Fach-)Zeitschriften, Bücher, Webseiten, Dokumente, Filme, persönliche Mitteilungen

A

Aas, M.; Pedersen, G.; Henry, C.; Bjella, T.; u. a. (2015): Psychometric properties of the Affective Liability Scale (54 and 18-item version) in patients with bipolar disorder, first-degree relatives, and healthy controls.

In: Journal of Affective Disorders 172(1), 375-380

[abstract](#) [google-scholar](#)

Achilles, I. (2002): „...und um mich kümmert sich keiner!“ Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder.

München: Ernst Reinhardt Verlag; 4. überarbeitete Auflage

[worldcat](#) [leseprobe](#)

Acton, G. J. (2002): Health promoting self-care in family caregivers.

In: Western Journal of Nursing Research 24(1), 73-86

[abstract](#) [google-scholar](#)

Adams, B. N. (1968): Kinship in an urban setting.

Chicago: Markham

[worldcat](#)

Aderhold, V.; Hohn, P.; Vogelsang, J. (2018): Bedürfnisangepasste Behandlung und Offener Dialog – eine Übersicht.

In: Systhema 12(3), 210-232

[abstract](#)

Aderhold, V.; Hohn, P. (2019a): Das Konzept von Psychosen und die Antwort des Offenen Dialogs.

In: Familiendynamik 44(1), 54-62

[abstract](#) [google-scholar](#)

- Aderhold, V. (2019b): Legitimiertes Zitat aus dem Mailverkehr des Autors mit Volkmar Aderhold, 17.03.2019
- Alanen, Y. O. (1966): The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders.
Kopenhagen: Munksgaard, Serie: Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, Band 189
[worldcat](#) [google-scholar](#)
- Alda, M. (2017): Psychiatric genetics — Does diagnosis matter?
In: Journal of Psychiatry and Neuroscience 42(5), 291-293
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Amaresha, A. C.; Venkatasubramanian, G.; Muralidhar, D. (2014): Needs of siblings of persons with psychosis: A systematic descriptive review.
In: Clinical Psychopharmacology and Neuroscience 12(2), 111-123
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Amaresha, A. C.; Kalmady, S. V.; Joseph, B.; Agarwal, S. M.; u. a. (2018): Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial.
In: Asian Journal of Psychiatry 32, 59-66
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Angermeyer, M. C.; Matschinger, H.; Holzinger, A. (1997): Die Belastung der Angehörigen chronisch Kranker.
In: Psychiatrische Praxis 24(5), 215-220
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Angermeyer, M. C.; Matschinger, H.; Holzinger, A. (1999): Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Reformen in der Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den neuen deutschen Bundesländern.
In: Psychiatrische Praxis 26(1), 16-21
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Angst, J.; Heinz, A. (2019): Unter vier Augen: Jules Angst und Andreas Heinz.
In: Psyche im Fokus 1, 20-25
[publikation](#)
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung.
In: Franke, A.; Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept.
Tübingen: dgvt-Verlag, 3-14
[worldcat](#)
- Antonovsky, A. (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion.
In: Health Promotion International 11(1), 11-18
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Aroid, V.; Behnken, A. (2006): Epidemiologie.
In: Bauer, M. (Hrsg.): Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland.
Norderstedt: Books on Demand Verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)

Arthur, R. J. (1971): An introduction to social psychiatry.

Harmondsworth, GB: Penguin Books

[worldcat](#)

Avcıoğlu, M. M.; Karanci, A. N.; Soygur, H. (2019): What is related to the well-being of the siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the Lazarus and Folkman's Transactional Stress and Coping Model.

In: International Journal of Social Psychiatry, 65(3), 252-261

[abstract](#) [google-scholar](#)

B

Bach, O.; Feldes, D.; Thom, A.; Weise, K. (Hrsg.) (1976): Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis.

Leipzig: VEB Thieme

[worldcat](#)

Bach, O.; Herzig, S.; Völker, D. (1980): Vergleichsuntersuchungen bei ‚gesunden Geschwistern‘ von Patienten mit Schizophrenie, endogener Depression und einer Normalgruppe.

In: Bach, O.; Scholz, M. (Hrsg.): Familientherapie und Familienforschung.

Vienna: Springer, 161-166

[worldcat](#) [auszug](#)

Bach, C. (2018): Auswirkungen von Psychose-Erkrankungen auf die Geschwister der Erkrankten: Belastungen, Konflikte, Wünsche und Bewältigungsformen. Eine qualitative Studie.

Masterarbeit, Universität Kassel

[dokument](#)

Bach C. (2019): Langfristige Auswirkungen der Belastungen von Geschwistern an Schizophrenen erkrankter Menschen.

In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, P.; Fegert, J.M. (Hrsg.): Planen – umsetzen – bewerten. Psychiatriepolitik gestalten.

Bonn: APK, Tagungsband 45, 126-133

[publikation](#) [artikel](#)

Bachmann, C. (2019): Aufwachsen als Sandwichkind. Sanfte Vermittler oder ständig auf der Suche nach Aufmerksamkeit? Sandwichkinder bekommen sehr unterschiedliche Eigenschaften zugeschrieben. Ist da was dran?

Website: Spiegel Online, 10.07.2019

[website](#) [artikel](#)

Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G.; Kissling, W. (1998): Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen unter stationären Behandlungsbedingungen – Ergebnisse der Münchener PIP-Studie, Aktueller Stand und Ausblick.

In: Binder, W.; Bender, W. (Hrsg.): Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. Standortbestimmung und Ausblick.

Köln: Claus Richter Verlag, 123-172

[worldcat](#) [inhaltsverz](#)

- Bandura, A. (1977): Social learning theory.
Morristown, NJ: General Learning Press
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Bank, S. P.; Kahn, M. D. (1989): Geschwister-Bindung.
Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 44
Paderborn: Junfermann
[worldcat](#)
- Bank, S. P.; Kahn, M. D. (1994): Geschwister-Bindung.
München: DTV
[worldcat](#)
- BApK (2016): Was tun – bei Konflikten und Aggressionen in der Familie mit einem psychisch erkrankten Angehörigen?
Bonn: Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK)
[abstract](#)
- Barak, D.; Solomon, Z. (2005): In the shadow of schizophrenia: A study of sibling's perceptions.
In: The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 42(4), 234-241
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Barel, E.; Van IJzendoorn, M. H.; Sagi-Schwartz, A.; Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010): Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide.
In: Psychological Bulletin 136(5), 677-698
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Barnett, R. A.; Hunter, M. (2012): Adjustment of sibling of children with mental health problems: Behaviour, self-concept, quality of life and family functioning.
In: Journal of Child and Family Studies 21(2), 262-272
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Bateson, G.; u. a. (1969): Schizophrenie und Familie: Beiträge zu einer neuen Theorie
Berlin: Suhrkamp; 7. Auflage 2010
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- 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
[dokument-band\(1\)](#) [dokument-band\(2\)](#)
- Beaulieu, M. J. (2012): The forgotten child: living in the shadow of a chronically ill sibling.
In: Perspective infirmiere; Revue officielle de l'Ordre des infirmieres et infirmiers du Quebec 9(3), 23-25
[google-scholar](#)
- Beck, C. (2008): Epigenetik – Vererbung ist mehr als die Summe der Gene.
Website: Max-Wissen (23), Hrsg.: Max-Planck-Gesellschaft
[website](#) [artikel](#) [video\(1\)](#) [video\(2\)](#)

- Bedford, V. H. (1989): Understanding the value of siblings in old age: A proposed model.
In: American Behavioral Scientist 33(1), 33-44
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Begovic, E.; Panaite, V.; Bylsma, L. M.; George, C.; u. a. (2017): Positive autobiographical memory deficits in youth with depression histories and their never-depressed siblings.
In: British Journal of Clinical Psychology 56(3), 329-346
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Behnken, I. (1984): Jugendbiographie und Handlungsforschung. Gruppendiskussion als Methode zur Rekonstruktion der Lebenswelt von Lehrlingen. Band II.
Veröffentlichungen des Instituts für Jugendforschung und Jugendkultur e.V.
Frankfurt: extra-buch-verlag in der Pädex Verlags GmbH
[worldcat](#)
- Birchwood, M. (2003): Pathways of emotional dysfunction in first episode psychosis.
In: The British Journal of Psychiatry 182(5), 373-375
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Blasko, L. S. (2008): Coping resources and emotional neglect among individuals with a sibling with a mental illness.
Dissertation, Georgia State University, Atlanta
[dokument](#) [google-scholar](#)
- Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie.
Leipzig und Wien: Franz Deuticke Verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Bleuler, M. (1987): Schizophrenie als besondere Entwicklung.
In: Dörner, K. (Hrsg.): Neue Praxis braucht neue Theorie. Ökologische und andere Denkansätze für gemeindepsychiatrisches Handeln.
Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis, 18-25
[worldcat](#)
- Bock, T.; Fritz-Krieger, S.; Stielow, K. (2008): Belastungen und Herausforderungen. Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten.
In: Sozialpsychiatrische Informationen 38(1), 23-31
[artikel](#)
- Bock, T. (2016a): Raum und Psyche – aus sozialpsychiatrischer, anthropologischer, triologischer Sicht.
In: Haslinger, B. (Hrsg.): Raum und Psyche – ein transdisziplinärer Dialog zu Freiräumen in der Psychiatrie.
Gießen: Psychosozial Verlag, 57-78
[worldcat](#) [inhaltsverz/leseprobe](#)
- Bock, T.; Heinz, A. (2016b): Psychosen. Ringen um Selbstverständlichkeit.
Köln: Psychiatrie Verlag
[worldcat](#) [leseprobe](#)

- Boeger, A.; Seiffge-Krenke, I.; Schmidt, C. (1995): Ein Körper für zwei: Beobachtungen an chronisch kranken Jugendlichen und ihren Müttern.
In: Forum der Psychoanalyse 11(2), 150-159
[google-scholar](#)
- Boeger, A.; Seiffge-Krenke, I. (1996): Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten?
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45(10), 356-362
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Boerma, R.; Richterich, B. (2008): Erfolgsgeschichten psychoseerfahrener Menschen – Wege zum kohärenten Lebensentwurf von Menschen mit Psychose-Erfahrung.
Masterthesis, Hochschule Rhein-Main / Hochschule Fulda, Fachbereich Soziale Arbeit
- Boerma, R.; Richterich, B. (2009): Erfolgspfade von Menschen mit Psychose-Erfahrung. Ein Forschungsprojekt über Recoverygeschichten.
In: Psychosoziale Umschau 3, 20-24
[publikation](#) [artikel](#)
- Bojanowski, S.; Führer, D.; Romer, G.; u. a. (2014): Psychische Gesundheit von Einzelkindern und Kindern mit Geschwistern, deren Eltern an Krebs erkrankt sind. Ergebnisse einer multizentrischen Studie in Deutschland.
In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 42(4), 223-232
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Bojanowski, S.; Riestock, N.; Nisslein, J.; u. a. (2015): Psychometrische Gütekriterien der deutschen Version des Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu).
In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 65(9/10), 370-378
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Bojanowski, S. (2016a): Geschwisterbeziehungen im Kontext psychischer Erkrankungen.
Dissertation, Universität Potsdam
[dokument](#)
- Bojanowski, S.; Nisslein, J.; Riestock, N.; Lehmkuhl, U. (2016b): Siblings relationships of children and adolescents with mental disorders – risk factor or resource?
In: Bojanowski, S. (2016a): Geschwisterbeziehungen im Kontext psychischer Erkrankungen. Manuskript, 89-102
[dokument](#)
- Bojanowski, S.; Riestock, N.; Nisslein, J.; u. a. (2019): Deutsche Version des Sibling Relationship Questionnaire (SRQ-deu): Normierung an einer Schülerstichprobe.
In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 69(2), 81-86
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Bonner-Jackson, A.; Csernansky, J. G.; Barch, D. M. (2007): Levels-of-processing effects in first-degree relatives of individuals with schizophrenia.
In: Biological Psychiatry 61(10), 1141-1147
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Boss, P. (2008): Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem ‚uneindeutigen Verlust‘.
Stuttgart: Klett-Cotta; Rezension von Andreas G. Franke
[worldcat](#) [abstract](#) [inhaltsverz/auszug](#) [rezension](#)

- Bowlby, J. (1969): Attachment and loss. Vol. 1: Attachment.
New York: Basic Books
[worldcat](#)
- Bowlby, J. (2007): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie.
München: Reinhard-Verlag; 5. Auflage 2021
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Bowman, S.; Alvarez-Jimenez, M.; Wade, D.; Howie, L.; McGorry, P. (2014): The impact of first episode psychosis on sibling quality of life.
In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 49(7), 1071-1081
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Boyce, W. T. (2019): Orchidee oder Löwenzahn? Warum Menschen so unterschiedlich sind und wie sich alle gut entwickeln können.
München: Droemer Knaur; Rezension von Phillippa Perry
[worldcat](#) [leseprobe](#) [rezension](#)
- BR Alpha (2012): Das Gen-Gedächtnis - Sind Traumata vererbbar?
BR Alpha, Erstsendung 06.10.2012, Wiederholung 11.02.2019
[abstract](#) [mediathek](#) [video](#)
- Braaten, E. (2018): Growing up with a sibling with a disability.
Website: Clay Center for Young Healthy Minds, Massachusetts General Hospital
[website](#) [artikel](#)
- Brainstorm Consortium (2018): Analysis of shared heritability in common disorders of the brain.
In: Science 360 (1313), 1-12
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Breinlinger, L. (2019): Kein Ort, nirgends. Versuch einer Orientierung im Trauererleben von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen.
(Gekürzte) Abschlussarbeit am Münchner Institut für Trauerpädagogik (M.I.T.)
[dokument](#)
- Breslau, N.; Weitzmann, M.; Messenger, K. (1981): Psychologic functioning of siblings of disabled children.
In: Pediatrics 67(3), S. 344-353
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Breslau, N. (1982): Siblings of disabled children: Birth order and age-spacing effects.
In: Journal of Abnormal Child Psychology 10(1), 85-96
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Brisch, K. H. (2015): Therapiemodell MOSES.
Website: Karl Heinz Brisch
[website](#) Abruf: 11.08.2020; Artikel nicht mehr verfügbar
- Brisch, K. H. (2016): Trotz toben, schreien oder brüllen.
Interview Uwe Britten, 10.08.2016
Website: Ärzteblatt, 15(8)
[website](#) [artikel](#)

- Broad institute (2018): Psychiatric disorders share an underlying genetic basis.
 Presseerklärung, 21.06.2018
 Website: Broad Institute
[website](#) [artikel](#)
- Brodoff, A. S. (1988): First person account: Schizophrenia through a sister's eyes – the burden of invisible baggage.
 In: Schizophrenia Bulletin 14(1), 113-116
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Brody, G. H.; Stoneman, Z.; McCoy, J. K. (1992): Parental differential treatment of siblings and sibling differences in negative emotionality.
 In: Journal of Marriage and the Family 54(3), 643-651
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Brunner, H. G.; Nelen, M.; Breakefield, X. O.; Ropers, H. H.; van Oost, B. A. (1993): Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase.
 In: Science 262(5133), 578-580
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Bubolz, M. M.; Whiren, A. P. (1984): The family of the handicapped. An ecological model for policy and practice.
 In: Family Relations 33(1), 5-12
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Buchholz V.; Kotsiari, A.; Bleich, S.; Frieling, H. (2013): Nature meets Nurture: Die Bedeutung der Epigenetik für die Ätiologie psychischer Erkrankungen
 In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 81(7), 368-380
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Bühler-Stehlé, T. (2005): Mein großer Bruder. Eine Geschichte von Ohnmacht und Liebe.
 Neumünster: Paranus Verlag; Rezension von Sibylle Prins
[worldcat](#) [inhaltsverz/leseprobe](#) [rezension](#)
- Bull, N.; Poppe, C. (Hrsg.) (2015): Zuhören, informieren, einbeziehen; Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie.
 Köln: Psychiatrie Verlag
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1993): Modellprojekt Arbeit und Ausbildung für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene.
 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 26
 Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
[worldcat](#) [abstract](#) [inhaltsverz](#)
- Bunter Kreis Augsburg (2019): Mitteilung der Organisation an den Autor im Juni 2019
- Burkhardt, A.; Rudolf, S.; Brand, C.; Lüscher, K.; u. a. (2007): Ambivalenzen in der Beziehung von Eltern zu einem schizophreniekranken oder substanzabhängigen erwachsenen Kind.
 In: Psychiatrische Praxis 34(5), 230-238
[abstract](#) [google-scholar](#)

C-D

- Cadman, D; Boyle, M; Offord, D. R. (1988): The Ontario Child Health Study: social adjustment and mental health of siblings of children with chronic health problems.
In: *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 9(3), 117-121
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Caffaro, J. V. (2011): Sibling violence and systems-oriented therapy.
In: Caspi, J. (Hrsg.): *Sibling development – Implications for mental health practitioners*
New York: Springer, 245-272
[worldcat](#) [auszug](#) [google-scholar](#)
- Cantor-Graae, E.; Selten, J.-P. (2005): Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review.
In: *The American Journal of Psychiatry* 162, 12-24
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Carnevale, F. A. (1999): Striving to recapture our previous life: the experience of families with critically ill children.
In: *Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses* 10(1), 16-22
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Cebula, K. R. (2012): Applied behavior analysis programs for autism: Sibling psychosocial adjustment during and following intervention use.
In: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42(5), 847-862
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Cella, M.; Hamid, S.; Butt, K.; Wykes, T. (2015): Cognition and Social Cognition in non-psychotic siblings of patients with schizophrenia.
In: *Cognitive Neuropsychiatry* 20(3), 232-242
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Charles, M. (1999): Sibling Mysteries. Enactments of unconscious fears and fantasies.
In: *Psychoanalytic Review* 86(6), 877-901
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Chase, L. P. (1983): Themes in the lives of well siblings of schizophrenics.
Unveröffentlichte Dissertation. Saybrook Institute, Pasadena, California.
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Chen, F. P.; Greenberg, J. S. (2004): A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia.
In: *Community Mental Health Journal* 40(5), 423-435
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Chen, M. H.; Hsu, J. W.; Huang, K. L.; Su, T. P.; u. a. (2019): Risk and coaggregation of major psychiatric disorders among first-degree relatives of patients with bipolar disorder: A nationwide population-based study.
In: *Psychological Medicine* 49(14), 2397-2404
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Cheng, C. M.; Chang, W. H.; Chen, M. H.; Tsai, C. F.; u. a. (2018): Co-aggregation of major psychiatric disorders in individuals with first-degree relatives with schizophrenia: a nationwide population-based study.
In: *Molecular Psychiatry* 23(8), 1756-1763
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Cicirelli, V. G. (1982): Sibling influence throughout the life span.
In: Lamb, M. E.; Sutton-Smith, B. (Hrsg.): *Sibling relationships: Their nature and significance across the life span*.
Hillsdale: Erlbaum, 267-284
[worldcat](#) [inhaltsverz/abstract](#)
- Cicirelli, V. G. (1989): Feelings of attachment to siblings and well-being in later life.
In: *Psychology and Aging* 4(2), 211-216
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Cierpka, M. (2001): Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid.
In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 50(6), 440-453
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Ciampi, L.; Mueller, C. (1976): *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*.
Berlin: Springer
[worldcat](#) [inhaltsverz/auszug](#)
- Ciampi, L. (1981): Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte.
In: *Der Nervenarzt* (52), 506-515
[worldcat](#) [google-scholar](#)
- Ciampi, L. (2018): *Affektlogik: Das Zusammenspiel von Fühlen und Denken*.
Website: Luc Ciampi
[website](#) [artikel](#)
- Clay Center for Young Healthy Minds (2021): About us
Website: Clay Center for Young Healthy Minds, Massachusetts General Hospital
[website](#) [artikel](#)
- Colonna, A. B. (1981): Success through their own efforts.
In: *Psychoanalytic Study of the Child* 36(1), 33-44
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Conger, R. D.; Conger, K. J. (1996): Sibling relationships. A general model of family structure and sibling interactions.
In: Simons, R. L. (Hrsg.): *Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction and child outcome*.
Thousand Oaks: Sage Publication, 104-121
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Conrad, D. F.; Pinto, D.; Redon, R.; Feuk, L.; u. a. (2009/2010): Origins and functional impact of copy number variation in the human genome.
In: *Nature*, 464(7289), 704-712 (2010) / Online publiziert: 07.10.2009
[artikel](#) [google-scholar](#)

Contact for Families with disabled children (2020): Spotlight on siblings.

Website: Contact

[website](#) Abruf: 20.12.2021; Artikel nicht mehr verfügbar [verzeichnis](#)

Craft, M. J.; Wyatt, N.; Sandell, B. (1985): Behavior and feeling changes in siblings of hospitalized children.

In: Clinical Pediatrics 24(7), 374-378

[abstract](#) [google-scholar](#)

Creer, C.; Wing, J. K. (1989): Der Alltag mit schizophrenen Patienten.

In: Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause.

München: Psychologie Verlags Union, 97-164

[worldcat](#) [inhaltsverz](#)

Czipri, A. (2004): The sibling study: How does having a sibling with a mental disorder affect the lives of college students?

Illinois Wesleyan University: Honors Projects. Paper 25

[dokument](#)

Daniels, D.; Moos, R. H.; Billings, A. G.; Miller, J. J. (1987): Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness, healthy siblings, and healthy controls.

In: Journal of Abnormal Child Psychology, 15(2), 295-308

[abstract](#) [google-scholar](#)

de Leeuw, M.; Kahn R. S.; Vink, M. (2015): Fronto-striatal dysfunction during reward processing in unaffected siblings of schizophrenia patients.

In: Schizophrenia Bulletin 41(1), 94-103

[artikel](#) [google-scholar](#)

de Neuf, J. (2004): Unser Bruder – Mit psychischer Krankheit zu Hause alt werden.

Vortrag bei einer Angehörigentagung in Hannover, 18.09.2004

Manuskript des Vortragenden

Dell’Osso, L.; Lorenzi, P.; Carpita, B. (2019): The neurodevelopmental continuum towards a neurodevelopmental gradient hypothesis.

In: Journal of Psychopathology 25, 179-182

[artikel](#) [google-scholar](#)

Desch, M. (2018): Legitimiertes Zitat aus dem Mailverkehr des Autors mit Manfred Desch Ende 2018

DHS (2014): Frau – Sucht – Gesundheit: Informationen, Tipps und Hilfen für Frauen, deren Angehörige Probleme mit Rausch- und Suchtmitteln haben.

Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

[publikation](#) [verzeichnis](#)

Dickens, R. (2018): A burden to be well. Sisters and brothers of the mentally ill.

Interview Karen Brown

Website: American RadioWorks, ab Min. 04:50

[website](#) [artikel/audio](#)

Dodge, C. E. (2011): Caregiving and schizophrenia: The well siblings’ perspective.

Master of Arts, University of Victoria, Canada, Department of Sociology

[dokument](#) [google-scholar](#)

- Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koenning, K. (Hrsg.) (1982): Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen.
Köln: BALANCE buch+medien verlag, Reprint der 3. korrigierten Auflage von 1995
[worldcat](#) [abstract/leseprobe](#)
- Dohms, D. (2014): Rezension vom 28.08.2014 zu
Zöchmeister, M. (2013): Vom Leben danach. Eine transgenerationale Studie über die Shoah.
Website: socialnet Rezensionen
[website](#) [artikel](#)
- Doucet, G. E.; Bassett, D. S.; Yao, N.; Glahn, D. C.; Frangou, S. (2017): The role of intrinsic brain functional connectivity in vulnerability and resilience to bipolar disorder.
In: The American Journal of Psychiatry 174(12), 1214-1222
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Dunn, J. (2007): Siblings and socialization.
In: Grusec, J. E.; Hastings, P. D. (Hrsg.): Handbook of socialization: theory and research.
New York: Guilford, 309-327
[abstract](#) [worldcat](#)
- Dyregrov, K.; Dyregrov, A. (2005): Siblings after suicide – „The forgotten bereaved“.
In: Suicide and Life-Threatening Behavior 35(6), 714-724
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Dyson, L. L. (1989): Adjustment of siblings of handicapped children: A comparison.
In: Journal of Pediatric Psychology 14(2), 215-229
[abstract](#) [google-scholar](#)

E - F

- Eaton, J. W.; Weil, R. J. (1955): Culture and mental disorders.
In: Free Press
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Edwards, B.; Higgins, D. J.; Gray, M.; Zmijewski, N.; Kingston, M. (2008): The nature and impact of caring for family members with a disability in Australia. Research Report.
Melbourne, Vic.: Australian Institute of Family Studies
[dokument](#) [worldcat](#)
- El Hamaoui, Y.; Elyazaji, M.; Yaalaoui, S.; Rachidi, L.; u. a. (2006): Wisconsin card sorting task in patients with schizophrenia and their siblings.
In: Canadian Journal of Psychiatry 51(1), 48-54
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Elbogen, E. B.; Johnson, S. C. (2009): The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions.
In: Archives of General Psychiatry 66(2), 152-161
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Erzin, G.; Gülöksüz, S. (2021): The exposome paradigm to understand the environmental origins of mental disorders.
In: Alpha Psychiatry, 22(4), 171-176
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Ewertzon, M.; Cronqvist, A.; Lützen, K.; Andershed, B. (2012): A lonely life journey bordered with struggle: being a sibling of an individual with psychosis.
In: Issues in Mental Health Nursing 33(3), 157-164
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Ferrari, M. (1984): Chronic illness: psychosocial effects on siblings – 1. Chronically ill boys.
In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 25(3), 459-476
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Finzen, A.; Hoffmann-Richter, U. (Hrsg.) (1995): Was ist Sozialpsychiatrie? Eine Chronik der Entwicklung.
Köln: Psychiatrie Verlag
[worldcat](#)
- Finzen, A. (2013): Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen.
Köln: Psychiatrie Verlag; Rezension von Georg Schomerus
[worldcat](#) [leseprobe](#) [rezension](#)
- Florian, V.; Fridlan, N. (1996): Impact of structural and functional factors on the adjustment of persons to their sibling's illness.
In: Welfare and Society 16, 305-324
- Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample.
In: Journal of Health and Social Behavior 21(3), 219-239
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1988): Coping as a mediator of emotion.
In: Journal of Personality and Social Psychology, 54(3), 466–475
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Forum 10/20 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzer GerhardG / 05.01.2019
[forum10/20](#)
- Forum 21/36 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Summer / 05.01.2018
[forum21/36](#)
- Forum 23/40 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Micki / 15.01.2018
[forum23/40](#)
- Forum 30/62 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Hella / 23.04.2018
[forum30/62](#)
- Forum 40/74 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Gisa / 23.01.2019
[forum40/74](#)
- Forum 46/86 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Hannah / 28.07.2017
[forum46/86](#)
- Forum 46/92 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Hannah / 12.11.2018
[forum46/92](#)

- Forum 51/117 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Maulwürfel / 09.03.2018
[forum51/117](#)
- Forum 51/119 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Maulwürfel / 17.04.2018
[forum51/119](#)
- Forum 68/187 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Nick / 09.01.2019
[forum68/187](#)
- Forum 70/192 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Larissa / 20.02.2019
[forum70/192](#)
- Forum 95/234 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Christa / 24.11.2017
[forum95/234](#)
- Forum 179/452 (Forum des GeschwisterNetzwerks): Nutzerin Julika / 09.07.2019
[forum179/452](#)
- Frangou, S. (2019): Neuroimaging markers of risk, disease expression, and resilience to bipolar disorder.
 In: Current Psychiatry Reports 21(52)
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Franke, P.; Maier, W.; Hardt, J.; Hain, C.; Cornblatt, B. A. (1994): Attentional abilities and measures of schizotypy: their variation and covariation in schizophrenic patients, their siblings, and normal control subjects.
 In: Psychiatry Research 54(3), 259-272
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Freilinger, M.; Neussl, D.; u. a. (2006): Geschwister epilepsiekranker Kinder: Welche Auswirkungen haben idiopathische Epilepsien im Kindesalter auf die psychosoziale Anpassung, die Geschwisterbeziehung und das Selbstkonzept der Geschwister?
 In: Klinische Pädiatrie 218(1), 1-6
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Frick, J. (2015): Ich mag dich – du nervst mich. Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben.
 Bern: Hogrefe; 4. überarbeitete und ergänzte Auflage.; Rezension von Detlef Rüschi
[worldcat](#) [leseprobe](#) [rezension](#)
- Friedrich, R. M.; Lively, S.; Buckwalter, K. C. (1999): Well siblings living with schizophrenia. Impact of associated behaviors.
 In: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 37(8), 11-19
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Friedrich, R. M.; Lively, S.; Rubenstein, L.; Buckwalter, K. (2002): The Friedrich-Lively Instrument to assess the impact of schizophrenia on siblings (FLIIS): Part I – instrument construction.
 In: Journal of Nursing Measurement 10, 219-230
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Friedrich, R. M.; Lively, S.; Rubenstein, L. M. (2008): Siblings' coping strategies and mental health services: a national study of siblings of persons with schizophrenia.
 In: Psychiatric Services (Washington, D.C.) 59(3), 261-267
[abstract](#) [google-scholar](#)

Fuchs, L. (1986): First person account: Three generations of schizophrenia.
In: Schizophrenia Bulletin 12(4), 744-747
[artikel](#) [google-scholar](#)

G

Gagi K. (2017): Das schwarze Mal.
In: Psychosoziale Umschau 3, 27
[publikation](#) [artikel](#)

Gagi K. (2018): Siblings as carer – caught between demands on oneself, the family and the healthcare system. Konferenzbericht.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)

Gagi K. (2019): Geschwister nehmen das Leben als Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Menschen in die eigenen Hände – Internationale Vernetzung der Geschwister
In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, P.; Fegert, J.M. (Hrsg.): Planen – umsetzen – bewerten. Psychiatriepolitik gestalten.
Bonn: APK, Tagungsband 45, 122-125
[publikation](#) [artikel](#)

Gagi K. (2020): Viel Schönes auf dieser Welt ist durch die Verarbeitung von Trauer entstanden.
Interview Daniela Schreyer
In: Kontakt 43(1), 16-17
[artikel](#)

Gass, K; Jenkins, J.; Dunn, J. (2007): Are sibling relationships protective? A longitudinal study.
In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 48(2), 167-175
[abstract](#) [google-scholar](#)

Geburtig-Chiocchetti, A.; Martinelli, A.; Ackermann, K.; u. a. (2019): Epigenome wide methylation analysis of female conduct disorder and its environmental signatures
Website: 36. dgkjp-Kongress 2019, Topic 25, Abstract
Abruf: 11.01.2020; Kongress-Website nicht mehr verfügbar

Geissler, J.; Lesch, K.-P. (2011): A lifetime of attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic challenges, treatment and neurobiological mechanisms.
In: Expert Reviews of Neurotherapeutics, 1467-1484
[abstract](#) [google-scholar](#)

Gençöz, F.; Gençöz, T.; Bozo, Ö. (2006): Hierarchical dimensions of coping styles: A study conducted with Turkish university students.
In: Social Behavior and Personality 34(5), 525-534
[abstract](#) [google-scholar](#)

Genser, B. (2010): Nachrichten aus einer psychiatrischen Klinik.
Norderstedt: Books on Demand Verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)

- Gerace, L. M.; Camilleri, D.; Ayres, L. (1993): Sibling perspectives on schizophrenia and the family.
In: Schizophrenia Bulletin 19(3), 637-647
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Gerste, R. D. (2005): Frontale Lobotomie, eine Methode, die das Leben vieler Patienten zerstört hat.
Website: Ärztezeitung, 01.08.2005
[website](#) [artikel](#)
- Geschwisterkinder-Netzwerk (2020): FRAME: Geschwister stärken – Arbeitsmaterial für die Gruppenarbeit mit gesunden Geschwistern von Kindern mit Behinderung oder schwerer Erkrankung.
Website: Geschwisterkinder-Netzwerk
[website](#) [arbeitsmaterial](#)
- GeschwisterNetzwerk (2019a): Bianka Perez, Jahrelang kämpft sie für ihren Bruder Michael. Dokumentation
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [dokumentation](#)
- GeschwisterNetzwerk (2019b): Eltern-Geschwister-Beziehung: Hintergrund und Tipps.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Giallo, R.; Gavidia-Payne, S. (2008): Evaluation of a family-based intervention for siblings of children with a disability or chronic illness.
In: Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 7(2), 84-96
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Gibson, G. (2011): Rare and common variants: twenty arguments.
In: Nature Reviews Genetics 13(2), 135-145
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Gluck, M. (2019): My family's tragedy.
Website: Our Health California, 27.02.2019
[website](#) [artikel](#)
- Goetting, A. (1986): The development tasks of siblingship over the life cycle.
In: Journal of Marriage and the Family 48(4), 703-714
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Goldberg, R. (2014): The trauma of second-generation Holocaust survivors.
Interview Alix Kirsta, 15.03.2014
Website: The Guardian
[website](#) [artikel](#)
- Gottesman, I. I.; Shields, J.; Hanson, D. R. (1982): Schizophrenia – the epigenetic puzzle.
Cambridge: University Press
[worldcat](#) [book](#)
- Gottesman, I. I.; Wolfgram, D. L. (1991): Schizophrenia genesis: the origins of madness.
New York: Freeman
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)

- Gould, T. D. (2016): Irving I. Gottesman (1930–2016): The multifactorial threshold model of complex phenotypes mediated by endophenotype strategies.
In: *Genes, Brain and Behavior* (15), 775-776
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Greenberg, J. S.; Kim, H. W.; Greenley, J. R. (1997): Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness.
In: *The American Journal of Orthopsychiatry* 67(2), 231-241
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Greenberg, J. S.; Seltzer, M. M.; Orsmond, G. I.; Krauss, M. W. (1999): Siblings of adults with mental illness or mental retardation: Current involvement and expectation of future caregiving.
In: *Psychiatric Services (Washington D.C.)* 50(9), 1214-1219
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Griffiths, C.; Sin, J. (2013): Rethinking siblings and mental illness.
Website: *The Psychologist (The British Psychological Society)*
[website](#) [artikel](#)

H

- Häfner, H. (1971): Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Ätiologie.
In: *Der Nervenarzt* 42(11), 557-568
[google-scholar](#)
- Häfner, H. (Hrsg.) (1995): Was ist Schizophrenie?
Stuttgart: Fischer Verlag
[worldcat](#)
- Häfner, H.; Maurer, K.; an der Heiden, W. (2013): Schizophrenie – eine einheitliche Krankheit? Ergebnisse aus 25 Jahren ABC-Studie.
In: *Der Nervenarzt* 84(9), 1093-1103
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Hall, L. L.; Purdy, R. (2000): Recovery and serious brain disorders: The central role of families in nurturing roots and wings.
In: *Community Mental Health Journal* 36(4), 427-441
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Harris, E. G. (1988): My brother's keeper: Siblings of chronic patients as allies in family treatment.
In: Kahn, M. D.; Lewis, K. G. (Hrsg.): *Siblings in therapy: Life span and clinical issue*. New York: Norton, 314-338
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Harrison, L. (2019): Psychisch krank im Land des Glücks: Bhutan entdeckt die Psychiatrie – auf seine ganz eigene Art und Weise.
Website: *Medscape* 08.10.2019
[website](#) [artikel](#)

- Harry, Duke of Sussex (2017): I sought counselling after 20 years of not thinking about the death of my mother, Diana, and two years of total chaos in my life.
Interview Hannah Furnes, 19.04.2017
Website: The Telegraph
[website](#) [artikel](#)
- Hartling, L.; Milne, A.; Tjosvold, L.; u. a. (2014): A systematic review of interventions to support siblings of children with chronic illness or disability.
In: Journal of Paediatrics and Child Health, 1-13
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Hatfield, A. B.; Lefley, H. P. (2005): Future involvement of siblings in the lives of persons with mental illness.
In: Community Mental Health Journal 41(3), 327-338
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Haukka, J.; Suvisaari, J.; Lönnqvist, J. (2003): Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: A cohort study from 1950 to 1959 in Finland.
In: The American Journal of Psychiatry 160, 460-463
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Hauschild, J. (2019): Übersehene Geschwister. Das Leben als Bruder oder Schwester psychisch Erkrankter.
Weinheim, Basel: Beltz Verlag; Rezension von Reinhard Peukert
[worldcat](#) [leseprobe](#) [rezension](#)
- Heads Together (2019): Heads Together Programmes.
Website: Heads Together
[website](#) [artikel](#)
- Heenen-Wolff, S. (2020): Brüderlichkeit und Destruktivität in der Geschwisterbeziehung.
In: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie 51(2), 165-182
- Heise, H. (1921): Der Erbgang der Schizophrenie in der Familie D. und ihren Seitenlinien.
Gekürzter Abdruck der Dissertation von 1920
In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 64, 229-259
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Helmreich, W. B. (1992): Against all odds: Holocaust survivors and the successful lives they made in America.
New York: Simon & Schuster
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#) [leseprobe](#)
- Herman, J. L. (2015): Trauma and recovery: The aftermath of violence, from domestic abuse to political terror.
New York: Basic Books
[worldcat](#) [abstract](#) [inhaltsverz](#)
- Hocaoglu, C. (2009): Double suicide attempt.
In: Singapore Med J 50(2), 81-84
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Hochgeschwender, M. (2018): Langwierig und bitter; Spiegel-Gespräch Stefan Sahm.
In: Spiegel 40, 48
[artikel](#)
- Hoel, A. (2018): Todesursache – unbekannt.
Dokumentarfilm, Norwegen, ausgestrahlt in Arte 02.04.2019
Website: ARD-Programme
[website](#) [abstract](#) Video nicht mehr verfügbar
- Hoening, J.; Hamilton, M. (1966): The schizophrenic patient in the community and his effect on the household.
In: International Journal of Social Psychiatry 12(3), 165-176
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Hördinger, A. (2019): Legitimiertes Zitat aus dem Mailverkehr des Autors mit Annette Hördinger im März 2019
- Hofmann, B.; Hoffmann, N. (2000): Therapeutische Hilfen bei der Sinnfindung.
In: Hoffmann, N.; Schauenburg, H. (Hrsg.): Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis — störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme (Neuaufgabe 2007: Schauenburg, S.; Hofmann, B. [Hrsg.])
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Holl, E. (2015): What siblings would like parents and service providers to know.
Website: Sibling Support Project
[website](#) [artikel](#) [verzeichnis](#)
- Honea, R. A.; Meyer-Lindenberg, A.; Hobbs, K. B.; Pezawas, L.; u. a. (2008): Is gray matter volume an intermediate phenotype for schizophrenia? A voxel-based morphometry study of patients with schizophrenia and their healthy siblings.
In: Biological Psychiatry 63(5), 465-474
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Hoover, C. F.; Franz, J. D. (1972): Siblings in the families of schizophrenics: Psychopathology and gender concordance.
In: Archives of General Psychiatry 26(4), 334-342
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Horwitz, A. V. (1993): Siblings as caregivers for the seriously mentally ill.
In: The Milbank Quarterly. 71(2), 323-339
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Horwitz, A. V. (1994): Predictors for adult sibling social support for the seriously mentally ill: an exploratory study.
In: Journal of Family Issues 15(2), 272-289
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Horwitz, A. V.; Reinhard, S. C. (1995): Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illnesses.
In: Journal of Health and Social Behavior 36(2), 138-150
[auszug](#) [google-scholar](#)

- Horwitz, A. V.; Reinhard, S. C.; Howell-White, S. (1996): Caregiving as reciprocal exchange in families with seriously mentally ill members.
In: Journal of Health and Social Behavior 37(2), 149-162
[auszug](#) [google-scholar](#)
- HPE Österreich (2020): Geschwister psychisch erkrankter Menschen: Was sie belastet. Was sie stärkt.
In: Kontakt Nr. 1/2020
[inhaltsverz](#) [publikation](#)
- Huang, M. H.; Chen, M. H.; Huang, K. L.; Hsu, J. W.; u. a. (2019): Increased risk of type 2 diabetes among the siblings of patients with schizophrenia.
In: CNS Spectrums 24(4), 453-459
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Hudson, C. G. (2005): Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and selection hypotheses.
In: American Journal of Orthopsychiatry 75 (1), 3-18
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Hughes, V. (2014): The Sins of the father. The roots of inheritance may extend beyond the genome, but the mechanisms remain a puzzle.
In: Nature (507), 22-24
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Huinink, J. (2008): Familie: Konzeption und Realität. Persönlicher Zusammenhalt und emotionale Zuwendung.
Website: Bundeszentrale für politische Bildung, Informationen zur politischen Bildung
[website](#) [artikel](#)
- Hultman, C. M.; Wieselgren, I. M.; Öhman, A. (1997): Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients.
In: Scandinavian Journal of Psychology 38(1), 3-13
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Hummitzsch, S. (2002): Angehörige machen sich auf den Weg. Eine Befragung von Zeitzeugen zu den Anfängen der Angehörigenbewegung psychisch kranker Menschen. Diplomarbeit, Fachhochschule Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen
[dokument](#)
- Humphrey, L. M.; Hill, D. L.; Carroll, K. W.; Rourke, M.; Kang, T. I.; Feudtner, C. (2015): Psychological well-being and family environment of siblings of children with life threatening illness.
In: Journal of Palliative Medicine 18(11), 981-984
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Hutchinson, G.; Takei, N.; Fahy, T. A.; Bhugra, D.; u. a. (1996): Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis.
In: The British Journal of Psychiatry 169, 776-780
[abstract](#) [google-scholar](#)

Ikehata, H.; Samaras, A.; Wilfert, A.; Gervink, A.; u. a. (2015): Recovery-Orientierung in der Psychoedukation – zwei Versuche einer Umsetzung.

In: Psychiatrische Praxis 42(6), 320-327

[abstract](#) [google-scholar](#)

Interview (2003-2018): Die wörtlichen Zitate aus als ‚Interview‘ gekennzeichneten Quellen stammen aus Interviews, die im Rahmen von Studien vom Autor geführt wurden bzw. ihm zur Verfügung standen.

Vorkommen in den Kapiteln:

- Gefühle dem erkrankten Geschwister gegenüber (1)
- Das geschwisterliche Hilfedilemma oder: Das tiefe Bedürfnis zu helfen und die erdrückende Erfahrung von Hilflosigkeit (1)
- Der schmerzliche Verlust des Geschwisters, wie es bis dahin erlebt wurde (2)
- Das belastende Gefühl, an dem Bruder oder der Schwester ‚vorbeizuziehen‘ (2)
- Die zentrale Ambivalenz: dem Geschwister zugleich nah und fern sein (1)
- Geschwister sorgen sich um ihre Eltern – oder die Angst, die Eltern könnten Schaden nehmen (1)
- Die große starke (kleine schwache) Schwester (4)
- Ein Schweigegebot – oder: die bedeutsame Funktion des partiellen familiären Schweigens (3)
- Erwartungen der Eltern – wenn sie die Sorge nicht mehr stemmen können (4)
- Den Unterstützungs-Wünschen der Eltern folgen – oder sich entziehen? (1)
- Der kulturelle Hintergrund macht einen Unterschied (3)
- Professionelle Hilfen für Geschwister im (jungen) Erwachsenenalter (1)

Jaeger, S. (2016): Was macht widerstandsfähige Kinder aus? Eine Langzeitstudie mit Kindern depressiver Eltern.

In: Psychosoziale Umschau 4, 18

[publikation](#) [artikel](#)

Janke, S.; Glöckner-Rist, A. (2012): Deutsche Version der Satisfaction with Life Scale (SWLS) Website: Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften – Gesis

[website](#) [artikel](#)

Jana [Name geändert] (2018): Mein Leben mit meinem psychisch kranken Bruder.

Website: Brigitte-Online, 11.01.2018

[website](#) [artikel](#)

Jansen, J. E.; Gleeson, J.; Cotton, S. (2015): Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: A systematic review of the psychological factors involved.

In: Clinical Psychology Review 35, 56-66

[abstract](#) [google-scholar](#)

Jenkins, J. M.; Smith, M. A. (1990): Factors protecting children living in disharmonious homes: maternal reports.

In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29(1), 60-69

[abstract](#) [google-scholar](#)

- Jewell, T. C.; Stein, C. H. (2002): Parental influence on sibling caregiving for people with severe mental illness.
In: Community Mental Health Journal 38(1), 17-33
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Johnson, E. C.; Border, R.; Melroy-Greif, W. E.; de Leeuw, C. A.; u. a. (2017): No evidence that schizophrenia candidate genes are more associated with schizophrenia than non-candidate genes.
In: Biological Psychiatry 82(10), 702-708
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Joseph, S.; Linley, P. A. (2006): Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice.
In: Clinical Psychology Review 26(8), 1041-1053
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Judge, K. A. (1994): Serving children, siblings, and spouses: Understanding the needs of other family members.
[abstract](#) [auszug](#) [google-scholar](#)
In: Lefley, H. P.; Wasow, M. (Hrsg.): Helping families cope with mental illness.
Chur: Harwood Academic Publishers, 161-194
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Julius, L.; Hansen, H.; Wetterhahn, C. (2019): Ihr seid auch m e i n e Eltern. Seminarbericht.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Julius, L.; Peukert, R. (2020a): Raum für eigene Bedürfnisse. Seminarbericht.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Julius, L.; Peukert, R. (2020b): Familiengeschichte(n) – Es ist eine Zeit angekommen ... die bringt uns neues Leid.
In: Sozialpsychiatrische Informationen 3, 46-48
[artikel](#)
- Julius, L. (2020c): Wie viele Geschwister psychisch Erkrankter gibt es überhaupt?
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Jungbauer, J.; Biskopf, J.; Angermeyer, M. C. (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker.
In: Psychiatrische Praxis 28(3), 105-114
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Jungbauer, J.; Heibach, J.; Urban, K. (2016): Experiences, burdens, and support needs in siblings of girls and woman with anorexia nervosa: Results from a qualitative interview study.
In: Clinical Social Work Journal 44(1), 78-86
[abstract](#) [google-scholar](#)

K

- Kahn, R. S.; Sommer, I. E.; Murray, R. M.; Weinberger, D. R.; u. a. (2015): Schizophrenia
In: Nature Reviews Disease Primers (1), Artikel 15067
[abstract](#)
- Kalms, J.; Striegnitz, T. (2006): Raum 4070 – Psychosen verstehen. Dokumentarfilm.
Köln: Psychiatrie Verlag
[worldcat](#) [abstract](#)
- Kalms, J.; Stolz, P.; Winkels, S. (2015): Nicht alles schlucken. Leben mit Psychopharmaka.
Köln: Psychiatrie Verlag
[worldcat](#) [abstract](#)
- Karanci, A. N.; İnandılar, H. (2002): Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia.
In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 37, 80-88
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Karle, M.; Klosinski, G. (2001): Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50(6), 401-420
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Kasten, H. (1993): Die Geschwisterbeziehung, Band 1-2.
Göttingen: Hogrefe
[worldcat](#) [abstract-band\(1\)](#) [abstract-band\(2\)](#)
- Kasten, H. (2001): Geschwister – Der aktuelle Stand der Forschung.
Website: Familienhandbuch; Hrsg.: Staatsinstitut für Frühpädagogik (IFP)
[website](#) [artikel](#)
- Kasten, H. (2003): Geschwister. Vorbilder – Rivalen – Vertraute.
München: Ernst Reinhardt Verlag, 5. Auflage
[worldcat](#) [inhaltsverz/leseprobe](#)
- Kellerkinder (2021): Gespräch mit Angehörigen der NS-„Euthanasie“-Morde anlässlich des Holocaust-Gedenktages 2021.
Website: Kellerkinder e.V.
[website](#) [video](#)
- Kellermann, N. P. (2008): Transmitted holocaust trauma: curse or legacy? The aggravating and mitigating factors of holocaust transmission.
In: The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 45(4), 263-270
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Kellermann, N. P. (2009): Holocaust trauma: Psychological effects and treatment.
New York: iUniverse
[worldcat](#) [auszug](#)
- Kellermann, N. P. (2013): Epigenetic transmission of holocaust trauma: Can nightmares be inherited?
In: The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 50(1), 33-39
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Kempton, M. J.; Haldane, M.; D.; u. a. (2009): Dissociable brain structural changes associated with predisposition, resilience, and disease expression in bipolar disorder
In: Journal of Neuroscience 29(35), 10863-10868
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Kendler, K. S. (2005): „A gene for ...“: The nature of gene action in psychiatric disorders.
In: The American Journal of Psychiatry 162(7), 1243-1252
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Kennedy, H. (1985): Growing up with a handicapped sibling.
In: Psychoanalytic Study of the Child 40(1), 255-274
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Kinsella, K. B.; Anderson, R. A.; Anderson, W. T. (1996): Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study.
In: Psychiatric Rehabilitation Journal 20(2), 24-32
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Kirkbride, J. B.; Fearon, P.; Morgan, C.; u. a. (2006): Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: Findings from the 3-center AESOP study.
In: Archives of General Psychiatry 63, 250-258
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Kirkbride, J. B.; Fearon, P.; Morgan, C.; u. a. (2007): Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London.
In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 42, 438-445
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Klaassen, R. M. C.; Heins, M.; Luteijn, L. B.; van der Gaag, M.; u. a. (2013): Depressive symptoms are associated with (sub)clinical psychotic symptoms in patients with non-affective psychotic disorder, siblings and healthy controls.
In: Psychological Medicine 43(4), 747-756
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R. (2003): Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde
Website: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Klein, M. (1957): Envy and gratitude.
New York: Free Press
[worldcat](#) [audio\(1\)](#) [audio\(2\)](#) [audio\(3\)](#)
Deutsche Ausgabe in: Gesammelte Schriften, Band 3 1946-1963 (2000)
Stuttgart: frommann-holzboog
- Klein, M.; Zobel, M. (2000): Sucht sucht Beziehung – Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen.
In: SuchtAktuell (2)
Abruf: 04.08.2021; Artikel nicht mehr verfügbar [google-scholar](#)

- Kramer, L. (2010): The essential ingredients of successful sibling relationships: An emerging framework for advancing theory and practice.
In: Child Development Perspectives 4(2), 80-86
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Krappmann, L. (1972): Soziologische Dimensionen der Identität.
Stuttgart: Klett Verlag
[worldcat](#) [abstract](#)
- Krautgartner, M.; Unger, A.; Friedrich, F.; u. a. (2005): Risiken für Depressivität bei den Angehörigen Schizophrenie-Kranker.
In: Neuropsychiatrie 19(4), 148-154
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Kruckenber, P. (2004): Aufbau eines Netzwerkes ‚Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit‘ in Bremen.
In: Aktion psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, R.; Kunze, H.; Peukert, R. (Hrsg.): Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung.
Bonn: APK, Tagungsband 31, 218-223
[publikation](#)
- Kuipers, E.; Raune, D. (2000): The early development of EE and burden in the families of first onset psychosis.
In: Birchwood, M.; Fowler, D.; Jackson, C. (Hrsg.): Early intervention in Psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions.
Chichester: Wiley, 128-140
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Kuipers, E.; Onwumere, J.; Bebbington, P. (2010): Cognitive model of caregiving in psychosis.
In: The British Journal of Psychiatry, 196(4), 259-265
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Kurths, A. (2008): Die Bedeutung der Shoah in der israelischen Gesellschaft
Website: Bundeszentrale für politische Bildung, 28.03.2008
[website](#) [artikel](#)
- Kymalainen, J. A.; Weisman, A. (2006): Reactions toward mental, physical, and substance-abuse disorders
In: Journal of Applied Social Psychology 34(9), 1883-1899
[abstract](#) [google-scholar](#)

L

- Laing, R. D.; Esterson, A. (1964): Sanity, madness and the family : families of schizophrenics.
London: Tavistock; Rezension Peter Lomas
[worldcat](#) [inhaltsverz/abstract](#) [rezension\(auszug\)](#)
Deutsche Ausgabe (1975): Wahnsinn und Familie: Familien von Schizophrenen.
Köln: Kiepenheuer und Witsch
[worldcat](#)

- Lambert, M.; Bock, T.; Daubmann, A.; u. a. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie.
In: Psychiatrische Praxis 41(5), 257-265
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lament, C.; Wineman, I. (1984): A psychoanalytic study of nonidentical twins – the impact of hemophilia on the personality development of the affected child and his healthy twin.
In: Psychoanalytic Study of the Child 39(1), 331-370
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Lavigne, J. V.; Ryan, M. (1979): Psychological adjustment of siblings of children with chronic illness.
In: Pediatrics 63(4), 616-627
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping.
New York: Springer
[worldcat](#) [inhaltsverz/auszug](#) [book](#)
- Leff, J.; Vaughn, C. (1981): The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up.
In: The British Journal of Psychiatry 139(2), 102-104
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lefley, H. P. (1987): Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem.
In: Hospital & Community Psychiatry 38(10), 1062-1070
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lefley, H. P.; Hatfield, A. P. (1999): Helping parental caregivers and mental health consumers cope with parental aging and loss.
In: Psychiatric Services (Washington, D.C.) 50, 369-375
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Leith, J. E. (2011): Personal loss in well siblings of adults with serious mental illness: Implications for caregiving, growth, and sibling needs.
Master of Arts, Electronic Theses & Dissertations Center. Bowling Green State University, Ohio
[dokument](#) [google-scholar](#)
- Leith, J. E.; Jewell, T. C.; Stein, C. H. (2018): Caregiving attitudes, personal loss, and stress-related growth among siblings of adults with mental illness.
In: Journal of Child and Family Studies 27(4), 1193-1206
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lenz, A.; Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung.
In: Wiegand-Greife, S.; Mattejat, F.; Lenz, A. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern, 269-298
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
[worldcat](#) [inhaltsverz](#) [artikel](#)

- Lenz, A.; Brockmann, E. (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken; Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer.
Göttingen: Hogrefe
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Lenz, A.; Wiegand-Grefe, S. (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd. 23
Göttingen: Hogrefe
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Leonard, B. J. (1991): Siblings of chronically ill children: A question of vulnerability versus resilience.
In: *Pediatric Annals* 20(9), 505-506
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lesch, K.-P. (2020): Legitimierte Zitate aus einem Telefonat des Autors mit Klaus-Peter Lesch im November 2020
- Lesch, K.-P. (2021): Legitimierte Zitate aus dem Mailverkehr des Autors mit Klaus-Peter Lesch im Januar 2021
- Leuzinger-Bohleber, M. (2020): Loving Vincent
In: *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie* 51(2), 227-250
- Levi, P. (1961): Ist das ein Mensch?
(Originalausgabe: *Se questo e un uomo* 1947/1958)
Turin: de Silva / Turin: Einaudi
[worldcat](#)
- Levi, P. (1986): The mirror maker: stories and essays
(Originalausgabe: *Racconti e saggi* 1986)
Turin: La Stampa
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Levine, S. Z.; Levav, I.; Pugachova, I.; Yoffe, R.; Becher, Y. (2016): Transgenerational effects of genocide exposure on the risk and course of schizophrenia: A population-based study.
In: *Schizophrenia Research* 176(2-3), 540-545
[abstract](#) [google-scholar](#)
Bericht zur Studie: Children of holocaust survivors suffer from more severe schizophrenia.
Website: Jerusalem Post, Judy Siegel-Itzkovich, 15.09.2016
[website](#) [artikel](#)
- Lewontin, R. (2003): Biology as ideology: The doctrine of DNA.
Toronto: House of Anansi Press, Erstausgabe 1991
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Lidz, T.; Fleck, S.; Alanen, Y. O.; Cornelison, A. (1963): Schizophrenic patients and their siblings.
In: *Psychiatry* 26(2), 1-18
[auszug](#) [google-scholar](#)

- Lin, T. Y. (1953): A study of the incidence of mental disorder in Chinese and other cultures.
In: Psychiatry 16(4), 313-336
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lin, T. Y. (1966): Mental disorders in Taiwan, fifteen years later. A preliminary report.
Mental Health Unit, World Health Organization, 1-17
Presented at the Conference on Mental Health in Asia and the Pacific, Honolulu, 29
March-1 April 1966
- LIR (2020): Stichwort ‚Resilienz‘
Website: Leibniz-Institut für Resilienzforschung
[website](#) [artikel](#)
- Lively, S.; Friedrich, R. M.; Buckwalter, K. C. (1995): Siblings perception of schizophrenia:
Impact on relationships, roles and health.
In: Issues in Mental Health Nursing 16(3), 225-238
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lively, S.; Friedrich, R. M.; Rubenstein, L. (2004): The effect of disturbing illness behaviors
on siblings of persons with schizophrenia.
In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association 10(5), 222-232
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lobato, D. J.; Kao, B. T. (2002): Integrated sibling-parent group intervention to improve
siblings knowledge and adjustment to chronic illness and disability.
In: Journal of Pediatric Psychology 27, 711-716
[artikel](#) [google-scholar](#)
- López, S. R.; Hipke, K. N.; Polo, A. J.; Jenkins, J. H.; u. a. (2004): Ethnicity, expressed emo-
tion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters.
In: Journal of Abnormal Psychology 113(3), 428-439
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Luerweg, F. (2020): Epigenetik: Psychotherapie für die Gene?
Website: Spektrum.de 23.08.2020
[website](#) [artikel](#)
- Lukens, E. P.; Thorning, H.; Lohrer, S. (2004): Siblings perspectives on severe mental illness:
Reflections on self and family.
In: The American Journal of Orthopsychiatry 74(4), 489-501
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Lukens, E. P.; Thorning, H. (2011): Siblings in families with mental illness.
In: Caspi, J. (Hrsg.): Sibling development – Implications for mental health practitioners
New York: Springer, 195-220
[worldcat](#) [auszug](#)
- Lumey, L. H.; Stein, A. D.; Ravelli, A. C. (1995): Timing of prenatal starvation in women and
birth weight in their first and second born offspring: The Dutch famine birth cohort
study.
In: European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 61(1), 23-
30
[abstract](#) [google-scholar](#)

- MacCourt, P.; Family Caregivers Advisory Committee; Mental Health Commission of Canada (2013): National guidelines for a comprehensive service system to support family caregivers of adults with mental health problems and illnesses.
Website: Mental Health Commission of Canada
[website](#) [publikation](#)
- Maggini, C.; Raballo, A. (2004): Subjective experience of schizotropic vulnerability in siblings of schizophrenics.
In: Psychopathology 37(1), 23-28
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Marsh, D. T.; Dickens, R. M.; Koeske, R. D.; Yackovich, N. S.; u. a. (1993a): Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness.
In: Innovations and Research 2, 17-24
[google-scholar](#)
- Marsh, D. T.; Appleby, N. F.; Dickens, R. M.; Owens, M.; Young, N. O. (1993b): Anguished voices: Impact of mental illness on siblings and children.
In: Innovations and Research 2, 25-34
[google-scholar](#)
- Marsh, D. T.; Lefley, H. P.; Evans-Rhodes, D.; Ansell, V. I.; u. a. (1996): The family experience of mental illness: Evidence for resilience.
In: Psychiatric Rehabilitation Journal, 20(2), 3-12
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Marsh, D. T.; Dickens, R. M. (1997): Troubled journey: Coming to terms with the mental illness of a sibling or parent.
New York : J.P. Tarcher/Putnam; Rezension: Jean K. Bouricius
[worldcat](#) [inhaltsverz](#) [rezension](#)
- Marsh, D. T.; Dickens, R. M. (1998): How to cope with mental illness in your family: A self-care guide for siblings, offspring, and parents.
New York : J. P. Tarcher/Putnam
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Marshall, M. (2020): Roots of mental illness / Die Wurzeln psychischer Krankheit.
In: Nature (581), 19-21
Deutsche Bearbeitung Website: Spektrum.de 20.05.2020
[website](#) [artikel](#)
- Martens, L.; Addington, J. (2001): The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia.
In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 36(3), 128-133
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Massuda, R.; Bücker, J.; Czepielewski, L. S.; Narvaez, J. C.; u. a. (2013): Verbal memory impairment in healthy siblings of patients with schizophrenia.
In: Schizophrenia Research 150(2-3), 580-582
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Mattejat, F.; Lisofsky, B. (1998): Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.
Köln: BALANCE buch+medien verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz](#) [abstract](#)
- Maurin, J. T.; Boyd C. B. (1990): Burden of mental illness on the family: a critical review.
In: Archives of Psychiatric Nursing 4(2), 99-107
[abstract](#) [google-scholar](#)
- McKenzie Smith, M.; Pereira, S. P.; Chan, L.; Rose, C.; Shafran, R. (2018): Impact of well-being interventions for siblings of children and young people with a chronic physical or mental health condition: A systematic review and meta-analysis.
In: Clinical Child and Family Psychology Review 21(2), 246–265
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Mead, G. H. (1934): Mind, self and society
Chicago: University of Chicago Press (jüngste Auflage: 2015)
[worldcat](#)
- Mead, H. G. (1968): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus.
Frankfurt: Suhrkamp
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Mead, H. G. (1969): Philosophie der Sozialität. Aufsätze zur Erkenntnisanthropologie.
Frankfurt: Suhrkamp
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Meissner, W. W. (1970): Sibling relations in the schizophrenic family.
In: Family Process 9(1), 1-25
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Mentally Healthy Schools (2019a): Supporting a sibling affected by family illness.
Website: Wellatschool, Großbritannien
[website](#) [artikel](#)
- Mentally Healthy Schools (2019b): Information, guidance and resources for families with disabled children.
Website: Contact – For families with disabled children, Großbritannien
[website](#) [publikation\(1\)](#) [publikation\(2\)](#)
- Meriden Family Programme (2020): Ensuring families remain at the heart of quality mental health service delivery – Siblings.
Website: The Meriden Family Programme
[website](#) [artikel](#)
- Metzing, S.; Schnepf, W. (2007a): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990 – 2006).
In: Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 20(6), 323-330
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Metzing, S.; Schnepf, W. (2007b): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können.
In: Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 20(6), 331-336
[artikel](#) [google-scholar](#)

- Metzing, S.; Ostermann, O.; u. a. (2018): Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige.
Projektabschlussbericht. Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit
[artikel](#)
- Meyer, D. (2015): „I’m constantly thinking about Bev and her future”: Siblings speak about aging.
Website: Sibling Support Project
[website](#) [artikel](#) [verzeichnis](#)
- Meyer, D. (2019): Aus dem Mailverkehr des Autors mit Don Meyer im April 2019
- Model, N. (1984): Failure to thrive: A mother’s difficulty in meeting the needs of her second baby.
In: Bulletin of the Anna Freud Centre 7(2), 127-131
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Moore, S.; Angel, H.; Levine, J. (2018): Intergenerational transmission of trauma.
12th Annual Promising Practices Conference, Referat
Website: Tarzana Treatment Centers, Los Angeles
[website](#) [referat](#)
- Moorman, M. (1994): Zwiespalt. Meine schizophrene Schwester und ich.
München: Droemer Knaur
Erstausg. (1992): My sister’s keeper: Learning to cope with a sibling’s mental illness.
New York: Norton, Paperback 2002
[worldcat\(dt\)](#) [worldcat\(engl\)](#) [inhaltsverz](#)
- Morrison, P. (1991): Book review I. I. Gottesman u. a.: Schizophrenia genesis: the origins of madness.
In: Scientific American 264(3), 122-124
[artikel](#)
- MPI (2019): Gentest sagt Depressionsrisiko für Kinder und Jugendliche voraus.
Website: Max-Planck-Institut für Psychiatrie München, Presseerklärung 05.04.2019
[website](#) [artikel](#)
- Mucha, L. (1982): „... nur eine Schwester?“
In: Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koenning, K. (Hrsg.): Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen.
Köln: BALANCE buch+medien verlag, Reprint der 3. korr. Auflage von 1995, 56-58
[worldcat](#) [abstract/leseprobe](#) [artikel](#)
- Müller, P. (1999): Therapie der Schizophrenie. Integrative Behandlung in Klinik, Praxis und Rehabilitation.
Stuttgart: Thieme-Verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Müller-Nienstedt, H. R. (1999): Brief an meinen toten Bruder.
In: Sohni, H. (Hrsg.): Geschwisterlichkeit: Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft.
Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 116-127
[worldcat](#) [artikel](#)

- Müller-Nienstedt, H. R.; Müller-Nienstedt, I. (2001): Geschwisterbilder.
In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (11), 51-59
- Mulder, S.; Lines, E. (2005): A sibling's guide to psychosis – Information, Ideas and Resources.
Website: Canadian Mental Health Association (CMHA) Ontario
[website](#) [publikation](#)
- Munkert, M. (2008): „Mittendrin statt nur dabei.“ – Das Besondere am Miterleben an der psychischen Erkrankung als Schwester oder Bruder.
Diplomarbeit, Hochschule Rhein-Main, Fachbereich Sozialwesen
[dokument](#)
- Munkert, M.; Peukert, R. (2009a): Wenn die Geschwisterliebe auf eine harte Probe gestellt wird – aufwachsen mit einer psychisch kranken Schwester bzw. mit einem psychisch kranken Bruder. Auswertung des ersten hessischen Geschwistertreffens.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Munkert, M.; Peukert, R. (2009b): Sie fördern und sie fordern uns – Das Drama, eine gesunde Schwester oder ein gesunder Bruder zu sein.
Auswertung des ersten hessischen Geschwistertreffens, Kurzfassung.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)

N-O

- Naber, D. (1999): Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten.
Bremen: Uni-Med Verlag; 2. Auflage 2000
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- NAMI (2016): Circle of Care: A Guidebook for Mental Health Caregivers.
Website: The National Alliance on Mental Illness (NAMI) Headquarter
[website](#) [publikation](#) [verzeichnis](#)
- NAMI (2018): Coping tips for siblings and adult children of persons with mental Illness.
Website: The National Alliance on Mental Illness (NAMI) Maryland
[website](#) [artikel\(1\)](#) [artikel\(2\)](#)
- NAMI (2020): How Providers can Help Families.
Website: The National Alliance on Mental Illness (NAMI) Headquarter
[website](#) [artikel](#)
- Natan, T. (1981): Second generation Holocaust survivors in psycho-social research.
In: Dapim Leheker Tkufat Hashoa 2, 13-26 (hebräisch)
[google scholar](#)
- N. N. (2018): Aus dem Mailverkehr des Autors mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater im Juni 2018
- Nechmad, A.; Fenning, S.; Ternochiano, P.; u. a. (2000): Siblings of schizophrenic patients – a review.
In: The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 37(1), 3-11
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Neurologen und Psychiater im Netz (2019): Mögliche Ursachen für Suizidabsichten und Suizid bei Kindern und Jugendlichen.
Website: Neurologen und Psychiater im Netz
[website](#) [artikel](#)
- Newman, G. (1966): Younger brothers of schizophrenics.
In: *Psychiatry* 29(2), 146-151
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Niendam, T. A.; Bearden, C. E.; Rosso, I. M.; Sanchez, L. E.; u. a. (2003): A prospective study of childhood neurocognitive functioning in schizophrenic patients and their siblings.
In: *The American Journal of Psychiatry* 160(11), 2060-2062
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Nir, B. (2018): Transgenerational transmission of holocaust trauma and its expressions in literature.
In: *Genealogy* 2(4), 49
[artikel](#) [google-scholar](#)
- O'Donovan, M. C. (2015): What have we learned from the Psychiatric Genomics Consortium?
In: *World Psychiatry* 14(3), 291-293
[artikel](#) [google-scholar](#)
- O'Leary, D. (2015): Epigenetic change: Lamarck, wake up, you're wanted in the conference room!
Website: Evolution News & Science Today
[website](#) [artikel](#)
- Onwumere, J.; Parkyn, G.; Learmonth, S.; Kuipers, E. (2019): The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships.
In: *Psychology and Psychotherapy* 92(1), 1-19
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Osuchowska-Kościjańska, A.; Charzyńska, K.; Chadzyńska, M.; u. a. (2014): Sense of coherence and ways of coping in the relationship with brother or sister in healthy siblings of mentally ill persons.
In: *Psychiatria Polska* 48(2), 371-382
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Owen, M. J.; O'Donovan, M. C. (2017): Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: Evidence from genomics.
In: *World Psychiatry* 16(3), 227-235
[artikel](#) [google-scholar](#)

P

- Parens, H. (1988): Siblings in early childhood: Some direct observational findings.
In: *Psychoanalytic Inquiry* 8(1), 31-50
[auszug](#) [google-scholar](#)

- Parker, B. (1972): A mingled yarn: Chronicle of a troubled family.
New Haven: CE Yale University Press
[worldcat](#) [interview](#)
Deutsche Ausgabe Mitscherlich, A. (Hrsg.) (1975): Chronik einer gestörten Familie.
Frankfurt: Suhrkamp
[worldcat](#)
- Pearlin, L.; Schooler, C. (1978): The structure of coping.
In: Journal of Health and Social Behavior 19(1), 2-21
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Peer Support Canada (2019):
Mitteilung der Organisation an den Autor im Juni 2019
- Pembrey, M. E.; Bygren, L. O.; Kaati, G.; Edvinsson, S.; u. a. (2006): Sex-specific, male-line transgenerational responses in humans.
In: European Journal of Human Genetics 14, 159-166
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Peukert, H. (2020): Mein schizophrener Bruder, sein Vermächtnis und Erkenntnisse über ‚das Sein‘.
Website: Forum des GeschwisterNetzwerks
[website](#) [artikel](#)
- Peukert, R. (2001): Soziale Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker – wer ist schuld? Der Patient, die Angehörigen, die medizinische Versorgung oder Vorurteile in der „Normal-Gesellschaft“?
In: Recht und Politik im Gesundheitswesen (Zeitschrift der GRPG), Sonderheft, 15-24
[artikel](#)
- Peukert, R. (2003): Geschwister teilen alles? Eindrücke vom ersten Treffen einiger Geschwister psychisch kranker Menschen.
In: Psychosoziale Umschau 4, 35-37
[artikel](#)
- Peukert, R. (2004): Sinn und Möglichkeiten der Prävention bei psychischen Erkrankungen.
In: Aktion psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, R.; Kunze, H.; Peukert, R. (Hrsg.): Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung.
Bonn: APK, Tagungsband 31, 31-61
[publikation](#)
- Peukert, R. (2008a): Geschwister sind auch Angehörige – wie die anderen auch, aber doch anders.
In: Binder, W.; Bender, W. (Hrsg.): Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg zu einer Dialogischen Psychiatrie.
Köln: Claus Richter Verlag, 105-127
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Peukert, R. (2008b): Endlich kommen wir auch mal zu Wort! – Überlegungen im Anschluss an das Geschwistertreffen in Hamburg am 19.04.2008; Kurzfassung.
In: Psychosoziale Umschau 3, 36-37
[publikation](#) [artikel](#)

- Peukert, R. (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz der Angehörigen.
In: Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K.: 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn.
Köln: Psychiatrie Verlag, 76-87
[worldcat](#) [inhaltsverz](#) [abstract/leseprobe](#)
- Peukert, R. (2017a): Erlebte, gelebte, erlittene Verantwortung von Schwestern und Brüdern eines psychisch erkrankten Geschwisters.
In: Aktion psychisch Kranke; Weiß, P.; Heinz, A. (Hrsg.): Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen.
Bonn: APK, Tagungsband 43, 168-190
[publikation](#) [artikel](#)
- Peukert, R.; Simon, H. (2017b): Wir sind übrigens auch noch da! Ich bin a u c h Dein Kind.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Peukert, R. (2017c): GeschwisterNetzwerk gegründet.
In: Psychosoziale Umschau 3, 26
[publikation](#) [artikel](#)
- Peukert, R. (2019a): Raum für eigene Bedürfnisse.
In: Psychosoziale Umschau 1, 44
[publikation](#) [artikel](#)
- Peukert, R. (2019b): Geschwister nehmen das Leben als Schwester oder Bruder eines psychisch erkrankten Menschen in die eigenen Hände.
In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, P.; Fegert, J.M. (Hrsg.): Planen – umsetzen – bewerten. Psychiatriepolitik gestalten.
Bonn: APK, Tagungsband 45, 103-113
[publikation](#) [artikel](#)
- Peukert, R.; Julius, L. (2019c): Ich bin a u c h Dein Kind. Seminarbericht.
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [artikel](#)
- Pfersdorf, S. (2020): Was die Eltern hinterlassen.
In: Psychologie Heute (3), 37-40
[abstract](#)
- Pickett, K. E.; Wilkinson, R. G. (2015): Income inequality and health: a causal review.
In: Social Science & Medicine 128, 316-326
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Pitman, E.; Matthey, S. (2004): The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or siblings.
In: The American Journal of Orthopsychiatry 74(3), 383-388
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Pitschel-Walz, G.; Leucht, S.; Bäuml, J.; Kissling, W.; Engel, R. R. (2001): The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis.
In: Schizophrenia Bulletin 27(1), 73-92
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Podbregar, N. (2009): Erste Karte der individuellen menschlichen Genvariationen.
 Website: scinexx.de, 08.10.2009
[website](#) [artikel](#)
- Pogany Wnendt, P. (2012): Jüdisch sein zu müssen, ohne es wirklich sein zu können – Ein Identitätsdilemma im Lichte des Holocaust.
 In: Kaufhold, R. (2012): Jüdische Identitäten in Deutschland nach dem Holocaust. Psychoanalyse, Texte zur Sozialforschung 16(1), 64-81
 Lengerich: Pabst Science Publishers
[worldcat](#)
- Pollack, M.; Woerner, M. G.; Goldberg, P.; Klein, D. F. (1969): Siblings of schizophrenic and nonschizophrenic psychiatric patients. Psychopathology and gender concordance.
 In: Archives of General Psychiatry 20(6), 652-658
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Pollin, W.; Stabenau, J. R.; Tupin, J. (1965): Family studies with identical twins discordant for schizophrenia.
 In: Psychiatry 28(1), 60-78
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Popovic, D.; Goldberg, S.; Fenchel, D.; Frenkel, O.; u. a. (2018): Risk of hospitalization for psychiatric disorders among siblings and parents of probands with psychotic or affective disorders: A population-based study.
 In: European Neuropsychopharmacology 28(3), 436-443
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Pretorius, I.-M. (2020): Vom Egoismus zur Freundschaft und Teilnahme an einer menschlichen Gemeinschaft. Anna Freuds Verständnis der Geschwisterbeziehungen.
 In: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie 51(2), 145-164
- Prins, S. (2004a): Legitimierte Zitate aus dem Mailverkehr des Autors mit Sibylle Prins 15.08.2004
- Prins, S. (2004b): „Mein Leben ist doch verpfuscht“ – Selbst- und Fremdstigmatisierung aus der Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen.
 Von der Autorin zur Verfügung gestelltes Vortragsmanuskript
- Prins, S. (2005): Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene: Erfahrungen und Überlegungen einer Psychiatrie-Erfahrenen / Die eigene Familie mit niemandem tauschen.
 In: Kerbe (3), 17-18
[publikation](#)
- Psychyrembel Online (2020a): Expressed-Emotion-Konzept (EE-Konzept)
 Website: Psychyrembel
[website](#) [artikel](#)
- Psychyrembel-Online (2020b): Continuous Performance Test (CPT)
 Website: Psychyrembel
[website](#) [artikel](#)

- Pschyrembel-Online (2020c): Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth Edition, deutsche Fassung (WISC-V)
 Website: Pschyrembel
[website](#) [artikel](#)
- Pschyrembel-Online (2020d): Wisconsin Card Sorting Test (WCST)
 Website: Pschyrembel
[website](#) [artikel](#)
- Pschyrembel-Online (2020e): PANSS (Skala für Positiv- sowie Negativ-Symptome)
 Website: Pschyrembel
[website](#) [artikel](#)
- Pschyrembel-Online (2020f): Global Assessment of Functioning (GAF)
 Website: Pschyrembel
[website](#) [artikel](#)
- Pschyrembel-Online (2020g): Premorbid Adjustment Scale
 Website: Pschyrembel
[website](#) [artikel](#)
- Puglia, M. H.; Connelly, J. J.; Morris, J. P. (2018): Epigenetic regulation of the oxytocin receptor is associated with neural response during selective social attention.
 In: Translational Psychiatry 8(1), Article 116
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Pulakos, J. (1989): Young adult relationships: Siblings and friends.
 In: The Journal of Psychology 123(3), 237-244
[abstract](#) [google-scholar](#)

Q - R

- Reinstädler, J.; Pronkevich, O. (Hrsg.) (2018): (Audio-)Visual Arts and Trauma: From the East to the West.
 Saarbrücken: universaar (Universitätsverlag des Saarlandes)
[worldcat](#) [ebook](#)
- Rennert, M. (2012): Co-Abhängigkeit: was Sucht für die Familie bedeutet.
 Freiburg: Lambertus, 3. Auflage
[worldcat](#) [auszug](#)
- Rethink Mental Illness (2010): Seen, heard, valued: young people focused mental health care.
 Website: Rethink Mental Illness
 Abruf: Dezember 2018; Artikel nicht mehr verfügbar
- Rethink Mental Illness (2018): Support for siblings of mentally ill people.
 Website: Rethink Mental Illness
 Abruf: Dezember 2018; Artikel nicht mehr verfügbar
- Rethink Mental Illness (2021): About us
 Website: Rethink Mental Illness
[website](#) [artikel](#)

- Ribeiro, W. S.; Bauer, A.; Andrade, M. C. R.; York-Smith, M.; u. a. (2017): Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: A systematic review and meta-analysis.
In: *The Lancet Psychiatry* 4(7), 554-562
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Riebschleger, J. L. (1991): Families of chronically mentally ill people: Siblings speak to social workers.
In: *Health & Social Work* 16(2), 94-103
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Rinneberg, C.; Rinneberg, M. (2019): Retrograde Amnesie.
Stern-Gespräch Geisler, A.; Schneider, M.
In: *Stern* 5, 44-47
[artikel](#)
- Roberts, R. M.; Ejova, A.; Giallo, R.; Strohm, K.; Lillie, M. E.; Fuss, B. (2015): A controlled trial of the SibworkS group program for siblings of children with special needs.
In: *Research in Developmental Disabilities* (43-44), 21-31
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Roberts, R. M.; Ejova, A.; Giallo, R.; Strohm, K.; Lillie, M. E. (2016): Support group programme for siblings of children with special needs: Predictors of improved emotional and behavioural functioning.
In: *Disability and Rehabilitation* 38(21), 2063-2072
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Romer, G. (2020): „Brüderlich und schwesterlich“ – Psychodynamische und familiendynamische Aspekte der Geschwisterbeziehung.
In: *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie* 51(2), 183-208
- Ross, H. G.; Milgram, J. L. (1982): Important variables in adult sibling relationships: A qualitative study.
In: Lamb, ME.; Sutton-Smith, B. (Hrsg.): *Sibling relationships: Their nature and significance across lifespan*.
Hillsdale: Erlbaum
[worldcat](#) [abstract](#)
- Rossi, A. S.; Rossi, P. H. (1990): *Off human bonding: Parent-child relations across the life course*.
New York: Aldine de Gruyter
[worldcat](#) [auszug](#)
- Rotter, J. B.; Seeman, M.; Liverant, S. (1962): Internal versus external control of reinforcement. A major variable in behavior theory.
In: Washburne, N.F. (Hrsg.): *Decisions, Values and Groups II*.
London, Oxford: Pergamon, 473-516
[worldcat](#) [inhaltsver](#) [google-scholar](#) (bezugnehmender Artikel)

- Rubenstein, L.; Friedrich, R. M.; Lively, S.; Buckwalter, K. (2002): The Friedrich-Lively Instrument to assess the impact of schizophrenia on siblings (FLIIS): Part II – reliability and validity assessment.
In: Journal of Nursing Measurement 10, 231-248
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Rudeck, R. (2012): Helft uns, Geschwister zu sein!
In: SOS-Dialog, Themenheft Geschwister, 4-8
[publikation](#)
- Rudnitzki, G.; Huber, R. (1977): Kooperationsformen für die psychotherapeutische Versorgung im Aufgabenbereich des niedergelassenen Arztes.
In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 27(2), 43-48
[google-scholar](#)
- Rütschi, G. (2018): Erben. Büchse der Pandora.
München: Bucher
[worldcat](#) [abstract/leseprobe](#)
- Rummel-Kluge, C.; Pitschel-Walz, G.; Hansen, W. P.; Helbig, A.; u. a. (2007): „Peer to Peer“-Psychoedukation. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.
In: Bäuml, J.; Pitschel-Walz, G. (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe ‚Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen‘.
Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, 308-314
[worldcat](#) [abstract](#) [inhaltsverz/leseprobe](#)
- Rutter, M. (2011): Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: Concepts, findings, challenges and potential.
In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 52(6), 647-660
[abstract](#) [google-scholar](#)

Sa-Sh

- Sachser, N.; Lesch, K.-P. (2013): Das Zusammenspiel von Genotyp und Umwelt bei der Entwicklung von Furcht und Angst.
In: Neuroforum 19(3), 104-109
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Samstag, F. (2017): Legitimiertes Zitat aus einem Telefonat des Autors mit Friederike Samstag im Nov. 2017
- Samstag, K. (2017): Legitimiertes Zitat aus dem Mailverkehr des Autors mit Kerstin Samstag im Dez. 2017
- Samstag, K; Samstag, F. (2018): Wahnsinn um die drei Ecken. Eine Familiengeschichte.
Köln: BALANCE buch+medien verlag; Rezension von Thomas Lampert
[worldcat](#) [abstract/leseprobe](#) [rezension](#)
- Samuels, L.; Chase, L. (1979): The well siblings of schizophrenics.
In: The American Journal of Family Therapy 24, 24-35
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Sanders, A.; Szymanski, K.; Fiori K. (2014): The family roles of siblings of people diagnosed with a mental disorder: heroes and lost children.
In: International Journal of Psychology 49(4), 257-262
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Scelles, R. (1997): The impact of a person's disability on his or her sibling.
In: International Journal of Rehabilitation Research 20(2), 129-137
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Schepker, R. (1998): Sinnggebung in der Migration: Jugendliche Winner und Loser aus der türkeistämmigen Minorität.
In: Kiesel, D.; von Lüpke, H. (Hrsg.): Vom Wahn und vom Sinn. Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft.
Frankfurt: Brandes und Apsel, 87-101
[worldcat](#)
- Schizophrenia.com (2020a): About us.
Website: [schizophrenia.com](#)
[website](#) [artikel](#)
- Schizophrenia.com (2020b): Preventing schizophrenia – tactics and risk reduction strategies.
Website: [schizophrenia.com](#)
[website](#) [artikel](#)
- Schleim, S. (2019): Wieder Augenwischerei zur Genetik der Depression.
Website: Telepolis, 08.04.2019
[website](#) [artikel](#)
- Schliebener, G. (2019): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.
Gesprächsrunde 2: Nutzerinnen und Nutzer, Selbsthilfe.
In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, P.; Fegert, J.M. (Hrsg.): Planen – umsetzen – bewerten. Psychiatriepolitik gestalten.
Bonn: APK, Tagungsband 45, 55-57
[publikation](#)
- Schmid, R.; Peukert, R. (2003): Auch Geschwister sind Angehörige.
Protokoll vom Werkstatt-Tag des BApK, Workshop 3
Website: [GeschwisterNetzwerk.de](#)
[website](#) [artikel](#)
- Schmid, R.; Spießl, H.; Peukert, R. (2004a): „Außen vor und doch mitten drin“ – Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker.
In: Psychiatrische Praxis 31(5), 225-227
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Schmid, R. (2004b): Das Besondere am Miterleben einer psychischen Erkrankung als Schwester oder Bruder.
In: LV Bayern ApK Tagungsband 2004, 87-109
[artikel](#)

- Schmid, R.; Spießl, H.; Cording, C. (2005a): Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker.
In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 73(12), 736-749
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Schmid, R., Spießl, H., Cording, C. (2005b): Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker.
In: Psychiatrische Praxis 32(6), 272-280
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Schmid, R., Schielein, T.; Spießl, H., Cording, C. (2006): Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten.
In: Psychiatrische Praxis 33(4), 177-183
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Schmid, R.; Schielein, T.; Binder, H.; Hajak, G.; Spießl, H. (2009): The forgotten caregivers: Siblings of schizophrenic patients.
In: International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 13(4), 326-337
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Schmidt-Denter, U. (1984): Die soziale Umwelt des Kindes. Eine ökopsychologische Analyse.
Berlin: Springer Verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz/leseprobe](#)
- Schmidt-Denter, U. (1988): Soziale Entwicklung: Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Laufe des menschlichen Lebens.
München und Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Schneewind, K. A. (2010): Familienpsychologie.
Stuttgart: Kohlhammer
[abstract](#) [inhaltsverz](#)
- Schore, A. N. (2003): Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind.
In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung.
Bern: Verlag Hans Huber, 3. korr., überarb. und erw. Auflage, 49-80
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Schrank B.; Sibitz, I.; Schaffer, M.; Amering, M. (2007): Zu Unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen.
In: Neuropsychiatrie 21(3), 216-225
[abstract](#) [artikel](#) [google-scholar](#)
- Schulze-Mönking, H. (1993): Ist hohes emotionales Engagement ein Synonym für problematisches Angehörigenverhalten?
In: Mundt, C.; Kick, H.; Fiedler, P. (Hrsg.): Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie.
Regensburg: Roderer-Verlag, 61-71
[worldcat](#)

- Schwabe, A.; Wendel, C. (2010): Dimensionen des Verlusterlebens pflegender Angehöriger von Alzheimer-Demenzkranken Menschen.
11. Nachwuchswissenschaftlerkonferenz 14.04.2010; Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Studiengang Rehabilitationspsychologie
[referat](#) [google-scholar](#)
- Schwartz, C. G. (1957): Perspectives on deviance: Wives' definitions of their husbands' mental illness.
In: Psychiatry – Journal for the Study of Interpersonal Processes 20, 275-291
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Schwartz, C.; Gidron, R. (2002): Parents of mentally ill adult children living at home: Rewards of caregiving.
In: Health and Social Work 27(2), 145-154
[abstract](#) [google-scholar](#)
- SDQ Info (2020): What is the SDQ?
Website: SDQ Info
[website](#) [artikel](#)
- Secunda, V. (1997): When madness comes home – help and hope for the children, siblings, and partners of the mentally ill.
New York: Hyperion / Hachette Books
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Segev, T. (1995): Die siebte Million. Der Holocaust und Israels Politik der Erinnerung.
Hamburg: Rowohlt
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Seifert, J. (2018): Einige Gedanken zum innerfamiliären Dialog.
Symposium anlässlich des 30-jährigen Jubiläums des Landesverbandes Hessen der Angehörigen psychisch Kranker am 11.08.2018 in Wiesbaden.
Website: LV Hessen der Angehörigen psychisch Erkrankter
[website](#) Abruf: 07.08.2021; Artikel nicht mehr verfügbar
- Seiffge-Krenke, I.; Boeger, A.; Schmidt, C.; u. a. (1996): Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen.
Stuttgart: Kohlhammer
[worldcat](#) [abstract](#) [inhaltsverz](#)
- Seiffge-Krenke, I. (2001): Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung.
In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (6), 421-439
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Seligman, M. (1988): Psychotherapy with siblings of disabled children.
In: Kahn, M.D.; Lewis, K.G. (Hrsg.): Siblings in therapy: Life span and clinical issue.
New York: Norton, 167-189
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)

- Sellwood, W.; Tarrier, N.; Quinn, J.; Barrowclough, C. (2003): The family and compliance in schizophrenia: The influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotions.
In: *Psychological Medicine* 33(1), 91-96
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Seltzer, M. M.; Greenberg, J. S.; Krauss, M. W.; Gordon, R. M.; Judge, K. (1997): Siblings of adults with mental retardation or mental illness: Effects on lifestyle and psychological well-being.
In: *Family Relations* 46(4), 395-405
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Settersten, R. A. (Hrsg.) (2003): *Invitation to the life course: Toward new understandings of later life.*
New York: Baywood Publishing
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Shapiro, D. I.; Marenco, S.; Spoor, E. H.; Egan, M. F.; Weinberger, D. R.; Gold, J. M. (2009): The Premorbid Adjustment Scale as a measure of developmental compromise in patients with schizophrenia and their healthy siblings.
In: *Schizophrenia Research* 112(1-3), 136-142
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Shenton, M. E.; Solovay, M. R.; Holzman, P. S.; Coleman, M.; Gale, H. J. (1989): Thought disorder in the relatives of psychotic patients.
In: *Archives of General Psychiatry* 46(10), 897-901
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Shmotkin, D.; Shrira, A.; Goldberg, S. C.; Palgi, Y. (2011): Resilience and vulnerability among aging holocaust survivors and their families: An intergenerational overview.
In: *Journal of Intergenerational Relationships* 9(1), 7-21
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Shoah Resource Center (2019): *Survivors, second generation of children born after World War II.*
Website: Yad Vashem
[website](#) [artikel](#)

Sí-Sz

- SiblingsAustralia (2006): *Siblings of children with special needs.*
Published by Learning Links Australia (www.learninglinks.org.au)
Website: Siblings Australia
[website](#) Abruf 20.12.2020, Artikel nicht mehr verfügbar
- SiblingsAustralia (2016): *Response by SiblingsAustralia to: Designing the new integrated carer support service – Discussion paper.*
Website: Siblings Australia
[website](#) [artikel](#)

- SiblingsAustralia (2017a): Draft Service Delivery Model (Draft Model) for a future carer support system. Submissions.
Website: Siblings Australia
[website](#) [artikel](#)
- SiblingsAustralia (2017b): Siblings or Carer?
Website: Siblings Australia
[website](#) Abruf 20.12.2020, Artikel nicht mehr verfügbar
- SiblingsAustralia (2019): What we do: '1st National Conference for SiblingsAustralia', Adelaide, 2004
Website: Siblings Australia
[website](#) Abruf 20.12.2020, Artikel nicht mehr verfügbar
- SiblingsAustralia (2020): Stronger Siblings, Stronger Families Project.
Website: Siblings Australia
[website](#) Abruf 20.12.2020, Artikel nicht mehr verfügbar
- SiblingSupport (2020): The Sibling Support Project.
Website: Sibling Support Project
[website](#)
- Sibs (2020): Self-care for siblings - An e-book for adult siblings in the UK who have grown up with a disabled brother or sister.
Website: Sibs – For brothers and sisters of disabled children and adults
[website](#) [publikation](#)
- Sidhu, R.; Passmore, A.; Baker, D. (2006): The effectiveness of a peer support camp for siblings of children with cancer.
In: Pediatric Blood & Cancer 47(5), 580-588
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Simmel, G. (1905): Die Probleme der Geschichtsphilosophie; Eine erkenntnistheoretische Studie.
Leipzig: Verlag von Duncker & Humblot, 2. veränderte Auflage
[worldcat](#) [book](#)
- Simon, C. (1997): Mad House – Growing Up in the Shadow of Mentally Ill Siblings.
New York: Doubleday
[worldcat](#) [auszug/inhaltsverz](#)
- Simon, H. (2010): Geschwister psychisch Kranker. Entwicklung eines quantitativen Fragebogens auf Grundlage einer Analyse eigener und bereits vorliegender qualitativer Forschungsergebnisse und der Literatur.
Masterthesis, Hochschule Rhein-Main, Fachbereich Sozialwesen
[dokument](#)
- Sin, J.; Moone, N.; Wellman, N. (2005): Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – listening to their experiences and needs.
In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12(5), 589-597
[abstract](#) [google-scholar](#)

- Sin, J.; Moone, N.; Newell, J. (2007): Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention.
In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14(3) , 282-290
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Sin, J.; Moone, N.; Harris, P. (2008): Siblings of individuals with first-episode psychosis. Understanding their experiences and needs.
In: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 46(3) , 33-40
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Sin, J.; Moone, N.; Harris, P.; Scully, E.; Wellman, N. (2012): Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis. A phenomenological study.
In: Early Intervention in Psychiatry, 6(1), 53-59
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Sin, J.; Henderson, C.; Pinfold, V.; Norman, I. (2013): The E Sibling Project – exploratory randomized controlled trial of an online multi-component psychoeducational intervention for siblings of individuals with first episode psychosis.
In: BMC (Biomed Central) Psychiatry 13, Article 123
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Sin, J.; Henderson, C.; Norman, I. (2014): Usability of online psychoeducation for siblings of people with psychosis
In: International Journal of Technology Assessment in Health Care 30(4), 1-7
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Sin, J.; Jordan, C.; Barley, E.; Henderson, C.; Norman, I. (2015): Psychoeducation for siblings of people with serious mental illness (Systematic review protocol)
Website: Cochrane Database of Systematic Reviews
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Sin, J.; Murrells, T.; Spain, D.; Norman, I.; Henderson, C. (2016): Wellbeing, mental health knowledge and caregiving experiences of siblings of people with psychosis, compared to their peers and parents: an exploratory study.
In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 51(9), 1247-1255
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Singh, T.; Kurki, M. I.; Curtis, D.; Purcell, S. M.; u. a. (2016): Rare loss-of-function variants in SETD1A are associated with schizophrenia and developmental disorders.
In: Nature Neuroscience 19(4), 571-577
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Smith, G. C.; Hatfield, A. B.; Miller, D. C. (2000): Planning by older mothers for the future care of offspring with serious mental illness.
In: Psychiatric Services (Washington DC) 51(9), 1162-1166
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Smith, M. J.; Greenberg, J. S. (2007): The effect of the quality of sibling relationship on the life satisfaction of adults with schizophrenia.
In: Psychiatric Services (Washington, DC) 58(9), 1222-1224
[artikel](#) [google-scholar](#)

- Smith, M. J.; Greenberg, J. S. (2008): Factors contributing to the quality of sibling relationships for adults with schizophrenia.
In: Psychiatric Services (Washington DC) 59(1) 57-62
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Smith, L.; Onwumere, J.; Craig, T.; Kuipers, E.; u. a. (2014): Mental and physical illness in caregivers: Results from an English national survey sample.
In: The British Journal of Psychiatry 205(3), 197-203
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Sohni, H. (Hrsg.) (1999): Geschwisterlichkeit: Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft.
Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
[worldcat](#) [book](#)
- Sohni, H. (2011): Geschwisterdynamik.
Gießen: Psychosozialverlag
[worldcat](#) [inhaltsverz/leseprobe](#)
- Spilger, T.; Möller, B. (2013): Begleiten der Geschwister chronisch kranker und behinderter Kinder (Teil 1)
In: Kinder- und Jugendmedizin 6, 454-455
- Spilger, T.; Podeswik, A.; Kowalewski, K. (2014): Begleiten von Geschwistern chronisch kranker und behinderter Kinder (Teil 2)
In: Kinder- und Jugendmedizin 1, 53-54
- Spiro, P; Spiro, C. (2018): A burden to be well. Sisters and brothers of the mentally ill.
Website: American RadioWorks, ab Min. 07:15, Interview Karen Brown
[website](#) [artikel/audio](#)
- Spring, B. J. (1980): Shift of attention in schizophrenics, siblings of schizophrenics, and depressed patients.
In: The Journal of Nervous and Mental Disease 168(3), 133-140
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Ståhlberg, G.; Ekerwald, H.; Hultman, C. M. (2004): At Issue: Siblings of patients with schizophrenia: sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity.
In: Schizophrenia Bulletin 30(2), 445-458
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Stark, F. M.; Buchkremer, G. (1992): Die Therapeut-Patienten-Beziehung in der Therapie schizophrener Patienten: Beurteilung durch Patienten und Therapeuten.
In: Zeitschrift für Klinische Psychologie (und Psychotherapie) 21(2), 209-223
- Stern, D. N. (1985): The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology.
New York: Basic Books
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Stiftung Familienbande (2020): LARES-Früherkennungstool für Geschwisterkinder zur Ermittlung der Leidens- und Belastungsintensität.
Website: Stiftung Familienbande
[website](#) [materialien](#)

- Strauss, A. L.; Corbin, J. M. (1996): Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung
Weinheim: Beltz
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Strohm, K. E. (2002): Siblings: Brothers and sisters of children with special needs.
Adelaide: Wakefield Press
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Strohm, K. E. (2017): Aus dem Mailverkehr des Autors mit Kate Strohm im Nov. 2017
- Su, J.; Shen, H.; Zeng, L. L.; Qin, J.; Liu, Z.; Hu, D. (2016): Heredity characteristics of schizophrenia shown by dynamic functional connectivity analysis of resting-state functional MRI scans of unaffected siblings.
In: Neuroreport 27(11), 843-848
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Suggs, P. K. (1989): Predictors association among older siblings: A Black/White comparison.
In: American Behavioral Scientist 33(1), 70-80
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Sullivan, P. F.; Kendler, K. S.; Neale, M. C. (2003): Schizophrenia as a complex trait: Evidence from a meta-analysis of twin studies.
In: Archives of General Psychiatry 60(12), 1187-1192
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Sullivan, P. F. (2017): How good were candidate gene guesses in schizophrenia genetics?
In: Biological Psychiatry 82 (10), S. 696-697
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Sullivan, P. F.; Agrawal, A.; Bulik, C. M.; u. a. (2018): Psychiatric Genomics: An Update and an Agenda.
In: The American Journal of Psychiatry 175(1), 15-27
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Sullivan, P. F.; Geschwind, D. H. (2019): Defining the genetic, genomic, cellular, and diagnostic architectures of psychiatric disorders.
In: CellPress 177(1), 162-183
[artikel](#) [google-scholar](#)
- SWR2 (2017a): ‚Unwertes Leben‘ – Kindstötungen im Dritten Reich.
Website: SWR2 Wissen, 24.03.2017
[website](#) [abstract/audio](#)
- SWR2 (2017b): Der lange Arm von Scham und Schuld.
Website: SWR2 Wissen, 08.03.2017
Aktualisiert unter dem Titel:
Wie die Nazis meinen Opa umbrachten – eine totgeschwiegene Familiengeschichte.
Website: SWR2 Leben & Gesellschaft, 18.07.2019
[website](#) [abstract/audio](#)

SWR2 (2020): Erinnern ohne Grab? Paul Gidius' Mutter und die NS-Euthanasie.

Website: SWR2 Leben & Gesellschaft, 24.01.2020

[website](#) [abstract/audio](#)

Symons, P. (2003): Participating in a NIMH schizophrenia sibling study: One family's journey toward hope.

In: How siblings and children deal with mental illness (2007), 9-10

Website: The National Alliance on Mental Illness (NAMI) Maryland

[website](#) [artikel](#) [verzeichnis](#)

T

Taubner, S.; Stumpe, A.; Löffler-Stastka, H. (2009): SWAP-200 - Shedler-Westen Assessment Procedure 200 - deutsche Fassung

Website: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)

[artikel](#) [google-scholar](#)

Taylor, V.; Fuggle, P.; Charman, T. (2001): Well sibling psychological adjustment to chronic physical disorder in a sibling: How important is maternal awareness of their illness attitudes and perceptions?

In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 42(7), 953-962

[abstract](#) [google-scholar](#)

Taylor, J. L.; Greenberg, J. S.; Seltzer, M. M.; Floyd, F. J. (2008): Siblings of adults with mild intellectual deficits or mental illness: Differential life course outcomes.

In: Journal of Family Psychology 22(6), 905-914

[artikel](#) [google-scholar](#)

Tebartz van Elst, L.; Riedel, A.; Biscaldi, M. (2015): DSM-5 entwickelt neue Konzepte. Autismus-Spektrum-Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie.

In: NeuroTransmitter 26(14 S), 34-39

[abstract](#) [google-scholar](#)

Teicher, M. H.; Samson, J. A.; Anderson, C. M.; Ohashi, K. (2016): The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity.

In: Nature Reviews Neuroscience 17(10), 652-666

[abstract](#) [google-scholar](#)

Thompson, R. J.; Berenbaum, H.; Bredemeier, K. (2011): Cross-sectional and longitudinal relations between affective instability and depression.

In: Journal of Affective Disorders 130(1-2), 53-59

[artikel](#) [google-scholar](#)

Tienari, P.; Wynne, L. C.; Moring, J.; Lahti, I.; u. a. (1994): The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research.

In: The British Journal of Psychiatry 23(4), 20-26

[abstract](#) [google-scholar](#)

Tinbergen, S. (1996): Siegfried – Stimmen in meinem Kopf.

Dokumentarfilm, ZDF 37° (1997).

Website: S. Tinbergen

[website](#) [abstract](#)

- Tinbergen, S. (1997): Siegfried – mein schizophrener Bruder.
Dokumentarfilm, 3Sat (05.04.1998)
Website: S. Tinbergen
[website](#) [abstract](#)
- Tinbergen, S. (2005): Siegfried – Geister, die ich rief.
Dokumentarfilm, Arte (2005)
Website: S. Tinbergen
[website](#) [abstract](#)
- Titelman, D. (1989): The role of internalization in the relationship with a schizophrenic sibling.
Stockholm: Stockholm University
[worldcat](#)
- Titelman, D. (1991): Grief, guilt and identification in siblings of schizophrenic individuals.
In: Bulletin of the Menninger Clinic 55(1), 72-84
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Titelman, D.; Nilsson, A. (1992a): Are siblings of schizophrenic individuals psychologically disturbed? A perceptgenetic inquiry.
In: Acta Psychiatrica Scandinavia 86(5), 411-417
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Titelman, D. (1992b): To be a sibling of a schizophrenic individual: experiential studies.
Dissertation Stockholm University
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Titelman, D. (1997): Survivor siblings, the case of schizophrenia: A response to „Impact of adolescent suicide on siblings and parents” by Brent, Moritz, Bridge, Perper, and Canobbio.
In: Suicide and Life-Threatening Behavior 27(3), 323-325
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Titelman, D. (2006): Primo Levi’s loneliness: Psychoanalytic perspectives on suicide-nearness
In: The Psychoanalytic Quarterly 75(3), 835-858
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Tolstoi, L. (1877): Anna Karenina
Berlin: epubli; E-Book 2017
[worldcat](#) [auszug](#)
- Torti, M. C.; Buzzanca, A.; Squarcione, C.; Salerno, C.; u. a. (2013): Schizotypy and personality profiles of Cluster A in a group of schizophrenic patients and their siblings.
In: BMC (Biomed Central) Psychiatry 13, Article 245
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Tossmann, H.-P. (1987): Alkoholstörung und Familienatmosphäre. Welche Erfahrungen machen mitbetroffene Kinder?
In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken: Situation, Prävention, Beratung und Therapie.
Freiburg: Lambertus-Verlag
[worldcat](#)

- Tröster, H. (1999): Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung.
In: Zeitschrift für klinische Psychologie (und Psychotherapie) 28, 160- 176
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Tsao, W. Y.; Hsu, J. W.; Huang, K. L.; u. a. (2019): Risk of cardiometabolic diseases among siblings of patients with bipolar disorder.
In: Journal of Affective Disorders (253), 171-175
[abstract](#) [google-scholar](#)

U - W

- UniklinikMünchenKinderspital (2021): Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie.
Website: Uniklinik München Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
[website](#) Abruf 07.01.2021, Artikel nicht mehr verfügbar
- Valenstein, E. S. (1980): The psychosurgery debate.
San Francisco: Freeman
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Van der Kolk, B.; McFarlane, A. C.; Weisaeth, L. (1996): Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.
New York: Guilford Press
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Vance, J. D. (2017): Hillbilly-Elegie. Die Geschichte meiner Familie und einer Gesellschaft in der Krise.
Berlin: Ullstein-Verlag; 2. deutsche Auflage
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Vermaes, I. P.; van Susante, A. M.; van Bakel, H. J. (2012): Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis.
In: Journal of Pediatric Psychology, 37(2), 166–184
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Vidal, G. (1985): Introduction
In: Williams, T. Collected stories (pp. xix-xxv)
New York: New Directions Books
[worldcat](#) [leseprobe](#)
- Volkan, V. D. (1986): Suitable targets of externalization and schizophrenia.
In: Feinsilver, D. B. (Hrsg.): Towards a comprehensive model for schizophrenic disorders. Psychoanalytic essays in memory of Ping-Nie Pao, M.D.
Hillsdale, NY: Analytic Press, 125-153; Rezension Larrie W. Arnold
[worldcat](#) [rezension\(auszug\)](#)
- Walper, S.; Thönnissen, C. (2012): Geschwisterbeziehungen in riskanten Familienkonstellationen.
In: SOS-Dialog, Themenheft Geschwister, 10-20
[publikation](#)

Walther, I. F. (1986): Vincent van Gogh.

Köln: Benedikt Taschen

[worldcat](#) [abstract](#)

Wang, L.; Jin, S.; He, K.; Chen, X.; u. a. (2018): Increased delayed reward during inter-temporal decision-making in schizophrenic patients and their unaffected siblings.

In: Psychiatry Research 262, 246-253

[abstract](#) [google-scholar](#)

WDR (2017a): Das Messihaus, meine Familie und ich.

WDR MenschenHautnah; 09.11.2017/23.09.2021

Website: ARD-Programme WDR

[website](#) [abstract](#) [video](#)

WDR (2017b): Leben gegen die Zeit – Linnéa und ihre Brüder.

WDR MenschenHautnah; 22.06.2017

ausgezeichnet mit dem Medienpreis der Deutschen KinderhospizStiftung 2018

Website: ARD-Programme WDR

[website](#) Abruf: 23.08.2020; Artikel und Video nicht mehr verfügbar

Weber-Stehr, R. (2020): Geschwister: sich lieben und bekriegen, verbunden ihr Leben lang.

In: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie 51(2), 251-263

Weinberger, D. R. (1987): Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia.

In: Archives of General Psychiatry 44, 660-669

[abstract](#) [google-scholar](#)

Wellendorf, F. (1995): Zur Psychoanalyse der Geschwisterbeziehung.

In: Forum der Psychoanalyse 11, 295-310

[google-scholar](#)

Wellendorf, F. (2000): Geschwisterbeziehung.

In: Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe.

Stuttgart: Kohlhammer, 249-253

[worldcat](#)

Wiegel, D. (2021): Jetzt bin ich dran!

In: BApK e.V. (Hrsg.): Wahnsinnig nah.

Köln: BALANCE buch+medien verlag, 31-36

[worldcat](#) [abstract/leseprobe](#)

Wiesbadener Kurier (1995): Warnung vor „Gen-Gläubigkeit“.

In: Wiesbadener Kurier, 28.02.1995

Wikipedia (2020): Lobotomy.

Website: Wikipedia (englisch)

[website](#) [artikel](#)

Wild, C. P. (2005): Complementing the genome with an ‘exposome’: The outstanding challenge of environmental exposure measurement in molecular epidemiology.

In: Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 14(8), 1847-1850

[artikel](#) [google-scholar](#)

- Wild, C. P. (2012): The exposome: from concept to utility.
In: International Journal of Epidemiology, 41(1), 24-32
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Wilkinson, R. G.; Pickett, K. E. (2012): Gleichheit ist Glück – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind.
Berlin: Haffmans & Tolkemitt (dt. Erstausgabe 2009); Zusammenfassung Liana Fix (Friedrich-Ebert-Stiftung)
[worldcat](#) [inhaltsverz](#) [zusammenfassung](#)
- Williams, T. (1945): The glass menagerie.
New York: Random House
[worldcat](#)
- Williams, T. (1962): The night of the iguana.
New York: New Directions Books
[worldcat](#)
- Winkelheide, M. (2017): Geschwister nicht stigmatisieren!
Interview Christina Bauer 08.09.2017
Website: Ärztezeitung
[website](#) [artikel](#)
- Wirbeleit, P.; Heidschötter, U. (2018): Die Wunschperle.
Hrsg. Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK)
Köln: BALANCE buch+medien verlag
Das Buch ist vergriffen; Comibuch und Begleitband sind als Download verfügbar.
[publikation](#)
- Wittmund, B.; Nause, B.; Angermeyer, M. C. (2005): Alltagsbelastungen von Partnern psychisch Kranker – Ansätze für eine nutzerorientierte Angehörigenarbeit.
In: Psychiatrische Praxis 32(5), 233-238
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Wolfe, B.; Song, J.; Greenberg, J. S.; Mailick, M. R. (2014): Ripple effects of developmental disabilities and mental illness on nondisabled adult siblings.
In: Social Science and Medicine 108(5), 1-9
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Woo, S. M.; Goldstein, M. J.; Nuechterlein, K. H. (1997): Relatives' expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients.
In: The British Journal of Psychiatry 170(1), 58-61
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Wygotski, L. S. (1986): Denken und Sprechen
Frankfurt: Fischer Wissenschaft
[worldcat](#) [inhaltsverz/auszug](#)
- Wynne, L. C.; Ryckoff, I. M.; Day, J.; Hirsch, S. I. (1958): Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics.
In: Psychiatry 21(2), 205-220
[auszug](#) [google-scholar](#)

X-Z

- Yang, C.; Zhang, T.; Li, Z.; Heeramun-Aubeeluck, A.; u. a. (2017a): Changes in event-related potentials in patients with first-episode schizophrenia and their siblings.
In: BMC (Biomed Central) Psychiatry 17(1), Article 20
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Yang, C. I.; Hsieh, M. Y.; Lee, L. H.; Chen, S. L. (2017b): Experiences of caring for a sibling with schizophrenia in a Chinese context: A neglected issue.
In: International Journal of Mental Health Nursing 26(4), 409-417
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Yarrow, M. R.; Schwartz, C. G.; Murphey, H. S.; Deasy, L. C. (1955): The psychological meaning of mental illness in the family.
In: Journal of Social Issues 11(4), 12-24
[auszug](#) [google-scholar](#)
- Yehuda, R.; Engel, S. M.; Brand, S. R.; Seckl, J.; Marcus, S. M.; Berkowitz, G. S. (2005): Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy.
In: Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 90(7), 4115-4118
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Yu, Y.; Shen, H.; Zhang, H.; Zeng, L. L.; Xue, Z.; Hu, D. (2013): Functional connectivity-based signatures of schizophrenia revealed by multiclass pattern analysis of resting-state fMRI from schizophrenic patients and their healthy siblings.
In: Biomedical Engineering Online 12, Article 10
[artikel](#) [google-scholar](#)
- Ziepert, M. (2000): Angehörige zwischen Liebe und Abgrenzung.
Referat bei einer Angehörigentagung im November 1999
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [referat](#)
- Ziepert, M. (2006): Trauer und Zorn als lebensstiftende Kräfte im Leben von Angehörigen psychisch Kranker.
Referat bei einer Angehörigentagung im Mai 2006
Website: GeschwisterNetzwerk.de
[website](#) [referat](#)
- Zinkler, M. (2020): Legitimiertes Zitat aus dem Mailverkehr des Autors mit Martin Zinkler im April 2020
- Zöberlein, C. (2017a): Zur Situation von erwachsenen Geschwistern psychisch Kranker – Hilfestellungen anhand von Theorien zur Lebensbewältigung.
Bachelorarbeit, Universität München
[dokument](#)
- Zöberlein, C. (2017b): Legitimiertes Zitat aus dem Mailverkehr des Autors mit Cornelia Zöberlein im Sept. 2017

- Zöchmeister, M. (2013): Vom Leben danach. Eine transgenerationelle Studie über die Shoah.
Gießen: Psychosozial-Verlag
[worldcat](#) [inhaltsverz](#)
- Zubin, J.; Spring, B. (1977): Vulnerability—a new view of schizophrenia.
In: Journal of Abnormal Psychology 86(2), 103-126
[abstract](#) [google-scholar](#)
- Zuk, H. G.; Rubinstein, D. (1965): A review of concepts in the study and treatment of families of schizophrenics.
In: Boszormenyi-Nagy, I.; Framo, J.L. (Hrsg.): Intensive family therapy. Theoretical and practical aspects.
New York: Harper and Row, 1-32
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)
- Zukow, P. G. (Hrsg.) (1989): Sibling interaction across cultures.
New York: Springer
[worldcat](#) [abstract/inhaltsverz](#)

X.2.2 Peer-Berichte (2020)

X.2.2.1 Angelsächsischer Raum

- AUS (2018): Losing my two brothers to schizophrenia
Australian Special Broadcasting Service (SBS) [artikel](#)
- CA (2020): New book tells story of 6 brothers with schizophrenia and parents' quest to prove it wasn't 'bad mothering'
CBC Radio Canada [artikel](#)
- UK (2016): What it's really like when your brother has schizophrenia
Future Publishing; Woman & Home [artikel](#)
- UK (2017): Schizophrenia, my brother and me
Mind; England and Wales [artikel](#)
- UK (2018): An ode to a schizophrenic sibling: Louis Quail's moving portraits of his brother
The Guardian [artikel](#)
- USA (2010): Divided minds: Twin sisters and their journey through schizophrenia
Research Channel [video](#)
- USA (2015): The truth about having a sibling with a mental illness
Bryan D. Goldberg Media (BDG); MIC [artikel](#)
- USA (2015): Siblings with severe mental illness: An evolving relationship
Healthline Media; Psych Central [artikel](#)
- USA (2016): Schizophrenia stole my brother. This is how I got him back.
Hearst Magazine Media; Esquire [artikel](#)
- USA (2016): What it was like growing up with a sibling afflicted with bipolar disorder
Oprah Winfrey [artikel](#)
- USA (2016): 'It's the devil': Coming to terms with my sister's schizophrenia (deutsche Ausgabe: Wie ich gelernt habe, mit der Schizophrenie meiner Schwester umzugehen)
VICE Media Group [artikel\(engl\)](#) [artikel\(dt\)](#)
- USA (2017): My brother isn't 'crazy', he suffers from schizophrenia
Hearst Magazine Media; Good Housekeeping [artikel](#)
- USA (2017): What it's like to support a sibling with a mental illness
The Huffington Post; HuffPost Wellness [artikel](#)
- USA (2018): A burden to be well. Sisters and brothers of the mentally ill
American Public Media; American RadioWorks [artikel/audio](#)
- USA (2018): Her sister's keeper: Caring for a sibling with mental illness
Kaiser Family Foundation (KFF); Kaiser Health News (KHN) [artikel](#)
- USA (2019): My brother is not a threat, he has schizophrenia
National Alliance on Mental Illness [artikel](#)

USA (2019): My brother has schizophrenia, and here's what I want other people to know
Group Nine Media; PopSugar Health & Fitness [artikel](#)

USA (2019): My brother Tom's schizophrenia
The New Yorker [artikel](#)

USA (2020): What schizophrenia does to families
The Washington Post [artikel](#)

X.2.2.2 Deutschsprachiger Raum

DE (2018): Mein Leben mit meinem psychisch kranken Bruder
Brigitte Online [artikel](#)

DE (2019): Warum Geschwister für psychisch Kranke so wichtig sind
Spiegel Online [artikel](#)

X.2.3 Weiterführende Informationen

Arbeitsgruppe ‚Kinder psychisch und suchtkrankter Eltern‘

ag-kpke.de

Ambiguous Loss (University of Minnesota)

ambiguousloss.com

Aktion Psychisch Kranke – Projekt Kinder und Jugendliche

apk-ev.de/kiju

Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker München

apk-muenchen.de

Arbeitskreis für intergenerationelle Folgen des Holocaust (PAKH)

pakh.de

Athens Siblings Blog – KINAPSI – Siblings of People with Mental Illness

athenssiblings.gr

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern

bag-kipe.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen – Selbsthilfegruppen

bapk.de/suche

Canadian Mental Health Association

cmha.ca

Clay Center for Young Healthy Minds am Massachusetts General Hospital

claycenter.org

Dachverband Gemeindepsychiatrie

dvgp.org

Dachverband Gemeindepsychiatrie – Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern

dvgp.org/map

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen

dgbs.de

Dutch Hungerwinter Study

hongerwinter.nl

Epigenetik – Änderungen jenseits des genetischen Codes

[epigenetik-film1](#)

Epigenetik – Verpackungskunst in der Zelle

[epigenetik-film2](#)

EPIONI Greek Carers Network

epioni.gr

ExIn Deutschland

exin.de

GeschwisterNetzwerk – Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen

geschwisternetzwerk.de geschnet.de

GeschwisterNetzwerk – Artikel in Fachzeitschriften

geschnet.de/artikel

- GeschwisterNetzwerk – Empfehlungen
geschnet.de/empfehlungen
- GeschwisterNetzwerk – Forum
geschnet.de/forum
- GeschwisterNetzwerk – Selbsthilfegruppen für Geschwister
geschnet.de/gruppen
- GeschwisterNetzwerk – Links
geschnet.de/links
- GeschwisterNetzwerk – Stellungnahmen
geschnet.de/stellungnahmen
- Heads Together – Anti-Stigma-Kampagne
headstogether.uk
- Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
hpe.at
- Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter Wien
hpe-wien.at
- Leibniz-Institut für Resilienzforschung
lir.de
- Mentally Healthy Schools – Projekt
mentallyhealthyschools.uk
- National Alliance on Mental Illness
nami.org
- Peer Support Canada
peersupport.ca
- Rethink Mental Illness
rethink.org
- Schizophrenia.com – Web-Community
schizophrenia.com
- Schizophrenia Research Forum
szgene.org
- Siblings Australia
siblingsaustralia.au
- Sibling Support Project
siblingsupport.org
- Sibs – For brothers and sisters of disabled children and adults
sibs.uk
- Stiftung Familienbande
familienbande.de
- The Meriden Family Programme
meriden.com

X.3 Originalzitate

Die im Text verwendeten wörtlichen Zitate aus der angelsächsischen Literatur wurden von den Autoren übersetzt.

Nachfolgend wurden für interessierte Leserinnen und Leser die Originalzitate zusammengestellt.

Folkman und Lazarus (1980, S. 223): „The person and the environment are seen in an ongoing relationship of reciprocal action, each affecting and in turn being affected by the other.“ 31

Cadman u. a. (1988, S. 117): „Clinicians treating chronically ill children should assess the mental health and adjustment of their siblings without an expectation bias that problems will be found.“ 46

Wolfe u. a. (2014, S. 2): „Indeed, past convenience samples may either have over- or under-estimated the ripple effects of having a brother or sister with [...] MI [serious mental illness].“ 48

Maurin u. a. (1990, S. 102): „The effect of mental illness in the family is not a linear process. It is more likely an interactive process between the individual and the family, and the family system and the larger community.“ 52

Brodoﬀ (1988, S. 113): „Our major editorial requirement is that such contributions [...] [describe] a novel or unique aspect of schizophrenia, with special emphasis on points that will be important for professionals.“ 57

Harry, Duke of Sussex (2017): „two years of total chaos in my life“ [...] „My brother, you know, bless him, he was a huge support to me.“ 63

Contact (2020): „for the often unseen but great things siblings do for their disabled brothers and sisters“ 63

Rethink Mental Illness (2018): „We started the Siblings Network as our members told us that it was really difficult for the siblings of people with mental illness to find support and advice. We wanted to find a way to provide that support and connect the siblings of people with mental illness with one another to share experiences and advice. – In July 2010, the Big Lottery Fund kindly awarded us 3 years of funding.“ 64

Meriden (2020): „to ensure that service users and families have access to family sensitive services and evidence based interventions“ [...] „families remain at the heart of quality mental health service delivery.“ 65

Sibling Support (2020): „dedicated to the life-long and ever-changing concerns of millions of brothers and sisters of people with special health, developmental, and mental health concerns“ 67

- Holl (2015): „What siblings would like parents and service providers to know“ 67
- Schizophrenia.com (2020a): „Schizophrenia.com is an internet community dedicated to providing high quality information, support and education to the family members, caregivers and individuals whose lives have been impacted by schizophrenia. This web community was founded in memory of John Chiko, who suffered from schizophrenia. We are dedicated to improving the lives of all individuals and families suffering from schizophrenia, and in speeding the research progress towards a cure.“ 68
- Marsh u. a. (1993a, S. 2): „that their experiences and needs are likely to differ significantly as a result of their roles and relationships within the family“ 69
- Smith und Greenberg (2008, S. 57): „With deinstitutionalization, many individuals with mental illness turned to their families for support because of the absence of adequate community-based services. Even today, with the presence of a greater array of community services, family members, in particular parents, often step in to fill in the gaps in the service system. However, many of these parents are now in their retirement years. Thus, growing numbers of adults with schizophrenia will likely look to their siblings for support as their aging parents' capacity to provide care diminishes and ultimately ends.“ 69
- MacCourt u. a. (2013): „National Guidelines for a comprehensive service system to support family caregivers of adults with mental health problems and illnesses“ 71
- MacCourt u. a. (2013, S. 17): „Having a sibling with mental illness affects the relationships, roles and health of other siblings. Siblings who were consulted on this issue were asked to name their most important needs. They identified seeking satisfactory services for their ill relative, working through their feelings about the illness, skills for coping and receiving personal support. Their greatest concern (82 per cent of participants) was about who would take care of their ill sibling when their parents no longer could.“ 71
- SiblingsAustralia (2017a, S. 1): „They should be seen as siblings first.“ 72
- SiblingsAustralia (2017b): „If we go down the ‚young carer‘ path, we will miss many siblings.“ 72
- Nechmad u. a. (2000, S. 3): „Case control studies were used to explain how some well siblings ‚escaped‘ the pathological family network.“ 74
- López u. a. (2004, S. 429): „Thus, warmth was thought to be too complex and, as a result, dropped from the definition of EE. From 1972 to the present, the study of EE has focused primarily on risk factors, largely over-looking protective factors against relapse.“ 78
- Friedrich u. a. (2008, S. 266): „These findings underscore the importance of assisting siblings in the development of strategies that will maintain relationships with the ill siblings and decrease stress.“ 79
- Sanders u. a. (2014, S. 257): „Findings [...] suggest that the well siblings score higher on two roles, the Hero and Lost Child, and lower on the Mascot and Scapegoat roles relative to a comparison group [...]. Being a sibling caregiver emerged as a risk factor to assume certain dysfunctional roles in the family.“ 79

Ståhlberg u. a. (2004, S. 448): „we have all these shared memories and experiences together.“	95
Settersten (2003, S. 38): „individual lives are intimately connected to the lives of others, and individual development is bound to and shaped by these ties.“	95
Yang u. a. (2017b, S. 409): „Involve all family members, including siblings, in the care plan for the person with schizophrenia, and provide appropriate psychoeducation.“	100
Fuchs (1986, S. 745): „I am detailing my brother’s long-range adjustment because I believe attention must be paid to other mild schizophrenics who are unhappy and cause pain to their loved ones but still manage a life outside treatment and without an official diagnosis.“	103
Fuchs (1986, S. 745): „So, family commitment has survived years of pain, madness, and confusion and the years to come hold some promise of affording simple family contacts and pleasures.“	104
Marsh u. a. (1996, S. 10): „I can face adversity with courage. My husband and I are closer and more honest with each other as a result of our shared grief and stress. We have all developed a closer relationship with one another. We are proud that our family has remained intact and strong.“	104
Kuipers u. a. (2010, S. 261): „but need to be buffered against all difficulties. This becomes the carer’s life work.“	106
Ståhlberg u. a. (2004, S. 449): „Another advantage is this thing with bills. If he doesn’t bother to pay the rent no one accuses him, and he doesn’t care. He doesn’t feel about this. There are no ‚have to‘ situations in his life.“	116
Mulder und Lines (2005, S. 12): „My parents are only happy when my sister is happy. It seems that everything is about how she is doing!“	117
Lukens u. a. (2004, S. 497): „Every single thing that makes a human being a better character I believe I got from my brother. And I’d give that up and be a nasty person if I could get him well.“	119
Ståhlberg u. a. (2004, S. 448): „Somehow I’ve lost my sister the way she was before and I think I won’t get her back.“	121
Sin u. a. (2012, S. 56): „He’s just become a completely different person in the two years.“	121
Marsh u. a. (1993a, S. 15): „It’s like someone close died – but there’s no closure. It’s never over.“	123
Dickens (2018): „You sort of shut down, emotionally, in part of your life, and that carries over to other areas. You can’t trust, you can’t feel, you can’t talk. There’s a core that gets frozen in time, maybe to be dealt with later, but it never does get dealt with.“	123
Ståhlberg u. a. (2004, S. 449): „I think he’s pretty envious that I do well you know, both in private life and at work.“	126

- Dodge (2011, S. 92): „It made me feel a bit like I pushed him to be somewhere where he wasn't ready to be. So that's why maybe I am, like, a little more measured in my offering him help.“ 129
- Stålberg u. a. (2004, S. 450): „If I keep myself busy the whole time, I keep my mind on that, but if I stop ... then maybe I'll think about that and that might be difficult.“. 131
- Levi (1986, S. 128): „But this love of mine is ambivalent, close to fear and rejection: it is similar to the emotion we feel for someone we love, who is suffering and asks for help we cannot give.“ 133
- Titelman (2006, S. 843): „He was unable to distance himself from Kafka's terrible malaise.“ 133
- Titelman (1997, S. 322f.): „This inner battle [...] can also be described as a struggle over unconscious hate against someone loved and against someone who is already defeated.“ 134
- Bojanowski u. a. (2016b, S. 101): „In summary, the subjective experience of the sibling relationships are warmhearted, close, and affectionate within the CS [clinical sample] [and] can be seen as a resource or reflecting healing potential. For all children, the sibling relationship holds a very prominent position [...] which could be even more amplified in the case of mentally burdened children and adolescents.“ 136
- Symons (2003, S. 10): „I saw my brothers and sisters in the full light of their loyalty and love. They were all indicted as ‚schizophrenigenic‘ 28 years ago, but when this illness threatened to take me away from them, they rose to the challenge and held out their hands to me in the moments I otherwise would have drowned. [...] They have traveled this distance with me unafraid. They have made my life richer, funnier, and filled to overflowing as a sister, an aunt, and a friend. Without them, it would have been a dark and difficult journey. With them, we have walked this 30-year road out of darkness into daybreak.“ 139
- Elbogen und Johnson (2009, S. 152): „with other variables such as substance abuse, environmental stressors, and history of violence“ 140
- Gluck (2019): „he chose jail time over treatment“ 140
- Gluck (2019): „a silver lining in the darkness of pain his parents, his brother, and his family went through.“ 141
- Dyregrov u. a. (2005, S. 719): „We are only siblings. I think that is how we feel, because our parents are really suffering. I understand their dreadful situation, because they have lost their child. But I have lost my brother ...“ 148
- Klaassen (2013, S. 748): „Why are we so used to the idea that we resemble how our parents look, but does it take longer to realize that psychoses could work that way just as well? Because if my brother and I have similar features in our appearance because we have the same parents, does that mean we have those things in common that come into play with a psychosis? Apparently so. Symptoms of depression, often coupled with psychoses, are represented higher among siblings with those who have (had) a psychosis, than with those that have no relatives

- with psychotic symptoms. Evidently, we are more alike than we would have thought.“ 152
- Sin u. a. (2012, S. 56): „He’s split up with his girlfriend, and one of the reasons is that he doesn’t want children.“ 158
- Lukens u. a. (2004, S. 491): „Most of the others had made an active decision to remain childless, which they attributed to a combined fear of a genetic link and the cumulative burden of coping with the brother or sister with mental illness.“ 158
- Lukens u. a. (2004, S. 493): „I’m single now, but I decided I won’t have children because I can’t go through that whole thing again. So that’s kind of hard.“ 158
- Sullivan u. a. (2018, S. 3): „We now know that these genetic effects are relatively small and non-deterministic: most people with a strong family history are not themselves affected. [...] Moreover, most psychiatric disorders do not ‚breed true‘. For example, the immediate relatives of people with schizophrenia have increased risks for schizophrenia but also for multiple other conditions (e.g., bipolar disorder, major depressive disorder (MDD), and autism). The diverse clinical manifestations and variable course observed for many common psychiatric disorders are consistent with complex and relatively small genetic effects. For adult-onset common psychiatric disorders in particular, development is often within normal limits, although there is often some impairment of higher components of cognition.“ 160
- Sullivan u. a. (2003, S. 1187): „support a view of schizophrenia as a complex trait that results from both genetic and shared environmental etiological influences“ 162
- Lewontin (2003, S. 30): „The contrast between genetic and environmental, between nature and nurture, is not a contrast between fixed and changeable. It is a fallacy of biological determinism to say that if differences are in the genes, no change can occur.“ 166
- Hudson (2005, S. 16): „The current study reveals a remarkably strong and consistent negative correlation between socio-economic conditions and mental illness, one that supports the role of social causation in mental illness and cannot be accounted for by geographic or economic downward mobility. The statewide database used in this study leaves little doubt that, at least in Massachusetts, the poorer one’s socio-economic conditions are, the higher one’s risk is for mental disability and psychiatric hospitalization.“ 168
- Owen und O’Donovan (2017, S. 232): „Thus, psychiatric, cognitive and motor phenotypes tend to occur in clinical populations because they share underlying etiological and pathogenic mechanisms, but the mix of outcomes in any individual case will reflect that individual’s particular genetic complement and environmental history.“ 169
- Erzin u. a. (2021, S. 172): „Exposome consists of three overlapping categories: the general external, specific external, and internal. The general external domain encompasses factors such as urbanicity, social capital, and stress, whereas the specific external domain includes factors such as diet, smoking, infections, pollutants, and chemical exposures. The internal domain comprises endogenous factors such as gut microbiota, oxidative stress, and metabolism.“ 170

- Morrison (1991, S. 124): „Molecular genetics has brought help for some of the rare genetic disorders; the more common and more complex examples may be next. With brain imaging and neurochemistry, there is real promise, this engaged optimist says; even within this ‚Decade of the Brain‘, we may untwist ‚the twisted molecules and thence [...] the twisted minds‘.“ 170
- Haukka u. a. (2003, S. 463): „These findings indicate that the genetic basis of schizophrenia is still unresolved, and it seems that no simple evolutionary mechanism can explain the persistence of genes connected to schizophrenia in the population.“ 171
- Kendler (2005, S. 1250): „The impact of individual genes on risk for psychiatric illness is small, often nonspecific, and embedded in causal pathways of stunning complexity.“ 173
- Johnson u. a. (2017, S. 1): „No evidence that schizophrenia candidate genes are more associated with schizophrenia than non-candidate genes“ 173
- Johnson u. a. (2017, S. 7): „which are not expected to harbor a disproportionate number of risk alleles for schizophrenia“ 173
- Johnson u. a. (2017, S. 7): „enormous time, talent, and effort in candidate gene studies over the years. It has been estimated that at least 250 million USD have been invested in candidate gene studies in the 1990s and 2000s.“ 174
- Sullivan (2017, S. 696): „If it disagrees with experiment it is wrong. In that simple statement is the key to science. It does not make any difference how beautiful your guess is. It does not make any difference how smart you are, who made the guess, or what his name is – if it disagrees with experiment it is wrong. That is all there is to it.“ 174
- Sullivan (2017, S. 697): „The data suggest that candidate gene guessing should be retired. This is not a new statement, as candidate gene studies have been controversial for decades, but the case can now be made forcibly.“ 174
- Sullivan u. a. (2018, S. 2): „The PGC has recently commenced a program of research designed to deliver ‚actionable‘ findings – genomic results that (a) reveal fundamental biology, (b) inform clinical practice, and (c) deliver new therapeutic targets.“ 175
- O’Donovan (2015, S. 293): „continued donation of biological samples from individuals (almost half a million have done so already) and on the willingness of more researchers to contribute what is often their life’s work of data acquisition.“ 175
- Weinberger (1987): „It is conceivable that schizophrenia is not a disease per se but a state of brain maturation with a particular pattern of emergent responses to experience, which, for various diverse and complex genetic and environmental reasons, 1 % of the world population manifests.“ 175
- Sullivan u. a. (2019, S. 162): „few individuals with a psychiatric disorder have a single, deterministic genetic cause; rather, developing a psychiatric disorder is influenced by hundreds of different genetic variants, consistent with a polygenic model.“ 177

Dell’Osso u. a. (2019, S. 180f.): „However, in the last decades increasing literature is suggesting that psychiatric disorders can be better conceptualized as a ‚neurodevelopmental continuum‘ (NC). According to this model, similar kinds of alterations, linked to neurodevelopment, may lead to several different functional outcomes and phenotypic expressions. Such different trajectories seem to be related to both specific genetic characteristics and possible environmental influences, as well as to the timing of expression in the lifespan. The NC is a theoretical framework supported by several empirical evidences in multiple fields of research. The conceptual core of the NC model is that an alteration in brain development, determined by the intertwined relationships between genetic and environmental factors, may constitute the common underpinning of many (eventually, all) mental disorders.

Moreover, the NC theory also implies that psychiatric disorders could be placed along a gradient of decreasing neurodevelopmental impairment. A possible model for this gradient could be understood in these terms: ASD with strong cognitive deficits (Kanner’s type); ASD without mild/no cognitive deficits (Asperger’s type); ADHD; intellectual disabilities; schizophrenia; eating disorders; bipolar disorders; anxiety disorders; vulnerability to traumatic experiences.

According to this hypothesis, the concept of ND should be rethought, in order to include also functional psychoses (schizophrenia and bipolar disorders), and to be considered as a predisposing factor which may open the way to the onset of several other disorders, such as eating or anxiety disorders, as well as featuring a higher vulnerability to traumatic experiences.“ 178

Broad Institute (2018): „to separate reliable signals from noise“ [...] „each genetic variant only contributes a tiny percentage of the risk for developing a given disorder.“ 179

Broad Institute (2018): „The tradition of drawing these sharp lines when patients are diagnosed probably doesn’t follow the reality, where mechanisms in the brain might cause overlapping symptoms.“ 179

Singh u. a. (2016, S. 571): „Combining these data with previous common variant evidence, we suggest that epigenetic dysregulation [...] is an important mechanism in the pathogenesis of schizophrenia.“ 187

Geburtig-Chiocchetti u. a. (2019): „Conduct disorder (CD) is characterized by a repetitive and persistent pattern of behaviour in which the basic rights of others or major age-appropriate societal norms or rules are violated.“ 189

Geburtig-Chiocchetti u. a. (2019): „environmental risk factors i) exposure to aggression or ii) stress during pregnancy, iii) maternal smoking during gestation, iv) psychiatric risk score of parents, v) difficult family situation, vi) parental education and vii) trauma experience.“ 190

Geburtig-Chiocchetti u. a. (2019): „In summary, we show for the first time that the observed altered methylation is mediating the specific signatures of environmental factors and suggest that these may ultimately converge into long-lasting neurobiological changes associated with CD.“ 190

Hughes (2014, S. 22): „The roots of inheritance may extend beyond the genome, but the mechanisms remain a puzzle.“ 199

- Hughes (2014, S. 24): „If the mechanism involves DNA methylation, histones or RNA, the field is likely to make great progress in the next few years. [...] But if it's something completely novel [...] maybe it will take decades to figure out.“ 199
- Shoah Resource Center (2019): „proactively commemorate the lives and way of life lost during the Holocaust“ 205
- Goldberg (2014): „By narrating her story, I have found my voice. It is helping all of us move forward.“ 205
- Nir (2018): „Transgenerational transmission of Holocaust trauma and its expressions in literature“ 205
- Nir (2018, S. 5): „A dominant characteristic of second-generation families is the ‚conspiracy of silence‘. [...] In many such families, there was an ‚unspoken agreement‘ not to discuss the traumatic events of the Holocaust, most often out of the desire to protect the children. Despite this, the children tended to perceive this silence as emotional distance, which affected the quality of the relationship between parents and children.“ 206
- Reinstädler u. a. (2018, S. 7): „as a highly disconcerting form [...] of ‚not-knowing‘, that hides behind the non-rememberable, the invisible and unspeakable“ 208
- Titelman (1991, S. 79): „Ideas of having exploited the ill sibling professionally [...] or having benefited from the sibling's illness (e.g., by receiving psychotherapy).“ 214
- Marsh u. a. (1993a, S. 5): „I became a perfect child to spare my parents more grief.“ .. 239
- Marsh u. a. (1993a, S. 5): „I am a super achiever with a great big hole inside.“ 239
- Sin u. a. (2012, S. 55): „I am old enough to understand, but you still want a certain amount of attention from your parents. I don't see Mum that often, and when I see her, it's working around my brother.“ 244
- Marsh u. a. (1993a, S. 10f.): „It was hell living at home. My sister and I were abandoned emotionally for many years. I was so depressed and lonely. I even thought of suicide. My needs were never important. I was in counselling for many years.“ 246
- Blasko (2008): „Coping resources and emotional neglect among individuals with a sibling with a mental illness“ 246
- Blasko (2008, S. 9): „Having a sibling with a mental illness seems a risk factor for emotional neglect, but is not itself a risk factor for poor stress coping. The present study suggests that it is emotional neglect which is a risk factor for poor stress coping.“ 246
- Marsh u. a. (1993a, S. 11): „As a child I tried desperately not to have a problem because our family had so many. So, I became perfectionistic, hid my fears and concerns and needs from everyone.“ 253
- Lukens und Thorning (2011, S. 211): „My parents were just glad that I was ‚occupied‘ and out of the house. But I desperately wanted them to tell me ‚No‘. I didn't want to tell my mother that I needed her. [...] She didn't need another kid with problems.“ 254

SDQ Info (2020): Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): „A brief behavioural screening questionnaire about 3-16-year-olds. It exists in several versions to meet the needs of researchers, clinicians and educationalists.“	255
Marsh u. a. (1993a, S. 8): „I had a hard time moving away, felt guilty all the time. My mom still wants me to move home.“	263
Marsh u. a. (1993a, S. 11): „Learn to set limits, to say no, to live apart, and not feel guilty about it.“	263
Strohm (2002, Geleitwort): „Give sorrow words; the grief that does not speak knits up the overwrought heart and bids it break.“	270
Holl, E. (2015): „Parents and service providers should not make assumptions about responsibilities typically developing siblings may assume without a frank and open discussion. [...] Self-determination, after all, is for everyone — including brothers and sisters.“	273
Mulder und Lines (2005, S. 12): „He’s living with me because he wanted more independence from our parents.“	274
NAMI (2016, S. 41): „Studies have found that siblings are most likely to take over as primary caregivers when parents are no longer able to provide care. Unfortunately, although many parents report that they hope this will happen, they seldom have conversations with siblings of the care recipient in advance to ensure they are willing, and prepared, to assume this role.“	274
Czipri (2004): „The sibling study: How does having a sibling with a mental disorder affect the lives of college students“	275
Czipri (2004, S. 26): „about their sibling’s ability to care for themselves in the future, or about taking care of the sibling in the future themselves.“	275
SiblingsAustralia (2016, S. 10): „[They] run away, they wanted their own life; they did not want to be tagged and considered ‚carer in waiting‘ and completely disappeared from the family dynamic.“	275
Dodge (2011, S. 116): „that sibling caregiving differed from parental caregiving. Sibling support was sporadic, inconsistent, and less comprehensive than the care parents provided.“	278
Leith u. a. (2018, S. 1197): „I strive to find a balance between doing things for myself and doing things for my ill sibling.“	282
Leith u. a. (2018, S. 1201): „who were members of a support or advocacy group like NAMI showed significantly higher levels of balanced sibling-care priorities“	282
Lukens und Thorning (2011, S. 197): „perhaps because course of illness and impaired functioning can be more severe in men.“	286
Meyer (2015, S. 6): „When we were younger, my parents always allowed us to be our own person without the expectation that we would someday care for Johnny. As a result, I never felt pressured and as a natural result of my love for him, I ‚care‘ for him.“	289
SiblingsAustralia (2016, S. 10): „She is here I believe because I never applied pressure for her to support her sister. I refuse to tag her as ‚carer in waiting‘.“	290

- Avcioğlu u. a. (2019, S. 259): „Indirect coping is described as a healthy way of coping by escaping rather than focusing on the siblings’ illness and burden [...]. It involves engagement with outlets or activities, inside and outside of the home, that occupies time and attention, and that brings pleasure.“ 331
- Avcioğlu u. a. (2019, S. 259): „Social support seems to be the most important factor for well-being. It has a main effect and also it moderates burden.“ 331
- Lazarus und Folkman (1984, S. 141): „constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ 335
- Kellermann (2008, S. 269): „experience [others] their heritage as a powerful legacy that gives them a sense of purpose and meaning in life“ 342
- Braaten (2018): „early lessons in intolerance and even cruelty affected my world view and gave me a deep desire to work on behalf of those who cannot always speak for themselves.“ 344
- Spiro und Spiro (2018): „Looking back, she sees she made choices very much connected to Pam’s fate. She became a psychiatrist.“ 345
- Carnevale (1999): „Striving to recapture our previous life: The experience of families with critically ill children“ 352
- Mulder und Lines (2005, S. 12): „Instead of just being a brother I’m doing more parenting on issues like what’s appropriate behavior.“ 353
- Moorman (1994): „Am I my brother’s keeper? No, I’m my brother’s brother.“ 353
- Judge (1994, S. 175): „So while siblings have a meaningful and positive role to play in their siblings capacity, there is potential for tension and conflict if, and when, this relationship is characterized by caregiving.“ 354
- Griffiths und Sin (2013, S. 2): „There’s also a lot of inspiration and hope in terms of the great things that you share as a sibling with your brother or sister. We do have a great laugh [...], there’s a lot of positive things along with, you know, this wave of negative stuff which comes with it.“ 354
- SiblingsAustralia (2016, S. 10): „to be siblings and friends“ 354
- Marsh u. a. (1993a, S. 18): „Most important, it is essential to reach out to young siblings and children as early as possible: To acknowledge their anguish, to address their needs, and to empower them in coping with this catastrophic event.“ 363
- Hall und Purdy (2000, S. 427): „condemns too many consumers and their families to outcomes far short of what is possible.“ 363
- Hall und Purdy (2000, S. 427): „to dance around the thorniest and most controversial issues in severe mental illnesses – such as individuals with the most intractable forms of illness or the relatively infrequent but very real situations in which either consumers or family members are assaultive or abusive.“ 364
- Barak u. a. (2005, S. 234): „Information about the illness can help in reducing the sense of anxiety and guilt, and somewhat alleviate the sense of shame and stigma.“ 368
- Horwitz u. a. (1995, S. 138): „policy of community care for the seriously mentally ill [which] increases the caregiving duties and resulting burden on families.“ 371

Avcıoğlu u. a. (2019, S. 258): „Thus, the perception of mother’s overprotection by the well siblings may have rendered feelings of being accepted and cared for despite the problems posed by the ill sibling.“	372
Karanci und İnandilar (2002, S. 86): „it may be likely that in highly traditional cultural contexts the patients expect their relatives to be distressed and protective and may interpret these as signs of caring and, therefore, lack of emotional over-involvement may in itself be also stressful for the patient“	372
López u. a. (2004, S. 428): „The data also indicated that for Mexican Americans, family warmth is a significant protective factor.“	372
Lukens und Thorning (2011, S. 204): „the distinct issues and concerns for the siblings became increasingly apparent“	380
Hartling u. a. (2014, S. 12): „Methodological rigour is required in future research.“	382
Pitman (2004, S. 388): „difficult for workers to use an evidence-based approach when trying to meet the needs of these children unless this information is described.“	383
Roberts u. a. (2016, S. 2063): „Poorer emotional and behavioural functioning among participants and symptom severity of the child with special needs were associated with greater intervention effects.“	383
Giallo u. a. (2008, S. 86): „supporting them to strengthening family functioning, may be just as important as direct support to siblings“	383
Lobato und Kao (2002, S. 715): „because they wanted their well children to be able to meet and talk to peers with similar family circumstances“	384
Riebschleger (1991, S. 94): „mixed messages from the mental health system“ [...] „inclusion of siblings“ [...] „clear communication, [...] and, most of all, effective client intervention“	388