

Die Angehörigengruppe

Familien mit psychisch Kranken
auf dem Weg zur Selbsthilfe

Herausgegeben von
Matthias C. Angermeyer und Asmus Finzen

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1984

Priv.-Doz. Dr. med. Matthias C. Angeneyer
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der
Medizinischen Hochschule Hannover Konstanty-
Gutschow-Str. 8, 3000 Hannover 61

Prof. Dr. med. Asmus Finzen
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf
Südstraße 25, 3050 Wunstorf

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Die Angehörigengruppe: Familien mit psych. Kranken auf
d. Weg zur Selbsthilfe/ hrsg. von Matthias C. , Angermeyer
u. Asmus Finzen. - Stuttgart: Enke, 1984.
(Enke-Sozialwissenschaften)
ISBN 3-432-93861-6
NE: Angermeyer, Matthias C. [Hrsg.]

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung,
vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Photokopie, Mikrofilm oder
ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter
Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 1984 Ferdinand Enke Verlag, P.O. Box 13 04, 7000 Stuttgart 1 - Printed in Germany Satz und
Druck: betz-druck gmbh, 6100 Darmstadt 12

Vorwort	V
Inhalt	
Einführung	
Therapeuten und Familien - durch Welten getrennt	
<i>Rose-Maria Seelhorst</i> Psychisch Kranke in der Familie - aus der Sicht der Angehörigen.	1
<i>Matthias C Angermeyer</i> Der theorie-graue Star im Auge des Psychiaters - Zur Rezeption der Wissens- stände der Familienforschung in der Sozialpsychiatrie	17
Selbsthilfeinitiativen von Angehörigen psychisch Kranker	
<i>Asmus Finzen</i> Angehörigenselbsthilfe: Notwendigkeit und Probleme	27
<i>Peggy Pyke-Lees</i> Die Arbeit der <i>National Schizophrenia Fellowship</i> in Großbritannien	34
<i>Marcel Boss / L. Cuny</i> Die <i>Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM)</i> in Frankreich	40
<i>Heinz Katschnig und Peter Paul Sint</i> Zwischen Selbsthilfe und Expertenhilfe: Die Angehörigenvereinigung <i>Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)</i> in Wien	46
<i>Wulf Bertram und Marion Sander-Bertram</i> Der Aufstand der Angehörigen gegen die „Neue Psychiatrie“ in Italien - Gedanken zu einer vermeidbaren Kontroverse	53
<i>Agnes Hatfield</i> Die <i>National Alliance for the Mentally Ill</i> in den USA	62
<i>Matthias C Angermeyer</i> Seit kurzem auf dem Weg zur Selbsthilfe: Angehörigeninitiativen in der Bundesrepublik Deutschland	70
Gruppenarbeit" mit Angehörigen	
<i>Matthias C Angermeyer</i> Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit - ein Argument für die Gruppenarbeit mit Angehörigen	79

Inhalt

<i>Heinz Katschnig und Teresa Konieczna</i> Angehörigenprobleme im Spiegel von Selbste_rfahrungsgruppen	100
<i>Siegling Schröder</i> Erfahrungen aus der Gruppenarbeit mit Eltern psychotischer Patienten	110
<i>Elisabeth Persch-Eberle und Robert Olbrich</i> Betreuung von Angehörigen schizophrener Kranker in einem psychiatrischen Krankenhaus	118
<i>Gerhard Buchkremer und Ludwig Lewandowski</i> Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten	125
<i>Charlotte Köttgen, Karin Mollenhauer, Jnes Sönnichsen und Roland Jurth</i> Therapie mit Angehörigen von jungen rückfallgefährdeten schizophrenen Kranken	134
<i>Ruth Berkowitz, Liz Kuipers, Rosemarie Eber/ein-Fries und Julian Leff</i> Intervention bei Angehörigen von rückfallgefährdeten Schizophrenen	146
<i>Wulf Bertram</i> Mit anderen Augen - Patienten und Angehörige ändern ihr Bild von sich selbst und vom Partner nach vierwöchiger getrennter Gruppenarbeit	166
Literatur zum Thema Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker	172
Autorenverzeichnis	174

Vorwort

Die Rückbesinnung auf die Selbsthilfe scheint zur sozialpolitischen Entdeckung dieses Jahrzehnts zu werden. Die Entdeckung der Angehörigen ist anscheinend von ähnlicher Bedeutung für die Psychiatrie der 80er Jahre. Angehörigen selbsthilfe und Angehörigengruppen vermitteln heute schon merkbare neue Impulse für eine wirksamere Behandlung vor allem der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Sie tragen dazu bei, das Leiden der Betroffenen - der Patienten und ihrer Familien - zu mildern und helfen ihnen, in erträglicher Weise mit den Auswirkungen der Krankheit zu leben. Zugleich leisten sie einen Beitrag, die Familie vom Stigma der persönlichen Schuld an der Krankheit zu befreien.

Wir haben den Versuch unternommen, den gegenwärtigen Stand der Selbsthilfe-Initiativen von Angehörigen psychisch Kranker sowie der Gruppenarbeit mit Angehörigen im deutschsprachigen und im internationalen Raum umfassend darzustellen. Wir wurden dazu durch eine Tagung der *Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V.* angeregt, die im Juni 1982 unter Leitung von *Matthias C Angermeyer* stattfand. Ein Teil der hier abgedruckten Beiträge wurde damals vorgetragen. Die übrigen Arbeiten wurden - mit einer Ausnahme - für diesen Band geschrieben.

Wir als Herausgeber hoffen, dass es uns mit diesem Sammelband gelingt, Familien mit psychisch kranken Angehörigen auf dem Weg zur Selbsthilfe zu unterstützen und zu fördern und die Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker zu einem Alltagsereignis psychiatrischer Behandlung zu machen.

Matthias C Angermeyer
Asmus Finzen

Einführung

Patienten haben Familien. Familien haben etwas mit der Krankheit des Patienten zu tun. Sie sind mitbetroffen. Sie leiden mit ihm, unter ihm und unter den Auswirkungen seiner Krankheit. Ihr Verhalten wirkt auf den Patienten und auf den Verlauf seiner Krankheit zurück.

All das ist seit langem bekannt. Dennoch hat die Psychiatrie sich schwergetan mit den Angehörigen ihrer Patienten. Sie wurden eher als Störfaktoren gesehen, als Belastung für die Arzt-Patient-Beziehung, eher als Mitverursacher der Krankheit. Die Belastung der Angehörigen durch die psychische Krankheit eines Familienangehörigen wurde erst spät wahrgenommen.

Die Erforschung der Familien Schizophrener, wie etwa Theodore Lidz und andere sie seit Anfang der vierziger Jahre betrieben, führte zunächst in die entgegengesetzte Richtung. Die psychiatrische Familienforschung begriff den Patienten als Opfer einer Familiensituation, die von den Angehörigen gestaltet wurde. Es dauerte lange, bis die Forschung davon abriickte, bis sie begriff, daß auch die Angehörigen nicht frei waren in ihrem Handeln. Wenn man schon den Begriff des Opfers gebrauchte, dann waren die Angehörigen es auch.

Man muß aber feststellen, daß viele Therapeuten auch heute noch einseitig für die Patienten Partei nehmen, daß viele für die Probleme der Angehörigen kein Verständnis haben, daß manche ihnen gar feindselig begegnen. Angehörige berichten immer wieder darüber. Frau Seelhorst. Mutter zweier Söhne mit schizophrenen Psychosen, unterstreicht diese Erfahrungen in ihrem Beitrag zu unserem Buch. Zum gleichen Ergebnis kommt Matthias C Angermeyer in seinem kritischen Beitrag zur Rezeption der Wissensbestände der Familienforschung in der Sozialpsychiatrie. Ausgehend von der Inhaltsanalyse von Krankengeschichten stellt er fest, daß Psychiater viel zu sehr auf das Pathologische/Pathogene in der Familie aus sind und blind sind für deren Leid.

Dabei gab es schon frühe wissenschaftliche Untersuchungen über die Belastung der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder. Peter Sainsbury und Jaqueline Grad beschäftigten sich seit 1960 mit diesem Problem. Die beiden wurden damit konfrontiert, als sie 1960 begannen, das auf ambulante Behandlung orientierte psychiatrische Gemeindezentrum in Chichester mit dem konventionelleren, krankenhauszentrierten psychiatrischen Dienst in Salisbury zu vergleichen. Sie mußten feststellen, daß die Belastung der Angehörigen im progressiveren psychiatrischen Dienst eindeutig größer war. Qualitativ bestanden keine Unterschiede.

Die Familien klagten darüber, daß die Patienten auf hypochondrischen Symptomen herumritten. Sie fürchteten, die Patienten könnten sich etwas antun. Dagegen wurde gefährliches, sozial störendes oder auffälliges Verhalten, das zu Reaktionen der Nachbarn

führte, nur selten genannt. Mehr als die Hälfte der Familienangehörigen brachte Symptome eigener psychischer Störungen mit dem erkrankten Familienmitglied in Verbindung. Ein Fünftel führte offensichtlich neurotische Symptome wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und depressive Verstimmungszustände auf Sorgen über das Verhalten des kranken Angehörigen zurück. Soziale Freizeitaktivitäten waren bei einem Drittel der Familien eingeschränkt. Bei ebensovielen war die häusliche Routine wie Hausarbeit, Einkaufen usw. gestört. Bei einem Viertel der Familien war das Einkommen um mindestens 10 Prozent gesunken. Bei 10 Prozent war es auf weniger als die Hälfte reduziert. Die Folgen für das Familieneinkommen und die

Berufstätigkeit anderer Familienmitglieder beweisen, wie schwer die Familien von der psychiatrischen Erkrankung eines ihrer Mitglieder betroffen sind.

Auch die Kinder bleiben von negativen Auswirkungen nicht verschont. Mehr als ein Drittel ist verhaltensgestört.

Die besondere Betroffenheit der Kinder psychisch Kranker wird auch von *Klaus Ernst* (1978) herausgestellt. Von 700 neu aufgenommenen psychiatrischen Krankenhauspatienten hatten 19 Prozent im Laufe des vorangegangenen Jahres mit insgesamt 223 Kindern unter zwanzig Jahren zusammengelebt. In einem Drittel der Fälle waren diese Kinder durch die Krankheit der Eltern aufs schwerste belastet. Bei der Hälfte wurde die Belastung als mittelgradig und nur bei einem Fünftel als unerheblich eingeschätzt.

Die Beurteilung der Leiden der Kinder wurde von den Ärzten des Burghölzli auf mehr oder weniger vorwissenschaftlicher Grundlage vorgenommen. Das war notwendig, weil es auf diesem Gebiet an Maßstäben fehlt. Die Literatur über das Mitbetroffensein von Angehörigen psychisch Kranker ist spärlich. Deshalb ist es erforderlich, die Einstufung anhand von Einzelfällen zu erläutern. Eine „durchschnittlich schwere Belastung“ liegt in folgendem Beispiel vor: Die 39-jährige Mutter eines 7-jährigen Mädchens macht innerhalb von acht Jahren fünf Krankenhausaufnahmen wegen ihrer schizophrenen Psychose durch. Die Krankenhausaufnahmen verzögern sich regelmäßig wegen des Widerstandes der Mutter. In solchen Zeiten verwaht der Haushalt mehrmals schwer. Die psychiatrische Nachbehandlung bricht die Patientin regelmäßig ab, so daß es rasch wieder zu Rückfällen kommt. Unter dem Einfluß verworrener Ideen zündet sie u.a. die Wohnung an, zerschneidet die Kleidung des Ehemannes, uriniert dem Kind in die Spielsachen. Das Kind lebt überwiegend in Angst vor der Mutter, einmal wünscht es, sie möge tot sein. Die zwischenzeitlichen gesunden beziehungsweise symptomfreien Intervalle sind nur kurz. *Ernst* vertritt die Auffassung, daß die Therapeuten für das Schicksal der mitbetroffenen Kinder mitverantwortlich sind. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Krankenhausaufnahme des Patienten für alle Betroffenen nicht nur Belastung. Sie kann auch Entlastung und Chance zur Einleitung einer Änderung sein. Klinikärzte und Sozialarbeiter können die Angehörigen mit in den Therapieplan einbeziehen. Sie können die Nachbehandlung unter Berücksichtigung der Interessen des Patienten wie der mitbetroffenen Kinder gestalten. Wenn das nicht oder nur in engen Grenzen möglich ist, ist es Verpflichtung der Therapeuten, nach Alternativen zu suchen. Gegebenenfalls müssen sie zum Schutz der Kinder das Jugendamt einschalten.

Unbeschadet des Mangels an wissenschaftlicher Solidität, die *Ernst* selbst einräumt, sind die von ihm vorgelegten Daten beunruhigend: Ein Drittel der Kinder, die mit hospitalisierungsbedürftigen, psychisch gestörten Elternteilen unter einem Dach leben, leiden in einem Ausmaß, „das als alarmierend und unter keinen Umständen als zumutbar zu bezeichnen ist.“ Wahrscheinlich liegt der Anteil wegen der Dunkelziffer auf Grund des begrenzten Zuganges der Therapeuten zur Familiensituation in Wirklichkeit wesentlich höher. Bezogen auf die Gesamtzahl der psychiatrischen Krankenhausaufnahmen sind bedrohliche Kinderschicksale bei jedem zehnten bis zwanzigsten Patienten zu erwarten.

„Die mitgeteilten Erfahrungen liefern eine unter zahlreichen Illustrationen für die Verkehrtheit des Klischees, wonach die intolerante Öffentlichkeit ihre unbequemen Mitglieder in die psychiatrische Klinik abschiebe. Gequälte Familien sind keine Öffentlichkeit. Im Gegenteil werden Kinder auch heute noch von der (hierin übermäßig

toleranten) Öffentlichkeit als elterliches Eigentum betrachtet, das die Nachbarn nichts angeht.

Auch dort, wo solche Kindheitserfahrungen nicht krank machen, können sie einen Schatten auf das weitere Leben werfen. Die Verpflichtung zur Hilfeleistung entsteht nicht erst mit dem Nachweis der Pathogenität eines Leidens."

Eine Milderung des Leidens der Kinder wird sich nur dann erreichen lassen, wenn Psychiatrie gemeindenah ist, wenn Behandlungskonzepte so ausgerichtet sind, daß die Klärung der Familiensituation durch den psychiatrischen Sozialarbeiter nicht aus der Ferne geschieht, sondern sich an Ort und Stelle vollzieht.

Sainsbury und zehn Jahre später *Ernst* machen unmißverständlich klar, daß die Frühentlassung psychiatrischer Krankenhauspatienten und ihre Behandlung in der Gemeinde allein keine menschlichere Psychiatrie garantieren. Sie bedürfen flankierender therapeutischer und sozial unterstützender Maßnahmen, die auch die Familie der Betroffenen mit einbeziehen. Dabei handelt es sich nicht in erster Linie um familien-therapeutische Interventionen, sondern um die Berücksichtigung der Beziehungen zwischen dem betroffenen Patienten und seinen Angehörigen im Alltag. Aus diesem Grunde hat die Beschäftigung der Gruppe um den Londoner Psychiater *John Wing* mit „Der anderen Seite der Schizophrenie“, mit dem Alltag des schizophrenen Patienten, mit den Umgangsstilen in ihren Familien und der Bedeutung der Angehörigen für die Verhütung von Rückfällen, eine Wende in der Wahrnehmung der Angehörigen durch die psychiatrischen Experten herbeigeführt. Die entsprechenden Forschungsansätze wurden erst durch die Zusammenarbeit mit der *National Schizophrenia Fellowship* möglich. Bei der NSF handelt es sich um einen Zusammenschluß von Angehörigen schizophrener Patienten, die sich von der Psychiatrie im Stich gelassen fühlen, zum Zweck der Selbsthilfe und zur Durchsetzung der Interessen ihrer kranken Familienmitglieder. *Peggy Pyke-Lees*, die langjährige Generalsekretärin der *National Schizophrenia Fellowship* berichtet im fünften Kapitel unseres Buches über die Arbeit, die Funktion und die Geschichte dieser Gesellschaft.

Parallel dazu hat sich in Frankreich die UNAF AM entwickelt, die Nationale Union der Freunde und Familien psychisch Kranker. Auch ihre Arbeit wird in unserem Buch in einem Bericht von *M. Boss* dargestellt; *L. Cuny* referiert die Ergebnisse einer Umfrage bei den Mitgliedern dieser Vereinigung, die die soziale und psychische Situation der betroffenen Angehörigen zum Gegenstand hatte. Die Entwicklung der österreichischen Angehörigenvereinigung *Hilfe für psychisch Erkrankte* wird von *Heinz Katschnig* und *Peter Paul Sint* dargestellt. Diese Vereinigung, die von *Katschnig* initiiert wurde, entstand nach dem Vorbild der englischen *National Schizophrenia Fellowship*. *Wulf Bertram* und *Marion Sander-Bertram* berichten über die Entwicklung der Angehörigenselbsthilfe in Italien. Hier proben die Angehörigen den Aufstand gegen die neue Psychiatrie in Italien. In diesem Land gibt es die größte Angehörigeninitiative Europas mit über 20.000 Mitgliedern. Davon sind 99 Prozent für die Wiedereinführung der psychiatrischen Anstalten. Diese Polarisierung zwischen Reformpsychiatrie und Angehörigen ist nach Auffassung der Verfasser vermeidbar, wenn die Psychiatrie größeres Verständnis für die Angehörigen aufbringt und sie nicht mit der Last der Betreuung allein läßt. Die Angehörigen sind von den Reformgesetzen und ihren Auswirkungen überrollt worden. Sie sind nicht ausreichend vorbereitet worden. Es zeigt sich jedoch, daß sie bereit sind, sich einzusetzen, wenn sie dabei Hilfe und Unterstützung von den Therapeuten erfahren.

Agnes Hatfield berichtet über die Situation in den Vereinigten Staaten, wo reichhaltige Erfahrungen mit Selbsthilfeinitiativen von Angehörigen vorliegen. Die Situation

in der Bundesrepublik ist nicht so leicht zu beschreiben. Hier bestehen verschiedene Angehörigengruppen in unterschiedlichen Teilen des Landes mit Schwerpunkten in Baden-Württemberg, in Nordrhein-Westfalen, in Bremen und an anderen Orten, ohne daß es bisher zu einem tragfähigen Zusammenschluß gekommen ist. Dennoch unternimmt *Matthias C Angermeyer* den Versuch, die Lage zu umreißen.

Daß Angehörigenselbsthilfe auch in der Bundesrepublik notwendig ist, wird von *Asmus Finzen* begründet. Die Angehörigen haben notwendigerweise eine andere Sichtweise von der psychischen Krankheit eines Familienmitgliedes als der Betroffene selber oder als die Experten, die diesen behandelt haben. Die Angehörigenselbsthilfe hat deswegen die Funktion einer dritten Kraft in der psychiatrischen Krankenversorgung wie im therapeutischen Feld.

Gruppenarbeit mit Angehörigen

John Wing hat mit Recht hervorgehoben, daß die Angehörigen die wirklichen Experten im Umgang mit dem psychisch Kranken und seiner Krankheit sind. Ihnen fehlt jedoch oft das Bewußtsein dieses Expertentums. Ihnen fehlen die Möglichkeiten, diese Erfahrungen zu reflektieren und in bewußte Leitlinien des Handelns und des Umgangs mit dem Betroffenen umzusetzen. Sie dabei zu unterstützen ist die Aufgabe der Arbeit von Experten mit Angehörigen. Diesem Aspekt ist der zweite Teil unseres Buches gewidmet. Basierend auf einer systematischen Literaturübersicht stellt *Matthias C Angermeyer* einleitend Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit dar und leitet daraus ein Argument für die Gruppenarbeit mit Angehörigen ab. Einer der ganz frühen Ansätze dazu besteht in *Raoul Schindlers* bifokaler Familientherapie, die dieser in den Jahren 1947 bis 1949 an der Wiener psychiatrischen Klinik entwickelt und dann routinemäßig in der Behandlung schizophrener Patienten eingesetzt hat. *Schindler* bildete zwei parallel zueinander verlaufende Gruppen. In eine Patientengruppe (erster Fokus) wurden sechs bis sieben Kranke aufgenommen. In eine Angehörigengruppe (zweiter Fokus) wurden Familienangehörige aufgenommen, wenn sich das kranke Familienmitglied einer entsprechenden Patientengruppe anschloß.

Dieser Behandlungsansatz setzte sich nie allgemein durch. Möglicherweise kam er im Ablauf der Entwicklung psychiatrischer Methoden zu früh. Ende der 50er Jahre war im deutschen Sprachraum selbst die Einzelpsychotherapie noch etwas Exotisches. Die gruppenpsychotherapeutischen Verfahren, die therapeutische Gemeinschaft und schließlich die familientherapeutischen Methoden harrten noch der Entwicklung, bevor die Arbeit mit Angehörigen als notwendige Routinemethode entdeckt werden konnte.

Einen Teil der Vielfalt der heute praktizierten Verfahren versuchen wir zu berücksichtigen. *Heinz Katschnig* und *Theresa Konieczna* stellen Angehörige im Spiegel von Selbsterfahrungsgruppen dar. Ihr Ansatz besteht darin, Angehörige von schizophren Erkrankten in professionell moderierten Selbsterfahrungsgruppen zusammenzufassen, die von vornherein auf etwa zehn Stunden zeitlich begrenzt sind. Die Teilnahme an diesen Gruppen ist offen. Die Möglichkeit der Teilnahme wird über die Angehörigenorganisation *Hilfe für psychisch Erkrankte* ausgeschrieben. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Angehörigen werden nicht durch die Therapeuten der kranken Familienmitglieder dazu genötigt.

Ziel der Gruppe ist es, in einer begrenzten Zahl von Sitzungen so viel Eigenerfahrung zu vermitteln, daß die Angehörigen im Rahmen der Selbsthilfegruppe zu größerer Eigenaktivität und besserer Problembewältigung in der Lage sind.

Elisabeth Persch-Eberle und *Robert Olbrich* beschreiben in ihrer Arbeit einen anderen Ansatz. Sie betreuen Angehörige von Schizophrenen in einem psychiatrischen Krankenhaus. Diese Gruppe ist zeitlich nicht begrenzt. Die Angehörigen reisen zum Teil von weither aus dem großen ländlichen Einzugsbereich des Krankenhauses an. Die Gruppe hat den Zweck, den Angehörigen Informationen über die Erkrankung zu vermitteln, Erfahrungsaustausch über praktische Hilfen zu ermöglichen. Sie soll durch das Äußern von Sorgen und Gefühlen entlasten und zu einer Verhaltensänderung mit dem Ziel eines geringeren emotionalen Engagements führen. Im Hintergrund steht allerdings auch hier die Vorstellung, daß die Angehörigen sich schließlich zu Selbsthilfegruppen organisieren. Auch die Angehörigenarbeit mit Eltern psychotischer Patienten der Berliner Schloßparkklinik, wie sie von *Sieglinde Schröder* dargestellt wird, verfolgt dieses Ziel. Ihr Ansatz ähnelt in manchem dem der Konstanzer Gruppe.

Wulf Bertram stellt das Konzept der Angehörigenarbeit in der Hamburger psychiatrischen Kriseninterventions-Tagesklinik vor. Er zeigt, wie Patienten und Angehörige ihr Bild von sich selbst und vom Partner nach vierwöchiger getrennter Gruppenarbeit ändern.

Gerhard Buchkremer und *Ludwig Lewandowski* berichten über therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten in Münster, *Charlotte Köttgen* und Mitarbeiter über Therapieerfahrungen mit Angehörigen von jungen rückfallgefährdeten schizophrenen Kranken.

Ruth Berkowitz und Mitarbeiter aus London berichten über ein Forschungsprojekt, das sich mit therapeutischen Interventionen bei Angehörigen von stark rückfallgefährdeten schizophrenen Patienten befaßt. Die Londoner Gruppe verfolgt in ihrer Angehörigenarbeit drei Ansätze. Sie führt Aufklärungsgespräche mit den Angehörigen durch, bei denen vor allem Informationen vermittelt werden. Sie veranstaltet eine offene Angehörigengruppe und macht in Einzelfällen familientherapeutische Interventionen unter Einbeziehung des Patienten. Mit einer solchen konzentrierten Aktion gelingt es ihnen, die Einstellung von Angehörigen zu verändern, die durch ein hohes emotionales Engagement gekennzeichnet ist, und können auf diese Weise das Rückfallrisiko bei den psychisch erkrankten Familienmitgliedern senken.

Die Vielfalt der Konzepte therapeutischer Arbeit mit den Angehörigen psychisch Kranker zeigt, daß derzeit noch alles im Fluß ist. Es gibt keine verbindlichen Konzepte, die Allgemeingültigkeit beanspruchen könnten. Dennoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten aller vorgestellten Ansätze erkennen.

1. Alle Konzepte versuchen Aufklärung und Information der Angehörigen mit der Veränderung von Einstellungen zu verbinden.
2. Alle Konzepte versuchen, den Angehörigen dabei zu helfen, krankheitsbedingte und beziehungsbedingte Schwierigkeiten für die Angehörigen durchsichtiger und teilweise voneinander trennbar zu machen.
3. Alle Konzepte unterstellen, daß der Abbau von Spannungen und Konflikten zwischen den Angehörigen und dem Patienten nicht nur das Leid der Angehörigen vermindern, sondern auch eine stützende rückfallvermeidende Funktion für den Patienten haben.
4. Alle Konzepte haben zumindest im Hintergrund den Gedanken, die Angehörigen zum Anschluß an eine Selbsthilfegruppe zu motivieren oder sie darauf vorzubereiten.

Die Unterschiede bestehen vor allem in der Organisationsform der Gruppen: ob sie offen oder geschlossen sind, ob sie vom gleichen Therapeuten wie der Patient oder von anderen Therapeuten durchgeführt werden, ob sie zeitlich begrenzt oder fortlaufend sind. Auch inhaltlich scheinen große Unterschiede vorhanden zu sein. Der Vorrang von Information und Aufklärung steht neben der Vermittlung von Selbsterfahrung und der Gruppenpsychotherapie. In den meisten Konzepten scheinen aber Elemente aller dieser Vorgehensweisen vorhanden zu sein.

Die Unterschiede bei der Arbeit mit Angehörigen psychisch Kranker sind nicht durch eine unterschiedliche Auffassung von der Schizophrenie bedingt. Sie hängen damit zusammen, daß Gruppenarbeit mit den Angehörigen schizophrener Kranker noch kein allgemein üblicher etablierter Bestandteil psychiatrischer Therapie und psychiatrischer Krankenversorgung ist. Die Ansätze zur Angehörigenarbeit sind oft zufällig entstanden. Fast immer steht das Engagement einzelner Therapeuten dahinter, die sich ihre Konzepte selber erarbeitet haben. Nur in Wien und in London stand von Anfang an neben dem therapeutischen ein wissenschaftliches Interesse. Inzwischen hat sich das aber auch bei uns geändert. Die meisten Gruppen, die hier berichten, stützen sich mit ihren Ausführungen auf handfeste ausgefeilte wissenschaftliche Projekte.

Gegenwärtig werden in der Bundesrepublik - wie *Buchkremer* und *Lewandowski* berichten - mehr als zehn Evaluationsstudien durchgeführt, die sich mit Angehörigengruppen unterschiedlicher Konzeptionen beschäftigen: „Ein abschließendes Urteil über die Effizienz der Angehörigengruppen kann deshalb noch nicht vorgenommen werden. Eingehende katamnestische Untersuchungen weisen darauf hin, daß sich die Angehörigenarbeit bei schizophrenen Patienten sowohl auf die Rezidivprophylaxe der schizophren erkrankten Familienmitglieder auswirkt und sich andererseits als Hilfe für die Angehörigen bestätigt" (s. S. 125).

Zugleich geht es um die Erarbeitung von wirksamen zeit- und personalökonomischen Konzepten für die Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker. Aber auch diese Forschungsgruppen haben bisher keine allgemeinverbindlichen Richtlinien für die Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker entwickelt. Die vorliegenden Erfahrungen sind jedoch ermutigend. Angehörigenarbeit ist wirksam. Sie hilft dem unmittelbar betroffenen Familienmitglied ebenso wie den indirekt betroffenen Angehörigen. Sie vermindert das Leiden. Sie senkt die Rückfallgefahr. Angehörigenarbeit wird aus diesen Gründen zu einem notwendigen Bestandteil psychiatrischer Therapie. Ihre Ausgestaltung bleibt vorerst aber noch in weiten Grenzen der Phantasie, der Initiative und den Möglichkeiten der Therapeuten und der Behandlungseinrichtungen überlassen.

Literatur

- Creer, C* und *Wing, J.K.*: Schizophrenia at Home. National Schizophrenia Fellowship 1974
Ernst, K.: Die Belastung der Kinder hospitalisierungsbedürftiger psychisch Kranker. Eine vorwissenschaftliche Schätzung. *Nervenarzt*, 49: 427-431 (1978)
Lidz, Th. u.a.: Schizophrenia and the family. Monograph Series in Schizophrenia No. 7. New York, International Universities Press 1965

- Sainsbury, P.*: Die Belastung der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder. In: v. *Chranach, M u. A. Finzen* (Hg.) Psychische Krankheit als sozialer Prozeß. Psychiatrische Epidemiologie. S. 110-117. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972
- Schindler, R.*: Bifokale Familientherapie. In: *Richter, H. E.* u.a. (Hg.) Familie und seelische Krankheit S. 216-235. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1976

Therapeuten und Familien -
durch Welten getrennt

Psychisch Kranke in der Familie - aus der Sicht der Angehörigen

Rose-Maria Seelhorst

Als man mich fragte, ob ich bereit sei, über die Situation in meiner Familie zu berichten, habe ich nicht gerade begeistert zugestimmt. Denn ich fürchtete, daß mich die Beschäftigung mit diesem Bericht sehr deprimieren würde. Da kamen mir die unbekümmerten Worte eines jungen Arztes ins Gedächtnis: Wie ist es eigentlich für die Familie, wenn einer psychisch krank ist?

Damals war einer meiner Söhne krank, seit ein paar Jahren sind es zwei. Vielleicht ist es sinnvoll, wenn ich ein wenig von unserem Leben und unseren Problemen mit diesen kranken Söhnen erzähle.

Zu Beginn möchte ich kurz meine Familie vorstellen: Wir sind eine recht große Familie. Vater, Mutter und fünf Kinder. Die beiden ältesten sind Söhne, in der Mitte haben wir eine Tochter und die beiden jüngeren sind wieder Söhne. Also ein recht maskuliner Haushalt. Der Älteste ist jetzt 25, der Jüngste 16 Jahre alt. Seit 20 Jahren wohnen wir in einem Dorf, eine halbe Autostunde von Hannover entfernt. Wir haben dort inzwischen ein eigenes Haus mit großem Garten. Mein Mann arbeitet in Hannover. Er ist beruflich sehr engagiert, kommt abends selten vor der Tagesschau nach Hause und verreist häufig. Ich selbst war nur am Anfang unserer Ehe noch berufstätig. Inzwischen sind viele Jahre vergangen, und wer uns nicht näher kennt, muß annehmen, daß es uns sehr gut geht. Aber das ist leider nicht so.

Für uns lag und liegt das Hauptproblem im Zusammenleben mit den kranken Söhnen in der Bewältigung der großen Aufregungen und des Kummers, den ihre Erkrankung uns bereitet. Die vielfältigen Probleme, die ihre Krankheit uns gebracht hat und noch laufend bringt, waren bisher sekundär. Die Gewichtung beruht vor allem auf der Tatsache, daß wir in gesicherten finanziellen Verhältnissen leben, ein eigenes Haus haben und dieses am Rande einer kleinen Gemeinde steht. So. treten viele Überlegungen, die die äußere Lebensführung der Kranken inmitten der Familie betreffen, bei uns erst seit kurzer Zeit in den Vordergrund. Dazu muß man auch bedenken, daß wir nie bereit waren, die Krankheit als unabwendbaren Dauerzustand anzuerkennen. Wir setzen nach wie vor alles daran, daß die Söhne wieder gesund, zumindest gesünder werden.

Zuerst wurde unser zweiter Sohn krank. Er war damals 16 Jahre alt. Es begann damit, daß er sich von der Familie und den Klassenkameraden distanzierte und sich nur noch für bestimmte theologische Fragen interessierte. Er nahm Kontakt zu den „Zeugen Jehovas“ auf und lernte schließlich die sogenannten „Kinder Gottes“ kennen. Aber zu der Zeit ging es ihm bereits so schlecht, daß er manchmal nicht mehr wußte, wer er war.

Es gab große Schwierigkeiten in der Schule. Trotzdem schaffte er noch den Abschluß des Sekundarbereichs I, also die Mittlere Reife, und den Übergang zur gymnasialen Oberstufe.

Als mein Mann unserem Sohn die schriftliche Einwilligung, mit den Kindern Gottes ziehen zu dürfen, nicht geben wollte, kam es zu einer schrecklichen Szene. Einen Tag später ließ er sich von mir in die Sprechstunde eines hannoverschen Nervenarztes bringen. Dort wurden ihm zum ersten Mal Haldol®, Akineton® und Beruhigungsmittel verschrieben.

Außerdem versuchte der Arzt, den Kontakt zu den Kindern Gottes zu verbieten.

Die Medikamente nahm unser Sohn nicht, und den Kontakt zu den Kindern Gottes ließ er sich nicht verbieten. An einem Sonntag Vormittag fuhr er mit dem Rad weg und kam nicht wieder nach Hause. In völlig hilflosem Zustand wurde er abends von der Hamburger Polizei auf dem Flughafen aufgegriffen. Als mein Mann und ich ihn von der Polizeistation abholten, wo er die Nacht in einer Zelle hatte verbringen müssen, fühlte er sich so krank, daß er bereit war, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen. Wir fuhren auf Rat des Arztes mit ihm direkt zur Städtischen Nervenklinik in Langenhagen.

Das Krankenhaus war so überfüllt, daß sich der Arzt mit uns im Flur unterhalten mußte. Obwohl das Gespräch ergab, daß die Aufnahme in eine geschlossene Abteilung nötig sei, mußten wir unseren Jungen vorerst wieder mit nach Hause nehmen, weil einfach kein Platz für ihn da war. Zu Hause wurde der Zustand schnell so bedrohlich, daß nachts eine Einweisung in das Landeskrankenhaus Wunstorf vorgenommen werden mußte.

Es ist schwer zu schildern, wie es in der Zeit bis zur ersten Einweisung um die Familie stand. Wir hatten alle noch nie mit einem psychisch Kranken zu tun gehabt. Deshalb waren wir uns lange Zeit nicht klar, ob der Junge lediglich in einer schweren Pubertätskrise steckte, oder ob mit ihm „etwas nicht stimmt“, wie man so sagt. Den Geschwistern, die mit ihm zur gleichen Schule gingen, war es peinlich, daß ihr Bruder so ungepflegt aussah, und sich so sonderbar benahm. Er lachte beispielsweise plötzlich schrill und unmotiviert, andererseits war er unerträglich gehemmt. Einmal wäre er fast vom Schulbus überfahren worden, weil er kaum aufnahm, was um ihn herum vorging. Der Klassenlehrer rief mich wiederholt an. Er war ratlos. Natürlich hatten wir ihn über die Krankheit des Sohnes informiert, nachdem dieser mit mir beim Arzt war. Immer offensichtlicher wurde die Veränderung im Wesen des Sohnes. Er mied uns alle, schlich im Haus herum, schloß sich stundenlang in seinem verdunkelten Zimmer ein und erzählte mir schließlich von Stimmen, die ihn beschimpften. Wir hatten große Angst um ihn.

Der Abtransport des Sohnes ins Krankenhaus schockierte uns. Keiner von uns wird vergessen, wie der hilflose Junge von kräftigen Pflegern bäuchlings auf eine Trage geschnallt wurde und dann eine Beruhigungsspritze bekam.

Am nächsten Tag im Krankenhaus, während die Geschwister in der Schule waren, erhielt die Krankheit ihren Namen. Zu Hause blätterte mein Mann dann im Konversationslexikon nach, um zu erfahren, was Schizophrenie eigentlich für eine Krankheit sei. Was da stand machte uns fassungslos.

Eine junge Ärztin erklärte uns, daß es keine Therapie gäbe, die Heilung verspreche. Immerhin sei Heilung möglich.

Die ganze Atmosphäre des Landeskrankenhauses, das Vielbettzimmer, die mangelhaften sanitären Einrichtungen, die überbeanspruchten Ärzte und nicht zuletzt der resignierte Eindruck, den die meisten Patienten machten, deprimierte uns sehr. War das die richtige Umgebung für unseren so kranken Sohn? Sollte ein Krankenhaus für psychisch Leidende nicht mehr Geborgenheit und Behaglichkeit bieten als irgend ein anderes?

Zu Hause bei den Geschwistern und den Großeltern breitete sich Verzweiflung aus. Ich glaube, wir waren damals alle krank. Wir saßen dauernd zusammen und versuchten zu beraten, was zu tun sei. Mein Vater zum Beispiel war nicht überzeugt, daß alles Mögliche für den Jungen getan wurde.

Die Geschwister hatten ganz eigene Sorgen: was sollen wir auf die Frage nach unserm Bruder sagen? Mein Mann und ich plädierten für Offenheit. Krankheit braucht nicht versteckt zu werden. Aber die Geschwister erklärten einmütig, das sei unmöglich. Wir hätten keine Ahnung, wie in der Schule über Anstalten wie Wunstorf oder Ilten gewitzelt würde. Sie hatten Angst vor dem Spott der Kameraden. Ich habe übrigens die Erfahrung gemacht, daß allein der Name der Krankheit vor allem bei älteren Menschen Verlegenheit und Abblocken auslöst. Selbst nahe Verwandte bedeuteten uns, besser zu schweigen. Andererseits hörten wir plötzlich von ähnlichen Erkrankungen in anderen Familien. Ganz allgemein muß ich sagen, daß ein offenes Wort über diese Krankheit nicht gerade kontaktförderlich ist.

Aber gerade das hatten wir alle nach einer Zeit der Vereinsamung nötig. Schon lange lebten wir nur noch unter uns. Die Geschwister trauten sich nicht, Schulkameraden mit nach Hause zu bringen, und auch mein Mann und ich lebten eingekapselt mit unserer Sorge. Man muß erst lernen, seine eigenen Sorgen für sich zu behalten, und mit andern statt dessen über Unkraut im Garten oder eine Fünf in Mathematik zu sprechen. Eine Freundin sagte mir in aller Offenheit: „Laß mal was von Dir hören, wenn es bei Euch wieder besser geht“. Es ging aber nicht besser.

Die schulischen Leistungen der Geschwister sanken bedenklich ab. Vor allem der Jüngste kam weder mit sich noch mit den Klassenkameraden zurecht. Ich ging in die Schule und sprach in aller Offenheit mit den Lehrern. Aber was sie da hörten, nahm sie noch mehr gegen ihn ein.

Für uns blieb neben der Betreuung des Jungen im Krankenhaus und dem Versuch, die übrigen Kinder zu beruhigen, die böse Frage nach der Ursache der Krankheit. Die damals noch lebenden Großeltern wußten von keinem ähnlichen Fall in der Familie zu berichten. Also, so wurde uns von mehreren Seiten erklärt, gäbe es nur eine Erklärung, und das sei überhaupt die Erklärung für die rätselhafte Krankheit Schizophrenie: falsche Erziehung, mieses Familienklima.

Ich fing an, mich mit anderen Frauen zu vergleichen, und fand, daß sie tatsächlich glücklicher aussahen und alles besser konnten. Das machte mich so unsicher. Bisher hatte ich gar nicht bewußt nach einer Methode erzogen, sondern mich so verhalten, wie es für mich natürlich war.

Ich besuchte den kranken Jungen fast täglich und wir alle erlebten mit Erleichterung, daß es ihm bald besser ging.

Und dann kam er wieder nach Hause. Übrigens völlig unerwartet für uns. Eines Morgens rief er mich an und sagte, er sei entlassen, ich solle ihn gleich holen. Gott sei Dank war ich da. Alle waren so glücklich. Es war wie Weihnachten. Anfangs fanden wir es selbstverständlich, in jeder Beziehung Rücksicht auf ihn zu nehmen. Er mag so vieles nicht: Schlager, Fernsehen, Kartenspielen, Tanzen, Gespräche über Liebe und vor allem gar keinen Streit. Aber dann fühlten sich doch die Geschwister sehr eingeengt.

Es wurde damals auch der Versuch gemacht, ihn wieder zur Schule zu schicken. Er besuchte im Gymnasium zufällig einige Kurse gemeinsam mit unserer Tochter. Sie litt unter der Verständnislosigkeit der Kameraden, die allerdings über die Krankheit des Sohnes kaum Bescheid wußten. Er wurde verlacht und verhöhnt und bot dazu wahrscheinlich reichlich Gelegenheit.

Schwierig war auch die Sache mit der ärztlichen Betreuung. Alles, was nach Psychiatrie riecht, wurde und wird bis heute von ihm abgelehnt. So blieb nichts weiter übrig, als ihm die nötigen Medikamente zu besorgen und zu hoffen, daß es weiter bergauf geht.

Als ich dann aber mit den beiden jüngeren Söhnen zu einem Erholungsurlaub verreist war, mußte er wieder ins Landeskrankenhaus. Die Polizei hatte ihn auf dem Messe-schnellweg aufgegriffen, wo er völlig verwirrt herumliefe und den Verkehr gefährdete. Weil er zu dem Zeitpunkt eigentlich bei Freunden in Wolfenbüttel hätte sein müssen, erfuhr mein Mann erst im Nachhinein von der Zwangseinweisung. Mit viel Zureden seitens meines Mannes, des Arztes und des zuständigen Amtsrichters gelang es damals, den Sohn zu überzeugen, lieber „freiwillig“ im Krankenhaus zu bleiben. Inzwischen ist nun auch der älteste Sohn an Schizophrenie erkrankt. Er war mit unserem Einverständnis nach der Schule ausgezogen, hatte eine eigene kleine Wohnung und absolvierte eine Lehre als Bankkaufmann. Wir wunderten uns damals, daß wir ihn überreden mußten, seine Lehre auch abzuschließen, also an der mündlichen Prüfung teilzunehmen. Er tat es und bestand. Anschließend mußte er zur Bundeswehr. Aber schon nach zwei Monaten wurde er fahnenflüchtig. Wir hörten lange nichts von ihm. Eines Tages erfuhren wir, daß er in Hamburg in stationärer psychiatrischer Behandlung sei. Nachdem er wieder Kontakt mit uns hatte, ging es ihm offensichtlich bald besser. Aber der Schein trög. Es folgten noch zwei Krankenhausaufenthalte.

Wie reagierte nun die Familie auf die Erkrankung des ältesten Sohnes? Irgendwie hatten wir uns alle mit der Krankheit des einen Jungen abgefunden. Wir hatten gelernt, auf ihn zu achten. Unsere Tochter hatte geheiratet, ihre Lehre abgeschlossen, einen Sohn bekommen. Der eine Bruder war dabei, Abitur zu machen und der Jüngste schien sich endlich in der Schule zu bessern. Da kam die Krankheit wie eine unheimliche Macht wieder zu uns. Die gesunden Söhne beobachteten an sich Zeichen von schizophrenem Verhalten, lasen über die Krankheit und waren voller Furcht. Die Tochter war ja inzwischen verheiratet und hatte somit einen heilsamen Abstand.

Augenblicklich ist es so, daß der Älteste in einem Übergangsheim wohnt und dort auch mit Medikamenten versorgt wird. Er arbeitet in einer Therapiegruppe. Er findet seinen Arzt und die Therapeuten sympathisch, aber sehnt sich natürlich nach einer eigenen Wohnung und Arbeit. Das Arbeitsamt hat ihm nach eingehenden Gesprächen und sicherlich auch einigen Bemühungen erklärt, daß er in seinem erlernten Beruf nicht mehr vermittelbar sei.

Denn die gutgemeinten Sozialgesetze machen es fast unmöglich, wieder Fuß zu fassen. Wird nämlich ein Arbeitnehmer krank, zahlt der Arbeitgeber bis zu sechs Wochen den vollen Lohn, dann ist die Krankenkasse an der Reihe. Wird der Arbeitnehmer nach sechs Monaten wieder krank, so muß der Arbeitgeber wieder sechs Wochen lang zahlen, usw. usf. Für den Arbeitgeber bedeutet es also ein großes Risiko, einen Psychiatriepatienten einzustellen. Dazu kommt noch, daß Behinderte sozusagen unkündbar sind. Wer aber würde einen Gesunden einstellen, wenn dieser unkündbar wäre, und nun gar einen Kranken! Das hat dazu geführt, daß die einen Behinderten Arbeit haben und kaum verlieren können und die andern keine haben und auch keine bekommen.

Ich bin bei meinem ältesten Sohn fest überzeugt, daß er arbeitsfähig ist, aber natürlich kann niemand eine Gewähr dafür geben, daß es ihm nicht einmal wieder schlechter geht. Es ist so schwer, einen 25jährigen sozusagen auf Rente zu schicken und darüber noch zu trösten.

Der jüngere Kranke lebt, wie ich schon sagte, bei uns. Er lehnt den Asylcharakter des Wohnheimes so sehr ab, daß er nicht einmal bereit ist, seinen Bruder dort zu besuchen. Da er auch nicht zur Ambulanz gehen mag, weil er immer Sorge hat, jemand

wolle mit ihm über seinen Glauben diskutieren, bleibt nur die Versorgung durch den Hausarzt, den diese Verantwortung sehr drückt. Dort bekommt er jede Woche seine Spritze. Wenn es ihm nicht gut geht, weint und schreit er. Dann bin ich froh, daß wir allein in unserm Haus wohnen. Aber natürlich quälen solche Zustände alle. Die Nachbarn, die den Jungen gut leiden mögen, versuchen so zu tun, als ob sie nichts hörten. Für beide Söhne bin ich froh, daß es Mittel gegen die schrecklichen Stimmen, die sie hören, gibt. Aber es macht Angst, daß niemand weiß, wie die jahrelange Einnahme dieser Mittel auf den Gesamtorganismus wirkt.

Besonders schwierig ist auch die Frage der Dosierung der Medikamente. Ich glaube, der Arzt ist sehr abhängig von der Offenheit und richtigen Selbstbeurteilung der Patienten. Für meine Söhne ist es sozusagen Ehrensache, eine recht niedrige Dosierung zu erhalten. Auch haben sie mir unabhängig voneinander anvertraut, daß sie sich angeblich immer gut fühlen, wenn ihr Arzt sie befragt. Das hat nicht selten zur Folge, daß sie durch Unterdosierung in Gefahr kommen. Ich selbst scheue aber einen Alarmanruf beim Arzt, da es keine dauernde und selbstverständliche Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und uns gibt. Wie oft haben mein Mann und ich erlebt, daß wir ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt suchten, und dieser dann unseren Sohn dazuholte, um alle an ihn, den Arzt gestellten Fragen, an unsern Sohn weiterzuleiten. Um uns mit unsern Kindern zu unterhalten, brauchen wir aber keinen ärztlichen Beistand. Also macht jeder seine Betreuungsarbeit allein, dort das sogenannte Team und hier die Familie. Das ist eigentlich sehr schade.

Über die finanziellen Probleme im Zusammenhang mit jahrelanger psychischer Krankheit habe ich noch nicht gesprochen. Dabei ist vor allem wichtig zu bedenken, daß wir als Angehörige nichts tun wollen, was den kranken Söhnen den Eindruck vermitteln könnte, daß wir sie aufgegeben haben. So fiel es uns damals schwer, für den zweiten Sohn den Status eines Schwerbehinderten zu beantragen, damit wir wenigstens weiter Kindergeld für ihn bekommen und er auch weiter im Rahmen der Familienhilfe bei der Krankenkasse versichert bleiben kann. Aber für ihn war das ein Schock und damit für uns eine zusätzliche seelische Belastung. Er wohnt also weiter als Kind im Haus und bekommt Taschengeld vom Vater.

Der Älteste wohnt, wie ich schon sagte, im Übergangsheim. Für ihn zahlt das Sozialamt die Unterbringung und einen bescheidenen Tagessatz.

Der Umgang mit Geld und Wertgegenständen ist ein Problem für sich. Wir haben wiederholt erlebt, daß wertvolle Gegenstände an Wildfremde verschenkt wurden. Andererseits war es genauso möglich, daß mein Mann aufgefordert wurde, innerhalb von Stunden eine Riesensumme Geld zur Verfügung zu stellen. Vor allem vor und nach Krankenhausaufenthalten gab es solche Ereignisse. Sobald sich der Gesundheitszustand stabilisiert hat, kommt auch der uns wohlbekanntes Sohn - sei er nun besonders sparsam oder auch großzügig - wieder zum Vorschein.

Lassen Sie mich zum Schluß meines Berichtes bitte nicht auf die Sorge eingehen, was werden soll, wenn meinem Mann und mir etwas zustößt, sondern lieber ein paar tröstliche Erkenntnisse berichten.

Im Konversationslexikon stand, daß Schizophrenie zu Schwachsinn führe. Diese Erfahrung haben wir nicht gemacht. Beide Söhne sind intelligente, stets das Gespräch bereichernde Partner. Beide sind wieder völlig in die Familie integriert. Der Älteste geht gern Tennisspielen, der Jüngere hat eine Reihe gleichgesinnter Freunde in Hannover.

Die gesunden Geschwister haben sehr unter der Krankheit der Brüder gelitten, aber sie haben sich in keiner Weise von diesen abgewandt, sondern fühlen die Verantwortung des

Gesunden dem Kranken gegenüber. In den nächsten Tagen wollen sie mit dem Ältesten zusammen in die Berge fahren, um zu wandern. Alle freuen sich auf die gemeinsamen Ferientage. Hoffen wir, daß es gut geht!

Der theorie-graue Star im Auge des Psychiaters*

Zur Rezeption der Wissensbestände der Familienforschung in der Sozialpsychiatrie

Matthias C Angermeyer

Sicher war die Durchdringung der psychiatrischen Praxis mit Konzepten der Familienforschung prinzipiell zu begrüßen. Sie trug zur Einschränkung einer objektivierenden psychopathologischen Sichtweise zugunsten des Verständnisses des Patienten als Subjekt bei und lehrte, dessen psychologische/psychopathologische Verfassung im Kontext seiner Biographie und aktuellen psychosozialen Situation zu sehen. Nur: in letzter Zeit mehrten sich kritische Stimmen, die vor einer Fehlentwicklung warnen. Im Gefolge einer Vulgarisierung und simplifizierten Rezeption familiendynamischer Modelle würden die Angehörigen - vor allem schizophrener Kranker - Gefahr laufen, als „Ungehörige“ desavouiert (Finzen, 1979) und zu Sündenböcken abgestempelt zu werden (Schopfer, 1971), denen kein Pardon zu gewähren sei. Vorschnell sei die Rede von „Problemfamilien“ (so z.B. bei Stierlin und Mitarb., 1977), anstatt zunächst einmal anzuerkennen, daß sich diese Familien mit einem existentiellen Problem konfrontiert sehen, dessen Ausmaß wir allenfalls erahnen können. Selbstkritisch gibt Uchtenhagen (1976) zu bedenken, daß „allzu einseitig die Verursachungsperspektive auch die Art und Weise geprägt hat, wie die Familien von der therapeutischen Warte her wahrgenommen wurden“ - mit dem Erfolg, daß es „beinahe zur Regel geworden (ist), daß die Angehörigen eines psychisch Kranken dem Psychiater dermaßen mit eingestandenem oder uneingestandenem Schuldgefühlen begegnen, daß zunächst eine Entkrampfung der Situation erforderlich wird, um mit den Angehörigen arbeiten, die Schuldgefühle überhaupt angehen zu können“ (S. 259). Es ist nur konsequent, wenn inzwischen die Forderung laut wird, daß „im Hinblick auf alle Theorien, die die Familie mit der Verantwortung für die Entstehung schizophrener Krankheit belasten, ein Moratorium eingeschaltet werden sollte, solange nicht mehr objektive und replizierbare Belege für diese Annahme vorgelegt werden können. Das Leid der Familien mit schizophrenen Kranken ist schon so groß genug und muß nicht noch zusätzlich durch Schuldzuweisungen vermehrt werden“ (Lancet, 1975).

Daß es zu dieser Fehlentwicklung kam, hat sicher vielerlei Gründe: Gesamtgesellschaftliche - infolge der Protestbewegung Ende der sechziger Jahre war ein zum Teil sich radikal gebärdender Antifamilismus („Tod der Familie“) en vogue, der allerdings in Jüngster Zeit wieder konservativen Strömungen einer „Neuen Innerlichkeit“ Platz macht; auch individuelle Gründe - oft wurden Probleme in der Beziehung zu den eigenen Eltern auf die der Patienten „übertragen“. Hinzu kam eine angesichts der Situation der Praxis, die begierig ist nach handlungsleitenden Konzepten, nur zu verständliche Tendenz zur Reifikation, die theoretische Überlegungen oder kasuistische Beobachtungen rasch zu „harten Fakten“ gerinnen ließ. Aber auch die familiendynamischen Autoren selbst hatten zu einem gerüttelten Maß Anteil an der sich hier manifestierenden Ideologiebildung, lud doch die Diktion vieler Arbeiten geradezu zur Parteinahme für die Patienten (das „Opfer“) und gegen die Eltern (die „Henker“) ein. So liest man beispielsweise bei Ackermann (1971, S. 131): „In der Familie gibt es einen omnipotenten Verfolger und Mörder, ein Opferlamm

* Eine erste Fassung dieses Beitrags erschien in der Zeitschrift „MMG - Medizin Mensch Gesellschaft“ 4 (1982)

sowie einen allmächtigen Erlöser, Lebensretter ... Das Spiel geht weiter und findet kein Ende. In der Zwischenzeit wird das Kind zum Opferlamm ausgewählt, es wird zum Prügelknaben und ist für die Zerstörung durch die Schizophrenie bestimmt". Auf einen anderen Text gemünzt konstatiert Lewine (1979, S. 434): „Ganz sicher ist die Sprache zur Beschreibung der Haltung der Eltern gegenüber den Kranken sehr negativ gefärbt. Es wird suggeriert, daß die Eltern bewußt gegen ihre Kinder arbeiten würden und unfähig seien, sich zu ändern."

Krankenakten-Analyse als Methode

Als eine Möglichkeit der empirischen Erkundung des hier skizzierten Problemfelds bot sich das Studium von Krankendokumenten an - durfte doch erwartet werden, daß hier die Wahrnehmung und Beurteilung der Familien psychisch Kranker ihren Reflex finden müßte. Wir führten deshalb eine systematische Inhaltsanalyse der Krankenakten aller Patienten durch, die zwischen dem 1. 1. 1967 und 31. 12. 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover wegen einer schizophrenen Psychose (ICD 295) mindestens eine Woche lang stationär behandelt worden waren. Die Patienten sollten nicht älter als 30 Jahre alt und ledig sein; wenigstens ein Elternteil sollte noch am Leben sein, in der Bundesrepublik wohnen und in Kontakt zum Patienten stehen. 171 Patienten erfüllten diese Kriterien.

In die Analyse gingen alle Anmerkungen der Referenten ein, die entweder den Charakter einer Beurteilung/Bewertung klar erkennen ließen oder als „objektive" Feststellungen formuliert waren. Unberücksichtigt blieben dagegen als solche eindeutig kenntlich gemachte subjektive Aussagen der Patienten über ihre Eltern/Familie. Sämtliche Notizen anlässlich eines stationären Aufenthalts des Patienten wurden - separat für Vater, Mutter und das Familiensystem als Ganzes - zu einem „Statement" zusammengefaßt. Wir ermittelten insgesamt 202 so definierte Statements über die Mütter der Patienten, 148 über deren Väter und 51 über das Familiensystem in toto. Es wurden nur Krankendokumente (Arztbriefe, Aufnahme- und Verlaufsberichte, Gesprächsnotizen) ausgewertet, die von Ärzten verfaßt waren. Von den insgesamt 59 Ärzten waren 45 Psychiater und 8 Neurologen. 49 Referenten waren männlich, 10 weiblichen Geschlechts; 34 waren verheiratet, 12 geschieden; der Rest ledig.

Auf Grund der Ergebnisse eines Pretests bildeten wir für die Beurteilung der Persönlichkeitsmerkmale beider Eltern je 10 Inhaltskategorien. Zwei Kategorien erlaubten eine grobe Erfassung der Systemeigenschaften („gestört" versus „intakt"). In einer Kategorie wurden alle Äußerungen über mögliche pathogenetische Einflüsse der Eltern bzw. der Familie auf den Patienten zusammengefaßt, in einer weiteren Kategorie alle Äußerungen über die Belastung der Familie/einzelner Angehöriger durch die Erkrankung des Kindes.

Der trügerische Blick der Ärzte

Wie aus Tab. 1 zu ersehen, wurden die Mütter in beinahe jedem zweiten Statement als „überprotektiv" und in jedem vierten als „dominant" apostrophiert. Damit wurden eindeutig zwei der ältesten Typisierungen „schizophrenogener Mütter" favorisiert (Kasanin et al., 1934; Reichard und Tillmann, 1950; Tietze, 1949). In einem Drittel

Tabelle 1 Eigenschaften der Eltern schizophrener Kranker

Eigenschaften der Mütter (202 Statements)		Eigenschaften der Väter (148 Statements)		
	N	% ¹	N	% ²
1. überprotektiv / infantilisierend	89	44,1	39	26,3
2. dominant	52	25,7		
3. psychopathologisch auffällig	35	17,3	1. leistungsorientiert / überfordernd	
4. ambivalent / inkonsistent / labil	34	16,8	2. positive Eigenschaften (z.B. einfühlsam, verständnisvoll) bzw. „normal“	32
5. symbiotisch	33	16,3	3. streng / rigide / intolerant	28
6. positive Merkmale (z.B. warmherzig, verständnisvoll) bzw. „normal“	26	12,9	4. psychopathologisch auffällig	27
7. leistungsorientiert / überfordernd	23	11,4	5. verständnislos	19
8. kalt / distanziert / emotionslos	16	7,9	6. dominant	18
9. verständnislos	16	7,9	7. autoritär	17
10. andere negative Eigenschaften (z.B. egoistisch, selbstgerecht, überpermissiv)	56	27,7	8. überprotektiv / infantilisierend	17
			9. ambivalent / inkonsistent / labil	12
			10. andere negative Eigenschaften (z.B. moralisierend, unbeherrscht, rechthaberisch, aggressiv, schwach)	60
				40,2

1 % bezogen auf die Gesamtzahl der Statements über die Mütter

2 % bezogen auf die Gesamtzahl der Statements über die Väter

der Fälle wurden sogar beide „catchwords“ kombiniert - quasi als Formel - benutzt. Störungen des familialen Interaktions-/Kommunikationssystems wurden 28mal notiert (davon 9mal „Pseudoharmonie“, 5mal „double bind“); intakte Verhältnisse wurden dagegen auf der Systemebene lediglich in zwei Fällen vermerkt.

Die fast ausschließliche Fokussierung des Interesses auf die Familienpathologie und gleichzeitige Ausblendung möglicher Ressourcen und Bewältigungspotentiale dokumentiert sich eindrucksvoll in der Relation zwischen positiven und negativen Charakterisierungen der Eltern. Der aus beiden gebildete Quotient betrug bei den Vätern 0,129, bei den Müttern gar nur 0,076 (und lag damit noch signifikant unter ersterem: $p < .05$). Es fügt sich gut in das Bild, wenn 43mal einzelnen Familienmitgliedern bzw. der Familie als Ganzes explizit ein ätiologisch-pathogenetisch bedeutsamer Einfluß attestiert wurde. Dies konnte im Extremfall so weit gehen, daß in einer Patientin ein „Lehrbuchfall für den Zusammenhang von Schizophrenieentstehung auf Grund familialer Einflüsse“ erkannt wurde. Daß umgekehrt die psychische Erkrankung eines Kindes eine starke Belastung darstellt, wurde hingegen nur 22mal notiert. Vollends negiert wurde, daß die Angehörigen in der Auseinandersetzung mit der Krankheit auch wichtige Leistungen der Interpretation, Neuorientierung und Bewältigung erbringen (Angermeyer und Döhner, 1980; Wing, 1980); oder es wurden z.B. deren tastende Versuche einer laienätiologischen Erklärung kurzerhand als „Rationalisierungen“ disqualifiziert.

Die Beurteilung der Mütter im Lichte von Merkmalen der Ärzte

Aus statistischen Gründen beschränkt sich die Analyse auf die am häufigsten gebrauchte Charakterisierung der Mütter als „überprotektiv“ sowie auf den aus sämtlichen positiven und negativen Eigenschaften gebildeten Quotienten.

Zwar ließ die Beschreibung der Mütter keinerlei statistisch abzusichernde Assoziationen mit soziodemographischen Parametern der Patienten (Geschlecht, Alter, Schulbildung) erkennen, dafür stießen wir auf eine Reihe interessanter Zusammenhänge mit Merkmalen der Referenten: So tendierte die Gruppe der maximal 30 Jahre alten Ärzte eher dazu, die Mütter als „überprotektiv“ zu etikettieren als die Gruppe der über 30jährigen Ärzte ($p < .10$). Als Interpretation schlage ich vor: je kürzer der Prozeß der Autonomiegewinnung von der eigenen Ursprungsfamilie bei den Ärzten selbst zurücklag, desto sensibler registrierten sie bei den Müttern der Patienten infantilisierende Tendenzen.

Daß ledige Ärzte häufiger als geschiedene und verheiratete die Mütter als „überprotektiv“ beschrieben ($p < .05$), mag ähnlich zu interpretieren sein - sind doch Alter und Familienstand nicht unabhängig voneinander; es ließe sich aber auch als Ausdruck einer betont kritisch-skeptischen Haltung gegenüber der traditionellen Form der Familie verstehen.

Einen deutlichen Einfluß übte die berufliche Identität auf das Urteilsverhalten der Ärzte aus: Psychiater beschrieben die Mütter häufiger als „überfürsorglich“ als Neurologen ($p < .05$). Die Relation zwischen positiven und negativen Eigenschaften der Mütter war bei den Psychiatern wenigstens andeutungsweise ungünstiger als bei den Neurologen ($p < .10$). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß sich die Angehörigen beider Disziplinen hinsichtlich Geschlecht, Durchschnittsalter und Familienstand nicht signifikant voneinander unterschieden, somit die hier beschriebenen Zusammenhänge nicht durch Effekte dieser Drittvariablen erklärt werden können.

Diese Ergebnisse mag man auf eine höhere Wahrnehmungsschwelle der Neurologen für Familienpathologie oder ein restringierteres Begriffsinventar zur Benennung psychosozialer Tatbestände zurückführen. Man könnte sie aber auch als Hinweis darauf interpretieren, daß Neurologen, dem traditionellen medizinischen Krankheitsbegriff wohl noch stärker verpflichtet als die „progressiveren“ Sozialpsychiater, der Annahme einer Psycho-/Soziogenese und besonders Familiengenese schizophrener Psychosen skeptischer gegenüberstehen und damit auch besser dagegen gewappnet sind, einer „self-fulfilling fallacy“ zu erliegen; und: weil nicht dermaßen auf das detektivische Aufspüren familialer Deformiertheit fixiert, mag ihr Blick für positive Aspekte, für die Ressourcen der Familien weniger verstellt gewesen sein.

Möglicherweise führte die Konfrontation mit der Alltagsrealität der Psychiatrie bei den Ärzten doch zu einer ansatzweisen Revidierung zunächst vorbehaltloser rezipierter Konzepte und leitete eine Art Immunisierungsprozeß ein. Denn: Ärzte, die länger als zwei Jahre in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule tätig waren, hielten sich stärker zurück in der Attribuierung negativer Eigenschaften als solche, die erst ein bis zwei Jahre oder noch kürzer in dieser Einrichtung beschäftigt waren; dies gilt vor allem für die überprotektive Haltung der Mütter ($p < .01$), andeutungsweise auch für die Relation zwischen positiven und negativen Charakterisierungen ($p < .10$). (Offen bleiben muß hier allerdings, inwieweit der oben beschriebene Zusammenhang mit dem Alter „durchschlägt“, sind doch beide Variablen voneinander nicht unabhängig.)

Die Vergänglichkeit der „dominanten Mütter“

Wie stark die Beurteilung der Eltern Moden unterworfen ist, zeigt die Analyse zeitlicher Trends (Abb. 1 und 2). Die „dominante“ Mutter, Ende der sechziger Jahre in rund der Hälfte beobachtet, ist inzwischen beinahe „ausgestorben“ ($p < .01$). Dies könnte neben dem verblassenden Novitätenreiz, der dieses Konzept nicht mehr so attraktiv erscheinen läßt, auch in der eingangs erwähnten Veränderung des allgemeinen soziokulturellen Klimas begründet sein. Dabei entbehrt es nicht einer gewissen Ironie, daß sich gerade dieses im Grunde doch sehr konservative, weil stark an traditionellen Geschlechtsrollen-normen orientierte Konzept (Mütter haben nicht dominant zu sein!! Vergleiche dazu die Arbeiten von Galv in [1956] oder Lidz (1968)) z.Z. der Protestbewegung so großer Beliebtheit erfreute. Während des Untersuchungszeitraums innerhalb der Klinik stattgehabte Veränderungen wie das Anwachsen des Anteils weiblicher Psychiater oder die Einführung eines regionalisierten psychiatrischen Versorgungssystems („Sektorisierung“) scheinen keinen Einfluß auf den hier konstatierten Trend gehabt zu haben. Jedenfalls läßt sich bei ausschließlicher Berücksichtigung der männlichen Ärzte der gleiche Kurvenverlauf beobachten. Mütter von Sektorpatienten wurden genauso häufig als „dominant“ etikettiert wie solche von Nichtsektorpatienten. Die Hoffnung, daß die durch die Gemeindenähe ermöglichte Verdichtung des Kontakts zwischen Klinik und Familie zu einer unvoreingenommenen Wahrnehmung führen würde, erwies sich damit - jedenfalls in diesem Punkt - als trügerisch.

Zwischen der immer selteneren Beobachtung „dominanter Mütter“ und der analogen Entwicklung bei den Vätern hinsichtlich positiver Charakteristika ($p < .01$) könnte eine gewisse Beziehung bestehen. Während nämlich anfänglich das Hauptaugenmerk der Ärzte der Pathologie der die Familienszene beherrschenden Mütter galt und die häufiger typischerweise als „absent“ bezeichneten Väter noch außerhalb des Blickfeldes blieben

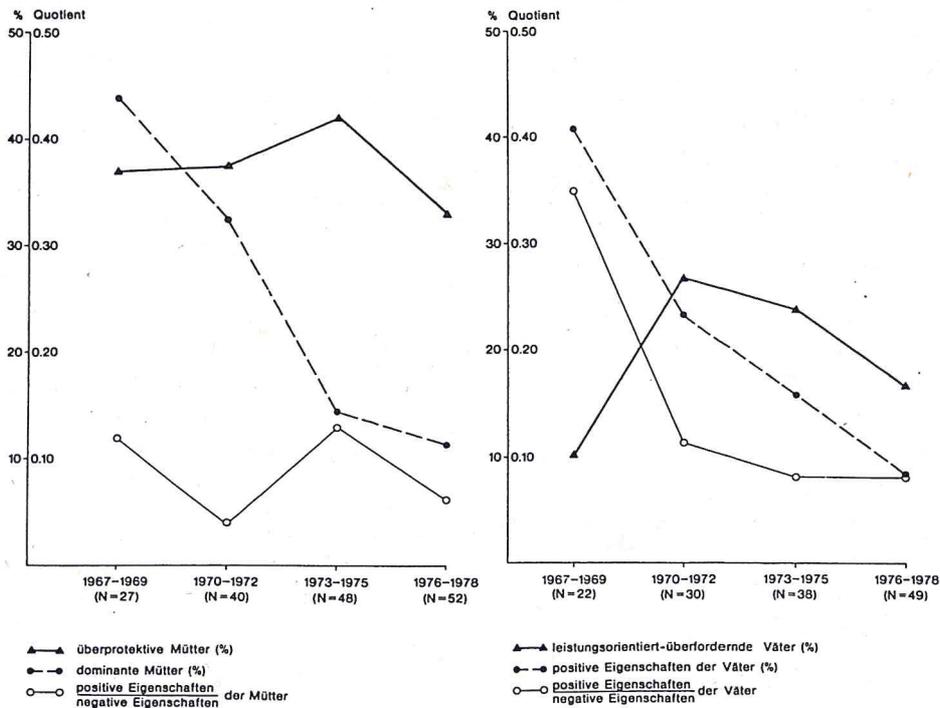


Abb. 1

Charakterisierung der Mütter: Zeitliche Trends

(Für Abb. 1 und 2: Es wurden nur anlässlich der Erstaufnahme eines Patienten abgegebene Statements berücksichtigt)

Abb. 2

Charakterisierung der Väter: Zeitliche Trends

und nicht allzu selten gerade in den frühen Beschreibungen auch eine Parteinahme für die von den „dominanten“ Müttern unterdrückten Väter zu erkennen ist (Angermeyer und Hofmann, 1981), wird jetzt offenbar zwischen beiden Geschlechtern kein Unterschied mehr gemacht, mit dem Resultat, daß die Relation zwischen positiven und negativen Charakterisierungen bei den Vätern auf das gleiche Niveau absinkt wie bei den Müttern ($p < .05$).

Konsequenzen für das psychiatrische Alltagshandeln

Als Fazit der Lektüre der Krankendokumente läßt sich feststellen: Mit ermüdender Monotonie wird aus dem selektiv Wahrgenommenen die Entscheidung abgeleitet, daß „die Lösung vom Elternhaus eine dringliche Maßnahme darstelle“ (wogegen sicher - unter anderen Prämissen - nichts einzuwenden wäre!). Während des Klinikaufenthalts vollzieht sich dies in Form von Besuchsverboten, im Anschluß daran durch die oft forcierte Separierung von den Eltern (Stichwort „Abnabelung“), z.B. in Gestalt der Plazierung des Patienten in einem psychiatrischen Übergangwohnheim (Döhner und Angermeyer, 1980). Bisweilen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß vulgarisierte Familienkonzepte die Legitimation für ohnehin gar zu oft die ultima

ratio darstellende Entscheidungen liefern: Aus einem Akt der Ausgrenzung wird dann flugs eine rehabilitationsstrategisch gesehen bedeutsame, weil ja direkt an der vermeintlichen prima causa ansetzende Maßnahme. Wenn das nicht eine Rationalisierung von Entscheidungszwängen ist!

Wie simplifizierte Familientheorien für das Alltagshandeln bestimmend sein können, illustrieren Beispiele „aufdeckender Interpretationen“ („Wir sagten ihm, daß er nicht das Opferlamm für seine Mutter sein könne!“), forschend, von gänzlichem Unverständnis für die Situation der Angehörigen zeugender Interventionen („Auf die Frage der Mutter, was sie tun könne, wurde sie darauf hingewiesen, sich ihrem Sohn gegenüber endlich eindeutig zu verhalten: entweder ihn mit allen Konsequenzen zu adoptieren [ist gleich Beibehaltung der Symbiose] oder für einige Zeit [mindestens ein bis zwei Jahre] jeglichen Kontakt mit ihm zu unterlassen bzw. zu unterbinden“) oder zufrieden registrierter „therapeutischer Fortschritte“ („Es hat sich auch insofern eine klarere Krankheitseinsicht bei der Patientin entwickelt, als sie mehrfach verbalisierte, daß das kühle, harte, versagende Verhalten der Mutter und der ständige familiäre Streit zwischen dieser und dem als hart, jähzornig und frühzeitig sklerotisch geschilderten Vater bestimmende Momente ihrer Erkrankung sind“).

Angesichts der weiter oben aufgezeigten Skotome überrascht es nicht, daß die Ärzte nie von Versuchen berichten, vorhandene familiäre Ressourcen bei ihren rehabilitativen Bemühungen konstruktiv zu nutzen. Ganz zu schweigen davon, daß sie den Familien Unterstützung bei der Bewältigung der existentiellen Extremsituation angeboten hätten, in die diese durch die psychische Erkrankung eines Kindes geraten waren.

Die Gegenprobe bestätigt also, was von den Angehörigen selbst beklagt wird: sie würden mit ihren Problemen alleingelassen (*Zolik und Mitarb.* [1962] sprechen in diesem Zusammenhang von „vergessenen Familien“) und mit ihren Sorgen und Nöten nicht ernst genommen werden; in ihren laienhaften Bemühungen, mit den Schwierigkeiten im tagtäglichen Umgang mit dem Kranken fertig zu werden, würden sie von den „Experten“ milde belächelt werden, gleichzeitig aber von diesen keine oder nur ausweichende Antworten auf ihre Fragen nach Rat erhalten (*Wing*, 1980); allenthalben stießen sie auf offen ausgesprochene oder wenigstens indirekt in den Entscheidungen der Psychiater und Therapeuten spürbare Ablehnung, die sich aus dem Vorwurf nährt, an der schizophrenen Erkrankung ihrer Kinder „schuld“ zu sein (*Döhner und Angermeyer*, 1980, 1981).

In einem Kommentar für die Zeitschrift „Hospital & Community Psychiatry“ schrieb unlängst *Agnes Hatfield*: „Die Familien und die professionellen Helfer haben jeweils ihre eigene Vorstellung von psychischer Krankheit. Es trennen sie Welten. Und die Kluft zwischen beiden wird immer größer“ (1982: 513). Was hier auf die Situation in den USA gemünzt war, gilt offenkundig auch für weite Teile der Bundesrepublik. Eine konkrete Chance, dieser für alle Beteiligten gleichermaßen fatalen Entwicklung entgegenzuwirken, bietet meiner Meinung nach die Angehörigengruppe. Denn hier wird den Therapeuten die Möglichkeit geboten, mehr über die Sichtweise der Familien zu erfahren und deren Sorgen und Nöte kennenzulernen. Umgekehrt erhalten die Angehörigen Einblick in die Situation der Therapeuten, vor allem auch in die Begrenztheit ihres Wissens und ihrer Möglichkeiten der Hilfe. Dies kann zu einem besseren wechselseitigen Verständnis führen und die Basis für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit bereiten.

Literatur

- Ackermann, N. W.*: The affective climate in families with psychosis. In: *P. Doucet und G. Laurin* (Hrsg.): Problems of psychosis. Int. Congr. Ser. 194. Excerpta Medica, Amsterdam 1971
- Angermeyer, M. C. und Döhner, O.*: Die Familie in der Auseinandersetzung mit der schizophrenen Erkrankung des Sohnes. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 16: 35-59 (1980)
- Angermeyer, M. C. und Hofmann, J.*: Der Psychiater und die Angehörigen schizophrener Kranker: Eine Untersuchung zur personalen Wahrnehmung. Z. Klin. Psychol. Psychother. 29: 158-167 (1981)
- Döhner, O. und Angermeyer, M. C.*: Übergangswohnheime als Alternative zur Rückkehr des Patienten in die Familie. Psychiatr. Prax. 7: 232-236 (1980)
- Döhner, O. und Angermeyer, M. C.*: Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker (am Beispiel von Eltern schizophren erkrankter Jugendlicher). Psychother. Med. Psychol. 31: 70-73 (1981)
- Finzen, A.*: Familientherapie - Begegnung mit einer therapeutischen Mode? Psychiatr. Prax. 6: 100-106 (1979)
- Calvin, J.*: Mothers of schizophrenics. J. Nerv. Ment. Dis. 123: 568-570 (1956)
- Hatfield, A. B.*: Therapists and families: worlds apart. Hosp. Commun. Psychiat. 33: 513 (1982)
- Kasanin, J., Knight, E. und Sage, P.*: The parent-child relationship in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 79: 249-263 (1934)
- Lancet* (Editorial): Family deviance and schizophrenia. Lancet 213 (1975)
- Lewine, R. R. J.*: Parents of schizophrenic individuals: What we say is what we see. Schizoph. Bull. 5: 433-435 (1979)
- Lidz, T.*: Family organization and personality structure. In: *N. W. Bell und E.F. Vogel* (Hrsg.), A modern introduction to the family, S. 575. New York 1968
- Reichard, S. und Tillmann, C.*: Patterns of parent-child relationship in schizophrenia. Psychiatry 13: 247-257 (1950)
- Sehopfer, E.*: Parents of psychotic children as scapegoats. J. Contemp. Psychother. 4: 17 (1971) *Stier/in, H., Rücker-Emden-Jonasch, I., Wetzel, N. und Wirsching, M.*: Das erste Familiengespräch Klett-Cotta, Stuttgart 1977
- Tietze, T.*: A study of mothers of schizophrenic patients. Psychiatry 12: 55-65 (1949) *Uchtenhagen, A.*: Familiendynamische Aspekte in der Rehabilitation psychisch Kranker. In: *H. E. Richter und Mitarb.* (Hrsg.), Familie und seelische Krankheit, S. 256. Rowohlt, Reinbek 1976
- Wing, J. K.*: Innovations in social psychiatry. Psychol. Med. 10: 219-230 (1980)
- Zolik, E. S., Des Lauriers, A., Graybill, J. G. und Hollon, T.*: Fulfilling the needs of „forgotten“ families. Am. J. Orthopsychiatr. 32: 176,185 (1962)

Selbsthilfeinitiativen
von Angehörigen psychisch Kranker ·

Angehörigenselbsthilfe: Notwendigkeit und Probleme

Asmus Finzen

Wir haben uns in den vergangenen Jahren zunehmend mit Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen vertraut gemacht. Wir haben auch die therapeutische und soziale Arbeit mit den Angehörigen psychisch Kranker als unsere Aufgabe entdeckt. Die Angehörigenselbsthilfe dagegen ist - zumindest in unserem Lande - immer noch etwas Exotisches.

Muß es nicht Sorgen auslösen, wenn sich Angehörige von psychisch Kranken zu Selbsthilfeorganisationen zusammenschließen - ohne Beteiligung von Professionellen, unter Ausschluß der betroffenen Kranken gar? Wenn wir an alle die Schwierigkeiten denken, die wir mit den Angehörigen unserer Patienten in Klinik und ambulanter Praxis haben, müssen wir nicht fürchten, daß die Angehörigen sich gegen uns - die Therapeuten - zusammenschließen? Müssen wir nicht als legitime Interessenvertreter unserer Patienten befürchten, der Zusammenschluß der Angehörigen könne zu Lasten des unmittelbar betroffenen kranken Familienmitgliedes gehen?

Diese Fragen sind polemisch gemeint. Sie haben dennoch ihre Berechtigung. Denn ohne Zweifel wirft der Zusammenschluß von Angehörigen zu Selbsthilfegruppen eine Fülle von Problemen auf. Die Interessen von Kranken, Therapeuten und Angehörigen stimmen nur teilweise überein. Tatsächlich meine ich, daß wir Angehörigenselbsthilfe keineswegs ausschließlich als Mittel im Dienste eines langfristigen Therapieplanes für das unmittelbar von Krankheit betroffene Familienmitglied betrachten dürfen. Angehörigenselbsthilfe dient in erster Linie auch der psychischen Hygiene sowie der psychischen und sozialen Gesundheit der Angehörigen selber. Sie dient dazu, daß sie selber besser mit den Auswirkungen des Leidens eines Familienmitgliedes fertig werden. Vor allem deswegen ist sie - trotz der Probleme, die sie aufwerfen mag - eine unbedingte Notwendigkeit.

Diese Notwendigkeit hängt nicht zuletzt mit unserem, der Professionellen, verqueren Verhältnis zu den Angehörigen - vor allem unserer schizophrene Patienten - in Wissenschaft und Praxis zusammen.

Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie und Familie

Angesichts der Familienforschungen der fünfziger und sechziger Jahre verwundert es, daß die Familientherapie erst jetzt in den Brennpunkt des Interesses gerät. Es ist nicht auszuschließen, daß Einzel- und Gruppenpsychotherapie sich erst etablieren mußten, bevor der Schritt zur Familientherapie möglich wurde. Es liegt sogar nahe, daß die Ergebnisse der Einzelpsychotherapie zunächst den therapeutischen Zugang zur Familie blockierten. Die Neurosenlehre und die psychodynamische Aufarbeitung der schizophrenen Erkrankungen förderten reichhaltiges Material zutage, das die Entstehungsursachen dieser Störungen in der Familie verankerte. Die Beziehungen des Patienten zu Vater und Mutter, die Geschwisterkonstellationen, selbst die Großeltern stellten konstituierende Bedingungen psychischer Erkrankungen dar. Vor allem in der Schizophrenieforschung war die „schizophrenogene“ Mutter ein gerne gebrauch-

tes Schlagwort. Die Angehörigen wurden zu „Ungehörigen“. Die Psychotherapeuten nahmen für den Patienten Partei. Sie identifizierten sich mit ihm. Sie sahen die Familie mit den Augen des Patienten. Nur ihn hörten sie an. Vater und Mutter wurden zu Schuldigen, zu Sündenböcken. Der Patient wurde auch in der familiendynamischen Literatur zum „Opfer“ der Familie. Dieser wissenschaftlichen Lehrmeinung der späten fünfziger und sechziger Jahre folgte der Aufstand der jungen Generation gegen die Familie. Die politischen Impulse der Studentenbewegung richteten sich u.a. auch gegen die Kleinfamilie, in der die Wurzel der großen seelischen und sozialen Übel unserer Zeit gesehen wurde.

Unter solchen Voraussetzungen ist Familientherapie schlecht möglich. Was eigentlich zerstört werden sollte, bedarf keiner Heilung. Es konnte allenfalls darum gehen, das Opfer davor zu bewahren, wieder in die Familie zurück zu müssen, die ihm so übel mitspielte.

Dabei wurde häufig übersehen, daß gerade das Opfer in der Wiederherstellungsphase in die Familie zurückdrängte, daß die Angehörigen häufig die einzigen zwischenmenschlichen Beziehungen waren, die der Patient hatte. Ebenfalls wurde häufig übersehen, daß die Familie ihre Verhaltensformen gegenüber dem zum Patienten gewordenen Mitglied nicht aus purer Bosheit entwickelte, sondern daß die übrigen Familienmitglieder häufig genauso gestört waren wie der unmittelbar Betroffene. Erst diese naheliegende Erkenntnis ermöglichte den Schritt von der Diffamierung der Familienangehörigen zur therapeutischen Aufarbeitung der Familiensituation.

Dabei handelte es sich keinesfalls um etwas grundsätzlich Neues. Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist seit langem bekannt, daß psychische Störungen von Kindern nur auf dem Wege über die Einflußnahme auf das Verhalten der Eltern dauerhaft anzugehen sind. Ähnliches gilt für die Erziehungsberatung. Allerdings war für die systematische Familientherapie die Entwicklung einer anderen Psychotherapieform Grundvoraussetzung - die der Gruppenpsychotherapie. So ist es kaum verwunderlich, daß der Boom der Familientherapie im Aufwind der Gruppentherapie eingesetzt hat. Auf dieser Grundlage sind dann beispielsweise auch die frühen Formen von Gruppentherapie im deutschen Sprachraum zu verstehen, etwa R. Schindlers bifokale Familientherapie: die getrennte Behandlung von Schizophrenen und Angehörigen in Therapiegruppen von Mitbetroffenen (Schindler, 1976).

Parallel zur Familientherapie hat sich nach Schindlers und anderen frühen Ansätzen die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker entwickelt. Der Schritt zur Selbsthilfe Angehöriger war damit noch nicht vollzogen.

Ich wundere mich immer wieder darüber, daß die Angehörigen psychisch Kranker sich angesichts der skandalösen Bedingungen der psychiatrischen Versorgung in unserem Lande bis weit in die siebziger Jahre hinein sich nicht wenigstens gegen die Psychiatrie und die für sie Verantwortlichen zusammengeschlossen haben. Sie haben es nicht, obwohl sie die Mängel gekannt haben.¹

„Die Ärzte haben bei meinem Sohn eine Schizophrenie festgestellt. Sie haben mir gesagt, er sei unheilbar. In spätestens zwei Jahren würde er völlig abgestumpft sein. Ich will mich damit nicht abfinden. Bitte, raten Sie mir, an wen ich mich wenden kann.“ - Briefe solchen und ähnlichen Inhalts erreichen alle, die in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Psychiatrie publizistisch tätig sind, immer wieder. Guter Rat ist meistens teuer. Die psychiatrische Krankenversorgung in unserem Land hat bekanntlich ihre Mängel.

Dennoch müßte es möglich sein, der verzweifelten Mutter zu helfen. Die Auskunft des behandelnden Arztes ist falsch. Sie ist ein Kunstfehler. Die Klinik, in der solche

Ansichten gepflegt und verbreitet werden, bedürfte dringlich der Überprüfung. Dem Betroffenen müßte die Adresse eines vertrauenswürdigen Psychiaters oder einer soliden Klinik an die Hand gegeben werden. Aber niemand - kein Journalist und kein Arzt - kennt sich in der gesamten Bundesrepublik aus. In England wäre ein solcher Hilferuf ein Fall für die *National Schizophrenia Fellowship*. Diese Organisation nimmt sich der Sorgen und Nöte der von Schizophrenie Betroffenen und ihrer Angehörigen an. Die „Nationale Schizophrenie Gesellschaft“ ist nach anfänglichen Schwierigkeiten in den letzten Jahren zu einer einflußreichen Selbsthilfeorganisation geworden. Sie findet breite Unterstützung in der Öffentlichkeit. Sie bietet Selbsthilfeprogramme für die Betroffenen und ihre Familien an. Zugleich aber wirkt sie auf eine Verbesserung der professionellen Behandlungsangebote hin.

Selbsthilfegruppen von Kranken und ihren indirekt mitbetroffenen Angehörigen sind auch in der Bundesrepublik zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Diabetiker, Rheumatiker, Herz-, Hochdruck- und Nierenkranke haben sich zusammengeschlossen, um einander bei der Bewältigung ihrer Leiden zu helfen und um ihre Interessen besser zu vertreten. Die Elternvereinigungen geistig behinderter und autistischer Kinder haben im Grenzbereich der Psychiatrie eindrucksvolle Beispiele dafür geliefert, was Selbsthilfe für die Betroffenen erreichen kann. Vor allem die vielfältigen und teilstationären Hilfen von der Tagesförderstätte bis zur beschützenden Werkstätte sind ohne die Mitwirkung dieser Verbände nicht denkbar. Die Lebenshilfe für geistig Behinderte ist zu einem mächtigen Interessenverband geworden. Hier ist es gelungen, durch Selbsthilfe und politische Einflußnahme viel von der früheren Trostlosigkeit des Behindertendaseins abzubauen.

Die Angehörigen als Sündenböcke

Bei den Psychosekranken und -behinderten ist das anders. Obwohl mehr als ein Prozent der Bevölkerung an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, fehlt in der Bundesrepublik eine Selbsthilfe- und Angehörigenorganisation. Der Grund dafür mag in erster Linie in den Vorurteilen und der Furcht zu suchen sein, mit der die schizophrenen Störungen immer noch behaftet sind. Die Bemühungen engagierter Psychiater und Psychiatriekritiker, die Diagnose Schizophrenie wegzudiskutieren, lindert die Leiden derjenigen nicht, die heute diese Diagnose tragen. Sie hilft auch denjenigen nicht, die unter psychischen Störungen leiden, welche nach den heute geltenden psychiatrischen Konventionen gemeinhin als schizophren bezeichnet werden.

Gerade die Bemühungen, die Schizophrenie weniger als Krankheit denn als Ausdruck einer Kommunikationsstörung zwischen Eltern und betroffenen Kindern zu begreifen, haben dazu beigetragen, daß Eltern und Geschwister Schizophrener sich scheu verbergen. Es gehört viel Mut dazu, mit dem Bekenntnis an die Öffentlichkeit zu treten: „Ich habe einen schizophrenen Familienangehörigen. Ich trete für seine Interessen ein.“ Das Wort von der „schizophrenogenen“ Mutter - der Mutter, die bei ihrem Kind eine Schizophrenie verursacht hat - hat unermeßlichen Schaden angerichtet. Es hat seinen Ursprung in einer unbewiesenen - inzwischen weitgehend wieder aufgegebenen - Vermutung der schizophrenen Familienforschung: Die Eltern, insbesondere die Mutter, würden die Krankheit ihres Kindes durch falsches Verhalten verursachen und verschulden. Es steht für die Neigung psychiatrischer Therapeuten, den Angehörigen von Schizophrenen eine Sündenbockrolle zuzuweisen. Die Suche nach dem Schuldigen führt leicht dazu, daß Wege der Hilfe verbaut werden.

Auf dem Gebiet der Schizophreniebehandlung hat sie bewirkt, daß der Alltag des Schizophrenen zu Hause in Forschung und Praxis bis vor ganz kurzer Zeit völlig vernachlässigt wurde. Erst das 1977 vom Wiener Sozialpsychiater *Heinz Katschnig* herausgegebene Buch über „Die andere Seite der Schizophrenie“ hat hier ein wenig Abhilfe geschaffen.

Mit der Krankheit leben lernen

In einer 1980 erschienenen kritischen Analyse neuerer Strömungen der Sozialpsychiatrie betont der weltbekannte Londoner Psychiater *John Wing* die große Bedeutung der Selbsthilfe von Schizophrenen und ihren Angehörigen für die künftige psychiatrische Versorgung. Er bezieht sich dabei auf die Wahrnehmung von Interessen wie auf die Vermittlung lebenspraktischer Hilfen.

Erscheinungsformen und Verlauf der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind vielfältig. Dennoch lassen sich regelhafte Verhaltensmuster bei ihrer Bewältigung durch den Kranken und seiner Angehörigen feststellen. In der Anfangsphase fällt es allen Beteiligten schwer zu begreifen, daß sie es mit einem ernsten, von Chronifizierung bedrohtem Leiden zu tun haben und nicht mit einer „normalen“ Störung des Familienzusammenhangs oder einem mutwilligen sozialen Fehlverhalten. Solche Fehleinschätzung ist besonders häufig, wenn die Erkrankung zum ersten Mal in der Spätpubertät auftritt, wo Ablösungskonflikte zwischen Kindern und Eltern ohnehin an der Tagesordnung sind. Der Versuch, das krankhaft gestörte Verhalten in normalen Kategorien zu erklären und zu bewältigen, ist zum Scheitern verurteilt. Er führt zu heftigen, emotional aufgeladenen Auseinandersetzungen in der Familie. Er endet nicht selten mit dem Ausschluß des später als schizophren diagnostizierten Familienmitgliedes. Oft folgt auf das Scheitern der normalen Bewältigungsversuche die Diagnose und die psychiatrische Behandlung.

Wenn die unterbrochenen Kontakte danach wieder aufgenommen werden, entwickeln der Kranke und seine Angehörigen allmählich größeres Verständnis füreinander. Voraussetzung dafür ist jedoch ein langwieriger Lernprozeß, der durch emotionale Überfrachtung und der Suche nach den Ursachen oder der Schuld gekennzeichnet ist. Tritt keine völlige Gesundung auf, ist die Entwicklung von Toleranz und Verständnis für den Behinderten von lebensentscheidender Bedeutung. Für die Angehörigen bedeutet sie allerdings nicht selten die Einschränkung des eigenen Entfaltungsspielraums. Das Zusammenleben verändert alle Beteiligten. Typisches Beispiel ist die ältere, verwitwete Mutter, die in überfürsorglicher Weise für ihren erwachsenen behinderten Sohn lebt. Diese Beziehung ist sicher eine unvollkommene Form der Problembewältigung. Sie führt dazu, daß das von Schizophrenie betroffene „Kind“ mehr an Selbständigkeit aufgibt als die Behinderung das verlangt. Diese Verhaltensweise der Mutter hat zur Prägung des Begriffes „schizophrenogen“ beigetragen. Die Fachwelt streitet heute noch darüber, was zuerst da war, die Störung der Mutter oder die des Kindes.

Viele Menschen, die von schizophrenen Symptomen betroffen sind, isolieren sich vollkommen. Sie können die langwierigen, verzweifelten und emotional angeheizten Auseinandersetzungen nicht aushalten, die das schizophrene Familienmilieu kennzeichnen. Nicht wenige Schizophrene driften so in ein Leben ohne Halt, ohne Wohnsitz, ohne Arbeit, ab. Sie suchen Zuflucht in Dauerwohnheimen und Obdachlosenasylen oder - immer noch - in den Langzeitbereichen psychiatrischer Krankenhäuser.

Viel Not könnte gemildert oder ganz vermieden werden, wenn die Betroffenen rechtzeitig fachkundig beraten würden. Untersuchungen haben gezeigt, daß viele Angehörige im Laufe der Zeit lernen, mit den krankheitsbedingten zwischenmenschlichen Problemen fertigzuwerden und den Kranken zu unterstützen. Aber bis heute lernen sie es durch Versuch und Irrtum und den Preis ungemessenen Leids. *Wing* faßt zusammen: „Einige lernen es, mit dem Kranken nicht über seinen Wahn und seine Halluzinationen zu diskutieren. Andere lernen es nie. Einige lernen es, den antriebsverminderten, sozial zurückgezogenen Behinderten zu aktivieren, ohne ihn zu quälen. Andere drängen den Kranken durch unablässige Antreibung aus der Familie. Andere verkraften das Gefühl nicht, für ihre Bemühungen Undank zu ernten oder die Dinge nur noch schlimmer zu machen und ziehen sich selbst in Passivität zurück.“

Das wechselnde Befinden des von schizophrenen Symptomen geplagten Behinderten scheint für die Angehörigen eines der größten Probleme darzustellen. Die Eltern eines geistig Behinderten wissen, wo sie stehen. Sie wissen, welche Entscheidungen sie ihm abnehmen müssen und was er selbständig bewältigen kann. Der psychotisch Kranke dagegen mag in der akuten Phase völlig unfähig sein, für sich selbst zu entscheiden, in der Erholungsphase kann er wieder vollkommen selbständig werden. Nicht selten ist er dann nicht bereit oder nicht in der Lage, zu akzeptieren, daß seine Angehörigen zwischenzeitlich für ihn handeln mußten. Verzweifelte Hilflosigkeit ist das Ergebnis.

Die Unkenntnis der Experten

Angehörige klagen über die Unfähigkeit der Experten, ihre elementaren Schwierigkeiten zu 'begreifen. Wenn sie die Therapeuten um Rat fragen, müssen sie damit rechnen, daß sie keine nützliche Antwort erhalten oder die Frage statt einer Antwort an sie zurückgespielt wird. Ihre eigenen amateurhaften Bemühungen werden dabei mit höflicher Verachtung zur Kenntnis genommen oder schlimmer, als Beweis ihrer eigenen Unnormalität interpretiert.

Die englische „Nationale Schizophrenie Gesellschaft“ hat versucht, Abhilfe zu schaffen. Sie hat Selbsterfahrungs- und Diskussionsgruppen eingerichtet. Dort werden Probleme erörtert und durchlebt, die die Fähigkeit der Teilnehmer stärkt, mit der schizophrenen Psychose zu leben. Die Erfahrungen mit solchen Gruppen zeigen, daß auch scheinbar unerträgliche und unlösbare Schwierigkeiten und Konflikte aufgearbeitet werden können, die andere Gruppenmitglieder bereits erlebt haben. Solche Gruppen machen deutlich, daß die Patienten selber viel zu ihrem Nutzen - oder zu ihrem Schaden ~ tun können. Sie können außer in der ganz akuten Phase lernen, mit ihrer großen sozialen Verwundbarkeit, ihren besonderen Bedürfnissen nach menschlicher Zuwendung bei gleichzeitiger Wahrung des Abstands und vielen anderen Problemen zu leben.

Wenn die Psychose nicht spontan abklingt, scheint die Bereitschaft des Betroffenen zur Mitarbeit der einzige Weg zu sein, in erträglicher Weise mit seiner Familie zu leben. Manche Betroffene lernen erst nach langem Leiden, was ihnen hilft und was ihnen schadet, welche Lebenssituationen sie suchen und welche sie meiden müssen. Aber der Weg dorthin steht bei entsprechender Hilfe für alle offen.

Es bleibt zu hoffen, daß die *National Schizophrenia Fellowship* in der Bundesrepublik Nachahmer findet. Angesichts des Schicksals der Psychiatrie-Enquete ist zu befürchten, daß der Skandal der psychiatrischen Behandlung, wie er vielerorts noch

besteht, niemals überwunden wird, wenn die Betroffenen und ihre Angehörigen ihr Schicksal nicht selber in die Hand nehmen.

Andererseits dürfen Selbsthilfe und Angehörigenselbsthilfe nicht zum Alibi werden. In den Vereinigten Staaten ist eine solche Entwicklung klar zu beobachten: Selbsthilfe statt staatlicher und gesamtgesellschaftlicher Verantwortung für die psychiatrische Versorgung für Hilfe und Betreuung der Behinderten. Im derzeitigen politischen Klima besteht auch bei uns die Neigung, in der Förderung von Selbsthilfeaktivitäten den Schlüssel zur Lösung vieler sozialer Probleme zu sehen. Dem aufmerksamen Beobachter kann jedoch nicht entgehen, daß hier das Problem der Finanzierbarkeit sozialer Maßnahmen im Vordergrund steht, daß es allzu oft um Einsparung von sozialen und therapeutischen Hilfen geht. Ziel muß aber das Zusammenwirken von professioneller Therapie mit der Selbsthilfe sein.

Ich hatte vor anderthalb Jahren Gelegenheit, an der Jahresversammlung der englischen *National Schizophrenia Fellowship* teilzunehmen. Dabei haben mich vor allem zwei Dinge beeindruckt, die mir vorher in dem Maße nicht bewußt geworden sind:

1. Die Mitglieder der Vereinigung sind überwiegend ältere Menschen - die jüngsten um die fünfzig, die ältesten Greise und Greisinnen. Es ist an sich klar. Schizophrene Erkrankungen bei den Kindern beginnen frühestens in der Pubertät. Bis sich die betroffenen Eltern mit der Chronizität der Erkrankung abgefunden haben und den Weg in die Selbsthilfvereinigung finden, vergehen oft Jahre. Aus dem Lebensalter der Mitglieder folgt dann auch ihre Hauptsorge: Was wird aus unserem kranken erwachsenen Sohn, was wird aus unserer Tochter, wenn wir nicht mehr leben? Und daraus resultiert dann ein vitales Interesse an beschützenden, teilstationären Lebensmöglichkeiten.

2. Die Angehörigen haben eine völlig andere Einstellung zur psychiatrischen Krankenhausbehandlung als die Professionellen der siebziger und achtziger Jahre. Wir sind auf Frühentlassung geeicht. Wir versuchen mit aller Macht, Wiederaufnahmen von entlassenen Patienten zu verhindern. Wir verlangen vom Patienten möglichst große Selbständigkeit und von den Angehörigen möglichst große Unterstützung für den entlassenen Patienten. Wir polemisieren gegen den Ausschluß der Erkrankten durch die da draußen einschließlich ihrer Angehörigen.

Die Konfrontation mit den Angehörigen läßt erkennen, daß wir ihnen manchmal Leiden aufbürden, denen sie nicht gewachsen sind. Sie macht deutlich, daß wir über jene andere Seite der Schizophrenie - die der Patienten zu Hause und die der Angehörigen, die mit ihnen leben - sehr wenig wissen.

Hier tut sich ein Spannungsfeld auf, das sich dann, wenn wir uns ihm stellen, günstig für alle Betroffenen auswirken kann.

Nur mit einem Satz will ich an dieser Stelle erwähnen, daß die verzweifelte Suche der Angehörigen nach Lösungen auch zu Entwicklungen führen kann, die wir aufs energischste bekämpfen müssen. Es kommt vor, daß Angehörigenselbsthilfegruppen Scharlatanen und medizinischen Irrlehren aufsitzen. Die zweite englische Selbsthilfegruppe, die *National Schizophrenia Association* beispielsweise, sucht ihr Heil in der Erforschung der Schizophrenie als Stoffwechselkrankheit und zwar in der Wunderheilung durch die Einnahme von Tausenden von mg Vitamin C.

Die englische *Schizophrenia Fellowship* wurde gegründet, nachdem ein Betroffener seine Leiden in einem Leserbrief an die *Times* niedergelegt hatte. Die Zeitung erhielt damals hunderte von Leserbriefen. Ich habe über meine Begegnung mit der *National Schizophrenia Fellowship* in einer großen deutschen Tageszeitung berichtet und daraufhin auch eine

Reihe von Briefen erhalten. Ich habe den Eindruck, daß auch bei uns ein Bedürfnis nach solchen Gruppen besteht. Vermutlich fehlt es an Kristallisationsmöglichkeiten und an Personen, die diese Bedürfnisse kanalisieren.

Literatur

- Katschnig, H.*: Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1977, 2. erweiterte Auflage 1984
- Schindler, R.*: Bifokale Familientherapie. In: Richter, H. E. u.a. (Hg.). Familie und seelische Krankheit S. 216-235. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg 1976
- Wing, J.K.*: Innovations in social psychiatry. Psychol. Med. 10: 219-230 (1980)

Die Arbeit der „National Schizophrenia Fellowship“ in Großbritannien

Peggy Pyke-Lees

Das Konzept der gemeindenahen Versorgung, das 1959 in Großbritannien in der Mental Health Act zum Reformziel erklärt worden war, ermutigte die psychiatrischen Krankenhäuser, vermehrt Patienten zu entlassen und so die Bettenzahl zu reduzieren. Dabei ging man offensichtlich von der Erwartung aus, daß die örtlichen Behörden die Versorgung der entlassenen Patienten übernehmen würden und für diese sowohl Wohnungen und Wohnheime (und zwar solche für Kurz- und Langzeitaufenthalte, mit und ohne psychiatrischer Betreuung) als auch Tageskliniken, Rehabilitationsstätten und Patientenclubs einrichten würden. Patienten, die wegen ihrer Behinderung nicht in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden konnten, sollten ein reguläres Einkommen beziehen. Dies sollte durch eine Neuregelung der Sozialversicherung ermöglicht werden. Außerdem sollten Patienten, die nicht zu Hause lebten, einen Mietzuschuß erhalten. Das Arbeitsministerium sollte Programme zur beruflichen Rehabilitation entwickeln und geeignete Arbeitsplätze bereitstellen.

Was geschah aber in Wirklichkeit? Die Bettenzahl wurde in den psychiatrischen Krankenhäusern drastisch reduziert. In ein Krankenhaus aufgenommen zu werden wurde genauso schwierig wie früher daraus entlassen zu werden. Selbst den Patienten, die in stationärer Behandlung waren, konnte nicht garantiert werden, daß sie so lange in der Klinik bleiben konnten, bis sie soweit wieder hergestellt waren, daß sie selbständig draußen leben konnten. So wurde beispielsweise eines Tages eine junge Frau, die völlig verwirrt war und halluzinierte, ohne Vorankündigung nach Hause entlassen, weil sie das Stationsleben zu sehr störte. Zu Hause aber lebte ihre verwitwete Mutter zusammen mit drei jüngeren Kindern. Wie die Erfahrung der *National Schizophrenia Fellowship* zeigt, war dies leider kein Einzelfall.

Es war zweifellos das Versagen der gemeindenahen Versorgung, das den Anstoß zur Gründung der *National Schizophrenia Fellowship* gab. Der Mangel an geeigneten Einrichtungen und die fehlende Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Diensten führten allzu oft dazu, daß die Patienten plötzlich aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Hatten sie ein Zuhause, so kehrten sie dorthin zurück. Oft wurden aber die Angehörigen überhaupt nicht über die bevorstehende Rückkehr der Kranken informiert. Viele Familien wurden auf einmal mit Problemen konfrontiert, auf die sie in keiner Weise vorbereitet waren. In vielen Fällen bestand keinerlei Kommunikation zwischen Krankenhaus und Angehörigen, die für jemand sorgen mußten, der sich als ein sehr schwieriger Patient erweisen konnte. Die Angehörigen waren sich dessen nicht bewußt, daß eigentlich Einrichtungen zu ihrer Unterstützung vorhanden sein sollten. Viele ihrer Versuche, beim Hausarzt oder Psychiater, beim Sozialarbeiter oder beim Beamten auf dem örtlichen Sozialamt Hilfe zu erhalten, erwiesen sich als bedrückende Fehlschläge.

Zu allen anderen Schwierigkeiten gesellten sich die Ängste, die Kränkung und das Stigma, daß zu Hause ein Patient lebte, der weder arbeiten noch am normalen Alltagsleben richtig teilnehmen konnte. Die Neigung, deshalb die Krankheit vor Nachbarn und Freunden (und oft auch vor entfernten Verwandten) zu verheimlichen, war

selbst stärker als das Bedürfnis nach Unterstützung durch die, von denen Hilfe erwartet werden konnte. Das Stigma wog immer noch schwer, schwer genug, um zu verhindern, daß das Dilemma der Versorgung chronisch schizophrener Kranker in der Gemeinde bis zu einem historischen Tag im Mai 1970 ans Tageslicht kam.

Damals veröffentlichte ein mutiger Mann, *John Pringle*, einen Artikel in der *Times*, in dem er die Probleme und das Leid beschrieb, das seine Familie während der 10 Jahre durchgemacht hatte, seit sein ältester Sohn erkrankt war. Er sprach auch die Auseinandersetzungen zwischen den Eltern um die geeignete Behandlung ihres Sohnes an und schilderte, welche Auswirkungen die Krankheit auf die anderen Geschwister hatte. Die lebhafteste Reaktion auf diesen Artikel führte dazu, daß nach zwei Jahren harter Arbeit Herr *Pringle* und seine Frau zusammen mit einer kleinen Gruppe von Leuten, die ihn daraufhin angeschrieben hatten, eine Selbsthilfeorganisation gründeten. Die erste Aufgabe dieser *Schizophrenia Fellowship* war, die Situation der Familien mit schizophrenen Kranken, so wie sie tatsächlich war, zu erkunden. Zu diesem Zweck führten Professor *Wing* und Mrs. *Creer* vom *Institut of Psychiatry* in London eine systematische Erhebung darüber durch, welche Form der Unterstützung die Angehörigen schizophrener Kranker benötigten. Da es die *National Schizophrenia Fellowship* stets als eine ihrer Aufgaben betrachtete, bei der Umwelt mehr Verständnis für die Schwierigkeiten zu erwecken, mit denen die schizophrenen Kranken selbst wie ihre Familien und Freunde, die sich um sie kümmern, konfrontiert sind, veröffentlichte sie eine Reihe von Publikationen. Dazu gehörten Auszüge aus Briefen, in denen die Erfahrungen von Familien beschrieben wurden, die sehr darüber beunruhigt waren, daß für ihre Nächsten keine geeigneten Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten vorhanden waren und früher gehegte Hoffnungen auf ein unabhängiges Leben in der Gemeinde wohl aufgegeben werden mußten. In den Briefen kam auch die Sorge um andere Mitglieder der Familie zum Ausdruck. Ihr Leben wurde tief erschüttert. Da sich Freunde und Nachbarn wegen des Stigmas und der Angst vor der Krankheit vor ihnen zurückzogen, gerieten sie immer mehr in soziale Isolation.

Zur Illustrierung der Hilflosigkeit der Angehörigen folgendes Beispiel: Ein 18jähriger junger Mann war akut erkrankt im Krankenhaus aufgenommen worden, in einem psychiatrischen Krankenhaus. Seine Eltern hatten nichts über die Art seiner Krankheit erfahren, auch nichts darüber, wie man sie zu therapieren beabsichtigte. Der Wunsch nach einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt wurde von diesem abgelehnt. Die Mutter nahm sich in ihrer Verzweiflung einen Tag frei und fuhr 30 Meilen zum Krankenhaus, um dort auf den Arzt zu warten. Nachdem mehrere Stunden vergangen waren, kam dieser zu ihr und sagte: „Ich verstehe, daß Sie auf mich warteten, um mich zu sprechen. Aber da gibt es nichts weiter zu sagen. Der Zustand ihres Sohnes wird sich nie mehr bessern“ - und dann ging der Arzt weiter. Auf Anraten der *National Schizophrenia Fellowship* wurde ein Zweitgutachten eingeholt und es ist erfreulich, daß der junge Mann heute außerhalb des Krankenhauses lebt und es ihm gut geht.

Mit der Publizierung von Informationen über die Schizophrenie und ihre Auswirkungen auf die Kranken und ihre Familien wurde ursprünglich vor allem auch die Absicht verfolgt, das *Department of Health and Social Security* auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der sozialen Unterstützung der Betroffenen aufmerksam zu machen. Dabei wurde die *National Schizophrenia Fellowship* lebhaft durch in der Psychiatrie Tätige unterstützt, die sich ihr angeschlossen hatten aus der Überzeugung heraus, daß nun die Zeit gekommen sei, die ganze Situation der psychiatrischen Versorgung neu zu überdenken. Vor allem zwei Faktoren waren dafür verantwortlich zu machen:

Erstens die Beobachtung, daß Patienten offensichtlich auch weiterhin behindert und rückfallgefährdet waren, auch dann, wenn sie nur für kurze Zeit in stationärer Behandlung gewesen waren oder, wie in jüngerer Zeit geschehen, überhaupt erst gar nicht in die Klinik aufgenommen worden waren; zweitens die Neu-Entdeckung, daß die Versorgung in der Gemeinde (das meint: nicht im Krankenhaus) auch Nachteile hat, die manchmal so groß sind wie die der Krankenhausbehandlung,

In der Folge fanden sich ermutigende Anzeichen dafür, daß die Worte der Fellowship bei anderen Beachtung fanden: So deuteten die Vorschläge, die das im Oktober 1975 erschienene Weißbuch der britischen Regierung für das Parlament „Better Services for the Mentally Ill“ enthielt, darauf hin, daß die Texte der Fellowship gelesen und genau studiert worden waren und ihre Empfehlungen einen beträchtlichen Einfluß ausgeübt hatten. Zusätzlich zu aller Aufklärungsarbeit wurde es zunehmend die Aufgabe der Fellowship - und dies gilt bis heute - auf die staatlichen und kommunalen Behörden Druck auszuüben, die Versorgungsangebote für schizophrene Kranke zu verbessern.

Eine Publikation verdient es besonders, hier erwähnt zu werden. Auf Anregung von Mitgliedern der *National Schizophrenia Fellowship* hin wurde eine kleine Schrift mit dem schlichten Titel „Schizophrenie“ veröffentlicht. Es stellte sich heraus, daß viele Mitglieder erst Jahre nach Ausbruch der psychischen Krankheit die Diagnose erfuhren. Niemand hatte ihnen erklärt, was dies bedeutete oder welchen Verlauf die Krankheit voraussichtlich nehmen würde. Oft erfuhren sie die Diagnose aus einem Attest, das sie zufällig in die Hand bekamen oder sie wurde ihnen von einem Schalterbeamten des Arbeitsamts oder Sozialamts eröffnet. Deshalb wurde ein Informationsblatt über die Schizophrenie vorbereitet und den Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Ein Mitglied schickte ein Exemplar an die Presse, woraufhin es sich bald großer Publizität erfreute. Die Nachfrage riß nicht ab; es wurde von Hausärzten, Sozialarbeitern und, in jüngerer Zeit, von Behörden und der Polizei angefordert.

Heute weiß man in Großbritannien, daß die gemeindenahere Versorgung chronisch schizophrener Kranker zu einem beträchtlichen Teil auf die Polizei und die Haftanstalten abgewälzt wurde. Patienten, die nach einem langen Klinikaufenthalt in die Gemeinde entlassen wurden, landen allzuhäufig in den Händen der Polizei und manchmal womöglich vor Gericht. Bewährungshelfer, die es nicht fassen können, daß einem chronisch schizophrenen Kranken die Wiederaufnahme in einem Krankenhaus verweigert wurde, das für ihn seit 30 Jahren oder noch länger sein Zuhause dargestellt hatte, pflegen die Fellowship anzurufen, damit diese ihnen dabei hilft, für ihren Klienten eine Unterkunft zu finden, wo ihm die notwendige Unterstützung geboten wird. So ließ das Innenministerium im März 1975 verlauten: „Es stellt kein menschenwürdiges Verfahren dar, psychisch Kranke in Gefängnisse zu stecken und Gefängnisse zu Auffangbecken für diejenigen zu machen, die keine andere Institution der Gesellschaft aufnehmen will“. Aber genau das sind die Auswirkungen gemeindenaher Versorgungskonzepte, wie es der „Report of the Work of the Prison Department 1976“ deutlich macht:

In wachsender Zahl gelangen psychisch Kranke in die Gefängnisse oder Erziehungsheime und früher untadeligen Menschen, deren Delikte oft allein durch ihre Krankheit bedingt sind, wird jetzt die Aufnahme in psychiatrischen Krankenhäusern verweigert; statt dessen werden sie in Haftanstalten aufgenommen und verwahrt.

Im November 1977 berichtete *J.N Orr*, der Direktor der Medizinischen Dienste in den Haftanstalten, über die Schwierigkeiten und Probleme angesichts der Tatsache, daß so viele psychiatrische Patienten im Gefängnis landen. Er schreibt u. a.:

„... aber man war der Meinung, daß wahrscheinlich der Widerstand psychiatrischer Kliniken gefährliche und vielleicht errege straffällige Patienten aufzunehmen, noch zunehmen würde,

wenn die Gefängnisse mit diesem Problem in angemessener Weise fertig würden. Es bestand kein Zweifel darüber, daß psychisch kranke Straftäter nicht in Haftanstalten leben, sondern in Krankenhäusern verlegt werden sollten. Man sollte keine Schritte unternehmen, die andere zum Schluß kommen lassen, daß psychisch Kranke im Gefängnis richtig aufgehoben seien."

Vor kurzem erschienene Veröffentlichungen der *National Schizophrenia Fellowship* machten auf diese tragische und beschämende Situation aufmerksam. In „Home Sweet Nothing“, schlägt beispielsweise die Fellowship u.a. die Schaffung einer Reihe beschützender Milieus vor, in denen auf die wechselnden Bedürfnisse der Patienten mit möglichst geringer Verzögerung eingegangen werden kann und wo die Rehabilitationsmethoden sowie die Kriterien zu deren Beurteilung ihrerseits einer genauen Überprüfung unterzogen werden können.

Der enorme Bedarf an geeigneten Wohnmöglichkeiten für psychisch Kranke wurde im Jahresbericht der Heilsarmee für 1976 unterstrichen:

„Organisationen wie die Heilsarmee, in deren Heimen schon immer eine große Zahl psychisch kranker Männer und Frauen übernachtete, wurden in unangemessener Weise belastet. Die *Mental Health Act* von 1959 öffnete die Tore der psychiatrischen Krankenhäuser und eine Flut von Patienten wurden entlassen, die ohne ausreichende Vorbereitung in die Gesellschaft zurückkehren und dort mit den Anforderungen des Alltags fertig werden sollten. Die überwiegende Mehrzahl verkam zu heimatlosen Vagabunden, die keine Arbeit fanden und denen häufig Straftaten zur Last gelegt wurden. Heute gibt es etwa 70 000 Menschen, die mindestens zwei Jahre lang in psychiatrischen Krankenhäusern lebten und entlassen wurden, ohne daß eine adäquate Betreuung sichergestellt worden war.“ Die Heilsarmee beschwert sich nicht ... aber sie ist entschieden der Ansicht, daß dieses weite Feld sozialer Not einer gründlichen Untersuchung durch die staatlichen Behörden bedarf."

Die *National Schizophrenia Fellowship* hat damit begonnen und fand dabei große Unterstützung. In diesem Lernprozeß spielen zunehmend Personen eine Rolle, die selbst einmal an Schizophrenie erkrankt waren und die, nachdem ihre psychischen Störungen durch Medikamente unter Kontrolle gebracht wurden, wieder ihre Arbeit aufgenommen haben und bereit sind, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Solche autobiographische Beiträge stoßen auf großes Interesse, geben sie doch detailliert darüber Aufschluß, welche Art von Hilfe sich in den verschiedenen Stadien der Krankheit als wertvoll erwies.

Wiederum sind es in zunehmendem Maß die freiwilligen Koordinatoren der *National Schizophrenia Fellowship* (so werden die Personen genannt, die auf lokaler Ebene die Verbindung zwischen den einzelnen Mitgliedern herstellen), bei denen alle möglichen Leute in der Umgebung - und nicht nur andere Mitglieder der *National Schizophrenia Fellowship* - Rat und praktische Hilfe suchen. Es werden Wochenendseminare für die freiwilligen Koordinatoren veranstaltet, damit diese in Ruhe die beste Form der Beratung für die verschiedenartigen Anfragen entwickeln können. Auf diese Weise hofft man, die freiwilligen Koordinatoren zu ermutigen, vermehrt auf ihre Fähigkeiten zu vertrauen, anderen zu helfen - in Wirklichkeit, ihnen bei dem zu helfen, was sie ohnehin bereits tun. Diese Wochenend-Seminare, denen nach drei Monaten ein eintägiges Treffen zum Auffrischen folgt, sind vielversprechend und die Fellowship ist den Wohlfahrtsverbänden für die Unterstützung dieses wichtigen Teils ihrer Arbeit dankbar, einer Arbeit, die immer noch im Experimentierstadium steckt.

Die Zahl der örtlichen *National Schizophrenia Fellowship*-Gruppen nahm ebenso wie die Aktivitäten ihrer Mitglieder zu. Die Zahl der Koordinatoren im Vereinigten Königreich liegt bei etwa 150; sie stieg von dem Moment ständig an, als Mitglieder erstmals auf eigenen Wunsch miteinander bekanntgemacht wurden. Das Spektrum der örtlichen Aktivitäten ist weit. Dazu gehört, daß man sich der kranken Angehörigen der anderen Mitglieder annimmt, daß man Fortbildungsprogramme plant und durchführt, daß

man Konzerte und Feste organisiert. Alle diese Veranstaltungen, die im Namen der Fellowship durchgeführt werden, führen zu neuen wertvollen Kontakten mit Leuten in der Gegend und fördern bei Nachbarn und Freunden das Verständnis für die Krankheit. Die Mitglieder eines Londoner Distrikts haben unter sich einen Telefonnotdienst organisiert - ein Beispiel, dem man jetzt in anderen Regionen folgt. Eine andere *National Schizophrenia Fellowship-Gruppe* organisierte wöchentliche Wanderungen und andere Außenaktivitäten, an denen auch Patienten aus dem Krankenhaus, die ebenfalls Mitglieder sind, teilnehmen. Eine wachsende Zahl von Fellowship-Mitgliedern werden eingeladen, vor Sozialarbeitern, Gesundheitsberatern, Allgemeinärzten und verschiedenen örtlichen Vereinen zu sprechen. Einigen Mitgliedern wurde die Ehre zuteil, bei Veranstaltungen des *Royal College of Psychiatrists* zu sprechen. Der erste Nicht-Psychiater, der jemals bei der Jahrestagung des Royal College in Großbritannien auftrat, war der Generalsekretär der Fellowship - ein nützlicher Präzedenz-Fall, dem andere relevante gesellschaftliche Gruppen folgen könnten im Dienst einer besseren Verständigung zwischen denen, die qua Beruf Dienstleistungen anbieten, und denen, die diese in Anspruch nehmen.

Ein anderes Gebiet, auf dem die Fellowship aktiv wurde, ist die Planung und Durchführung von Forschungsprojekten. Die Berufung eines hauptamtlich beschäftigten Forschungsbeauftragten erlaubt es, genauer die Frage optimaler Langzeitunterkünfte in Verbindung mit Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten zu untersuchen. Dank dieser Studie hofft die Fellowship, eine Wohnform schaffen zu können, die in diesem ganz besonders schwierigen Bereich weiterhelfen könnte. Eine andere Pioniertat vollbrachte ein hauptamtlich beschäftigter Berater/Koordinator, der zwei Jahre lang damit beschäftigt war, die Kommunikation zwischen den verschiedenen professionellen Helfern und den Familien, die auf ihre Hilfe angewiesen sind, zu verbessern. Der Bericht über diese Studie mit dem Titel „Tied together with String“ gibt eine Übersicht über vorhandene Hilfsangebote für die schizophrenen Kranken und ihre Angehörigen. In den Schlußfolgerungen des Autors spiegelt sich „Verwirrung, nicht nur bei den Angehörigen, sondern auch bei vielen professionellen Helfern“ wider. Er macht deutlich, daß das isolierte Leiden, die Verzweiflung und Angst vieler Angehöriger und Patienten nicht einfach die Folge der psychischen Erkrankung ist oder des Zusammenlebens mit jemand, der an den Langzeitfolgen einer Krankheit leidet.

„Die traumatische Erfahrung, die das Akzeptieren der Diagnose einer Schizophrenie bedeutet, kommt einem Trauerfall gleich, der von einem Menschen die schmerzhafteste Anpassung an eine neue Situation verlangt“. Der Bericht stieß bei denjenigen, die für das Gesundheitswesen und das Sozialwesen verantwortlich sind auf großes Interesse.

„Angehörige, die ernstlich davon überzeugt sind, daß der Patient nicht die angemessene Behandlung erfährt ... wagen es oft nicht, etwas dagegen zu unternehmen aus der Angst vor Gegenbeschuldigungen, die ihnen in der Zukunft nur schaden könnten. Ihre Furcht ist oft berechtigt“.

Die *National Schizophrenia Fellowship*, deren Gemeinnützigkeit anerkannt ist, wird von einem Vorstand geführt, dem 12 gewählte Mitglieder und 4 Ehrenmitglieder angehören. Die finanzielle Lage ist seit jeher angespannt. Langsam entdecken die Mitglieder, wo man Geld locker machen kann. Manche Konzerne unterstützen uns in großzügiger und wirksamer Weise. Darüber hinaus kommen beträchtliche Zuschüsse vom *Department of Health and Social Security*. Informationen über die Arbeit der *National Schizophrenia Fellowship* wurden auch in andere Länder verbreitet, besonders was die verschiedenen Publikationen anbelangt. Zwei davon wurden auch dank der Unterstützung von Herrn *Katschnig* ins Deutsche übersetzt. Eine Übersetzung ins

Holländische ist geplant. Es existieren jetzt nationale Organisationen in Neuseeland und Australien; beide gehen auf Initiativen von Mitgliedern der *National Schizophrenia Fellowship* im Vereinigten Königreich zurück. Gut gedeihen auch Vereinigungen in Israel, Malta, Kanada, Nordirland und in der Republik Irland. Starke Anstrengungen werden auch in Schweden unternommen, eine derartige Vereinigung zu gründen. Mitglieder der *National Schizophrenia Fellowship* sind über 18 Länder der Erde verstreut. Dies soll als ein kleiner Hinweis darauf dienen, welches großes Bedürfnis nach mehr Hilfe und Verständnis über viele Jahre hin bei all denen bestanden haben muß, um die wir uns heute kümmern.

Man kommt unausweichlich zu dem Schluß, daß sich während der letzten Jahre die Einstellung der Öffentlichkeit und der in der Psychiatrie Tätigen gegenüber der Schizophrenie geändert hat. Dieser Wandel ist zu einem großen Teil der Arbeit der *National Schizophrenia Fellowship* in Großbritannien zu verdanken. Heutzutage wird so viel über Schizophrenie geschrieben, gesprochen, im Rundfunk und Fernsehen gesendet - wenn auch manchmal in nicht ganz zutreffender Weise - daß es in das Bewußtsein der Menschen eingedrungen ist, daß es sich hierbei um eine schwere, zu Behinderung führende Krankheit handelt, die unsere Aufmerksamkeit verdient. Mit dieser wachsenden Aufmerksamkeit könnte, so hoffe ich, eine größere Bereitschaft einhergehen, Lösungen für die ernstesten Probleme zu entwickeln, die durch diese tragische Krankheit verursacht werden.

Anmerkung der Herausgeber

Die folgende Liste gibt einen Überblick über die wichtigsten Publikationen der *National Schizophrenia Fellowship*:

- Creer, C.* und *Wing, J.*: Schizophrenia at home 1974
Deutsche Übersetzung in *Katschnig, H.* (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München 1977
- Wing, J.* (ed.): Schizophrenia from within. 1975
Deutsche Übersetzung in *Katschnig, H.* (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München 1977
- Living with schizophrenia: by the relatives. 1974
- Pringle, J.*: Schizophrenia - the family burden. 1973
- Horne sweet nothing. A discussion paper. 1979
- Wansbrough, N.*: Sheltered work open employment 1980
- Rollin, H.R.* (ed.): A tragedy of schizophrenia: the wife's tale.
- Sedgwick, P.*: St. Wulstan's and the battle for rehabilitation.
- Wing, J.K.*: Schizophrenia and its management in the community.
- Hunter, P.*: Schizophrenia & community psychiatric nursing. 1978
- Priestley, D.*: Tied together with string. A two year study of care for the schizophrenic. 1979
- Hilton, J.*: How many places? The problem of estimating the number of chronic mentally ill needing full time care. 1979
- NSF*: Social provision for sufferers from chronic schizophrenia. 1974
- NSF*: Better act now. A memorandum to DHSS. 1980
- Morgan, R.* und *Cheadle, J.*: Psychiatric rehabilitation.
- Rollin, H.R.* (ed.): Coping with Schizophrenia. Burnett Books Lim., London 1980

Die Publikationen können direkt bei der *National Schizophrenia Fellowship* bestellt werden unter der Adresse 78/79 Victoria Road, Surbiton Surrey KT64NS

Die „Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM)“ in Frankreich*

Marcel Boss/ L. Cuny

Im folgenden möchten wir Ihnen die Selbsthilfeorganisation der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker in Frankreich vorstellen. Ihre offizielle Bezeichnung lautet *Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM)*. Diese Vereinigung wurde bereits 1963 von Müttern gegründet, die es nicht mehr ertragen konnten, daß man sich weigerte, ihre tiefe Betroffenheit durch die Krankheit ihrer Kinder zur Kenntnis zu nehmen; daß ihnen Psychiater Informationen vorenthielten mit der Begründung, die Kranken seien volljährig; auch Mütter, die sich frei äußern wollten, ohne gleich beschuldigt zu werden, für die Krankheit ihrer Söhne oder Töchter verantwortlich zu sein; Mütter schließlich, die erreichen wollten, daß sich die zuständigen Behörden in stärkerem Maß um die finanzielle Unterstützung sowie die adäquate Unterbringung und Versorgung der Kranken kümmerten.

Die *UNAFAM* entwickelte sich zunächst langsam, da sich viele Familien der psychischen Krankheit eines ihrer Mitglieder schämten und vermeiden wollten, daß diese in der Öffentlichkeit bekannt wurde. Erst im Jahre 1981, dem Jahr der Behinderten, breitete sich die *UNAFAM* in ganz Frankreich zügig aus, nachdem sie Zugang zu Rundfunk und Fernsehen erhalten hatte - dies, obwohl in der Vergangenheit uns immer wieder gesagt worden war, daß beim Publikum derartige Themen nicht beliebt seien. Lieber brachte man Sendungen über Skandale, über die Antipsychiatrie oder über Protestbewegungen, weil man glaubte, daß diese in der Öffentlichkeit auf größeres Interesse stoßen würden.

Inzwischen umfaßt die *UNAFAM* 7000 bis 8000 Mitglieder. Sie ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Ihr gehören auch eine Reihe von in Fachkreisen anerkannten Psychiatern an, die ihre Arbeit als Berater unterstützen. Wir werden zu allen staatlichen Kommissionen eingeladen, die sich mit unseren Problemen beschäftigen. Wir stehen auch mit dem Gesundheitsministerium in Verbindung, das eine Sozialarbeiterin und einen Psychiater für die Unterstützung unserer Familien abgestellt hat. Beide sind mit Beratungsgesprächen voll ausgebucht. Sie versuchen, die Familien bei der Bewältigung der Probleme, von deren Ausmaß andere kaum eine Vorstellung haben, zu unterstützen. Die Familien, für die es meist eine neue Erfahrung darstellt, daß jemand ihre Sorgen und Nöte ernst nimmt, sind für diese Hilfe sehr dankbar.

Die Mitglieder der *UNAFAM* sind meist Eltern psychisch Kranker im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. Dies hängt ganz einfach damit zusammen, daß häufig die erste psychische Krise bei den Patienten um das 20. Lebensjahr herum auftritt. Die Mitglieder kommen aus allen sozialen Schichten, allen Berufsgruppen und Einkommensklassen. Leider finden nur wenige Zeit, aktiv an der Arbeit der *UNAFAM* mitzuwirken. Meist handelt es sich dann um Personen, die bereits das Pensionsalter erreicht haben, oder es sind Mitglieder, die qua Ausbildung für diese Arbeit besonders prädestiniert sind. Für die meisten Mitglieder gilt, daß sie sich sehr allein fühlten,

* übersetzt von Matthias C. Angermeyer und Asmus Finzen. Der erste Teil des Beitrags stammt von *M. Boss*; der zweite Teil mit den Ergebnissen der Umfrage wurde von *L. Cuny* verfaßt und ist erstmals in *Readaptation* 261: 11-13 (1979) erschienen.

bevor sie zu uns stießen. Ihre Freunde hatten sie im Stich gelassen, die Kranken hatten ihre ganze Zeit in Anspruch genommen.

Unsere Kranken umfassen das ganze Spektrum psychischer Störungen mit Ausnahme geistiger Behinderung. Zu unserem großen Bedauern mußten wir uns dazu entschließen, keine Kranken als Mitglieder aufzunehmen. Erfahrungen in der Vergangenheit haben gezeigt, daß dies doch zu erheblichen Schwierigkeiten führt. Das Krankenpflegepersonal und die Ärzte sind dagegen als Mitglieder willkommen.

Die *UNAFAM* umfaßt zur Zeit 63 regionale Gruppen, die regelmäßig Mitgliedertreffen veranstalten, bei denen administrative Fragen erörtert, Informationen ausgetauscht und langfristige Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung für die Kranken und deren Familien diskutiert werden. Jede regionale Gruppe pflegt engen Kontakt zu den Ärzten und Krankenhäusern des jeweiligen Departments. Die *UNAFAM* unterhält in Paris ein Zentralbüro, das viermal im Jahr ein „Bulletin de Liaison“ sowie monatlich ein „Cahier d'information mensuel“ herausgibt. Das Büro kümmert sich außerdem um juristische Probleme, für die spezielle Berater zur Verfügung stehen. Es berät auch in Versicherungsfragen sowie in Vormundschafts- und Pflugschaftsangelegenheiten. Schließlich unterstützt das Zentralbüro die regionalen Gruppen bei der Schaffung neuer Einrichtungen wie beispielsweise beschützter Werkstätten, Wohnheime, Patientenclubs, Rehabilitationsstätten oder der Organisation von Ferienaufenthalten für die Patienten.

Die *UNAFAM* stellt eine Interessengruppe dar, auf die man zunehmend hört. Sie achtet peinlich darauf, nicht mit der Psychiatrie in Konkurrenz zu treten oder diese gar ersetzen zu wollen. Sie verzichtet strikt auf jegliche therapeutische Empfehlungen. Wir achten auch sehr darauf, uns nicht an eine bestimmte religiöse Gruppe oder eine bestimmte Partei anzulehnen. Vielmehr sind wir um ständigen Kontakt mit allen diesen gesellschaftlichen Gruppierungen bemüht.

Ganz wichtig sind die Familientreffen. Denn hier finden die Angehörigen unserer Kranken Gelegenheit, sich über die sie belastenden Probleme untereinander auszutauschen. Diese Zusammentreffen finden häufig statt und sind sehr stark besucht. Sie werden von den regionalen Gruppen der *UNAFAM* in Zusammenarbeit mit den Ärzten am Ort organisiert. Auch Mitarbeiter zuständiger Behörden nehmen oft daran teil. Ein Problem, das uns zur Zeit sehr beschäftigt, ist die Entscheidung darüber, wie die psychiatrische Versorgung bei uns in Frankreich in der nächsten Zukunft aussehen soll. Welche Art Krankenhäuser, welche Form der Rehabilitation, welche Wohnangebote, Schulen, Beschäftigungsmöglichkeiten, beschützende Werkstätten etc. stellen die optimale Lösung dar? Mit Sicherheit läßt sich heute schon sagen, daß bestimmt eine Vielfalt von Versorgungseinrichtungen und -strukturen notwendig sein wird.

Auch aus finanziellen Erwägungen heraus halten wir die Schaffung privater Wohnmöglichkeiten für unsere Kranken für besonders vorteilhaft. Sie belasten die öffentlichen Haushalte viel weniger. In manchen Fällen können mehrere Familien ihre Kranken in einer Wohnung unterbringen, die für etwa vier Personen Platz gibt. Dort werden sie dann von Therapeuten locker betreut. Bedauerlicherweise ist bei uns in Frankreich das Angebot an rehabilitativen Einrichtungen nur sehr gering, da bislang die Hauptsorge der Gewährleistung des Lebensunterhalts der Patienten galt - was natürlich nicht ausreicht.

In Frankreich ist der Prozeß der Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung bald abgeschlossen. Das ganze Land ist von einem Netz von Sektoren überzogen, die jeweils 70 000 Einwohner umfassen. Für jeden Sektor werden 60 Krankenhausbetten bereitgestellt, außerdem wird eine Beratungsstelle eingerichtet. Für die ambulante Betreuung, die vor allem bei den Betroffenen zu Hause erfolgt, steht jeweils ein Dutzend

Ärzte, Psychologen, Krankenschwestern und Krankenpfleger zu Verfügung. Diese Teams sind sehr daran interessiert, daß die bereits erwähnten Privatwohnungen für psychisch Kranke geschaffen werden, und suchen bei deren Einrichtung unsere praktische Unterstützung.

Bei einem Treffen unserer Gruppe in Versailles gewannen wir den Eindruck, daß es sich hier um Eltern handelte, die froh darüber waren, daß sie sich offen aussprechen konnten über all das, was sie bedrückte, und mit anderen ihre Erfahrungen im Umgang mit den Kranken austauschen konnten. Sie schöpften wieder Mut und Zuversicht aus dem, was sie über die Fortschritte unserer Vereinigung wie auch über wissenschaftliche Fortschritte erfahren konnten. Für uns und unsere Freunde ist der Augenblick besonders wertvoll- und er rechtfertigt alle unsere Anstrengungen - wenn Eltern, die unter der Krankheit ihrer Kinder sehr leiden, sich, nachdem sie Gelegenheit gefunden haben, das auszudrücken, was sie innerlich beschäftigt, und mit anderen über die Probleme zu Hause und ihre Sorgen sprechen konnten, von uns mit den Worten verabschieden: „Wir haben hier die Möglichkeit gefunden, vor aufmerksamen, verständnisvollen und mitfühlenden Zuhörern über unsere Kranken zu sprechen“.

Die *UNAFAM* organisiert jedes Jahr in einer anderen Stadt einen Nationalkongreß, an dem auch viele Ärzte und Therapeuten teilnehmen. Renommierete Wissenschaftler berichten dort über neue Ergebnisse der Forschung. Anlässlich eines dieser Kongresse hat sie an alle Mitglieder der Organisation einen Fragebogen versandt, um Aufschluß über das Schicksal der psychisch Kranken und deren Familien zu erhalten. Über das Ergebnis dieser Umfrage möchten wir im folgenden berichten. Insgesamt gingen 760 Antworten ein, viele davon mit Begleitbriefen, Ermutigungen, Vorschlägen, Hilferufen und Bekundungen von Verzweiflung. Die Auswertung der geschlossenen Fragen ergab folgendes Bild:

Die meisten Patienten in den betroffenen Familien sind zwischen 20 und 50 Jahre alt. Ein deutlicher Gipfel zeichnet sich zwischen 25 und 35 Jahren ab (65%). Die Männer scheinen deutlich verwundbarer zu sein als die Frauen. Sie sind doppelt so häufig vertreten. Die Unverheirateten sind mit 83,5 Prozent überrepräsentiert. Dagegen waren die Verheirateten mit 6,5 Prozent und die Geschiedenen mit 8,5 Prozent nur in sehr kleiner Zahl vertreten. Die meisten Kranken sind in einem Alter, in dem man üblicherweise verheiratet ist. Ihr Krankheitschicksal hat sie aus verschiedenen Gründen an der Heirat gehindert (psychische Instabilität, Aggressivität oder Passivität, Mangel an finanziellen Mitteln, religiöse Skrupel oder Skrupel im Hinblick auf die Möglichkeit der Vererbung der Erkrankung). Auf der anderen Seite bleiben die emotionalen Probleme und die sexuellen Probleme dem Fragebogen zufolge für mindestens 8 Prozent bestehen.

Die Frage nach der Art und der Diagnose der Erkrankung scheint für viele Betroffene Probleme aufgeworfen zu haben. Nur 260 verwertbare Antworten sind dazu eingegangen. Handelt es sich dabei um Ignoranz, um Unverstand, Scham oder Mangel an Information? Die Art der Fragestellung schien für viele schwer akzeptabel zu sein. Immerhin gaben 45 Prozent die Antwort, daß es sich um Schizophrene handele. Allerdings reichten 31 Prozent ihre Angehörigen unter die Kategorie Verschiedenes ein, die Angst, Depression, Epilepsie und andere Störungen enthält. Dazu kamen Neurosen und manisch-depressive Psychosen in etwa gleicher Häufigkeit.

Es fragt sich, was dieser Mangel an Wissen über die Krankheit bedeutet. Handelt es sich von Seiten des Arztes darum, daß er der Familie eine Konfrontation ersparen will, die schwer zu akzeptieren und zu ertragen ist? Handelt es sich um Unsicherheit im Hinblick auf die Diagnose und die Prognose? Handelt es sich um teilweise ärztliche

Inkompetenz, um Gleichgültigkeit, vielleicht sogar um Verachtung? Oder geht es um die Furcht vor der Teilung der Verantwortung oder nur um den Mangel therapeutischer Möglichkeiten?

Besteht aufseiten der Familie ausreichendes Bemühen darum, zu verstehen, was mit dem Betroffenen ist, verlangt sie eindeutige Erklärungen? Hat sie den Wunsch nach einer loyalen Zusammenarbeit mit dem Arzt oder bestehen bei ihr Minderwertigkeitsgefühle? Ist es aufgrund der Umfrageergebnisse nicht notwendig, hier eine wichtige Lücke im Hinblick auf das Verständnis und das Wissen der Familie über die Krankheit der betroffenen Angehörigen festzustellen?

Ein großer Teil der Kranken (41 Prozent) ist in einer öffentlichen psychiatrischen Einrichtung untergebracht. Etwa die Hälfte lebt bei der Familie. Eine nicht zu vernachlässigende Minderheit lebt allein oder doch fast allein, oft unter problematischen Bedingungen.

Auf der anderen Seite arbeiten nur wenige Kranke. Nur 12 Prozent arbeiten beständig und regelmäßig. Weitere 6 Prozent gehen mehr oder weniger episodisch einer mehr oder weniger bezahlten Tätigkeit nach.

Daher rührt es, daß die Kranken zur Hauptsache von der Familie materiell unterstützt werden. Für diese wird das oft zu einer schweren Belastung. Das gilt insbesondere, wo die Sorge um die Zukunft nach dem Tod der Eltern hinzukommt. Hier wird die Suche nach einem Platz, wo der Betroffene leben kann, nach einem Menschen, der sich um ihn kümmert, und nach Möglichkeiten, ihn materiell abzusichern, zu einem brennenden Problem.

Es ist allerdings tröstlich, daß die Sozialversicherung für 80 Prozent der Kranken eintritt und daß die Sozialhilfe bei weiteren 16 Prozent Unterstützungen leistet. Die Invalidenkarte sichert den betroffenen Behinderten etwa 1000 Franc im Monat, wenn eine Obergrenze von privatem Einkommen nicht überschritten wird. Mehr als die Hälfte der betroffenen Patienten verfügte nicht über persönliche, private Einnahmen. Pflegeschäften und Vormundschaften bestehen für zusammen 23,5 Prozent der Patienten.

Zwangsunterbringungsmaßnahmen unterliegen 3,7 Prozent. Möglicherweise wäre es im Interesse der Familie, wenn diese Zahl höher läge.

Diejenigen, die die Fragebögen ausgefüllt haben (Eltern, einige Brüder und Schwestern, in seltenen Fällen Ehegatten), haben durch ihre Stellung zum Betroffenen Kontakte mit Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Psychologen, Erziehern usw. Ein Drittel der befragten Familien schätzen die Kontakte als gut ein. Für ein Drittel sind sie wenig befriedigend. Handelt es sich bei so geteilten Auffassungen um individuelle Unterschiede der einzelnen Ärzte bzw. Pflegepersonen, mit denen die Angehörigen zu tun haben? Indessen erkennt man, daß der Kontakt sich während des Krankheitsverlaufs bei 41 Prozent der Betroffenen verbessert hat.

Seelische Krankheit stellt eine Reihe von großen Problemen, die schwer zu lösen oder zu überwinden sind. Dazu gehört vor allem die Beschäftigung und die berufliche Eingliederung für fast die Hälfte der Betroffenen. Sie wird als Voraussetzung dafür betrachtet, psychische Stabilität und Unabhängigkeit des psychisch Behinderten sicherzustellen.

Für 20 Prozent der Befragten ist es ein großes Problem, den kranken Angehörigen in der Familie zu behalten oder ihn wieder einzugliedern. Sie erklären das durch sich ständig wiederholende Zustände von Verstörung, Auseinandersetzungen, Depressivität, depressive Reaktionen aufseiten der Eltern, Verlassenheitsgefühlen und Ausbrüchen des Kranken aus der Familie.

Viele Familien machen sich große Sorgen über die „Kategorisierung“ ihres Angehörigen durch die psychiatrische Klassifikation, ob er nun als chronisch krank gilt, als

stabilisiert, als geheilt, als auf dem Wege zur Heilung. Wenn man nach den Hauptursachen für diese Schwierigkeiten sucht, werden bei der Hälfte die Art der Erkrankung, bei einem Viertel die Art der Versorgung (23 Prozent) und bei 20 Prozent die Ärzte selber dafür verantwortlich gemacht. Alle diese Zahlen scheinen zu hoch gegriffen zu sein. Denn zugleich wird deutlich, daß bei der Hälfte der Betroffenen die Ärzte Vertrauen auf die Umgebung der Patienten ausstrahlen und daß 43 Prozent wünschen, daß ihre Familie Beziehungen zu ihren Therapeuten pflegt.

Diese in schmerzlicher Weise betroffenen Familien, die gleichsam ständig materiell, seelisch und in ihrem Gewissen durch die Krankheit des Angehörigen belastet sind, wünschen brennend (zu 75 Prozent), daß der betreuende Arzt sie jedesmal dann empfängt, wenn sie es nötig haben, daß er ihre Unruhe und ihre Sorgen versteht, daß er sie moralisch und psychologisch unterstützt (man unterstützt jemanden besser, den man kennt), daß er sie über den vorhersehbaren Verlauf der Erkrankung unterrichtet, daß er die Behandlung erklärt, daß er sie darüber berät, wie sie sich dem Kranken gegenüber verhalten sollen, daß er (in 50 Prozent der Fälle) bis zu einem gewissen Grad die Teilnahme an der Behandlung erlaubt, daß er bereit ist, über unterschiedliche Sichtweisen im Hinblick auf den Kranken zu diskutieren, daß er die Wünsche der Familie berücksichtigt. Sie haben die Überzeugung, daß eine solche allgemeine Einstellung einen positiven Effekt haben kann und daß sie in den meisten Fällen (68 Prozent) eine Verbesserung des Zustandes des Betroffenen nach sich ziehen wird. Es handelt sich also um eine aufrichtige, ehrliche Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und der Familie, weil beide Seiten auf ihrem Gebiet für das Wohl des Patienten wirken und dabei ihre jeweiligen Ansichten und ihre unterschiedlichen Möglichkeiten ins Spiel bringen.

Der Fragebogen wurde ausgesandt, bevor die Sektorisierung der psychiatrischen Einzugsgebiete Realität war. Durch diese Maßnahme - wir erwähnten es weiter oben schon - sollen Einzugsbereiche von 70 000 Einwohnern geschaffen werden, die über ihr psychiatrisches Krankenhaus und ihre ambulanten Dienste verfügen. Jeweils die Hälfte der Befragten hatten eine positive oder eine negative Auffassung dazu. Möglicherweise muß die weitere Entwicklung abgewartet werden, bevor man von den Angehörigen begründete Urteile darüber erwarten kann. Allerdings besteht die Hoffnung, daß die Sektorisierung günstige Konsequenzen für den Kontakt der Familie mit den Patienten haben wird und daß auch die Kontakte zwischen den Ärzten und den Patienten besser werden. Schließlich besteht auch die Hoffnung, daß die Patienten, wenn sie in Institutionen leben müssen, sich in der Nähe der Familie aufhalten können.

Unter den Therapeuten nimmt der Arzt für die Familie die wichtigste Stellung ein. An zweiter Stelle folgt die Krankenschwester. Wenn Kontakte zu Krankenpflegepersonal bestehen, werden diese als relativ gut bezeichnet (50 Prozent). In 23 Prozent der Fälle wird angegeben, daß Pfleger und Schwestern positiv auf den Zustand des Patienten eingewirkt haben.

Es darf indessen nicht übersehen werden, daß tatsächliche Schwierigkeiten im Hinblick auf die Pflege und die Versorgung der Kranken bestehen. In 40 Prozent der Fälle wird eine verstärkte Aufmerksamkeit im Hinblick auf das tägliche Leben in den psychiatrischen Einrichtungen gefordert: Pflege, Mahlzeiten, Spiele, verschiedene Aktivitäten, tägliche Kontakte zwischen dem therapeutischen Personal und den Patienten. Diese würden es wiederum möglich machen, daß die Kontakte zwischen Angehörigen und therapeutischem Personal regelmäßig und häufig sind.

Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, wünschen 47 Prozent der Familien sich, verstärkte Möglichkeiten zu haben, mit dem Pflegepersonal über den Zustand und das

Verhalten ihres Kranken zu sprechen. Sogar 55 Prozent möchten die Versicherung, daß die Mitarbeiter der Einrichtungen regelmäßig versuchen, die hospitalisierten Patienten anzuregen, an den Aktivitäten teilzunehmen, gegen seine Passivität, seine Gleichgültigkeit und seinen Mangel an Initiative zu kämpfen, sein Interesse anzuregen, ihn zu ermutigen, seine Ausdauer und seine Kommunikationsbereitschaft zu fördern, zur Restrukturierung seiner psychischen Persönlichkeit beizutragen und Hoffnung in ihm wachzurufen.

Zwischen Selbsthilfe und Expertenhilfe: Die Angehörigenvereinigung „Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)“ in Wien

Heinz Katschnig und Peter Paul Sint

Einleitung

Die Eigenart der Wiener Angehörigenvereinigung *Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)* besteht darin, daß es sich dabei von Anfang an um eine Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Psychiatrieexperten gehandelt hat. Dies zeigt sich auch in der Autorenschaft dieser Darstellung, die ein Psychiater und ein Angehöriger gemeinsam verantworten.

Die Wurzeln der Idee, in Wien eine Angehörigenselbsthilfeorganisation zu gründen, gehen auf einen längeren Aufenthalt des Psychiaters in Großbritannien zurück, wo sich bereits Anfang der 70er Jahre eine Angehörigenvereinigung, die *National Schizophrenia Fellowship*, gebildet hatte. Die beeindruckenden Erfahrungen des Psychiaters mit dieser Selbsthilfeorganisation hatten sich 1977, nach seiner Rückkehr nach Wien, in der Herausgabe eines Buches mit dem Titel „Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause“ niedergeschlagen, in dem wichtige britische Arbeiten zu Angehörigenfragen in der Psychiatrie enthalten sind.

Die Autoren dieses Beitrages hatten einander schon vor der Rückkehr des Psychiaters aus England gekannt. Erste Schritte in Richtung einer Angehörigenselbsthilfeorganisation wurden allerdings erst getan, als der zweite Autor durch die Erkrankung eines Familienmitglieds plötzlich zum Angehörigen geworden war.

Gründungsphase

Sehr viele Gründe, die wir erst später genauer verstehen sollten, verhinderten, daß es gleich zu Beginn zügig voranging. Jeder von uns sprach zwar, wo immer sich eine Möglichkeit bot, Angehörige von psychisch Kranken an, um sie für die Idee zu begeistern, der Zustrom war aber zunächst spärlich. Die ursprüngliche Kerngruppe bestand aus 5 bis 8 Angehörigen, die sich regelmäßig trafen, zunächst im Zimmer des Psychiaters an der Klinik. Diese Gruppe blieb lange Zeit sehr klein. Viele interessierte Angehörige wollten zwar kommen, fühlten sich aber durch die Betreuung des kranken Familienmitglieds so belastet, daß sie dazu keine Möglichkeit sahen. Viele hatten Schwierigkeiten, sich mit der Rolle des Angehörigen eines „psychisch Kranken“ zu identifizieren, da damit für den Laien wohl das Eingeständnis einer gewissen Hoffnungslosigkeit einhergeht. Die Kerngruppe wußte, warum sie zusammenblieb: Man bekam einfach viel voneinander: Verständnis, Zuwendung, Information, praktische Hilfe.

Die Angst, sich öffentlich zu deklarieren, war in der ersten Zeit sehr dominierend.

Kein Angehöriger der Gründungsgruppe war bereit, seine Telefonnummer oder seine Adresse für Kontaktzwecke zur Verfügung zu stellen. Hier blieb dem „Experten“ nichts anderes übrig als zu helfen, wie sehr ihm auch der Widerspruch zu einer tatsächlichen „Selbsthilfeideologie“ bewußt war. Adresse und Telefonnummer eines Instituts dienten so als erste Kontaktstelle für Interessierte, die dort auf Termin und Ort der regelmäßigen Treffen der Angehörigen aufmerksam gemacht wurden. Nach einer gewissen Zeit, in der einzelne Angehörige offenbar „mutiger“ geworden waren, erhielten Anrufer an dieser

Stelle auch direkt die Telefonnummer von „diensttuenden Angehörigen“, an die sie sich direkt um Auskunft und Hilfe wenden konnten. Diese Kontaktmöglichkeit und die Herausgabe eines einfachen Mitteilungsblattes, dessen Start wiederum nur durch die organisatorische Hilfe des Experten möglich wurde, bedeutete dann einen entscheidenden Fortschritt. Nun war die Angehörigenvereinigung auch „materiell“ sichtbar.

Nach nicht ganz einem Jahr „Durchhalten“ wurde dann zu Beginn des Jahres 1978 der Verein *Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)* im Vereinsregister eingetragen. Bezeichnend waren die Diskussionen zur Namensfindung. Man einigte sich nicht etwa auf „Hilfe für psychisch Kranke“, sondern, auf Wunsch eines besonders aktiven Angehörigen, auf „Hilfe für psychisch Erkrankte“, „weil dadurch zum Ausdruck komme, daß es sich um einen Prozeß handle, der möglicherweise rückgängig zu machen sei“.

Diesem Argument schlossen sich alle an, was auf die optimistische Atmosphäre hinweist, die bei diesen durch viele Jahre hoffnungslos und verzagt gewordenen Angehörigen plötzlich entstanden war.

Zur Gründung eines eigenen Vereins hatte man sich entschlossen, nachdem Versuche, sich an einen Verein anzuschließen, der geistig Behinderte fördert, fehlgeschlagen waren. Dieser Fehlschlag war für die Geschichte der Angehörigenvereinigung deshalb wichtig, weil dadurch die Besonderheit der Probleme, die Angehörige von psychisch Behinderten im Gegensatz zu Angehörigen von geistig Behinderten haben, in den Vordergrund rückten und die Angehörigen der psychisch Kranken eine eigene Identität entwickeln konnten. Hervorzuheben ist außerdem, daß die Mitarbeit des Psychiaters gerade in dieser frühen Phase unkompliziert war, weil der Psychiater die Patienten der in der Vereinigung zusammengeschlossenen Angehörigen nicht selbst behandelte.

Wachstumsphase

Mit der Vereinsgründung begann eine kräftige Wachstumsphase. Welche Faktoren waren es nun im Rückblick, die dazu verholfen haben, die anfängliche Stagnation zu überwinden und zu einem kontinuierlichen Wachstum der Angehörigenvereinigung beizutragen?

Als besonders wichtig erscheint uns, daß neben der Kategorie des „Mitglieds“ die Kategorie des „Interessenten“ geschaffen wurde, die es auch solchen Angehörigen, die es psychologisch noch schwierig finden, sich mit der Rolle des Angehörigen eines psychisch Kranken zu identifizieren, ermöglicht, an den Aktivitäten der HPE irgendwie, vielleicht nur am Rande, teilzunehmen. Auf diese Art und Weise entstand im Laufe der Jahre ein „Dunstkreis“ von „Mitgliedern“, „Interessenten“ und Freunden, die durch ihre zumindest gelegentliche Anwesenheit bei Veranstaltungen und durch finanzielle Beiträge wesentlich zum Leben der Organisation beitragen.

Handelte es sich dabei um einen eher „negativen“ Faktor, also um die Verringerung einer gewissen „Schwellenangst“, so sind die eigentlichen Gründe für das Anwachsen der Organisation in den tatsächlichen praktischen Hilfen zu sehen, die die Angehörigen bei den regelmäßigen Zusammenkünften und auch außerhalb voneinander erhalten. Es ist jedesmal ergreifend, wenn ein neuer Angehöriger bei den nunmehr „Jour fixe“ genannten regelmäßigen Zusammenkünften beginnt, „seine Geschichte“ zu erzählen. Es ist sehr oft klar, daß dieser Angehörige schon lange nicht mehr, wenn überhaupt je, die Gelegenheit hatte, angstfrei jemand anderem sein Herz auszuschütten. Daß die Zuhörer Betroffene wie er selbst sind, erleichtert ihm dies in einem großen Ausmaß.

Er erhält so schon bei seinem ersten Kennenlernen der Organisation emotionale Stützung, ganz abgesehen von den praktischen Ratschlägen, die er von den „erfahreneren“ Angehörigen hört: Hinweise auf finanzielle Vergünstigungen oder Informationen über bisher nicht bekannte Betreuungseinrichtungen gehören zu jedem Treffen.

In der Zeit kurz nach der Vereinsgründung entstand eine Diskussion darüber, ob man den „Angehörigenverein“ auch gegenüber anderen Personengruppen öffnen sollte, also etwa gegenüber Patienten oder Psychiatern. Auch hier entschloß man sich für eine „Dunstkreis-Lösung“. Die formale Mitgliedschaft im Verein war und ist nach wie vor nur „echten Angehörigen“ möglich, die Teilnahme an den Veranstaltungen ist aber prinzipiell für alle Interessierten offen. Patienten machen deshalb auch immer Gebrauch von diesem Angebot, und begleiten ihre Angehörigen gelegentlich zu einzelnen Veranstaltungen. Anfängliche Ängste, daß es dadurch zu Komplikationen kommen könnte, haben sich als unbegründet erwiesen.

Inzwischen hatte der Verein auch durch Mitgliedsbeiträge und Spenden eine gewisse finanzielle Basis erhalten, konnte nunmehr das Mitteilungsblatt - ohne weitere Mithilfe von Experten - in etwas schönerer Form und regelmäßig herausbringen (es heißt seit damals „KONTAKT“), was auch sofort einen entsprechenden Werbeeffect hatte. Ein Flugblatt, in dem die Ziele der Angehörigenvereinigung enthalten waren, wurde verfaßt und in psychiatrischen Einrichtungen verteilt.

In diesem Stadium kam es auch zu einer gewissen organisatorischen Differenzierung, zu pointierteren Ansichten einzelner Mitglieder, besonders auch innerhalb des Vorstandes. Die Vereinigung wurde mutiger, wagte es nunmehr auch öffentlich aufzutreten. In Rundfunk- und Fernsehsendungen wurden die Anliegen der Angehörigen einer breiteren Öffentlichkeit bekanntgemacht. Verglichen mit dem ängstlichen Verhalten zu Beginn war die Selbstverständlichkeit, mit der sich die Angehörigen nunmehr öffentlich deklarierten, überraschend.

In all diesen Monaten hatten die Experten - es gab nun zusätzlich zum Psychiater noch eine Sozialarbeiterin, einen Krankenversicherungsfachmann und auch hier einen „Dunstkreis“ von weiteren Experten - eine zwar wichtige, aber angesichts des lebhaften Interesses der Angehörigen füreinander nur Hintergrundfunktion. Bei jedem Jour fixe war ein Experte anwesend und konnte auf die entsprechenden Fragen Antworten geben, der Verein lebte aber in zunehmendem Ausmaß von den Angehörigen selbst.

Konsolidierungsphase

Das Ende dieser Wachstumsphase wird durch die Gründung eines „Kuratoriums“, in das namhafte Vertreter der österreichischen Psychiatrie eintraten, markiert. Mit der Gründung des Kuratoriums fällt interessanterweise die von allen schon lange angestrebte räumliche Verselbständigung vom Experten zusammen, der bis dahin an einem Institut „Unterschluß“ gewährt hatte. Im Sommer 1980 wurde gleichzeitig mit der Gründung des Kuratoriums ein eigenes Sekretariat an der Adresse eines Angehörigen etabliert. Als besonderen Erfolg wertete man, daß eine Patientin nunmehr das Schreiben des Mitteilungsblattes gegen eine finanzielle Entschädigung übernahm.

Die Gründung eines eigenen offiziellen Kuratoriums von Fachleuten war offenbar zu diesem Zeitpunkt deshalb möglich, weil die Mitglieder der Vereinigung schon genügend selbstbewußt geworden waren und eine entsprechende eigenständige Iden-

tität als „Angehörige“ entwickelt hatten, so daß sie die vielfach doch ambivalent erlebten Experten jetzt auch offiziell mit dem Verein in Verbindung bringen konnten.

Es spannt sich also ein kontinuierlicher Bogen einer Zusammenarbeit zwischen Experten und Angehörigen von den ersten Anfängen bis zu der nunmehrigen Konsolidierungsphase. In unserer Sicht hat sich dies in keiner Weise negativ auf das Selbsthilfepotential der Angehörigen ausgewirkt. Im Gegenteil, in den letzten beiden Jahren wurden immer neue Ideen entwickelt und Aktivitäten gesetzt, die die Angehörigenvereinigung als eine sehr lebendige und zukunftsbezogene Institution erscheinen lassen.

In dieser dritten, der „Konsolidierungsphase“, sind einerseits weitere positive Entwicklungen zu verzeichnen, andererseits treten aber nunmehr gewisse organisatorische Schwierigkeiten auf, die mit der Größe der Organisation zusammenhängen.

Als weitere positive Entwicklung ist zu werten, daß die Angehörigenvereinigung nunmehr begann, aktive Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. So werden etwa öffentliche Diskussionsveranstaltungen abgehalten, die 1980 und 1981 unter dem Titel „Tag der psychisch Kranken“ eine große Breitenwirkung hatten, zumal 1981 auch der Bundespräsident der Republik Österreich diesen „Tag der psychisch Kranken“ durch eine Rede bei einer Veranstaltung der Organisation auszeichnete. Vorsprachen bei Redaktionen von Tageszeitungen, die die Sensationsberichterstattung über Zwischenfälle mit psychisch Kranken noch immer nicht aufgeben können, zeitigten ebenfalls Erfolg, wie auch Vorsprachen bei Gesundheitspolitikern, die nur allzu leicht einer selbstgefälligen Einstellung erliegen und den kritischen Blick für die in der Infrastruktur im Detail bestehenden Probleme der von ihnen lobenswerterweise verbesserten psychiatrischen Versorgungsstrukturen nur allzu leicht verlieren. Als positiv zu vermerken ist in dieser Phase auch die Gründung von Zweigvereinen in anderen Bundesländern. Damit sind aber bereits die möglichen negativen Seiten dieser Entwicklung angeschnitten.

Durch die Größe der Organisation geht bei den Jour fixe Veranstaltungen manchmal die so sehr geschätzte „Intimität“, die eine angstfreie Atmosphäre schaffte, verloren. Einzelne erfahrene Mitglieder des Vereines haben auf die Entwicklung so reagiert, daß sie ihre eigenen „Aussprachegruppen“ für andere betroffene Angehörige veranstalteten. Auch kommt es dazu, daß die professionell moderierten und zeitlich limitierten „Selbsterfahrungsgruppen“, die der Verein anbietet, nach dem offiziellen Ende als eigene „Selbsthilfegruppen“ weiterbestehen (siehe S. 100 in diesem Buch). Insgesamt läßt sich aber in dieser Phase beobachten, daß der Blick für die emotionalen Probleme zugunsten der technisch-organisatorischen Fragen und einer gewissen Gefahr des politischen Aktionismus in den Hintergrund treten. Gelegentlich ist auch zu bemerken, daß sich einige Angehörige mit den „Experten“ überidentifizieren und etwa die Steuerung der medikamentösen Behandlung ihres kranken Familienmitglieds selbst übernehmen. Hand in Hand mit dieser Tendenz geht auch der Wunsch, eigene Versorgungseinrichtungen zu schaffen.

Daß sich hier die möglicherweise negative Überidentifikation mit dem Experten mit einem gerade vom Aspekt der Selbsthilfe her sehr wertvollen organisatorischen Impetus paart, muß jedoch gleich betont werden. Es lag auf der Hand, daß die Idee aufkam, in den Räumen eines „Werkstätten- und Kulturhauses“, das in einer aufgelassenen alten Schule durch Förderung der Stadt Wien eingerichtet und zur Verfügung gestellt wurde, einen Klubbetrieb einzurichten. Neuerdings ist auch die Idee eines eigenen Wohnheimes für psychisch Kranke aufgetaucht, in dem die Betreuung gemeinsam durch Experten und Angehörige erfolgen soll; die vermittelnde Idee da bei ist, daß es sich

dabei um eine „Schule für das Leben miteinander“ handeln soll. Es ist ja nicht zu bestreiten, daß bei allen wünschenswerten neuen institutionellen Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie, durch die es zu einer wesentlichen Entspannung im stationären Sektor gekommen ist, die Dauerhaftigkeit der persönlichen Beziehung, wie sie in Familien besteht, nie zu ersetzen sein wird. Schon allein die Fluktuation der Betreuer in gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen ist bekannterweise sehr hoch und Angehörige psychisch Kranker haben oft gerade mit solchen, zunächst überenthusiastischen Betreuern, die eine völlig irrealen Vorstellung von dem Erreichbaren haben, Probleme, so daß die Idee einer Betreuung durch eine „Zwitterinstitution“, die von Experten und von ihnen selbst gemeinsam betrieben wird, naheliegt. Die meisten Angehörigen sind sich der möglichen „Gefahren“ einer solchen Einrichtung durchaus bewußt, haben sie doch während ihres jahrelangen Umganges mit anderen Angehörigen und mit korrigierend eingreifenden Experten gelernt, daß sie wahrscheinlich nicht primär schuld an der Entstehung der Krankheit ihres Patienten sind, ihr Verhalten aber durchaus eine Rolle für den weiteren Verlauf spielt. In diesem „Wohnheimprojekt“ ist deshalb, auf ausdrücklichen Wunsch der Angehörigen, von Anfang an auch an eine „Supervision“ mit der in der Organisation eingeführten Form einer Selbsterfahrungsgruppe gedacht.

Die Rolle der Experten

An dieser Stelle erscheint eine Diskussion über die Rolle der Experten angebracht. Das Wohnheimprojekt wurde zusammen mit Experten „ausgedacht“ und dokumentiert so die kontinuierliche Zusammenarbeit der Selbsthilfeorganisation mit Experten von den ersten Anfängen bis zur Gegenwart, bei voller Erhaltung der Identität der Organisation und ihrer Mitglieder als „Selbsthelfer“.

Dieser Sachverhalt mag manchen zwar theoretische Schwierigkeiten bereiten, praktisch hat er sich bewährt. Es ist keine Frage, daß die Rolle des Experten in der Gründungsphase wichtiger war als jetzt. Die ständige, nunmehr nicht immer physische aber doch prinzipielle „Präsenz“ von Experten hat unserer Ansicht nach eine ganz wesentliche Funktion für das Überleben einer derartigen „Selbsthilfeorganisation“, vorausgesetzt, die Experten identifizieren sich mit den Zielen der Organisation.

Es sollte bereits klar geworden sein, daß die Rolle des Experten in dieser Organisation nie tatsächlich darin besteht, die Behandlung von Patienten derjenigen Angehörigen zu übernehmen, die in der Selbsthilfeorganisation zusammengeschlossen sind. Ihre Rolle besteht vielmehr darin, das „Überleben“ der Organisation dort abzusichern, wo es gerade durch die Psychiatrie gefährdet werden könnte.

So können die Experten in derartigen Angehörigenorganisationen dazu verhelfen, daß die Betroffenen auf dem Boden der Realität bleiben und nicht einseitig irrationale Aktionen setzen, die die Verbindung zur offiziellen Psychiatrie unterbrechen, wie dies etwa eine andere britische Angehörigenvereinigung, die *National Schizophrenia Association* getan hat, die sich fanatisch der wissenschaftlich schon lange nicht mehr haltbaren Vitaminmangeltheorie der Schizophrenie verschrieben hat.

Das auf der Titelseite des Mitteilungsblattes „Kontakt“ in gewisser Weise „zur Schau getragene“ Kuratorium aus Experten aus dem Bereich der Psychiatrie und der Jurisprudenz dokumentiert nicht nur die Sympathie der in das Kuratorium eingetretenen namhaften Persönlichkeiten, sondern ist in gewisser Weise auch Zeugnis für die Seriosität der Bemühungen des Vereins HPE. Die Angehörigen haben es gelernt,

ihre Anliegen in dem Mitteilungsblatt so zu formulieren, daß sie einerseits einer gewissen „Spritzigkeit“ in der Darstellung nicht entbehren, daß andererseits aber keine Grenzüberschreitungen gesetzt werden, die auch von den Mitgliedern des Kuratoriums unweigerlich zurückgewiesen würden. Eine gewisse Bewährungsprobe mußte diese Konstruktion durchmachen, als vor kurzem in einer Nummer des Mitteilungsblattes Kritik an einem Teil des Psychiatriereformprogrammes in Wien, nämlich des Wohnheimsektors, geübt wurde, und daraufhin jedes Kuratoriumsmitglied vom zuständigen Politiker einen Brief mit der Aufforderung erhielt, sich von dieser Kritik zu distanzieren. Der Brief blieb ohne Folgen. Die Angehörigen konnten wieder etwas an Selbstbewußtsein zulegen.

Ein weiterer Grund für die Nützlichkeit der Begleitung dieser Organisation durch Experten besteht darin, daß über sie eine gewisse Beeinflussung der Psychiatrie stattfinden kann. Die befreundeten Experten haben eine Mittlerfunktion, und es wird nicht ohne Grund erwartet, daß sie sich innerhalb der Psychiatrie selbst um die Anliegen der Angehörigen kümmern, nicht nur nicht in die häufige Anklage gegen die Angehörigen, diese seien für die Erkrankung ihres Patienten selbst schuld, einstimmen, sondern aktiv für die Anliegen der Angehörigen „werben“.

Ein etwas subtilerer Grund für die Nützlichkeit der „Anwesenheit“ von Experten ist die Möglichkeit, mit Vertretern der etablierten Psychiatrie eine Reihe von Problemen „emotionell durchzuarbeiten“ und durch direktes Erleben zu lernen, daß ein Psychiater zwar da und dort Hilfe geben kann, daß er aber da und dort auch hilflos ist. Die Hilflosigkeit mag, wenn sie ein Psychiater etwas ungeschickt verbirgt, manchen Angehörigen als Arroganz erscheinen. Anhand des befreundeten „Modellexperten“ können viele einen entkrampften Umgang mit der Psychiatrie zum ersten Mal „üben“. Dies geschieht besonders in den von uns (*Katschnig* und *Konieczna*, S. 100 in diesem Buch) angebotenen Selbsterfahrungsgruppen.

Der plausibelste aller Gründe dafür, daß eine derartige Angehörigenelbsthilfeorganisation mit Experten zusammenarbeiten sollte, ein Grund, der bei allen anderen genannten Motiven mitspielt, besteht einfach in der Möglichkeit der Informationsvermittlung. In Form von Vorträgen oder Seminaren, auch in Form von Einzelkontakten, können die Angehörigen über die tatsächlichen Möglichkeiten und Grenzen der Psychiatrie informiert werden. Derartige Informationen „aus erster Hand“ - über Entstehung und Behandelbarkeit psychischer Krankheiten und ihrer Versorgungsmöglichkeiten - sind für einen Angehörigen nicht einfach zu erhalten und es besteht hier vielfach eine beträchtliche Fehl- bzw. Mangelinformation. Solche Fragen werden von Psychiatern im Alltag oft verständlicherweise ausweichend beantwortet, was aber gerade zu den seltsamsten Phantasien der Angehörigen führt (vgl. *Katschnig* und *Konieczna*, S. 100 in diesem Buch).

Schlußbemerkung

Daß die Angehörigen neben den Patienten und den psychiatrischen Experten die dritte wesentliche Säule in der Versorgung psychisch Kranker sind, besonders im Zeitalter einer „gemeindenahen Psychiatrie“, ist noch zu wenig in die Vorstellung derjenigen eingedrungen, die für die Planung der psychiatrischen Versorgung verantwortlich sind. Wenn man die überdimensionierten physischen und psychischen Probleme gerade von Angehörigen psychisch Kranker betrachtet (vgl. *Katschnig* und *Konieczna*, S. 100 in diesem Buch), dann ist auch verständlich, warum fruchtbare Selbsthilfeaktivitäten

auf dem psychiatrischen Sektor bisher kaum entstanden sind. Chancen auf Überleben haben solche Aktivitäten nur dann, wenn den Angehörigen von Expertenseite her entsprechend geholfen wird. Die Expertenunterstützung erscheint uns deshalb als ein essentieller Aspekt einer Selbsthilfe im Bereich der Psychiatrie.

Wenn die „helfenden Experten“ die Probleme der Angehörigen zunehmend kennenlernen, dann muß ihnen deutlich werden, daß eines der Hauptprobleme der Angehörigen das mangelnde Selbstbewußtsein und die mangelnde Selbstachtung sind, die einen Großteil der Eltern, Geschwister, Partner und Kinder von psychisch Kranken in die Depression, Resignation und Verzweiflung treiben. Eine unbarmherzige Familientheorie der ersten Stunde beschuldigte die Angehörigen als „Täter“, als Verursacher der Krankheit ihres Patienten, eine überbarmherzige Sozialpsychiatrie entdeckte ihre Belastungen und vermeinte, sie durch das Einrichten von genügend Ersatzinstitutionen verringern zu können; als „Täter“ wie auch als „Opfer“ läßt es sich aber schlecht leben.

Das Ziel jeder Selbsthilfeorganisation von Angehörigen psychisch Kranker, mit dem sich auch die helfenden Experten identifizieren müssen, hat der „selbstbewußte Angehörige, der Mitgestalter der Situation“ zu sein. Nur in dieser Rolle können die Angehörigen ihre wichtige menschliche Funktion als lebenslange Begleiter ihres Patienten ausüben. Eine immer größere Zahl von sogenannten „alternativen Einrichtungen“ zu schaffen, deren finanzielle Probleme noch die geringsten, deren personelle Probleme die größten zu sein scheinen, dürfte nicht der richtige Weg sein. Gerade die große Personalfuktuation in diesen Einrichtungen verhindert das, was Angehörige bieten können: eine Beziehung, die bestehen bleibt, in der Tag und Nacht Hilfe mobilisierbar ist, in der allerdings auch die Helfefähigkeit der Angehörigen bis an die Grenzen der Belastbarkeit ausgeschöpft wird, mit allen physischen und psychischen Komplikationen. Angehörigenselbsthilfeorganisationen mit all ihren Aktivitäten sollten zusammen mit den Experten gerade dazu da sein, diesen zu ihren Patienten stehenden Angehörigen eine ständige Quelle für das „Auftanken“ von „Hilfe-Energie“ zu sein. Der Angehörige ist der „primäre Betreuer“, der Experte nur der „sekundäre“. Nur in ihrem Zusammenspiel kann sich eine wirklich menschliche Hilfe für den psychisch Kranken realisieren.

Literatur

Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München 1977, 2. erweiterte Aufl. 1984

Der Aufstand der Angehörigen gegen die „Neue Psychiatrie“ in Italien

Gedanken zu einer vermeidbaren Kontroverse

Wulf Bertram und Marion Sander-Bertram

Es klingt wie einer jener bitteren Scherze, die davon leben, daß eine erfreuliche erste Nachricht durch eine zweite schlechte ad absurdum geführt wird. Die gute Nachricht: Italien hat die größten Angehörigeninitiativen Europas mit weit über 20 000 Mitgliedern. Die schlechte? Davon sind 99% für die Wiedereinführung der psychiatrischen Anstalten und gegen eine der vielversprechendsten gesundheitspolitischen Reformen der Psychiatriegeschichte ...

Wie erklärt sich dieser Widerstand der Angehörigen, da doch bei der Verabschiedung des beinahe schon legendären Reformgesetzes „180“ zur Reform der psychiatrischen Versorgung Italiens im Mai 1978 ein breiter Konsens zwischen Betroffenen, politischen Parteien und psychiatrisch Tätigen geherrscht hatte? Damals schien man sich einig, daß das *manicomio*, das Irrenhaus, in seiner gegenwärtigen Form seelisches Leiden eher verstärkte als heilte, daß es zu seiner Chronifizierung beitrug. Das Spektrum der Argumente gegen die Anstalt reichte von der humanistisch begründeten Ablehnung der Internierung unter menschenunwürdigen Bedingungen bis hin zum politisch motivierten Kampf gegen die Verschleierung krankmachender Produktionsverhältnisse durch die Absonderung des menschlichen Ausschusses, den sie zwangsläufig hervorbringen. Deshalb sollten die Patienten zurückkehren in ihre Familien und Gemeinden. Neuaufgetretene Krisen sollten innerhalb des gewohnten, alltäglichen Lebensraums des Betroffenen behandelt werden. Die Verbindung zwischen Patient und dessen psychosozialem Umfeld hatte erhalten zu bleiben.

„Freiheit heilt“ - die Vorgeschichte des Reformgesetzes 180

„La liberta e terapeutica“, die Freiheit heilt, stand plakativ und programmatisch an einer Mauer der psychiatrischen Klinik von Triest, in der unter *Basaglia* lange vor der Verabschiedung des Reformgesetzes damit begonnen worden war, die Grenzen zwischen Anstalt und Öffentlichkeit abzubauen. Die Erfahrungen, die man dort und in einigen anderen Provinzen wie Görz, Perugia und Arezzo gemacht hatte, standen Modell für die spätere Gesetznovelle: geschlossene Abteilungen für chronische Patienten waren geöffnet, Mauern und Gitter als Symbole der Repression entfernt worden. Zwangsweise untergebrachte Patienten wurden formal entlassen und als „Freiwillige“ mit dem Recht, sich ungehindert innerhalb und außerhalb der Anstalt zu bewegen, wieder aufgenommen. Ärzte und Pflegepersonal forschten nach den Familien der Langzeitpatienten, nahmen Kontakt zu ihnen auf und konnten einige zu ihren Angehörigen entlassen. Wohngemeinschaften und selbstverwaltete Arbeitskooperativen wurden gegründet. Ein wichtiger Schritt war die Einführung von Vollversammlungen aller Patienten und Mitarbeiter, auf denen die Stufen der Veränderung besprochen wurden und die Patienten die Fähigkeit zurückgewinnen konnten, eigene Bedürfnisse anders als über psychiatrische Symptome zu artikulieren. Auf den Klinikgeländen wurden öffentliche Restaurants, Cafes, Schulen oder Kindergärten eingerichtet, um

die Bevölkerung in die ehemaligen Ghettos zu locken. In einer lebhaften Öffentlichkeitskampagne, auf Festen und Versammlungen erläuterten die engagierten Reformer den sozialpsychiatrischen Grundgedanken der Veränderungen: Nicht lediglich eine Humanisierung der Lebens- und Behandlungsbedingungen *innerhalb* der Anstalt, sondern ihre schrittweise Abschaffung zugunsten gemeindenaher Vorsorge und gezielter Intervention dort, wo psychische Störungen entstehen, am Arbeitsplatz, in Schule und Familie beispielsweise, standen auf ihrem Programm.¹

1973 wurde *Psichiatria Democratica* (P. D.) gegründet, eine Vereinigung von Mitarbeitern psychiatrischer Institutionen, die sich für die Erneuerung der psychiatrischen Versorgung Italiens einsetzten und sich zur Aufgabe machten, die verschiedenen Initiativen und Erfahrungen innerhalb der neuen Psychiatrie zu koordinieren und die Praxis der Erneuerung an den einzelnen Kliniken einer gemeinsamen Überprüfung zu unterziehen. 1974 veranstaltete P.D. einen ersten nationalen Kongreß in Görz.

Das radikale „italienische Modell“ und die Arbeiten seines Nestors *Franco Basaglia* begannen, weltweites Aufsehen zu erregen. Italien wurde auch für die sozialpsychiatrische Bewegung in der Bundesrepublik zum Projektionsfeld für eine revolutionäre Psychiatrie. Aus aller Welt setzte ein Strom von Wissenschaftlern, Studenten, Praktikanten und Volontären an die Stätten der neuen italienischen Psychiatrie ein.

In diesem Klima begann 1977 der *Partita Radicale*, eine Art Zusammenschluß von Bürgerinitiativen mit entfernter Ähnlichkeit zu den bundesdeutschen Grünen, Unterschriften für einen Volksentscheid zu sammeln, der u.a. die Abschaffung der psychiatrischen Anstalten landesweit forderte. Als sich abzuzeichnen begann, daß die Aktion der „Radicali“ äußerst erfolgreich verlief, kamen die regierenden Christdemokraten mit Unterstützung der oppositionellen kommunistischen Partei einer solchen basisdemokratischen Initiative durch den Entwurf des Psychiatriegesetzes 180 etwas überstürzt zuvor.

An Erfahrungen mit der Öffnung psychiatrischer Anstalten waren zu diesem Zeitpunkt nur diejenigen aus Zentren wie Görz, Arezzo und Triest verfügbar, auf die bei der Erarbeitung des gesetzlichen Rahmens für eine nationale Psychiatriereform dann auch zurückgegriffen wurde. Theorie und Praxis einer relativ kleinen, aber umso engagierteren und aktiveren Gruppe von Sozialpsychiatern wurden damit zum Ausgangspunkt für eine gesetzliche Norm, die künftig landesweit die psychosoziale Vorsorge und die psychiatrische Therapie von den hochindustrialisierten Großstadtzentren Norditaliens bis zu den ärmsten Agrarprovinzen Siziliens regeln sollte.

Trotz der offensichtlichen allgemeinen Bereitschaft, für eine Humanisierung der gefängnisähnlichen Zustände in den italienischen Nervenkliniken zu stimmen, stießen die radikalen Reformvorstellungen der „demokratischen Psychiatrie“ doch auch auf erhebliche Widerstände vor allem in der konservativen Presse, aber auch bei Teilen der psychiatrisch Tätigen. Diese Opposition läßt sich kaum mit politischem und therapeutischem Verantwortungsgefühl allein erklären; beunruhigend mag vor allem gewirkt haben, daß die Psychiatriereformer an ein Tabu rührten, das seit der industriellen Revolution nahezu unangefochten gültig gewesen war: Sie verzichteten darauf, Asyle bereitzustellen, in deren Grenzen und nur darin Raum für das Bizarre, die Unvernunft, die Verzagtheit, die Ekstase, die Angst und die Maßlosigkeit ist, die das reibungslose Funktionieren einer auf Berechenbarkeit ausgerichteten Konsumgesellschaft behindern. Wer die Mauern des Irrenhauses niederreißt und die Anwesenheit seiner Insassen in der Gemeinschaft erwirkt, kratzt damit gleichzeitig an der Mauer, die jeder um sein privates Stück Irrsinn gebaut hat. Die Verrücktheit ist plötzlich nicht mehr weit weg, sondern mitten im Alltag, unter uns. Das setzt Ängste frei und läßt das Bedürfnis wiederaufleben, Grenzen zu ziehen.

Das Gesetz 180² -Inhalt und Auswirkungen

Das Reformgesetz verbot nicht nur grundsätzlich den Neubau psychiatrischer Kliniken gleich welcher Art, sondern verfügte auch den schrittweisen Abbau der bestehenden: seit Mai 1978 ist es nicht mehr erlaubt, neu erkrankte Patienten in die vorhandenen psychiatrischen Krankenhäuser aufzunehmen. Stattdessen mußten in den regionalen Allgemeinkrankenhäusern sogenannte „Abteilungen für Diagnostik und Behandlung“ (*Servizi di diagnosi e cura*) eingerichtet werden, die nicht mehr als 15 Betten für akute psychiatrische Notfälle bereitstellen. Diese Abteilungen sollen eng mit den gemeindenahen extramuralen Diensten zusammenarbeiten, deren Einrichtung das Gesetz ebenfalls vorsieht. „Die Maßnahmen zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation psychischer Krankheiten werden im Regelfall von territorialen extramuralen Diensten getroffen“ heißt es im Gesetzestext lapidar.

· Ein weiteres Kernstück des Psychiatriegesetzes ist die Neuregelung der Zwangseinweisung. Es bleibt zwar grundsätzlich weiter möglich, einen Patienten gegen seinen Willen zu behandeln, aber eine solche Maßnahme wird einer wirksamen öffentlichen Kontrolle unterstellt: Nur der Bürgermeister der Heimatgemeinde des Betroffenen kann sie anordnen - „auf den begründeten Vorschlag eines Arztes hin“ - wie es im Gesetz lautet. Jeder Bürger hat das Recht, diese Entscheidung anzufechten, und der Bürgermeister als demokratisch gewähltes Haupt der Gemeinde hat seine Verfügung gegebenenfalls vor der Öffentlichkeit zu rechtfertigen. Die Anordnung eines *trattamento sanitario obbligatorio*, der Zwangseinweisung, gilt jeweils nur für einen Zeitraum von 7 Tagen, danach kann sie auf Empfehlung des behandelnden Psychiaters vom Bürgermeister für jeweils eine weitere Woche verlängert werden.

Innerhalb von 90 Tagen nach Inkrafttreten des Reformgesetzes hatten die leitenden Ärzte der psychiatrischen Kliniken den Bürgermeistern mitzuteilen, für welche Mitglieder ihrer Gemeinde sie eine Fortdauer der Zwangsunterbringung für weiterhin notwendig hielten, und diese Auffassung im Einzelfall zu begründen.

Zunächst konnten noch Patienten, die vor Verabschiedung des Gesetzes bereits stationär psychiatrisch behandelt worden waren, wiederaufgenommen werden. Am 28. Februar 1981 erlosch auch diese Möglichkeit. Seither sind allein die Allgemeinkrankenhäuser der Gemeinden für Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen in ihren Einzugsbereichen zuständig. Die Zahl der belegten Betten in den psychiatrischen Kliniken Italiens sank im ersten Jahr nach Verkündung des Gesetzes 180 um 10 000. Einen Erdbeben gab es bei den Zwangseinweisungen: im Vergleich mit dem Jahr 1977 gab es im ersten Jahr der Psychiatriereform 19 000 unfreiwillige Behandlungen weniger.³

Neben solchen ersten beeindruckenden Erfolgen zeigten sich nach und nach die Schwachstellen der Verordnung, die wie kein Psychiatriegesetz zuvor die Sorge für die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft und die Gewährleistung ihrer menschenwürdigen Behandlung in den Mittelpunkt stellte. Während nämlich in den Provinzen und Regionen, in denen bereits vorher im Geist der nunmehr gesetzlich verankerten Reformverfahren worden war, die Arbeit mit gleichem Elan und Engagement weiterging und durch die rechtliche Absicherung zusätzlich erleichtert wurde, bewegte sich in der Mehrzahl der Provinzen Italiens nur wenig. „Wie ein schwerer Stein“ sei das Reformgesetz auf verschiedene Provinzen gefallen und habe dort weder politische, noch praktische, wissenschaftliche oder soziale Energien freigesetzt, sondern „... eine sonderbare, ironische Distanz wie von jemand, der darauf wartet, daß irgendwo in der Feme etwas passiert.“ stellte *Agostino Pirella*, langjähriger Direktor des psychia-

trischen Landeskrankenhauses der Avantgarde-Provinz Arezzo und Vorsitzender von *psichiatria democratica* Ende 1981 auf einem Kongreß über die psychiatrische Gegenreform in Italien fest (Pirella, 1981).

Neuaufnahmen in die vorhandenen Nervenkliniken durfte es seit 1978 nirgendwo mehr geben, aber, die gemeindenahen Dienste, die Beratungsstellen, die therapeutischen Wohngemeinschaften, Übergangseinrichtungen und Kriseninterventionszentren, die Voraussetzung für das Funktionieren einer extramuralen Alternative sind, wurden besonders in Süditalien und in den Großstädten entweder gar nicht oder nur halbherzig eingerichtet. In Rom beispielsweise existierten noch im Sommer 1982 für fast 4 Millionen Einwohner lediglich in zwei Stadtbezirken ambulante psychiatrische Dienste, die rund um die Uhr geöffnet sind.¹ Die anderen *Centri d'Igiene Mentale* halten sich an die Bürostunden von Verwaltungseinrichtungen wie Finanzämter und Meldebehörden oder sind nur stundenweise besetzt, weil Mitarbeiter nebenher florierende Privatpraxen unterhalten. In manchen Zentren fehlen Autos für die Hausbesuche, die so überaus wichtig sind, wenn psychische Störungen am Ort ihres Entstehens behandelt werden sollen, außerdem fehlen Räume für Gespräche, ganz abgesehen von Betten, in denen sich Unruhige und Erschöpfte für ein paar Tage erholen könnten. Die „Abteilungen für Diagnostik und Behandlung“ an den Allgemeinkrankenhäusern sind überbelegt und leisten nichts als die notwendigste medikamentöse Therapie.

Solche Zustände sind möglich, weil das Reformgesetz auch nicht die leiseste Andeutung einer Sanktion gegen säumige Verwaltungen enthält, die sich um eine strukturelle Veränderung der psychiatrischen Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich schlicht nicht kümmern. Es findet sich nicht die geringste Androhung einer Strafe gegen Ärzte und Pflegepersonen, die sich ihren Pflichten entziehen; wer die Reform boykottiert, bleibt ungeschoren.

Das Gesetz nennt die Einrichtungen, die das psychiatrische Großkrankenhaus ersetzen sollen, nicht beim Namen und schreibt keine Fristen für die Eröffnung solcher extramuraler Dienste vor. Die Verordnungen scheinen wie für psychiatrisch Tätige gemacht, die voller guten Willens sind und phantasievoll genug, sie mit Inhalt zu füllen. Für die anderen, die erklärten Reformgegner, die Skeptiker, die Unentschlossenen oder Bequemen, besitzt das Gesetz wenig Verbindlichkeit.

Der organisierte Widerstand der Angehörigen

Die Folge davon war, daß in zahlreichen Provinzen, in denen die Reform „von oben“ verordnet worden war und nicht vom Engagement von Verwaltern und Mitarbeitern aus der psychiatrischen Versorgung getragen wurde, die ganze Last der Veränderung auf die Familie, auf die Schultern der Angehörigen geladen wurde: So mußten akute psychische Krisen ohne ärztliche Hilfe von Familienmitgliedern und Mitbewohnern der Patienten aufgefangen werden. Es gab keine Möglichkeiten, die Angehörigen psychisch Behinderter auch nur vorübergehend von ihrer anstrengenden Sorge für den Kranken zu entlasten. Berufstätige hatten sich zu entscheiden, ob sie ihre Arbeitsstelle aufgeben oder ein psychotisches Familienmitglied ohne Aufsicht und Hilfe zuhause lassen wollten. Von „wildem Entlassungen“ wurde berichtet: Hospitalisierte Langzeitpatienten, die in der Anstalt jeden Bezug zu ihren Mitmenschen verloren hatten, wurden bei ihren Angehörigen abgeliefert, ohne daß parallel Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet worden wären oder daß man sie beraten hätte, wie sie sich

verhalten könnten. Und nicht zuletzt brachte das wenig verbindliche und unscharf formulierte Reformgesetz gravierende materielle Härten für manche Familien in den kargen ländlichen Provinzen und in den Randgebieten der Großstädte, in denen eine enge Wechselwirkung zwischen ökonomischem und psychischem Elend besteht, wenn ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung ein Esser mehr zu versorgen war.

Es dauerte nicht lange, und der Widerstand der Angehörigen organisierte sich, zunächst in den Großstädten. Da ihnen niemand erläutert hatte, wie die Psychiatriereform des Gesetzes 180 wirklich gedacht war, wie sie eigentlich auszusehen hätte, hielten die Angehörigen in der Mehrheit die Zustände, die sie in ihrer unmittelbaren Umgebung vorfanden, für die ganze Reform. Und kämpften folgerichtig gegen das „Basaglia-Gesetz“ schlechthin, nicht gegen die administrative Bummellei und das öffentliche Desinteresse an der Verwirklichung der Reformgedanken.

In Rom gibt es gleich zwei Angehörigenorganisationen, die ARAP (*Associazione per la Riforma dell'Assistenza Psichiatrica*, „Vereinigung zur Reform der psychiatrischen Versorgung“) und die DiAPsiGra (*Difesa Ammalati Psichici Gravi*, „Verteidigung psychisch Schwerkranker“), in Mailand existiert die Gegenreformgruppe A VICOR. Zusammen zählen diese Vereinigungen weit über 20 000 Mitglieder. Nicht alle davon sind allerdings Familienmitglieder psychiatrischer Patienten. Die DiAPsi Gra beispielsweise hat auch in Altersheimen und Wohnsiedlungen Mitglieder geworben. Ziel aller dieser Vereinigungen - mit Ausnahme einer kleinen Gruppe innerhalb der ARAP, die für eine korrekte Verwirklichung der Grundgedanken des Gesetzes 180 eintritt und auch mit *psichiatria democratica* zusammenarbeitet - ist es, das gegenwärtige Psychiatriegesetz abzuschaffen und die Aufnahmepflicht für die sich allmählich leerenden Psychiatriekliniken Italiens wieder einzuführen.

Vor den Karren der Angehörigenorganisationen, die die Psychiatriereform rückgängig machen wollen, haben sich die bürgerlich-konservativen Parteien und weite Teile der Presse gespannt. Statt über die Hintergründe der schlechten psychiatrischen Versorgungslage aufzuklären, berichten die Zeitungen beinahe allwöchentlich in großer Aufmachung über Delikte und Suizide entlassener oder abgewiesener Patienten und über gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen Angehörigen und Patienten. Der Fall eines Ehepaares aus Brescia, das mit seinem schwer psychisch gestörten Sohn nicht mehr fertig wurde, sich gemeinsam das Leben nahm und in einem Abschiedsbrief hinterließ, Schuld sei das Gesetz 180, wurde besonders breit ausgeschlachtet.

Unter dem Druck dieser Pressekampagne und der Lobby der Angehörigen - denn bei dem Vielparteiensystem Italiens sind 20 000 Stimmen eine ganze Menge - legte der italienische Gesundheitsminister Anfang Mai 1982 einen neuen Gesetzentwurf vor, der nicht nur weit hinter die sozialpsychiatrischen Grundgedanken des Gesetzes 180 zurückkehrte, sondern in einigen Punkten sogar gegenüber dem vorletzten Psychiatriegesetz aus dem Jahre 1904 einen Rückschritt darstellte. Das Verfahren der Zwangseinweisung soll danach wieder stark vereinfacht und die Mindestzeit für eine Behandlung gegen den eigenen Willen von 7 auf 15 Tage verlängert werden. Patienten, die wegen einer psychischen Störung länger als 30 Tage stationär behandelt werden müssen, droht die Einweisung in eine neu zu errichtende Anstaltsform, in der jeweils 60 psychisch Kranke mit 120 anderen chronisch organisch Kranken untergebracht werden.

Sollte dieser Entwurf Gesetz werden, so führte in Italien ein direkter Weg vom - freilich bisher nur unzureichend verwirklichten - Gedanken einer konsequenten gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zurück zu den „Narrenhäusern“ des 17. Jahrhunderts, in denen die Lahmen, Blinden und Krüppel zusammen mit den Irren und Idioten aufbewahrt wurden.

Angehörige und Psychiatriereformer - die scheinbaren Gegenspieler

Für den Außenstehenden, den die Nachricht von der gegenwärtigen Kampagne gegen die italienische Psychiatriereform erreicht und der wenig weiß über die Hintergründe, d.h. über die Versäumnisse der Verwaltungen und die Obstruktivität eines Teils der psychiatrisch Tätigen, mag es nun so aussehen, als sei die Reform vor allem durch die Uneinsichtigkeit und den Widerstand der Angehörigen an den Rand des Scheiterns geraten. Und man könnte verallgemeinernd daraus schließen, daß bei sozialpsychiatrischen Reformen, in deren Zentrum die Verlagerung des Schwerpunktes von Vorsorge und Behandlung aus dem Anstaltsghetto in den extramuralen Bereich steht, die Angehörigen grundsätzlich als Hemmschuh, wenn nicht als Widersacher zu betrachten sind. Wieder einmal die „Angehörigen als Ungehörige“ (*Finzen, 1979*)?

Unbequem können Angehörige ja in der Tat sein. Mit Sicherheit hat jeder, der über die isolierte, einseitige Behandlung eines psychiatrischen Patienten hinausgegangen ist und versucht hat, Familienmitglieder und Lebensgefährten mit einzubeziehen, einschlägige Erfahrungen mit den Widerständen von Angehörigen machen können. Jeder kennt die Verweigerungen, Einwände, Vorbehalte oder mindestens die Ambivalenz von Familienmitgliedern, denen mitgeteilt wird, der Patient solle demnächst aus der stationären psychiatrischen Behandlung nach Hause entlassen werden.

Das liegt nicht daran, daß diese Angehörigen destruktiv, herzlos oder egozentrisch wären. *Schindler (1976)* hat das pathogene Spannungsfeld sehr treffend beschrieben, in dem Patient und Angehörige aufeinander fixiert sind. Für den Wiener Psychiater ist es nicht wesentlich, ob dieses Spannungsfeld Ursache oder Folge der psychotischen Ich-Störung eines Familienmitglieds ist. Entscheidend ist lediglich, daß die Familie als erster und intimster Kommunikationspartner dieses Mitglieds in dessen innerpsychische Konflikte verstrickt ist. Nach *Schindler* ist das besonders dann zu erwarten, wenn die Auseinandersetzung innerhalb der Familie durch Themen bestimmt ist, die die Abwehr der übrigen Familienmitglieder zunächst auf den Plan ruft, sie im weiteren Verlauf des Schlagabtausches dann entweder überschießen läßt oder unterläuft. In beiden Fällen sind die Familienangehörigen schließlich in einer Weise aufeinander bezogen, die nach außen mehr und mehr Isolation, innen ständig wachsende Spannung hervorbringt. Es kommt zu einer Verselbständigung, Verstärkung und Fixierung der Dynamik von Angst und Abwehr innerhalb der Familie. Wenn in dieser Situation ein Familienmitglied in eine psychiatrische Klinik ausgegrenzt wird - und das muß durchaus nicht immer das schwächste Mitglied sein - bewirkt das zunächst eine spürbare Entlastung aller Beteiligten. Die krankmachenden innerfamiliären Fixierungen bleiben aber durch die stationäre Aufnahme unberührt und sind lediglich vorübergehend wirkungslos. Durch die Rückkehr des Patienten in die Familie nach seiner Entlassung wird die Distanz, die durch den Klinikaufenthalt vorübergehend hergestellt war, schlagartig aufgehoben. Da die äußere Entfernung nicht gegen eine „innere“ zwischen den Familienmitgliedern ausgetauscht werden kann, baut sich das pathogene Spannungsfeld wieder auf. Das prekäre Zusammenspiel von Angst und Abwehr beginnt von vorn.

Das bedeutet, daß der Widerstand der Angehörigen - ebenso wie die Vorbehalte eines Patienten gegen seine Entlassung natürlich - nicht nur nicht bössartig ist, sondern eine „gesunde“ Warnfunktion hat: er zeigt die Angst vor der bedrohlichen Verringerung der Distanz an, die für ein erträgliches, angstfreies familiäres Zusammenleben ohne pathogene Spannungen notwendig ist. Auf dieses Signal muß der Behandelnde reagieren. Er könnte die Entlassung rückgängig machen und den stationären

Aufenthalt des Patienten noch einmal verlängern. Damit wären Angst und Unmut der Angehörigen zunächst vom Tisch, aber gleichzeitig wüchse das Problem der Hospitalisierung. Außerdem wäre das Problem lediglich verschoben. Wenn der Therapeut sich entschließt, den Patienten trotz der mehr oder weniger deutlich geäußerten Bedenken der Angehörigen nach Hause zu schicken, verpflichtet ihn das, nach Wegen zu suchen, wie eine erträgliche Distanz zwischen den unheilvoll aufeinander bezogenen Familienmitgliedern hergestellt bzw. erhalten werden kann. *Schindler* selbst schlägt zu diesem Zweck eine „Pflegeberatung“ vor, eine offene (d.h. bezüglich der Mitgliederzahl nicht limitierte) Gruppe mit Angehörigen ehemaliger psychiatrischer Patienten, die ihrerseits parallel zur Angehörigengruppe eigene Treffen haben. Die Therapeuten spielen in diesen Gruppen die Rolle von „Ersatzspielern“, wie *Dörner* (1982) es plastisch formuliert hat: Sie stellen dem Patienten seine Angehörigen, dem Angehörigen den Patienten dar (*Schindler* spricht vornehmer von „gekreuzter Übertragung“). Dadurch werden beide Seiten von den gegenseitigen Rollenfixierungen entlastet; in dem entstehenden „Spiel“-Raum können Angehörige und Patienten lernen, ihre Schwierigkeiten vom jeweils anderen abzulösen, neue Orientierungen zu suchen und die Entfernung zueinander neu zu bestimmen. Daß eine solche parallele Gruppenarbeit mit Patienten auf der einen und Angehörigen auf der anderen Seite tatsächlich geeignet ist, mehr Distanz 'zumindest in der gegenseitigen Wahrnehmung der Familienmitglieder zu schaffen, läßt sich aus der empirischen Untersuchung der Angehörigenarbeit einer Hamburger Tagesklinik schließen (*Bertram*, S. 166 in diesem Buch).

Entscheidet man sich, wie es in der neuen italienischen Psychiatrie die Regel sein dürfte, ohne Angehörigengruppen auszukommen, müssen sich die „Ersatzspieler“ anders anbieten. Erforderlich bleiben sie auf jeden Fall. Die Mitarbeiter der territorialen Dienste haben für Patient und Angehörigen jederzeit ansprechbar zu sein, müssen täglich Hausbesuche durchführen können, müssen allen Beteiligten feste wöchentliche Sprechzeiten anbieten können, sollten Kontakte einzelner Familienangehöriger mit der Außenwelt fördern. Die Funktion ist die gleiche: die Entlastung der Familie von der einengenden inneren Spannung und die Gewährleistung der (zusammen) lebensnotwendigen Distanz.

Dort, wo sich die psychiatrisch Tätigen dieser - sicherlich oft aufreibenden - Rolle des Ersatzspielers entziehen, kann aus dem „gesunden“ Widerstand der Angehörigen gegen Interventionen, die mit einer Verringerung der innerfamiliären Distanz einhergehen, ein Rundumschlag werden, der gemeindezentrierte sozialpsychiatrische Ambitionen schlechthin trifft. Dadurch kann dann der Weg frei werden für reaktionäre Vorstöße, wie sie in Italien knapp vier Jahre nach Verkündung des Reformgesetzes unübersehbar wurden.

Daß ambulante psychiatrische Dienste aber durchaus in der Lage sein können, eine gemeindenähe Psychiatrie im Sinne der „demokratischen Psychiatrie“ - also ohne Einweisungen in Nervenkliniken und innerhalb des alltäglichen Lebensraumes des Patienten - zu leisten und die Angehörigen zufriedenzustellen, zeigt das Beispiel der Provinz Arezzo. Einer der Sektoren dieser Provinz ist der Casentino, ein ländliches Gebiet mit 35 000 Einwohnern. Im *Servizio Igiene Mentale* arbeitet dort ein Team von 15 Mitarbeitern (vier Ärzte, acht Krankenschwestern/pfleger, eine Psychologin, zwei Sozialarbeiterinnen). Etwa zwölf Stunden täglich ist der Dienst für jedermann direkt erreichbar, nachts und am Wochenende existiert eine Rufbereitschaft. Die Einrichtung verfügt über vier kleine Autos, mit denen die entlegensten Bergdörfer erreicht werden können und von denen die Mitarbeiter regen Gebrauch machen. Notwendige stationäre Aufnahmen, auch Zwangseinweisungen, die in den Jahren von 1978 bis

1982 insgesamt siebenmal notwendig waren, erfolgen in die beiden regionalen Allgemeinkrankenhäuser.

Mit den Angehörigen herrscht im Sektor Frieden. Diejenigen, die wir im Sommer 1982 über ihre Erfahrungen nach der Entlassung eines psychisch erkrankten Familienmitglieds befragten, berichteten freimütig über die Schwierigkeiten, die die Rückkehr des Patienten für alle bedeutete. Sie erwähnten auch die Auseinandersetzungen mit den Mitarbeitern des ambulanten psychiatrischen Dienstes des Casentino im Zusammenhang mit der Entlassung. „Als sie uns Giovannino nach Hause brachten, brach ein Krieg aus zwischen uns und denen“, erzählt die Mutter eines schwer hospitalisierten Patienten, der nach jahrelanger Unterbringung im Provinzhospital Arezzo nach Hause entlassen wurde. „Jetzt sind wir Freunde geworden. Damals fanden wir, daß sie immer ihm Recht gaben, nie uns. Sie nahmen keine Rücksicht auf uns, wir wußten nicht, wie wir uns verhalten sollten. Da haben wir eben wegen jeder Kleinigkeit angerufen.“ Versöhnt hat die Familie, daß die Mitarbeiter des psychiatrischen Dienstes immer bereit waren, die 30 Kilometer Bergstraße zurückzulegen, um zu intervenieren, wenn es nötig schien; daß sie in der ersten Zeit nach Giovanninos Entlassung auch zweimal wöchentlich unaufgefordert erschienen, um nach dem Rechten zu sehen und bis heute mindestens alle drei Wochen kommen, um Medikamente zu bringen. Als erleichternd empfand es die Familie, daß die Mitarbeiter den ehemaligen Anstaltspatienten jeden Sommer mit zu einer Freizeit am Meer nehmen. Daß sie darüber hinaus noch bereit waren, bei ihren Besuchen den Blutdruck der Mutter zu messen, die unter Hypertonie leidet, und ihr Medikamente aus der zwölf Kilometer entfernten Apotheke mitzubringen, hat zur Entspannung der Beziehung zwischen der Familie und den Mitarbeitern des territorialen Dienstes zusätzlich beigetragen.

Einigen Angehörigen reicht der Gedanke, daß sie über die regelmäßigen Routinebesuche des Pflegepersonals und der Ärzte hinaus die Möglichkeit haben, den Dienst ständig telefonisch zu erreichen „wenn etwas ist“. „Seit zwei Jahren haben wir die Telefonnummer des Dienstes im Küchenschrank hängen“ sagt die Schwester eines betreuten Bauern, „aber bisher brauchten wir nie anzurufen. Der Gedanke reicht, damit wir gut schlafen können ...“

Im gesamten Casentino (wie im übrigen in der Provinz Arezzo und in den Gebieten, in denen ähnlich verantwortungsbewußte Dienste arbeiten, überhaupt) gibt es nicht ein einziges Mitglied einer der Angehörigenorganisationen, die im politischen Kampf mit der neuen italienischen Psychiatrie stehen und die Wiedereröffnung der Nervenklinik fordern.

Es gab bei unserer Befragung von Angehörigen im Casentino viele unterschiedliche Ansichten z.B. über die Entstehung von psychischen Störungen, über die beste Form der Hilfe für die Patienten und die betroffenen Familien, über die Qualität der Arbeit des ambulanten Dienstes, über die wichtigsten Merkmale „guter“ Angehöriger. In einem Punkt waren sich die Befragten auffallend einig: Auf eine zentrale psychiatrische Anstalt fern von der Heimatgemeinde und in der Art, wie sie früher in der Provinzhauptstadt Arezzo existiert hatte, kann man bei der heutigen Form der ambulanten Versorgung verzichten. Die Wiedereinführung der psychiatrischen Anstalten, wie sie von den Angehörigen in Versorgungsgebieten gefordert wird, in denen das Gesetz 180 nicht verwirklicht wurde, stand nicht zur Diskussion.

Literatur

- Basaglia, F.* (Hrsg.): Die negierte Institution. Suhrkamp, Frankfurt 1973
- Bertram, W.*: Stirbt die „Demokratische Psychiatrie“? *psychologie heute* 9: 70-71 (1982) *Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)*: La riforma psichiatrica, Prima fase di attuazione, Rom 1981
- Dörner, K.*: Was wissen wir über die Belastung und Entlastung von Angehörigen? Unveröff. Vortrag, Riedstadt 1982
- Finzen, A.*: Familientherapie - Begegnung mit einer therapeutischen Mode? *Psychiatr. Prax.* 6: 100-106 (1979)
- Hartung, K.*: Die neuen Kleider der Psychiatrie, Berlin 1980
- Pirella, A.* (Hrsg.): Sozialisation der Ausgeschlossenen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1976 *Pirella, A.*: Relazione introduttiva de! Congresso „Psichiatria fra riforma e controriforma“, unveröff. Vortrag, Rom 1981
- Schindler, R.*: Bifokale Familientherapie, in: *Richter, H.E.* et al. (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1976

Weitere Angaben, größtenteils italienische Literatur, bei den Verfassern erhältlich (Anschrift im Autorenverzeichnis).

Anmerkungen

- Ausführliche und eindrucksvolle Schilderungen der Umstrukturierung in italienischen Psychiatriekliniken finden sich z.B. in *Basaglia* (1973) über Görz, in *Pirella* (1976) über Arezzo und in *Hartung* (1980) über Triest.
- 2 Inzwischen ist das Gesetz 180 vom 13.5. 78 in das Gesetz zur nationalen Gesundheitsreform (Gesetz 833) integriert worden. Inhaltlich hat sich dabei nichts geändert. Deshalb ist der Einfachheit halber im Folgenden weiter vom Gesetz 180 als dem gültigen Psychiatriegesetz die Rede.
 - 3 Die statistischen Angaben stammen aus den Erhebungen des CNR; des nationalen Forschungsrats Italiens (vgl. Literaturliste).
 - 4 Es herrscht zumindest bei den orthodoxen Mitgliedern der *psichiatria democratica* eine große Skepsis gegenüber allem, was in die Richtung psychotherapeutischer Techniken geht, die im Verdacht steht, Herrschafts- und Manipulationsfunktionen auszuüben. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf diesen Aspekt näher einzugehen.

Die „National Alliance for the Mentally Ill“ in den USA*

Agnes B. Hatfield

Daß es bei uns in den USA an geeigneten Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen für Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen mangelt, wurde lange Zeit dem Umstand zugeschrieben, daß es bisher keine Lobby gab, die sich für ihre Interessen einsetzte. Dies beginnt sich jetzt zu ändern: überall im Land bilden sich Interessenvereinigungen von Familien mit psychisch Kranken. Sie gewinnen in der Psychiatrieszene zunehmend an Einfluß. Vertreter der verschiedenen lokalen Gruppen trafen sich im Herbst 1979 in Madison, Wisconsin, und schlossen sich zur *National Alliance for the Mentally Ill* zusammen (*National Alliance for the Mentally Ill*, 1980).

Ungewöhnlich war an dieser Entwicklung die Geschwindigkeit, mit der sich die Vereinigung ausbreitete, sowie der Eifer und das Engagement, mit dem sich die Mitglieder für ihre Sache einsetzten - was auf die tiefe Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen zurückgeführt werden kann. Dr. *Herbert Parden*, dem Direktor des *National Institute of Mental Health*, zufolge stellt der nationale Zusammenschluß der örtlichen Initiativen von Angehörigen psychisch Kranker eine der wichtigsten Entwicklungen innerhalb der letzten Jahre im Bereich der Psychiatrie dar. Die *National Alliance for the Mentally Ill* geht nun in das vierte Jahr ihres Bestehens und alles spricht dafür, daß sie die anfänglich geweckten Hoffnungen tatsächlich erfüllen wird.

Die *National Alliance for the Mentally Ill* läßt sich am besten als eine Basisbewegung beschreiben, die sich vorrangig aus Familien mit psychisch Kranken und deren Freunde zusammensetzt, die sich zu lokalen Gruppen und zu Vereinigungen innerhalb einzelner Bundesstaaten zusammengeschlossen haben.

Der Schwerpunkt ihrer Aktivität und die Quelle ihrer Stärke liegt in den örtlichen Gruppen. Diese unterbreiten ihre Anliegen dem zentralen Büro und entsenden Delegierte zu der einmal im Jahr stattfindenden Bundesversammlung, auf der über die Marschroute der Organisation entschieden wird. Die Delegierten wählen einen zwölfköpfigen Vorstand, der in der Zwischenzeit als Entscheidungsgremium fungiert. In Washington, D.C., wurde ein Zentralbüro eingerichtet, das mit einem Geschäftsführer, einem Sachbearbeiter und einer Kontaktperson zum Parlament besetzt ist.

In ihrer jüngsten Broschüre formulierte die Allianz folgende Ziele und Aufgaben für ihre Arbeit:

1. Die Unterhaltung von Selbsthilfegruppen bzw. Interessenvereinigungen, in denen die Familien gemeinsame Probleme austauschen können, sich gegenseitig Mut machen und praktische Ratschläge geben können und in denen sie die Erfahrung machen können, daß sie nicht allein sind und ihnen keine Vorwürfe wegen der Krankheit gemacht werden können.
2. Die Vermittlung von Wissen über die Ursachen, Symptomatik und Behandlung seelischer Krankheiten, sowie das Aufzeigen von Wegen, wie die Familien ihre Verzweiflung, Ohnmachtsgefühle und soziale Isoliertheit überwinden und ihrem Leben wieder Sinn und Würde geben können.

* übersetzt von Matthias C. Angermeyer

3. Information über professionelle Helfer, die bereit sind, *mit* den Familien und nicht *gegen* sie zu arbeiten sowie über Hilfen in Krisenzeiten, psychosoziale Einrichtungen in der Gemeinde und Möglichkeiten finanzieller Unterstützung.
4. Gewährleistung, daß die Rechte der Familie oder der Patienten respektiert werden und daß ihnen die Unterstützung gewährt wird, die sie benötigen.
5. Hilfestellung bei der Gründung neuer Selbsthilfegruppen bzw. Interessenvereinigungen.
6. Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, bestehende Stereotype abzubauen, Mythen zu beseitigen und das Stigma, das psychischen Krankheiten anhaftet, zu überwinden, um so die Chancen für psychische Kranke zu verbessern und ihnen einen angemessenen Platz in unserer Gesellschaft zu sichern.
7. Erforschung der physiologischen, neurologischen, biochemischen und genetischen Aspekte chronischer psychischer Krankheiten, die zu einem Durchbruch in unserem Wissen über deren Ursachen, Behandlung und Prävention verhelfen und letztlich zu deren Beseitigung führen könnte.
8. Interessenvertretung auf örtlicher, Länder- und Bundesebene mit dem Ziel, Einfluß auf die Gesetzgebung und die Bereitstellung öffentlicher Mittel zu nehmen, um so die Qualität der institutionellen und gemeindenahen Versorgung zu verbessern und das psychosoziale Dienstleistungsangebot zu überwachen.
9. Änderungen in der Ausbildung der professionellen Helfer, um diesen zu einer vorurteilsfreieren Sichtweise psychischer Krankheiten zu verhelfen und sie aufgeschlossener zu machen gegenüber Möglichkeiten der Einbeziehung der Familie in die Behandlung der Kranken.

Auf einige der hier aufgezählten Aktivitäten werde ich später noch einmal zurückkommen. Zum besseren Verständnis des Basischarakters der *National Alliance for the Mentally Ill* möchte ich aber zuerst eine kurze Darstellung der Geschichte einer recht typischen lokalen Vereinigung geben.

Ein Beispiel der Entwicklung einer lokalen Gruppe

Eine der größeren Gruppen, die jetzt fünf Jahre alt ist, existiert in Montgomery County im Staat Maryland. Sie trug zunächst die Bezeichnung *Threshold* („Schwelle“) und fing sehr bescheiden an. Wie viele andere Gruppen in diesem Land auch bestand sie zuerst aus fünf oder sechs Familien, die zufällig aufeinander gestoßen waren und damit begonnen hatten, sich regelmäßig zu treffen, um miteinander die Probleme im Zusammenhang mit der katastrophalen Krankheit zu besprechen. Diese Familien fanden große Erleichterung in der Gesellschaft gleichfalls Betroffener, doch bald wurde ihnen klar, daß dies allein nicht ausreichte. Als sie ihr gesamtes Wissen über geeignete Hilfen für ihre erkrankten Angehörigen zusammengetragen hatten, wurde deutlich, daß es an Versorgungsangeboten mangelte und daß sich an dieser Situation auch nichts ändern dürfte, solange die Familien nicht selbst sich für die Interessen der Kranken einsetzten. Man beschloß daraufhin, eine mehr formelle Vereinigung zu gründen, die verschiedenen Zielsetzungen diene. Ein vorläufiges Leitungsgremium wurde gebildet und Vorbereitungen für eine Gründungsversammlung wurden getroffen.

Das erste Treffen fand im Souterrain einer Kirche statt. 30 Personen kamen. Obwohl sich die Gruppe an keinen Vorbildern orientieren oder auf frühere Erfahrungen zurückgreifen konnte, hatte sie keine Schwierigkeiten, die gemeinsamen Probleme zu

artikulieren: das Fehlen geeigneter Wohnmöglichkeiten für die Patienten, der Mangel an Informationen, die Verständnislosigkeit der zuständigen Sozialbehörden und das Fehlen eines Rahmens, in dem die Familien zusammenkommen und sich in ihrem Kummer und Schmerz beistehen konnten. Alle Teilnehmer schlossen sich zu verschiedenen Arbeitsgruppen zusammen. Der leitende Ausschuß wurde zum vorläufigen Vorstand ernannt. Ein Hut ging rum und ein paar Dollar wurden gesammelt, um die Ausgaben decken zu können.

Im ersten Jahr ihres Bestehens entwickelte die Gruppe eine ungeheure Aktivität. Regelmäßige monatliche Treffen wurden veranstaltet, zu denen verschiedene Redner eingeladen wurden: Abgeordnete, professionelle Helfer, Vertreter psychosozialer Einrichtungen, Wissenschaftler. Ein Mitteilungsblatt wurde gegründet. Es erschien monatlich und berichtete über die Aktivitäten von *Threshold* und enthielt Informationen über psychische Krankheiten. Abende zur emotionalen Unterstützung von Familien in Not und Verzweiflung wurden eingerichtet, bei denen diese Hilfe und verständnisvolle Unterstützung von Menschen erhielten, die gleichermaßen betroffen waren. Im ersten Jahr wuchs die Zahl der Mitglieder auf 100 an. Die Mehrzahl nahm aktiv an der Arbeit der Gruppe teil. Die Mitglieder machten sich mehr mit dem politischen System vertraut und entwickelten Strategien zur wirkungsvolleren Vertretung ihrer Interessen. Eine formale Satzung wurde verabschiedet, die Fragen der Mitgliedschaft, der Wahl des Vorstandes oder der Beschaffung von Spenden regelte. Ein Jahr später wurde die Organisation offiziell als *Threshold of Maryland* in das Vereinsregister eingetragen.

Threshold besteht jetzt fünf Jahre. Es hat seine ursprünglichen Strukturen beibehalten, hat aber seine Aktivitäten beträchtlich ausgedehnt. Es zählt jetzt mehr als 300 Mitglieder. Damit der persönliche Charakter nicht verloren geht, wurden vier Nachbarschaftsgruppen gebildet, in denen Probleme miteinander besprochen und Strategien zu ihrer Bewältigung entwickelt werden können. Die Organisation unterhält einen Ramschladen - dies einmal aus finanziellen Gründen, aber auch um ehemaligen Patienten ein geeignetes Trainingsfeld zu bieten. Ein Ausbildungszentrum und eine beschützte Werkstatt werden im Rahmen eines Modellversuchs gefördert. *Threshold* hat sich mit anderen Organisationen zur *Maryland Alliance for the Mentally Ill* zusammengeschlossen. Es ist auch Gründungsmitglied der *National Alliance for the Mentally Ill*.

Es ist beeindruckend, wieviel Zeit und Energie die Mitglieder von Vereinigungen wie *Threshold* zu investieren bereit sind. Wie ist aber diese Welle der Einsatzbereitschaft zu erklären, die für diese Gruppen so charakteristisch ist? Bedauerlicherweise wurden Selbsthilfegruppen im allgemeinen nur selten untersucht und Studien über Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke fehlen bislang gänzlich. So können wir leider nur Vermutungen darüber anstellen, was in diesen Gruppen vorgehen mag. Der Impetus dieser Gruppen spricht aber sicherlich für die Stärke dieser Familien - etwas, was von den professionellen Helfern nur selten anerkannt wird - und demonstriert, zu welchen Anstrengungen Familien im Interesse eines ihrer Nächsten bereit sind. Es wirft ein Licht auf die enormen Belastungen dieser Familien und ihr Bemühen, sich etwas Entlastung zu verschaffen von dem ständigen Stress. Schließlich deutet es auf die tiefe Abneigung dieser Familien gegenüber achtlosen Experten und unfähigen Behörden hin.

Schwerpunkte der Arbeit der „National Alliance for the Mentally Ill“

Die *National Alliance for the Mentally Ill* mit den 200 ihr angeschlossenen Tochtervereinigungen ist noch jung und in der Entwicklung begriffen. Eine kurze Untersuchung der Art und Weise, wie die Allianz ihre verschiedenen Ziele zu realisieren versucht, läßt den Charakter dieser Organisation noch deutlicher werden.

Unterstützung der Familien. Die Belastung der Familien durch die psychische Krankheit wurde bisher nur unzureichend untersucht. Die Untersuchungsergebnisse, über die wir verfügen, deuten darauf hin, daß sie ein erhebliches Ausmaß annimmt (Hatfield, 1978; Holden und Lewine, 1982). Psychische Krankheit löst tiefgreifende Umwälzungen im Familienleben aus, untergräbt die Stabilität der Familie und führt zu schwerem körperlichem und seelischem Leid. Angst, Depression, Schuldgefühle, Enttäuschung, Verzweiflung und Ärger sind als emotionale Reaktionen auf die verwirrende und unbegreifliche Situation zu erwarten. Familien sind im normalen Ablauf des Familienlebens nicht darauf vorbereitet, mit den außerordentlichen Anforderungen fertig zu werden, die die Sorge für einen Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit mit sich bringt. Trotz des ständigen Kammers, dem diese Familien ausgesetzt sind, muß das Leben aber weiter gehen und müssen tausenderlei Probleme des Alltags bewältigt werden.

Angesichts dieser Situation widmen alle örtlichen Gruppen Zeit und Aufmerksamkeit der emotionalen Unterstützung und der Beratung derer, die gerade schwierige Zeiten durchmachen. Familien berichten, daß es keinen Ersatz gibt für das einfühlsame und vorurteilslose Verständnis, das sie bei denen finden, die selbst schon in der gleichen Lage waren. Gefühle und Erfahrungen können miteinander geteilt werden und die Menschen kommen sich nicht mehr so allein vor, wenn sie feststellen, daß ihre Probleme keineswegs einmalig sind. Sie fassen wieder Mut, entwickeln neue Perspektiven und erhalten neue Anregungen für mögliche Lösungen, wenn sie mit anderen zusammenkommen, die ähnliche Schwierigkeiten überwunden haben.

Schulung der Familien. In der Vergangenheit informierten die professionellen Helfer, die sich um das Wohl der Patienten kümmerten, die Angehörigen nur sehr unzureichend über die Natur der Krankheit, ihre Gründe für die gewählte Form der Behandlung, den Zugang zu den notwendigen Hilfsquellen in der Gemeinde oder den Umgang mit dem Kranken zu Hause. Typischerweise wurden die Patienten aus der Klinik entlassen mit einem Gläschen voll Tabletten und einem Zettel mit der Adresse der zuständigen Ambulanz in der Tasche. Die Familie erfuhr nichts darüber, wie sie mit den vielfältigen Problemen umgehen sollte, die durch die Krankheit auf sie zukamen.

So überrascht es nicht, daß Familien folgende Punkte an erster Stelle nannten, als sie nach ihren wichtigsten Bedürfnissen gefragt wurden (Hatfield, 1983 a):

1. Abbau der Angst um den Kranken
2. Lernen wie man den Patienten am besten zu mehr Aktivität motivieren kann
3. Entwicklung angemessener Erwartungen an den Kranken
4. Unterstützung in Zeiten der Krise
5. Aufklärung über die Natur der Krankheit

Eine der ersten Aufgaben der meisten Angehörigengruppen ist deshalb, etwas an dieser Situation zu ändern. Familien haben ein besonderes Bedürfnis, alles über diese unheimliche Krankheit zu erfahren. Fachleute werden eingeladen, vor Gruppenversammlungen zu sprechen und auf die Flut der Fragen zu antworten, die unweigerlich folgt. Weniger fachspezifische Zeitschriftenaufsätze werden kopiert und verteilt oder

es wird eine Zusammenfassung davon im Mitteilungsblatt abgedruckt. Die Mitglieder werden auf Vorträge in der Gemeinde aufmerksam gemacht und führende Vertreter der Gruppen besuchen Tagungen und Kongresse der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Das wichtigste ist, daß die Familien durch andere Mitglieder dazu ermutigt werden, darauf zu bestehen, vom behandelnden Arzt ausreichend informiert zu werden.

In den letzten Jahren erschienen mehrere Bücher und Broschüren, die speziell für Familien mit psychisch Kranken verfaßt worden sind (*Vine*, 1982; *Wasow*, 1982; *Seeman* et al., 1982; *Bernheim* et al., 1982; *Hatfield*, 1983b). Einige stammen von Autoren, die selbst in ihrer Familie einen psychisch Kranken haben, andere wurden von einfühlsamen Fachleuten geschrieben. Andere Schriften, die sich an die Familien wenden, werden von der *National Alliance for the Mentally Ill* vorbereitet und verbreitet.

Schulung der professionellen Helfer. Die rasche Ausbreitung der Selbsthilfebewegung von Familien mit psychisch Kranken spiegelt teilweise die Entfremdung zwischen diesen Familien und der Psychiatrie wider. Theorien und Ideologien, die die Wahrnehmung der professionellen Helfer prägen, werden von Familien selbst nicht geteilt. Bemühungen um eine Kooperation müssen scheitern, weil beide Gruppen über unterschiedliche Erfahrungen mit psychischer Krankheit in der Familie verfügen. Ein Ziel der Angehörigengruppen ist es deshalb, den professionellen Helfern zu einem besseren Verständnis dessen zu verhelfen, was es *wirklich* bedeutet, wenn einer der Nächsten in der Familie psychisch erkrankt.

Familien reagieren beispielsweise ärgerlich und ablehnend auf Sichtweisen wie die des bekannten Psychiaters *Lidz* (1973) von der Universität Yale, der den Standpunkt vertritt, daß alle Schizophrenen Familien mit einem hohen Maß an emotionalen Konflikten entstammen und daß die Störungen in der Familienumwelt eine Voraussetzung für die Entstehung der schweren Denkstörungen der Kinder darstellen. Ähnlich inakzeptabel sind für die Familien die Theorien von *Haley* (1980), der das Wort „Schizophrenie“ vermeidet und in der psychischen Störung eine Verhaltensabweichung des Jugendlichen sieht, der damit die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich ziehen und sie vom Scheitern ihrer Ehe ablenken will. Keine dieser Theorien kann Untersuchungsergebnisse vorweisen, die ihre Annahmen stützen. Auch ziehen sie nicht das beträchtliche Wissen über genetische und biologische Zusammenhänge in Betracht, über das wir heute verfügen.

Wynne und Mitarbeiter (1977) haben wieder eine andere Sichtweise von Familien mit psychisch Kranken entwickelt. Sie betrachten Kommunikationsstörungen als das Hauptproblem. Ihnen zufolge kommunizieren die Familien in einer charakteristischen Weise, die durch Fragmentierung, Verworrenheit und mangelnde Bündigkeit gekennzeichnet ist. Eine noch andere Betrachtungsweise entwickelte sich aus den Arbeiten englischer Forscher (*Vaughn* und *Leff*, 1981), die Familien unter dem Gesichtspunkt des emotionalen Engagements studieren. Aus der Perspektive der betroffenen Familien betrachtet beurteilen professionelle Helfer solche Familien als „gut“, die nur einen niedrigen Grad an emotionalem Engagement zeigen; als „schlecht“ gelten dagegen die Familien, die ein starkes emotionales Engagement zeigen, das entweder zur Entstehung der Krankheit beitrug oder wenigstens den Anstoß zu einem Rückfall gab oder zur Rehospitalisierung führte. Auch wenn die Vertreter dieser Theorie darum bemüht sind, Schuldvorwürfe zu vermeiden, so spricht doch bisher wenig dafür, daß ihre Sichtweise der der betroffenen Familie wirklich viel näher kommt.

Wie erleben nun aber die Familien selbst den Umstand, daß jemand in ihrer Mitte psychisch erkrankt? In ihren Augen unterscheiden sich die Probleme nicht wesentlich von denen von Familien, die sich mit einem anderen katastrophalen Lebensereignis

konfrontiert sehen. Ihre Ängste, Trauer, Schmerz und Verzweiflung sind die gleichen wie die von Familien mit einem Kind, das an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet oder von Familien mit einem schwer behinderten Kind. Diese Familien sind der Ansicht, daß sie genauso wenig für die Entstehung der Krankheit verantwortlich sind wie die Eltern von Kindern mit Leukämie oder Down-Syndrom. Auch betrachten sich diese Familien nicht etwa als psychisch gestört nur einfach deshalb, weil sie sich an einen professionellen Helfer wenden müssen, um Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit zu suchen. Sie gewinnen den Eindruck, daß ihre Probleme oft von den in der Psychiatrie Tätigen falsch interpretiert werden, die sich sehr schlecht in ihre Lage versetzen können und deren Sichtweise von ihrer eigenen stark abweicht. Angesichts dieses Dilemmas, das sich aus der Unvereinbarkeit der Ideologien beider Gruppen ergibt, wurde neuerdings der Versuch unternommen, einen neuen und angemesseneren theoretischen Rahmen für das Verständnis dieser Familien zu entwickeln (Hatfield et al., 1983). Die Coping- und Adaptationstheorie, die auf der Ich-Psychologie aufbaut, eröffnet eine vielversprechende Perspektive für die Forschung und die praktische Arbeit mit den Familien. Ihr Vorzug gegenüber älteren Theoriemodellen ist, daß sie das Schwergewicht auf die Stärken der Menschen und ihr Anpassungsvermögen legt anstatt sich auf ihre Defizite und Pathologie zu konzentrieren.

Eine der bedeutendsten und aktivsten Arbeitsgruppen der *National Alliance for the Mentally Ill* beschäftigt sich mit Ausbildungsfragen. Ihre Aufgabe ist, den Wissenshorizont der professionellen Helfer um die Erfahrungen der Familien im täglichen Umgang mit den Kranken in der natürlichen häuslichen Umgebung zu erweitern. Bislang stand dieses Wissen nicht zur Verfügung - zum Schaden der Betreuung der Patienten. Die meisten Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind selbst im Bereich der Psychiatrie oder im Erziehungswesen tätig und haben gleichzeitig einen psychisch Kranken in ihrer Familie. Als Professionelle haben sie Zugang zu den Ausbildungseinrichtungen und zu den Fachveranstaltungen.

In der *National Alliance for the Mentally Ill* herrscht der Eindruck vor, daß in den USA zwischen den in der Psychiatrie Tätigen und den Familien, die für die psychisch Kranken sorgen, ein gefährliches Schisma besteht. Eine systematische Inhaltsanalyse einer Zufallsstichprobe von hierzulande erscheinenden Fachzeitschriften würde ergeben, daß Autoren dazu neigen, das Verhalten von Angehörigen der Patienten in einer sehr kritischen Weise darzustellen. Selten wird über die Stärken dieser Familien berichtet oder über deren heroische Anstrengungen, einen schwer gestörten Menschen in ihrer Mitte zu unterstützen. Vermutlich reflektiert diese negativ getönte Sprache eine generell ablehnende Einstellung gegenüber der Familie. Sie erklärt wohl zum Teil die Entfremdung, die von den Familien erlebt wird. Die Allianz möchte zu ihrer Überwindung beitragen.

Psychische Krankheit ist kostspielig. Rücklagen und Ersparnisse können schnell aufgebraucht sein. Die Familien sind deshalb frustriert und verärgert, wenn sie teuer für Dienstleistungen zahlen sollen, die zu keinem Erfolg führen. Ein Ziel der *National Alliance for the Mentally Ill* ist, ihre Mitglieder dazu zu erziehen, zwischen den psychiatrischen Versorgungsangeboten bewußter zu wählen. Die Familien werden sich in Zukunft gezielter über die Art der Einrichtung sowie über die Dauer und Kosten der Behandlung erkundigen und Nachweise für deren Wirksamkeit verlangen. Professionelle Helfer werden dazu verpflichtet werden, ihre Behandlung und Dienstleistungen in klaren Worten und nicht im Fachjargon zu erklären und die Familien in die Behandlung mit einzubeziehen. Familien sind Empfänger von Dienstleistungen bzw. Verbraucher, die lernen werden, sich nach anderen Quellen umzusehen, wenn ihnen nicht die

notwendige Aufmerksamkeit geschenkt wird. Das Laienüberweisungssystem funktioniert in den lokalen Gruppen der *National Alliance for the Mentally Ill* ausgezeichnet: Familien erfahren voneinander, an welche Fachleute sie sich wenden können und welche sie besser meiden.

Thema einer der letzten Jahresversammlungen der *National Alliance for the Mentally Ill* war die „Stärkung der Position der Konsumenten im psychiatrischen System“. Über 600 Personen nahmen daran teil, um etwas über psychische Krankheit zu erfahren und um Mittel und Wege zu erkunden, die Stellung derer zu stärken, die psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen (*National Alliance for the Mentally Ill*, 1980). Die *National Alliance for the Mentally Ill* bereitet zur Zeit einen Leitfaden für eine effektivere Auswahl unter den vorhandenen psychiatrischen Diensten vor.

Interessenvertretung. Psychische Krankheiten haben verheerende Auswirkungen. Weder der Patient noch seine Familie verfügen über die Mittel, die für eine minimale Betreuung der Kranken notwendig sind. Unglücklicherweise besaß die psychiatrische Versorgung nie eine hohe Priorität bei den Regierungen der Länder und des Bundes. Die *National Alliance for the Mentally Ill* und die ihr angeschlossenen Gruppen hoffen, daß es gelingen wird, die Gesellschaft davon zu überzeugen, daß in erster Linie sie für die Versorgung der Menschen verantwortlich ist, die von diesem schrecklichen Schicksal betroffen sind. Auf dem Weg dahin erfahren die Mitglieder, wie kompliziert Gesetzgebungsprozesse sind, und sie üben Druck auf die Regierungen auf allen Ebenen aus. Gelegentlich werden auch die Gerichte bemüht.

Die *National Alliance for the Mentally Ill* hat sich zahlreiche Ziele gesetzt. Dringend gebraucht werden zum Beispiel beschützte Wohnmöglichkeiten für Patienten. Gegenwärtig werden 50-60% der Patienten nach Hause zu ihren Familien entlassen. Die öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser können oft keine optimale Behandlung gewährleisten. Zur Zeit gibt es nur wenige Programme zur sozialen und beruflichen Rehabilitation in der Gemeinde. Eine Bewegung erfaßt gegenwärtig das gesamte Land, die eine Änderung des geltenden Rechts anstrebt mit dem Ziel, den Freispruch eines Angeklagten wegen des Vorliegens einer psychischen Krankheit zu erschweren. Die für die Forschung bereitgestellten Gelder sind gemessen an der Größe der Probleme verschwindend gering. Familien in den USA machen sich darüber große Sorgen, gleichzeitig sind sie sich aber durchaus bewußt, daß keine der anstehenden Schlachten leicht zu gewinnen sein wird - schon gar nicht unter den aktuellen Bedingungen der wirtschaftlichen Rezession.

Forschung. Familien und Patienten sehen ihre letzte Hoffnung in einer Intensivierung und Verbesserung der Forschung. Mitglieder der *National Alliance for the Mentally Ill* sprachen sich vor dem Kongreß für eine Aufstockung der im Etat für die Forschung vorgesehenen Mittel aus. Sie setzen Preise aus für Wissenschaftler, die sich besonders verdient gemacht haben. Generell gilt das Hauptinteresse der Erforschung biochemischer Prozesse im Gehirn. An zweiter Stelle rangiert die Pharmakologie. Großes Interesse besteht auch für Evaluationsstudien, um herauszufinden, zu welchen Ergebnissen die verschiedenen Rehabilitationsansätze führen.

Schlußfolgerung

Die Selbsthilfeorganisation von Angehörigen psychisch Kranker ist eine relativ junge Erscheinung in der hiesigen Psychiatrielandschaft. Sie wächst aber rasant und nimmt eine Vielzahl von Problemen im Bereich der Psychiatrie in Angriff. Das Potential und

Engagement ihrer Mitglieder sollten von der Gesellschaft nicht unterschätzt werden. Die *National Alliance for the Mentally Ill* stellt eine der treibenden Kräfte dar, die auf einen Wandel der psychiatrischen Verhältnisse in diesem Land hinarbeiten.

Literatur

- Bernheim, K.L., Lewine, R.R., Beale, C. T.*: The caring family. Random, New York
- Haley, J.*: Leaving home: The therapy of disturbed young people. McGraw Hill, New York 1980
- Hatfield, A.B.*: Psychological costs of schizophrenia to the family. Soc. Work 23: 355-359 (1978)
- Hatfield, A.B.*: What families want of family therapists. In: *McFarlane, W.* (ed.): Family therapy in schizophrenia. Guilford Press, New York 1983a
- Hatfield, A.B.*: Coping with mental illness in the family: The family guide. National Alliance for the Mentally Ill. Washington, D.C. 1983b
- Hatfield, A.B., Lejley, H., Spaniol, L., Terkelsen, K.*: Families as caregivers of persons with mental illness. Guilford Press, New York 1983 (in Vorbereitung)
- Holden, D.F. und Lewine, R.R.*: How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness. Schizophr. Bull. 8: 626-633 (1982)
- Lidz, T.*: The origin and treatment of schizophrenic disorders. Basic books, New York 1973
- National Alliance for the Mentally Ill*: Advocacy for persons with chronic mental illness: Building a nationwide network. Proceedings of a National Conference at the Wisconsin Center 1980
- National Alliance for the Mentally Ill*: Empowering the consumers of mental health Services. Proceedings of the Third Annual Convention 1980
- Seeman, M.V., Littmann, S.K., Plummer, E., Thornton, F., Jeffries, J.J.*: Living and working with schizophrenia. University of Toronto Press, Toronto, Buffalo, London 1982
- Vaughn, C. C. und Leff, J.P.*: Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schizophr. Bull. 7: 43-44 (1981)
- Vine, P.*: Families in pain. Pantheon, New York 1982
- Wasow, M.*: Coping with schizophrenia: A survival manual. Science and Behavior. Palo Alto 1982
- Wynne, L. C.*: Family relationships and communications: Concluding comments. In: *Wynne, L. C., Cromwell, R.M., Matthysse, S.* (eds.): The nature of schizophrenia. John Wiley, New York 1977

Seit kurzem auf dem Weg zur Selbsthilfe: Angehörigeninitiativen in der Bundesrepublik Deutschland

Matthias C Angermeyer

In den vorausgegangenen Aufsätzen wurden wir mit der Entwicklung im Ausland bekannt gemacht. Dort haben sich innerhalb der letzten Jahre landesweit Selbsthilfevereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker etabliert. Wie wir erfuhren, sind sie inzwischen zu einem bedeutsamen Faktor in der Psychiatrieszene dieser Länder herangewachsen, der von den professionellen Helfern und den Gesundheitspolitikern nicht mehr ignoriert werden kann. Etwas Vergleichbares existiert bislang nicht bei uns in der Bundesrepublik. Hier begannen zwar in jüngster Zeit auch Angehörige damit, an verschiedenen Orten Gruppen zu bilden, ein Zusammenschluß dieser lokalen Initiativen auf Bundesebene steht aber noch aus. Erste Anstöße in diese Richtung gingen von zwei Tagungen aus, die vom *Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.* im Herbst 1982 und im Frühjahr 1983 in Bonn-Bad Godesberg veranstaltet wurden. In einer bei dieser Gelegenheit verabschiedeten Erklärung wurden die Angehörigen psychisch Kranker dazu aufgerufen, örtliche Selbsthilfegruppen zu gründen. Darüber hinaus wurde die Absicht bekundet, sich bundesweit zusammenzuschließen, um so die eigenen Anliegen besser vertreten zu können. Bei dieser Absichtserklärung blieb es bislang. Der *Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.* erklärte sich bereit, bis auf weiteres als zentrale Kontaktstelle zu fungieren.

Über die Teilnehmerlisten beider Tagungen versuchte ich im Frühjahr 1983 mit den Angehörigenselbsthilfegruppen in Kontakt zu treten. Da aus Datenschutzgründen der *Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.* das Verschicken der Fragebögen übernommen hatte*, war es mir nicht möglich, die genaue Zahl der angeschriebenen Gruppen zu ermitteln. Deshalb und weil nicht notwendigerweise alle in der BRD bestehenden Selbsthilfegruppen auf den beiden Tagungen vertreten waren, muß auch offen bleiben, inwieweit das Ergebnis meiner Umfrage als repräsentativ gelten kann. Diese Einschränkung erscheint mir aber insofern nicht so gravierend zu sein, als mein Ziel ohnehin nur eine erste orientierende Erkundung einer Entwicklung im Bereich der Psychiatrie war, die noch im vollen Gang ist.

Für die Umfrage hatte ich einen kleinen Fragebogen vorbereitet, der 12 Fragen umfaßt, von denen zwei Drittel offen und ein Drittel geschlossen formuliert waren. U. a. wollte ich wissen, wann sich die Gruppe gebildet hatte, was den Anstoß zu ihrer Gründung gegeben hatte, wie viele Mitglieder ihr angehörten und aus welchem Personenkreis sich diese rekrutierten. Weiterhin interessierte mich, welche Ziele die Gruppe mit ihrer Arbeit verfolgte und welche positiven und negativen Erfahrungen inzwischen gesammelt worden waren.

21 Angehörigengruppen, bei denen es sich im engeren Sinn um Selbsthilfeinitiativen handelte, reagierten auf meine Anfrage. Darüber hinaus antworteten mehrere Gruppen, die ganz offensichtlich Bestandteil des therapeutischen Angebots psychiatrischer Einrichtungen waren und von Therapeuten geleitet wurden - die also dem Typ von Angehörigengruppen zuzurechnen sind, mit dem wir uns im nächsten Abschnitt dieses

* Dem Geschäftsführer Herrn Wolfgang Zillmer möchte ich bei dieser Gelegenheit nochmals herzlich für die tatkräftige Unterstützung danken. Mein Dank gilt auch allen Angehörigengruppen, die sich an der Umfrage beteiligt haben.

Buches ausführlicher beschäftigen werden. Mag auch im zweiten Fall à la longue die Schaffung einer Selbsthilfegruppe angestrebt gewesen sein, so konnten diese Gruppen zum aktuellen Zeitpunkt doch kaum als solche betrachtet werden - weshalb ich sie bei der weiteren Darstellung auch nicht berücksichtigen möchte. Im Folgenden will ich versuchen, die Antworten zu den einzelnen Fragen in kondensierter Form wiederzugeben.

Unserer Umfrage zufolge verteilen sich die bestehenden Selbsthilfeinitiativen nicht etwa gleichmäßig über das Bundesgebiet. Vielmehr ist allein rund die Hälfte im südwestdeutschen Raum angesiedelt. Dort, genau in Stuttgart, formierte sich meiner Kenntnis nach auch bereits im Jahr 1968 die erste deutsche Angehörigenvereinigung. Ebenfalls vergleichsweise früh bildeten sich Gruppen in Heilbronn, Schwäbisch Hall und Bremen. Alle übrigen mir bekannt gewordenen Vereinigungen wurden erst innerhalb der letzten fünf Jahre gegründet, drei unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Umfrage.

Der *Anstoß zum Zusammenschluß* von Angehörigen zu einer Gruppe war auffallend häufig, rund in der Hälfte der Fälle, von professionellen Helfern ausgegangen. Dies setzt die Entwicklung hierzulande in Kontrast zu der im Ausland (sieht man einmal von der Wiener Vereinigung ab). Zutreffenderweise könnte man hier von einer experteninduzierten Selbsthilfe sprechen. Ihre Bedeutung wird noch augenfälliger, wenn man die zahlreichen zur Zeit laufenden sogenannten therapeutischen Angehörigengruppen berücksichtigt, die, so jedenfalls oft die erklärte Absicht, später in Selbsthilfegruppen übergeführt werden sollen. Tatsächlich waren offenbar mindestens drei der in der Umfrage erfaßten Gruppen aus ursprünglichen expertengeleiteten Gruppen hervorgegangen. Daß Angehörige sich von sich aus zusammaten, vielleicht sogar in betonter Abgrenzung von den Experten oder gar in Opposition zu diesen, bildete eher die Ausnahme als die Regel. In diesem Zusammenhang erscheint mir mitteilenswert, daß in einem Fall der Besuch eines Wochenendseminars, das von einem der bekanntesten Vertreter der familiendynamischen Schule abgehalten worden war, mit als Auslöser diente - ein wohl kaum intendierter „paradoxe“ Effekt, der Familientherapeuten zu denken geben sollte. Relativ oft, in rund einem Drittel der Fälle, hatte der Besuch einer Angehörigentagung die Bildung einer Selbsthilfegruppe induziert (derartige Veranstaltungen wurden übrigens durchweg recht positiv bewertet). Manchmal hatte auch die Bewältigung einer ganz konkreten Aufgabe wie z.B. die Schaffung eines Wohnheims für Patienten oder das Organisieren von Busfahrten zum schwer erreichbaren Landeskrankenhaus zum Zusammenschluß der Angehörigen geführt.

Meist handelt es sich um den lockeren informellen Zusammenschluß interessierter Angehöriger, nur vier der insgesamt 21 Gruppen haben bisher einen eingetragenen Verein gegründet. Die *Mitgliederzahl schwankt* zwischen einigen wenigen und maximal 70 Personen, immerhin acht Gruppen zählen über 30 Mitglieder. Die Hälfte der von mir erfaßten Gruppen setzt sich ausschließlich aus Angehörigen und deren Freunden zusammen. Neun Vereinigungen gehören auch in der Psychiatrie Tätige an - was erneut den von mir weiter oben bereits angesprochenen starken Einfluß der professionellen Helfer dokumentiert. Fünf Gruppen haben auch Patienten, meist allerdings nur ganz vereinzelt, als Mitglieder aufgenommen.

Praktisch durchweg rangieren regelmäßige Zusammenkünfte der Angehörigen, die meist ein- oder zweimal pro Monat stattfinden, an erster Stelle auf der Liste der *Gruppenaktivitäten*. Sie bilden zweifellos das Kernstück im Angebot der Selbsthilfegruppen. Ihre Funktion wird von einer Gruppe treffend als die von „Atempausen“ und „Tankstellen“ bezeichnet. Zu diesem Treffen können Experten wie Psychiater,

Psychotherapeuten, Sozialarbeiter oder Juristen, aber auch Politiker als Gäste eingeladen werden. Das Programm einiger Gruppen umfaßt darüber hinaus den gegenseitigen Beistand in Krisenzeiten (vor allem in Form von Telefonkontakten und gegenseitigen Besuchen) oder das aktive Engagement für eine verbesserte Versorgung der Patienten und die Förderung von Nachsorgeeinrichtungen. Weitere Aufgabenschwerpunkte bilden die Öffentlichkeitsarbeit (z.B. in Form von Vorträgen, Handzettel- und Plakataktionen oder Leserbriefen an Tageszeitungen), die politische Arbeit auf kommunaler Ebene, die Kooperation mit psychiatrischen Institutionen bzw. die Mitwirkung in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, sowie die Kontaktpflege mit anderen Angehörigengruppen und der Besuch von Angehörigentagen.

Auf die Frage nach den wichtigsten *Zielen ihrer Arbeit* wurde von den Selbsthilfegruppen genannt: Gegenseitige Unterstützung und Entlastung; Mut machen in Situationen der Hoffnungslosigkeit und Resignation; Stärkung des Bewußtseins, daß es keine Schande ist, einen psychisch Kranken in der Familie zu haben; Befreiung der Familie von oft zu hörenden Schuldzuweisungen. Die Angehörigen sollten dazu ermutigt werden, sich zum Kranken und damit zu sich selbst in der Öffentlichkeit zu bekennen. Die Gruppe sollte bei der Überwindung der Isolation helfen, in der viele Familien leben, in dem sie Gelegenheit zu gegenseitigen Kontakten bietet. Dabei muß es nicht immer nur um die Probleme der Krankheit gehen. So schreibt eine Mutter: „Manchmal sind wir aber auch nur einfach fröhlich zusammen, denn das brauchen wir auch“. Überhaupt: Angehörige sollten wieder lernen, auch etwas für sich selbst zu tun und sich nicht von der Krankheit aufzehren lassen.

Ziel der Arbeit vieler Gruppen ist es auch, den Angehörigen zu besserer Information über die psychischen Krankheiten, deren Entstehung und Verlauf sowie über Möglichkeiten der Behandlung und Rehabilitation zu verhelfen. Angehörige sollen mit neuen Forschungsergebnissen in allgemeinverständlicher Form bekannt gemacht werden. Auch sollen sie über Rechtsfragen und Fragen der Kranken- und Sozialversicherung aufgeklärt werden. Einen weiteren Punkt stellt die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den professionellen Helfern dar, bei denen ein größeres Verständnis für die reale Situation der Angehörigen geweckt werden soll. Die Experten sollten in den Angehörigen wichtige Verbündete bei der Verhütung von Rückfällen und bei den Bemühungen um die Rehabilitation der Kranken erkennen. Als weitere Ziele wurden genannt: Rückenstärkung bei der Vertretung der eigenen Anliegen gegenüber psychiatrischen Institutionen und Sozialbehörden (Motto: „Gemeinsam ist stärker als einsam“); Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Aufklärung sowie des Abbaus von Vorurteilen und Berührungsängsten; Wecken von Problembewußtsein in der Gesellschaft, vor allem auch bei den Politikern; Eintreten für Verbesserungen der Versorgung psychisch Kranker, insbesondere für den Ausbau ambulanter Dienste zur Hilfe in Krisenzeiten und die Schaffung von Nachsorgeeinrichtungen.

Fragt man die Selbsthilfegruppen nach den bisher *positivsten Erfahrungen*, so erhält man am häufigsten zur Antwort: das Gefühl nicht mehr allein zu sein. Dies ist für Familien mit psychisch Kranken besonders bedrückend. Und hier vermag die Gruppe in einzigartiger Weise zu helfen. Man liest Äußerungen wie: „Daß die Krankheitszustände bei anderen ähnlich sind wie bei unserem Sohn, beruhigt mich“. „Geteiltes Leid ist halbes Leid“. „Das Gefühl, nicht allein mit seinen Sorgen und Ängsten zu sein, ist schon sehr tröstlich“. „Die Erfahrung des Leides anderer bringt Abstand vom eigenen Leiden“. „Am positivsten war die Begegnung und Aussprache mit Eltern, die dieselben leidvollen Erfahrungen durchgemacht haben, und wie manche Katastrophe durch das Miteinandersprechen aufgefangen bzw. erleichtert werden konnte“.

Wichtig ist, daß die anderen in der gleichen Situation sind. Denn „nur wenn man selbst betroffen ist, kann man den anderen begreifen und ihm Rat und Stütze sein“. Eine Gruppe empfand es als besonders positiv „wie das Gespräch in der Gruppe Einzelnen akuten Leidensdruck nehmen konnte und eine gewisse Gelassenheit dem Angehörigen half, mit seinen Schuldgefühlen besser umzugehen und den Kranken distanzierter zu sehen. Und daß die Gruppe als ein Ort erlebt wurde, wo endlich über die Krankheit geredet werden konnte und Verständnis dafür da war“. Hier kann man „gut nachvollziehbare Ratschläge“ erhalten, „Erfahrungen und Informationen austauschen, um die häufig ganz ähnlich gelagerten Probleme besser bewältigen zu können.“ Man lernt, die Kranken besser zu verstehen und sich im täglichen Umgang besser auf sie einzustellen. Schließlich gestatten kleine Erfolgserlebnisse beim Eintreten für die Belange der Patienten wie auch für die eigenen Interessen, wieder etwas von dem verloren gegangenen Selbstbewußtsein zurückzugewinnen - was in der Feststellung einer Gruppe anklingt: „Man fängt an, auf uns aufmerksam zu werden“. Die Hoffnung wächst, als „kompetenter Begleiter“ anerkannt und unterstützt zu werden.

Angesichts dieser günstigen Erfahrungen überrascht es zunächst, wenn mehrere Gruppen über Probleme bei der Rekrutierung von Mitgliedern berichten. Die *Schwierigkeiten* würden bereits bei der Beschaffung von Adressen beginnen, was einmal in den Bestimmungen des Datenschutzes begründet ist, was aber auch an der mangelnden Kooperationsbereitschaft der psychiatrischen Einrichtungen liegen kann. Dann verhielten sich aber auch viele Angehörige sehr zurückhaltend gegenüber der Idee der Selbsthilfe. Vielen fiel es schwer, aus der Anonymität hervorzutreten und ihre „Schwellenängste“ zu überwinden. So waren beispielsweise in einem Fall lediglich sechs von 30 der Einladung zu einem Treffen gefolgt. Es würden auch vorwiegend Mütter sowie „Väter mit mütterlichen Anteilen“ kommen - was daran liegen könne, daß das gesellschaftliche Rollenbild des Vaters das Eintreten für den kranken Sohn erschwere und dies allenfalls für die Tochter zulasse. Offenbar sei es eine schwere Kränkung, Vater eines psychotischen Sohnes zu sein. Ein weiteres Problem stellt die Aufrechterhaltung der Kontinuität der Gruppe dar. Viele Angehörige würden zwar dann erscheinen, wenn die Not am größten ist, sie würden dann aber wieder wegbleiben, wenn sie die Probleme besser meistern können, anstatt sich gerade dann anderen mitzuteilen und diesen zu mehr Zuversicht zu verhelfen. Wiederholt wurde moniert, daß sich die Gruppenmitglieder zu wenig engagierten und nur unregelmäßig an den gemeinsamen Treffen teilnehmen würden.

Auf die Frage, was die größten Schwierigkeiten bei der Arbeit der Gruppen bereitete, wurde weiterhin genannt: Ist die Gruppe sehr heterogen im Hinblick auf die Krankheitsbilder der Patienten, so erschwere dies den Erfahrungsaustausch untereinander. Oft falle es nicht leicht, zwischen den verschiedenen Interessen und Temperamenten der Mitglieder einen Ausgleich herzustellen und allen gerecht zu werden (wollten beispielsweise die einen immer von der Krankheit ihrer Angehörigen reden, so wollten andere wiederum nichts mehr davon hören). Manche Angehörige hegten auch überhöhte Erwartungen an die Gruppe und würden sich dort „Patentrezepte“ erhoffen. Eine Gruppe schreibt, am schwierigsten sei, immer wieder die Entmutigung und Hoffnungslosigkeit der Angehörigen miterleben zu müssen angesichts der zum Teil sehr schweren Rückfälle ihrer Kranken und der Aussichtslosigkeit, für die Kranken, denen es besser geht, einen Arbeitsplatz zu finden: „Oft wünscht man sich neben der gegenseitigen Hilfe in der Gruppe auch direkte Hilfe für die Erkrankten von außen. Sie kann von der Gruppe nicht mobilisiert werden. Dann breitet sich auch in der Gruppe das Gefühl von Hoffnungslosigkeit aus.“

Die meisten befragten Gruppen arbeiten mit psychiatrischen Einrichtungen zusammen oder versuchen dies jedenfalls. Die dabei gesammelten Erfahrungen scheinen überwiegend positiv zu sein. Es gibt aber auch kritische Stimmen. Vor allem wird beklagt, daß sich die Experten zu wenig für die Arbeit der Gruppen interessieren und sie wenig unterstützen. Eher würden Angehörige als lästig empfunden. Eine Gruppe schreibt: „Versuche einer Kooperation blieben im Ansatz stecken. Die Reserviertheit der um Partnerschaft Gebetenen ist nicht zu überbrücken, trotz aller Behutsamkeit unsererseits“. Oder in einem anderen Bericht liest man: „Anfangs enttäuschende Reserven, Abwehr, besonders auch beim größeren Teil der niedergelassenen Nervenärzte ... Nach beharrlichen Einladungen und erneuten Vorstößen von uns zögernde Bereitschaft. Größtes Hindernis sind unseres Erachtens Vorurteile gegen Mütter als eigentliche ‚Ursache‘ psychotischer Erkrankung sowie unreflektierte Aggressionen“.

Ausnahmslos wurde die Frage bejaht, ob man auch anderen Angehörigen seelisch Kranker empfehlen würde, sich zu Gruppen zusammenzuschließen. Die Gründe für diese Empfehlung decken sich zum Teil mit dem, was bereits als positive Erfahrungen mit der Gruppe mitgeteilt wurde. So schreibt eine Mutter: „Die Probleme, die wir Angehörigen mit unseren kranken Söhnen und Töchtern haben, sind so schwierig, daß man eine Stütze braucht. Wir brauchen Gleichgesinnte bzw. Gleichbetroffene. Ich denke, daß die Gruppe eine Schutzfunktion übernimmt, die wir uns manchmal nicht mehr geben können. Die Gruppe sollte uns Bestätigung, Sicherheit und Kraft geben“. Eine andere Gruppe gibt folgende Begründung für ihre Empfehlung: „Die Probleme der Betroffenen und ihre Krankheit mit leidgeprüften Angehörigen frei und teilnahmsvoll besprechen und Erfahrungen austauschen können. Echten Trost zu erfahren. Den Profis und Institutionen unsere Erfahrungen und Sorgen vortragen und damit auf eine bessere ‚Therapiefindung‘ hinwirken zu können und selbst unterrichtet zu sein, was helfen könnte, ein besseres Verhalten der Angehörigen zu ermöglichen“. In einem anderen Bericht lesen wir: „Wir waren durch die Krankheit meines Mannes sehr allein gelassen. Die alten Freunde zogen sich zurück. Wir fanden durch die Gruppe neue verständnisvolle Freunde“. Und eine Gruppe stellt fest: „Für die Gesundung des Kranken ist es entscheidend wichtig, Hoffnung und Mut zu behalten. Unsere Erfahrung ist, daß Angehörige in der Gruppe anderen Betroffenen aus ihrem eigenen Erleben heraus viel mehr und glaubhafter vermitteln können, auf was es ankommt, als dies die behandelnden Ärzte tun können ... Betroffene Angehörige - wenn man richtig zuhört - haben oft gute und sifrtnvolle Vorstellungen davon, was zur Hilfe für psychisch Kranke und ihre Familien getan werden könnte. Oft sind sie aber überlastet oder nicht mehr belastbar und verfügen als Einzelne nicht über die Kraft und das Durchsetzungsvermögen, Änderungen herbeizuführen“.

Abgesehen von drei Ausnahmen befürworteten auch alle in unserer Umfrage erfaßten Gruppen einen *Zusammenschluß der Angehörigeninitiativen auf Bundesebene*. Zwei Gruppen hielten dies zum jetzigen Zeitpunkt für verfrüht. Erst sollten Landesverbände gegründet werden. Die Aufgaben einer bundesweiten Zentrale könnten vorerst vom *Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.* wahrgenommen werden, dessen Engagement in dieser Sache ausdrücklich begrüßt wurde. Die Mehrzahl der Gruppen meinte, ohne eine gut organisierte Vertretung der Interessen psychisch Kranker und ihrer Angehörigen könne man in unserem Staat nichts erreichen. Ohne Verband sei keine öffentliche und politische Wirkung möglich. Nur als größere Gruppe könne man auf die eigenen Probleme aufmerksam machen und werde man von den professionellen Helfern als Verbündete ernst genommen. Kurz: „Nur gemeinsam können wir unsere Ziele durchsetzen“.

Warum, so ist man versucht zu fragen, beginnt sich diese Einsicht bei uns im Vergleich zu anderen Ländern so spät und so zögernd durchzusetzen? Als Erklärung hierfür fallen mir vor allem zwei mögliche Gründe ein: Zum ersten verfügen wir hier in Deutschland nicht über eine historisch gewachsene Tradition der Laienbewegung - generell in der Medizin und speziell in der Psychiatrie (wie sie beispielsweise in den USA in Form des Mental Health Movement bereits seit vielen Jahrzehnten besteht). So verwundert es nicht sonderlich, daß sich beide Teile, die Angehörigen wie die professionellen Helfer, mit der Idee der Selbsthilfe bei uns besonders schwer tun. Dieser Umstand vermag aber als Erklärung kaum voll zu befriedigen, verstanden es doch die Angehörigen von Patienten mit anderen chronischen Krankheiten und Behinderungen durchaus, sich in zum Teil recht einflußreichen Vereinigungen zu organisieren. Man denke nur an die *Lebenshilfe für Geistig Behinderte e. V.*. Vielleicht hat es mehr mit der Situation der psychiatrischen Versorgung hierzulande zu tun, daß sich Angehörige so spät zusammenschließen beginnen. Es ist wohl kein Zufall, daß die größten und am besten organisierten Angehörigenverbände in den Ländern entstanden, in denen die Reform des psychiatrischen Versorgungssystems zu einem früheren Zeitpunkt einsetzte und/oder in radikalerer Weise durchgeführt wurde als bei uns und sich damit die Familien dort früher und in stärkerem Maß zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sahen.

Wie wir weiter oben bereits hörten, bereitet es nicht selten Schwierigkeiten, den Kontakt zwischen den bestehenden Gruppen und an einer Mitarbeit interessierten Angehörigen herzustellen. Ich hielt es deshalb für eine gute Idee, am Schluß dieses Beitrags alle mir bekannten Selbsthilfeinitiativen von Angehörigen psychisch Kranker aufzulisten. Im folgenden findet der Leser die Kontaktadressen aller Gruppen, die sich ausdrücklich damit einverstanden erklärten, daß sie in diesem Buch genannt werden:

Bremen:

Gesprächskreis für Angehörige von psychisch Kranken. Mackensenweg 5, 2800 Bremen, Tel. (04 21) 25 29 11

Nordrhein-Westfalen:

Gertrud Merz, Zum Amtswald 29, 5860 Iserlohn-Letmathe, Tel. (0 23 74) 7 01 69 Selbsthilfegruppe für Angehörige von psychisch Kranken. Haiderfeldstr. 6, 4050 Mönchengladbach I, Tel. (0 2161) 39 3412

Essener Kontakte. Benno-Strauß-Str. 10, 4300 Essen 1, Tel. (02 01) 74 07 77

Hilfe für psychisch Kranke e. V. Bonn. Espenweg 31, 5300 Bonn, Tel. (02 28) 28 28 15

Hessen:

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle des Caritas-Verbandes Darmstadt e. V. Sturzstr. 9, 6100 Darmstadt, Tel. (06151) 664605

Helseekon-Club e.V. Friedrich-Ebert-Str. 8, 6148 Heppenheim a. d. Bergst., Tel. (0 62 S2) 44 00 *Baden-Württemberg:*

Aktionsgemeinschaft Stuttgart für psychisch Kranke und ihre Angehörigen e. V. Möhringer Landstr. 51, 7000 Stuttgart 80, Tel. (0711) 7801914

Initiativkreis von Angehörigen psychisch Kranker (Gruppe Backnang). Brennackerstr. 26, 7157 Murrhardt, Tel. (0 7192) 7301

Eva Meinicke, Basteistr. 27, 7900 Ulm, Tel. (07 31) 2 3611

Angehörigengruppe psychisch Kranker. Mühlbergstr. 17, 7300 Esslingen, Tel. (07 11) 31 88 97

Aktionsgemeinschaft für Angehörige psychisch Kranker. Lameystr. 42, 7530 Pforzheim

Angehörige psychisch Erkrankter. Diakonische Bezirksstelle Böblingen, Landhausstr. 4 7, 7030 Böblingen

Angehörigenkreis psychisch Kranker. Sehellengasse 9, 7100 Heilbronn, Tel. (0 71 31) 6 04 61

Aktionsgemeinschaft Winnenden für psychisch Kranke und ihre Angehörigen. PLK Winnenden, Seehalde 12, 7057 Winnenden

Angehörigengruppe Heidelberg. Weidweg 36, 6900 Heidelberg
Angehörigengruppe Schwäbisch Hall. Wilhelm Frenz, 7176 Elzhausen

Bayern:

Angehörigengruppe beim sozialpsychiatrischen Dienst München-Giesing. Tegernseer Landstr. 75,
8000 München 90
Angehörigengruppe München. Poliklinik, Beethovenplatz 4, 8000 München 2, Tel. ~O 89) 51 60 27 64

Gruppenarbeit mit Angehörigen

Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit - ein Argument für die Gruppenarbeit mit Angehörigen

Matthias C Angermeyer

Vorbemerkung

Die Gruppenarbeit mit Angehörigen kann ganz unterschiedliche Ziele verfolgen. Dies illustrieren auch die in diesem Band versammelten Arbeiten. Zunächst einmal will sie die Familie bei der Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung eines ihrer Mitglieder unterstützen. Ich zögere zu sagen: bei der Bewältigung der Krankheit - eingedenk des Einwands der Mutter eines Patienten, daß derlei letztlich doch unmöglich sei. Es geht hier in erster Linie um Assistenz, um *Hilfestellung* - nicht um Therapie in dem Sinn, daß „Pathologisches“ oder „Deviantes“ - bei wem auch immer - behandelt werden soll. Vielmehr stehen hier die Angehörigen mit ihren Sorgen und Nöten im Mittelpunkt (ebenso wie der Patient mit seinen Problemen im Mittelpunkt der Beziehung zu seinem Therapeuten steht).

Viele, die mit Angehörigen arbeiten, begnügen sich allerdings nicht mit diesem „bescheidenen“ Ziel (dies gilt auch für die Mehrzahl der in diesem Band vertretenen Autoren). Sie gehen einen Schritt weiter und sehen in der Angehörigenarbeit auch - oder vorrangig - ein *therapeutisches Instrument*, mit dessen Hilfe Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen der Angehörigen gegenüber dem Patienten dahingehend beeinflusst werden können, daß die Rehabilitationschancen für den Patienten erhöht bzw. das Risiko eines Rückfalls vermindert wird. Angehörigenarbeit so verstanden stellt gewissermaßen eine Art „mittelbarer Therapie“ dar.

Ein wichtiges Motiv für die Gruppenarbeit bildet darüber hinaus die Mobilisierung der *Selbsthilfepotentiale* der betroffenen Familien. Dieser Gesichtspunkt, heute bei uns hierzulande mehr Zielvorstellung als bereits Realität, wird sicher noch an Bedeutung gewinnen, je mehr die in der Psychiatrie Tätigen erkennen, in welchem Maß sie ihrerseits auf die Unterstützung durch die Angehörigen angewiesen sind - und sollte sich diese Einsicht erst unter dem wachsenden Druck der Verknappung öffentlicher Ressourcen einstellen.

Ein viertes Argument für die Gruppenarbeit mit Angehörigen liefert schließlich die Tatsache, daß hier allen therapeutisch Tätigen eine einmalige Gelegenheit geboten wird, einen *Einblick in die Situation der Familien* mit psychisch Kranken zu gewinnen - wie umgekehrt auch diese mehr über die Lage der Experten, insbesondere auch über die Begrenztheit ihres Wissens und ihrer Möglichkeiten, erfahren. Dies kann zum Abbau gegenseitiger Heterostereotype beitragen und zu einem besseren wechselseitigen Verständnis führen - was wiederum die Basis für eine echte partnerschaftliche Kooperation bereiten kann.

Wenn ich mich im folgenden ausschließlich auf den therapeutischen Aspekt konzentriere, so geschieht dies nicht etwa deshalb, weil ich diesem in unseren Bemühungen die erste Priorität einräume. Vielmehr betrachte ich die Arbeit mit Angehörigen sehr wohl bereits als ein äußerst wichtiges und notwendiges Unterfangen, wenn sie sich „nur“ zum Ziel setzt, den betroffenen Familien bei der Auseinandersetzung mit der Extremsituation, mit der sich diese konfrontiert sehen, zu assistieren. Wenn dar-

über hinaus auch therapeutische Effekte beim Patienten erzielt werden können - um so besser! Und daß tatsächlich eine Reihe von Ansatzpunkten für eine therapeutisch orientierte Angehörigenarbeit existieren, dafür liefert die inzwischen vorliegende Literatur über Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit zahlreiche Hinweise. Mit einigen der hier interessierenden Studien ist sicher ein Teil der Leser bereits vertraut. Dies dürfte vor allem für die in letzter Zeit bei uns sehr populär gewordenen Untersuchungen der *Social Psychiatry Unit* am *Institute of Psychiatry* in London gelten. Andere Studien, wie z.B. von amerikanischen Psychiatern und Soziologen stammende Arbeiten, dürften dagegen weniger bekannt sein - Anlaß für mich, hier einmal alle mir zugänglichen Forschungsergebnisse zu diesem Thema in einer Synopse zusammenzustellen.

Bedingung für die Aufnahme in meinem Katalog war, daß die Studien mit Hilfe quantitativer empirischer Methoden durchgeführt worden waren. Berücksichtigt wurden nur Arbeiten, die den *poststationären Abschnitt* der Patientenkarriere zum Gegenstand haben, d.h. die sich mit der Frage beschäftigen, welche Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf nach der Entlassung des Patienten aus stationärer psychiatrischer Behandlung bestehen. Ausgeklammert blieben somit Untersuchungen über mögliche familiäre Einflüsse auf die prästationäre und stationäre Phase.

Zur Methode

Der besseren Übersicht wegen habe ich alle mir bekannten Arbeiten in der chronologischen Reihenfolge ihres Erscheinens in einer Tabelle aufgelistet (s. S. 91). Neben den Ergebnissen sind darin einige mir relevant erscheinende Informationen zur Methodik aufgeführt, die ich zunächst kurz kommentieren möchte. Wie man auf einen Blick sieht, stammen fast alle Studien aus dem *anglo-amerikanischen Sprachraum*, allein die Hälfte aus den USA. Dies bedeutet aber, daß die Ergebnisse nicht unbedenkenhaft auf die Situation bei uns übertragen werden können. Dies vor allem aus zwei Gründen: wie die interkulturell vergleichende Familienforschung zeigen konnte, differieren die familialen Interaktionsformen, Strukturen und Wertorientierungen zum Teil beträchtlich zwischen den USA und der BRD (*Lennard* und *Bernstein*, 1969; *Lupri*, 1970; *Heckmann*, 1977). Dies dürfte ganz besonders für die farbige Bevölkerung gelten, aus der sich in einigen Untersuchungen ein Teil der Patienten rekrutiert (z.B. 13, 16, 23, 24 - die Zahlen beziehen sich wie auch im folgenden auf die fortlaufenden Nummern in der Tabelle). Als Konsequenz daraus ergibt sich, daß zumindest die relative Bedeutung der in diesen Untersuchungen identifizierten familialen Faktoren zwischen den beiden Kulturkreisen variieren dürfte (vgl. *Goldstein* und *Doane*, 1982). Das zweite Hindernis für einen direkten Transfer der Ergebnisse bilden die unterschiedlichen nosologischen Systeme, die einen diagnosespezifischen Vergleich sehr erschweren: So war beispielsweise bis in die jüngste Zeit das zumindest in Teilen der USA vorherrschende Schizophreniekonzept viel weiter gefaßt als bei uns. Einen Ausweg aus diesem Dilemma verspricht die Anwendung standardisierter Verfahren zur Diagnosestellung (wie z.B. der „Present-State Examination“), die in einigen Studien eingesetzt wurden (11, 14, 15, 18, 21, 25, 26, 27, 30, 31, 32). Das Hauptinteresse der Forschung galt bislang eindeutig den *schizophrenen Kranken*. Die übrigen Arbeiten, ein Drittel, unterschieden meist nicht zwischen den einzelnen psychopathologischen Syndromen. Was das *Krankheitsstadium* betrifft, so lassen sich grob drei

Gruppen unterscheiden: Studien, die nur ersthospitalisierte Patienten berücksichtigen (3, 16, 18, 19, 30, 31, 32), solche, die ganz überwiegend bzw. ausschließlich chronisch Kranken galten (5, 9, 12, 16, 21) sowie - und diese bilden die überwiegende Mehrzahl - Studien bei Patienten mit unterschiedlich langen Karrieren (1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 25, 28).

Es lassen sich zwei *Untersuchungstypen* unterscheiden: in den meisten Fällen handelt es sich um prospektive oder Longitudinal-Studien, bei denen während oder unmittelbar nach der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung die interessierenden Aspekte der familialen Umwelt untersucht wurden und dann zu einem späteren Zeitpunkt der Verlauf der Krankheit bestimmt wurde. Bei den retrospektiven Studien wurden dagegen beide Variablen, familiäre Umwelt und Zustand des Patienten, am Ende des Beobachtungszeitraums untersucht. Während der erste Studientyp eher eine Aussage über die Richtung des Zusammenhangs zwischen familialer Umwelt und Krankheitsverlauf erlaubt und deshalb die so gewonnenen Ergebnisse leichter zu interpretieren sind, bleibt beim zweiten Typ offen, inwieweit die beobachteten familialen Einstellungen und Beziehungsmuster Ursache oder Folge der psychischen Verfassung des Kranken darstellen. Demzufolge können hier keine eindeutigen prognostischen Aussagen getroffen werden.

Die Dauer des *Follow-up* variierte stark. In der Hälfte der Fälle betrug sie nicht mehr als 12 Monate. Dies bedeutet aber, daß die in der familialen Umwelt identifizierbaren Prädiktoren für den Krankheitsverlauf nur für eine kurze Zeitstrecke Gültigkeit beanspruchen können. Immerhin konnte in einer Studie gezeigt werden, daß nach einem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren das Ergebnis praktisch das gleiche war wie nach neun Monaten (26). Das andere Extrem stellen einige wenige Untersuchungen dar, die sich über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren erstreckten (3, 20, 29).

Im wesentlichen wurden drei verschiedene *Verlaufskriterien* benutzt: der psychopathologische Befund, der Grad der sozialen Adaptation und die Tatsache, ob jemand rehospitalisiert wurde oder nicht. Wenn ich im Text nicht weiter zwischen klinischem Verlauf und Patientenkariere unterscheidet, so besagt dies nicht, daß beide identisch sind. Vielmehr stellt die Aufnahme eines Patienten in eine psychiatrische Klinik das Ergebnis eines komplizierten Prozesses dar, der neben der Art und Schwere der psychischen Störung auch durch das Hilfesuchverhalten, durch Mechanismen der sozialen Kontrolle sowie durch die Gegebenheiten der psychiatrischen Versorgung bestimmt wird. Wie der Leser unschwer erkennen wird, werden zwei der genannten Faktoren - die Suche nach Hilfe und die soziale Kontrolle - selbst wieder von der familialen Umwelt mit beeinflußt. All dies schränkt den Wert der Variable „Rehospitalisierung“ als Indikator für den Krankheitsverlauf im engeren Sinn sehr ein, weshalb ich es persönlich vorziehe, darin lediglich ein Ereignis in der Patientenkariere der Kranken zu sehen.

Aber auch die Variablen „Rückfall“ oder „psychotische Exazerbation“ sind als Beurteilungsmaßstab für den Krankheitsverlauf nicht unproblematisch, berücksichtigen sie doch nur die „positiven“ Symptome und lassen die für die Einschätzung des Rehabilitationserfolgs sicher ähnlich wichtigen „negativen“ Symptome außer acht. Schließlich ist die Beziehung zwischen dem psychopathologischen Befund und dem Grad der sozialen Adaptation weniger eng als gemeinhin angenommen. So fanden *Dohrenwend* et al. (1983) nur in etwa der Hälfte der Fälle signifikante positive Korrelationen zwischen Symptomskalen und Skalen zur Messung der sozialen Funktionen.

Am häufigsten wurden zur Gewinnung der interessierenden Information über die familiäre Umwelt *standardisierte bzw. strukturierte Interviews* verwandt. In der Regel wurden diese nur mit einer Person durchgeführt, gewöhnlich derjenigen, von der angenommen wurde, daß sie dem Patienten am nächsten steht. Meist handelt es sich dabei um die Eltern oder den Ehepartner. In einigen Fällen wurden auch nur die Patienten befragt. Dies hat zur Folge, daß oft nur ein kleiner Ausschnitt der familialen Lebenswelt - gebrochen durch die Wahrnehmung des Interviewten - erfaßt werden konnte und die innerhalb des Familiensystems wirksame Beziehungsdynamik weitgehend ausgeblendet blieb. So konnte es ja beispielsweise durchaus passieren, daß die vom interviewten Vater geäußerten überhöhten Erwartungen an den Kranken wenigstens zum Teil durch eine geduldigere und tolerantere Haltung der Mutter neutralisiert wurden. Oder aber daß die unterschiedliche Einstellung beider Eltern zu Spannungen und Konflikten in der Familie führten, die den Patienten zusätzlich belasteten.

Den Nachteil dieses Verfahrens sucht ein anderer Untersuchungsansatz wenigstens zum Teil durch die Einbeziehung mehrerer Personen zu überwinden. Ein Angehöriger oder auch beide Eltern sowie der Patient werden gebeten, meistens an Hand eines Fragebogens ihre Einstellung zur Krankheit oder ihre Einschätzung der damit verbundenen Probleme für die Familie zu beschreiben. Oder aber die Familienmitglieder werden aufgefordert, eine Beschreibung ihrer eigenen Person zu geben. Dabei interessiert dann, wie stark die Urteile der befragten Familienmitglieder miteinander konvergieren (8, 12). Einen Schritt weiter gehen Untersuchungen zur *personalen Wahrnehmung*, bei denen neben der Selbsteinschätzung der Familienmitglieder auch deren gegenseitigen Fremdeinschätzung erfaßt wird (17, 31) oder darüber hinaus auch die Vorstellung, die über die Wahrnehmung der eigenen Person durch die anderen besteht (18).

Den bedeutendsten methodischen Beitrag leistete zweifellos die Forschungsgruppe an der *Social Psychiatry Unit* am *Institute of Psychiatry* in London (*Brown et al.*, 1962, 1972; *Vaughn und Leff*, 1976, 1981; *Leff und Vaughn*, 1981; *Kuipers*, 1979) mit der Entwicklung des Konzepts der „Expressed Emotion“, was sich vielleicht am besten mit „*emotionalem Engagement*“ übersetzen läßt. Mit den wichtigsten Angehörigen („key relative“) wird ein semistrukturiertes Interview, das sog. „Camberwell Family-Interview“ durchgeführt (eine ausführliche Beschreibung findet sich in der Arbeit von *Köttgen et al.* in diesem Band), in dessen Mittelpunkt die psychische Krankheit und deren Auswirkungen auf die Familie steht. An Hand der Tonbandaufzeichnungen des Interviews wird nach einem standardisierten Verfahren der Grad der zum Ausdruck kommenden Feindseligkeit dem Patienten gegenüber, die Anzahl der kritischen Bemerkungen über diesen sowie das Ausmaß an emotionaler Überinvolviertheit bzw. Überprotektion bestimmt. Dabei werden neben dem Inhalt auch paraverbale Signale wie der Wechsel im Tonfall oder im Sprechtempo berücksichtigt. Aus allen drei Komponenten - bzw. in der letzten Version aus den beiden letztgenannten - wird dann ein Index der „Expressed Emotion“ gebildet. Mehrere methodische Studien ergaben zufriedenstellende Reliabilitätswerte (*Rutter und Brown*, 1966; *Brown und Rutter*, 1966; *Vaughn und Leff*, 1976). Jüngste Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, daß die sich in den Interviews manifestierende Haltung auch tatsächlich die Interaktion zwischen Angehörigen und Patienten bestimmt (*Miklowitz*, zitiert nach *Goldstein und Doane*, 1982).

Die *Interaktion zwischen Angehörigen und Patient* wurde bislang erst in zwei Verlaufsstudien direkt beobachtet (8, 30, 32) - was u.a. mit dem enormen Zeitauf-

wand zusammenhängen dürfte, der dieses Verfahren notwendig macht. In beiden Fällen wurde die von *Strodtbeck* (1951) entwickelte „Revealed differences technique“ zur Generierung der Familiengespräche eingesetzt. Diese wurden dann in der einen Studie mit Hilfe der *Bales'schen* „Interaction Process Analysis“, in der anderen Studie mit Hilfe der Inhaltsanalyse von *Gottschalk* und *Gleser* bzw. den „Interaction Rating Scales“ von *Riskin* und *Faunce* ausgewertet. So vielversprechend dieser Ansatz auf den ersten Blick auch erscheinen mag, so muß auch einschränkend gesagt werden, daß von den in einer relativ künstlichen Untersuchungssituation gewonnenen Ergebnissen sicher nicht ohne weiteres auf die „natürliche“ Interaktion der Familie in der häuslichen Umgebung ohne Anwesenheit eines Beobachters geschlossen werden kann (*Bronfenbrenner*, 1977; *O'Rourke*, 1963).

Resümierend müssen wir feststellen, daß abgesehen von den Untersuchungen zu „Expressed Emotion“, in denen bewußt eine Replizierung früherer Befunde angestrebt wurde, eigentlich keine der hier zitierten Arbeiten direkt miteinander vergleichbar ist. Dies muß aber nicht unbedingt einen Nachteil darstellen. Im Gegenteil: sollte sich herausstellen, daß trotz der Verschiedenheit der methodischen Ansätze konsistente Ergebnisse beobachtet wurden, so kann dies nur als Argument für die Annahme bestimmter Zusammenhänge zwischen familiärer Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit gewertet werden (*Cook* und *Campbell*, 1979).

Die Ergebnisse

Lediglich zwei der insgesamt 32 von mir ausfindig gemachten Arbeiten wurden auf der Suche nach familialen Prädiktoren bzw. Indikatoren für einen ungünstigen Verlauf psychischer Krankheit nicht fundig (3, 6). Beide Studien haben miteinander gemein, daß in ihnen im Gegensatz zu fast allen übrigen Untersuchungen die Beurteilung der Einstellung der Angehörigen gegenüber dem Patienten (in einem Fall handelte es sich um Oberprotektion und Feindseligkeit, im anderen Fall u. a. um Verständnis und Akzeptanz) nicht mit Hilfe standardisierter Interviews bzw. Fragebögen erfolgte, sondern, allein auf der subjektiven Einschätzung des Untersuchers beruhte - was die Aussagekraft dieser Arbeit erheblich einschränkt. Einige Studien lieferten nur partielle Belege für die vermutete Beziehung zwischen Familienumwelt und Krankheitsverlauf (4, 7, 16, 17, 19, 20, 24). Im übrigen förderten die hier versammelten Untersuchungen eine Vielzahl von Hinweisen auf familiäre Einflüsse auf den Krankheitsverlauf zutage, die trotz der oben beschriebenen methodischen Heterogenität in bemerkenswerter Weise miteinander konvergieren. Im wesentlichen lassen sich dabei folgende Faktoren unterscheiden:

1. Kritisch-ablehnende bis feindselige Haltung gegenüber dem Kranken (2, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28)
2. Emotionale Überinvolviertheit bzw. überprotektive Haltung (2, 4, 11, 13, 14, 15, 20, 23, 25, 26, 27, 28).
3. Intoleranz gegenüber Symptomverhalten (5, 19, 23, 25, 29)
4. Inadäquate Leistungs- und Rollenerwartungen an den Kranken (1, 4, 8, 10, 19, 21, 24, 25, 29)
- i. Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Kranken und der Angehörigen (1, 12, 17, 18, 31)
5. Schuldthematik und Vorstellungen über die Entstehung der Krankheit (4, 7, 19, 25, 29, 30)
6. Schamgefühl und wahrgenommene Stigmatisierung (4, 24, 30)

ad 1 und 2: Da sich zwei Texte in diesem Band (die Arbeiten von Köttgen et al. und Berkowitz et al.) ausführlich mit dem Einfluß der *emotionalen Beziehung* zwischen Angehörigen und Kranken auf den Verlauf schizophrener Psychosen beschäftigen, will ich mich hier auf die Referierung der wichtigsten Punkte beschränken. Brown et al. konnten 1962 erstmals zeigen, daß für schizophrene Kranke, die nach der Krankenhausbehandlung in Familien mit einem hohen emotionalen Engagement („High Expressed Emotion“) zurückkehrten, das Rückfallrisiko deutlich höher war als für Kranke in Familien, die vergleichsweise wenig emotional engagiert waren („Low Expressed Emotion“). Dieses Ergebnis konnte in der Folge mehrfach repliziert werden (11, 14, 26, 27). Als wichtigste Prädiktoren für den Krankheitsverlauf erwiesen sich dabei die Anzahl kritischer Bemerkungen der nächsten Angehörigen („key relative“) über den Patienten sowie der Grad an emotionaler Überinvolviertheit bzw. überprotektiver Haltung. Es fand sich darüber hinaus, daß in Familien mit hohem emotionalen Engagement zwei protektive Faktoren das Risiko eines Rückfalls innerhalb der ersten neun Monate nach Klinikentlassung zu reduzieren vermochten: Eine relativ geringe Kontaktdichte zwischen Angehörigen und Patienten (weniger als 35 Stunden pro Woche) sowie eine regelmäßige Neuroleptika-Medikation (letzteres bestätigte sich allerdings nicht bei einer Nachuntersuchung nach zwei Jahren).

Diese Ergebnisse gewinnen meiner Meinung nach noch dadurch an Gewicht, daß andere Studien mit gänzlich verschiedenen methodischen Ansätzen was die Auswahl der Indexpatienten, der Probanden, des Beobachtungszeitraums, der Verlaufskriterien oder der Untersuchungsinstrumente betrifft, zu analogen Resultaten hinsichtlich des Einflusses einer ablehnend-feindseligen oder überprotektiven Haltung der Angehörigen auf den Krankheitsverlauf kamen (siehe Tabelle S. 91).

ad 3: Gemessen am Umfang der Literatur zur emotionalen Atmosphäre in der Familie nehmen sich die Untersuchungen über mögliche andere Determinanten der Patientenkarriere vergleichsweise bescheiden aus, was aber eher auf ein bestehendes Forschungsdefizit als auf die Irrelevanz dieser Aspekte verweisen dürfte.

Die Studien über die Bedeutung des *Toleranzniveaus der Familie* gegenüber dem Symptomverhalten des Kranken kommen mit einer Ausnahme alle zu dem Schluß, daß ein Mangel an Toleranz mit einem ungünstigeren Verlauf, speziell einer erhöhten Rehospitalisierungs- bzw. Rückfallrate einhergeht. So stellte Greenley (24) fest, daß eine Gruppe von Patienten mit verschiedenen funktionellen Störungen über einen durchschnittlichen Zeitraum von 3¹/₂ Jahren beobachtete, daß es in Familien mit niedriger Symptomtoleranz häufiger zu einer frühzeitigen stationären Wiederaufnahme der Kranken kam. Nicht beeinflusst wurde hingegen dadurch die Frequenz der Wiederaufnahmen (die wiederum bei Familien, die dem Kranken gegenüber eine ablehnend-zurückweisende Haltung einnahmen, deutlich erhöht war - was Greenley als eine Erklärungsmöglichkeit für das sog. Drehtürphänomen diskutiert). Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis kamen auch Spitzer et al. (29) bei einer Langzeitstudie über ca. 14 (!) Jahre, die ebenfalls verschiedene funktionelle Störungen einschloß. Auch hier erwies sich die Intoleranz gegenüber dem Symptomverhalten als der stärkste Prädiktor für die Rate und den Zeitpunkt der Rehospitalisierungen, dagegen nicht für die Rehospitalisierungsfrequenz. Lediglich Angrist et al. berichten von auf den ersten Blick paradox anmutenden Resultaten: sie stellten in Familien mit psychisch erkrankten Frauen, die innerhalb eines halben Jahres nach Klinikentlassung wieder stationär aufgenommen werden mußten, ein höheres(!) Maß an Toleranz gegenüber dem Symptomverhalten fest, als bei Familien mit Patientinnen, die nicht wieder stationär behandelt wurden. Angrist's Untersuchung unterscheidet sich aber von den beiden vorgenannten

Studien in einem wesentlichen Punkt: hier handelt es sich nicht, wie bei *Greenley* und *Spitzer* et al. um eine prospektive, sondern um eine retrospektive Studie, d.h. die Einstellung der Angehörigen wurde *nach* Ablauf des Beobachtungszeitraums untersucht. Auf die Interpretationsschwierigkeiten so gewonnener Resultate wies ich bereits weiter oben hin.

ad 4: Eine Reihe von Arbeiten, die sich zum Teil mit schizophrenen Psychosen, zum Teil auch mit verschiedenen funktionellen Störungen beschäftigten, legt den Schluß nahe, daß die *Rollen- und Leistungserwartungen der Angehörigen* vor allem auf die soziale Adaptation der Kranken und deren psychische Verfassung einen Einfluß haben. Sind diese sehr hoch oder sehr niedrig, so wirkt sich dies negativ aus - eine Beobachtung, die ja bereits in verschiedenen sozialpsychiatrischen Rehabilitationsstudien gemacht wurde. Das Rehospitalisierungsrisiko scheint dagegen weniger dadurch beeinflußt zu sein (4, 23).

ad 5: In mehreren Studien konnte ein Zusammenhang zwischen *Inkongruenzen der Einstellungen und Erwartungen bzw. der Selbst- und Fremdwahrnehmung* der Patienten und ihrer Angehörigen einerseits und der Patientenkarriere andererseits beobachtet werden. So stellten z.B. *Kennard* et al. (17) in einer Studie bei Patienten mit verschiedenen funktionellen Störungen, die innerhalb der ersten drei Monate nach der Klinikentlassung wieder die Tagesklinik aufsuchten bzw. erneut stationär aufgenommen werden mußten, größere Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Gesundheitszustandes durch die Patienten selbst und deren Angehörige fest. *Angermeyer* und *Schwaan* (31) konstatierten bei ersthospitalisierten schizophrenen Kranken ein höheres Rehospitalisierungsrisiko binnen der ersten zwei Jahre nach Klinikentlassung, wenn ein Konflikt zwischen den Eltern und den Patienten um die Definition als Kranker auf dem Hintergrund rigider Normvorstellungen bestand. *Scott* und *Alwyn* (18) fanden bei ebenfalls ersthospitalisierten schizophrenen Kranken, daß die soziale und berufliche Adaptation dann schlechter war, wenn folgende drei Einschätzungen der psychischen Situation der Eltern von einander abwichen: deren Selbstbild, das Bild, das die Kranken von den Eltern hatten, sowie das Bild, das die Kranken von den Eltern in den Augen der letzteren hatten.

ad 6: Nur wenig Aufmerksamkeit wurde bisher der *Schuldproblematik* geschenkt. Das überrascht, bedenkt man, welche zentrale Rolle diese in der Auseinandersetzung der Familie mit der psychischen Krankheit spielt. Man studiere nur die in diesem Band versammelten Erfahrungsberichte über Angehörigengruppen. Eigentlich steht zu erwarten, daß die Art und Weise, in der die Angehörigen mit dem sich beinahe regelhaft einstellenden, mehr oder weniger bewußten Schuldgefühlen umgehen, einen Einfluß auf die Patientenkarriere haben müßte. Tatsächlich konnte ich einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der von den Müttern geäußerten Schuldgefühle und dem Rehospitalisierungsrisiko ihrer schizophren erkrankten Söhne zeigen (30). *Freeman* und *Simmons* (4) und später *Vaughn* und *Leff* (25) beobachteten, daß der Verlauf dann ungünstiger war, wenn die Angehörigen dazu neigten, die Patienten für ihre Krankheit verantwortlich zu machen.

Die Vorstellungen der Angehörigen über die Genese psychischer Krankheit stehen in enger Beziehung zur Schuldthematik. Nur Fragmentarisches findet sich bisher dazu in der Literatur. *Lorei* (7) konstatierte ein erhöhtes Rehospitalisierungsrisiko dann, wenn die Angehörigen einen betont „autoritären“ Standpunkt vertraten, d.h. wenn diese u. a. der Ansicht waren, daß die psychische Krankheit durch eine Affektion des zentralen Nervensystems bedingt sei, oder daß die Hauptursache dafür in einem Mangel an moralischer Stärke bzw. in einer Willensschwäche zu suchen sei. Ebenfalls un-

günstig war, wenn die Angehörigen der Ansicht waren, daß psychische Krankheit die Folge schlechter Gedanken sei oder die Strafe für böse Taten darstelle; oder auch, daß sich ein Nervenzusammenbruch gewöhnlich dann einstelle, wenn jemand zu schwer gearbeitet hätte. Keinen Einfluß hatte dagegen auf die Patientenkarriere, wie stark die Angehörigen dazu neigten, die Ursache für die Entstehung psychischer Krankheit in der psychosozialen Umwelt - und hier vor allem in den Sozialisationsbedingungen - zu suchen.

Spitzer et al. (29) kamen zu dem Ergebnis, daß dann die Rehospitalisierungsrate besonders hoch und das Intervall zwischen der ersten Krankenhausentlassung und der erneuten stationären Behandlung besonders kurz war, wenn die Familie in rigider Weise das medizinische Krankheitsmodell vertrat (die sog. „authoritarians“ in der von den Autoren entwickelten recht plastischen: Familientypologie). Genau umgekehrt verhielt es sich, wenn die Angehörigen nur vorübergehend die psychiatrische Krankheitsdefinition übernahmen und nach Rückkehr der Kranken in die Familie wieder zu ihren ursprünglichen Interpretationsformen zurückkehrten (die sog. „stoics“). Auch relativ niedrige Rehospitalisierungsraten fanden sich bei den sog. „stumblers“, die im Problemverhalten der Kranken ausnahmslos den Ausdruck einer körperlichen Krankheit sahen und das Konzept psychischer Krankheit überhaupt nicht richtig verstanden.

Bleibt noch anzufügen, daß *Klein et al.* (19) keinen Zusammenhang zwischen den Vorstellungen der Angehörigen über die Entstehung der Krankheit und dem Rehospitalisierungsrisiko bzw. dem Niveau der sozialen Adaptation feststellen konnten.

ad 7: Was über Schuldgefühle und Lamentationen zur Genese psychischer Krankheit gesagt wurde, dürfte in ähnlicher Weise für den Bereich der *Schamgefühle* und des subjektiv erlebten *Stigmas* gelten. Auch hier ist ein stärkerer Einfluß auf die Krankheitskarriere anzunehmen als die bisher vorliegenden sporadischen Untersuchungsergebnisse vermuten lassen. Immerhin konnte in einer Studie bereits gezeigt werden, daß zwischen dem von den Müttern geäußerten Ausmaß an Schamgefühlen und dem Rehospitalisierungsrisiko ein Zusammenhang bestehen dürfte (30). Zwei Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, daß ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommenem Stigma sich negativ auf die Rollenperformanz auswirkt (4, 24), jedoch überraschenderweise keinen Einfluß auf das Rehospitalisierungsrisiko zu haben scheint (23).

Forschungsdesiderate

Zu wünschen wäre, daß die zukünftige Forschung den von mir zuletzt genannten Aspekten in der Beziehung der Angehörigen zum Kranken die gleiche Aufmerksamkeit schenkt wie dem bereits vergleichsweise ausführlich untersuchten Bereich des emotionalen Engagements. Dabei erscheint mir vor allem auch eine stärkere Einbeziehung kognitiver und einstellungsmäßiger Komponenten notwendig.

Darüber hinaus halte ich es für wichtig, noch mehr auf mögliche geschlechtsabhängige Variationen des Einflusses der verschiedenen familialen Faktoren auf den Krankheitsverlauf zu achten. So rechne ich fest damit, daß die verschiedenen familialen „Risikofaktoren“ entsprechend den geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen bzw. -belastungen bei männlichen und weiblichen Kranken ein unterschiedliches Gewicht haben dürften. Für diese Annahme spricht schon die Beobachtung, daß für männliche schizophrene Kranke das Rehospitalisierungsrisiko größer ist als für weibliche Kranke (z.B. *Angermeyer und Robra*, 1983). Geschlechtsabhängige Variationen

sind im übrigen nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei den Angehörigen zu erwarten: So wurde in einer Studie beobachtet, daß bei den Vätern das Ausmaß an Aggression und Feindseligkeit für die Patientenkarriere von Bedeutung war, bei den Müttern dagegen vor allem autoaggressive Tendenzen, Schuld- und Schamgefühle (31).

Ein weiterer Punkt, der meiner Meinung nach mehr Beobachtung verdient, ist die Stellung des Kranken in der Familie. Ich meine, es macht einen erheblichen Unterschied, ob ein Kind oder einer der Eltern erkrankte. So ist z.B. damit zu rechnen, daß sich die Schuldfrage für die Eltern in stärkerem Maß stellt als für Ehepartner. Damit mag zusammenhängen, daß sich in der Untersuchung von *Vaughn und Leff* (1977) nur die Eltern gegenüber ihren Kindern emotional überinvolviert zeigten, nicht jedoch ein Ehepartner gegenüber dem anderen.

Auch der Umfang der Familie sowie die Größe des Haushalts dürften für die Art und Weise, wie die Familie auf die Krankheit reagiert, von Bedeutung sein und damit mittelbar Einfluß auf den Krankheitsverlauf haben. In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis einer Untersuchung wichtig, die *El-Islam* (1982) in Qatar durchgeführt hat. Sie bezieht sich zwar auf den arabischen Kulturkreis, ist deswegen aber für uns nicht weniger interessant. Im Rahmen eines 1-Jahres-Follow-up von 609 schizophrenen Patienten einer psychiatrischen Ambulanz stellte *El-Islam* fest, daß Kranke, die aus traditionellen Großfamilien stammten, sozial besser adaptiert waren als Kranke aus modernen Kleinfamilien. Sie entwickelten auch seltener eine aktive Symptomatik, und trat diese auf, so war das Risiko einer Rehospitalisierung geringer.

Die soziale Lage der Familie wurde bisher von den meisten Untersuchern eher als ein möglicher „Störfaktor“ betrachtet, den es zu kontrollieren galt. Wenig Aufmerksamkeit wurde dagegen der Frage geschenkt, inwieweit die Bedeutung der einzelnen verlaufsrelevanten familialen Aspekte in den verschiedenen sozialen Schichten variiert. In den wenigen Studien, in denen speziell darauf geachtet wurde, kam man übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß Mittelschichtfamilien gegenüber Symptomverhalten oder Defiziten in der Rollenperfomanz weniger Toleranz aufbringen als Familien aus den unteren Schichten (*Myers und Roberts*, 1964; *Freeman und Simmons*, 1963; *Angermeyer und Schwoon*, 1982).

Vermochte, wie wir sahen, die Forschung inzwischen für eine Reihe von Faktoren in der familialen Umwelt einen Zusammenhang mit dem Verlauf psychischer Krankheit wahrscheinlich zu machen, so muß doch kritisch festgestellt werden, daß es sich bei den einzelnen Befunden um Fragmente handelt, die erst noch zu einem theoretisch befriedigenden Konzept zusammengefügt werden müssen. Es ist zu fragen, in welcher Beziehung beispielsweise die Vorstellungen über die Krankheit, die Erwartungen an den Kranken, oder der Grad an Toleranz gegenüber dem Problemverhalten zum Ausmaß an emotionalem Engagement stehen (erste Hinweise dazu finden sich bei *Vaughn und Leff*, 1981). Oder welche Interdependenzen bestehen zur Schuldthematik und zur Selbststigmatisierung? Überhaupt: Welche psychodynamischen bzw. rollendynamischen Prozesse lassen einige Angehörige emotional überengagiert reagieren, andere dagegen nicht? Erste Antworten auf diese Fragen liefern die Beiträge von *Köttgen et al.* und *Berkowitz et al.* in diesem Buch (S. 134 und S. 146).

Schlußbemerkung

Zum Schluß möchte ich es nicht versäumen zu betonen, daß alles, was hier an möglichen Zusammenhängen zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer

Krankheit diskutiert wurde, *keine* Rückschlüsse auf die *Entstehung* psychischer Störungen, speziell schizophrener Psychosen, erlaubt. Einmal ganz abgesehen von der Problematik retrograder Extrapolierungen (Angermeyer, 1983) sprechen gute Gründe für die Annahme, daß es sich bei den hier referierten Beobachtungen eher um unspezifische Phänomene handelt, die ebenso gut, wenn auch wohl in unterschiedlicher Ausprägung, im Zusammenhang mit psychosomatischen oder rein somatischen Erkrankungen auftreten und auf deren Verlauf Einfluß nehmen dürften. Mich persönlich würde es nicht wundern, wenn eines Tages über Zusammenhänge zwischen, sagen wir, dem Ausmaß an emotionalem Engagement und dem Verlauf einer chronischen organischen Krankheit berichtet würde, für die bislang keine psychosozialen Entstehungsmechanismen postuliert wurden. Überhaupt wurde bislang möglichen Parallelen zwischen den Verlaufsdeterminanten chronischer psychischer und organischer Erkrankungen recht wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Intensivierung des Erfahrungsaustauschs zwischen beiden Forschungsrichtungen könnte meiner Meinung nach für beide Seiten gewinnbringend sein.

Der Titel dieses Textes lautet: Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit - *ein* Argument für die Gruppenarbeit mit Angehörigen. Ich denke, daß die hier zusammengetragenen Ergebnisse empirischer Untersuchungen in der Tat zahlreiche Ansatzpunkte für eine therapeutisch orientierte Gruppenarbeit liefern. Wie die in diesem Buch versammelten Berichte über die Praxis der Angehörigenarbeit zeigen werden, stehen genau die von der Forschung als für den Verlauf psychischer Krankheit bedeutsam vorgestellten Aspekte der Familienumwelt im Mittelpunkt des Gruppengeschehens und können hier einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Dies mag in unterschiedlichem Maß gelingen, daß aber Gruppenarbeit tatsächlich zu einer Veränderung familialer „Risikofaktoren“ führen kann, dafür liefern die Beiträge von Berkowitz et al. und von Bertram in diesem Buch erste wichtige Hinweise.

Literatur

- Angermeyer, M.C.: The association between family atmosphere and hospital career of schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiatry* 141: 1-11 (1982)
- Angermeyer, M.C.: Der theorie-graue Star *nur* im Auge des Psychiaters? Einige kritische Anmerkungen zu familiendynamischen Auffassungen zur Schizophrenie. *Medizin Mensch Gesellschaft* 1 :56-61 (1983)
- Angermeyer, M.C., Balck, F.B., Hecker, H.: Sequential patterning of emotional interaction in families with a schizophrenic son. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 233: 125-137 (1983)
- Angermeyer, M.C.; Robra, B.: P.: Rolle oder Etikett? Determinanten der Institutionskarriere psychisch Kranker. In: Deppe, H.: U. et al. (Hrsg.): *Medizinische Soziologie - Jahrbuch* 2. Campus, Frankfurt a. M., 1982, S. 188-205
- Angermeyer, M.C., Schwoon, D.R.: Familiäre Beziehungsmuster und Patientenkarriere männlicher schizophrener Kranker. *Soc. Psychiatry* 17: 13-22 (1982)
- Angrist, S., Dinitz, S., Lefton, M., Pasamanick, B.: Rehospitalization of female mental patients. *Arch. gen. Psychiat.* 4: 363-370 (1961)
- Angrist, S., Lefton, M., Dinitz, S., Pasamanick, B.: *Woman after treatment*. Appleton-CenturyCrofts, New York 1968
- Astrup, C., Fossum, A., Holmboe, R.: Prognosis in functional psychoses. Ch. Thomas Pub!., Springfield, Ill., 1962, S. 112-117
- Bronfenbrenner, U.: Toward an experimental ecology of human development. *Amer. Psychol.* 32: 513-531 (1977)
- Brown, G. W., Birley, J.L. T., Wing, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Brit. J. Psychiatry* 121: 241-258 (1972)

- Brown, G. W., Monck, E.M., Carstairs, G.M., Wing, J.K.: The influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit. J. Prevent. Soc. Med.* 16: 55-68 (1962)
- Brown, G. W., Rutter, M.: The measurement of family activities and relationships. *Hum. Relat.* 19: 241-263 (1966)
- Cheek, F.E.: Family interaction patterns and convalescent adjustment of the Schizophrenic. *Arch. Gen. Psychiat.* 13: 138-147 (1965)
- Ciompi, L., Dauwalder, H.-P., Ague, C.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. *Nervenarzt* 50: 366-378 (1979)
- Cook, T.D. und Campbell, D. T.: Quasi-Experimentation. Design & analysis issues for field settings. Houghton Mifflin Comp., Boston 1979
- Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., Link, B., Levav, I.: Social functioning of psychiatric patients by contrast with community "cases" in the general population. *Arch. Gen. Psychiat.* 1983 (im Druck)
- Ei-Islam, M.F.: Rehabilitation of schizophrenics by the extended family. *Acta Psychiat. Scand.* 65: 112-119 (1982)
- Freeman, H.E., Simmons, O. G.: The mental patient comes home. Wiley, New York, London 1963
- Gillis, L.S., Keet, M.: Factors underlying the retention in the community of chronic unhospitalized schizophrenics. *Brit. J. Psychiat.* 111: 1057-1067 (1965)
- Goldstein, M.J., Doane, J.E.: Family factors in the onset, course, and treatment of schizophrenic spectrum disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 170: 692-700 (1982)
- Greenley, J.R.: Family symptom tolerance and rehospitalization experiences of psychiatric patients. In: Simmons, O.G. (Hrsg.): Research in community and mental health. Vol. I, JAI Press 1979a, S. 357-386
- Greenley, J.R.: Familial expectations, posthospital adjustment, and the societal reaction perspective on mental illness. *J. Hlth Soc. Behav.* 20: 217-227 (1979) b
- Heckmann, F.: Familienbindung in den USA und in der Bundesrepublik. In: Wurzbacher, G. (Hrsg.): Die Familie als Sozialisationsfaktor. Enke, Stuttgart 1977, S. 33-47
- Huber, G., Grass, G., Schüttler, R.: Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Studie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1979
- Kayton, L., Beck, J., Koh, S.D.: Postpsychotic state, convalescent environment, and therapeutic relationship in schizophrenic outcome. *Amer. J. Psychiatry* 133: 1269-1274 (1976)
- Kelley, F.E.: Relatives' attitude and outcome of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 10: 389-394 (1964)
- Kennard, D., Clemmey, R., Mandelbrote, B.: Aspects of outcome in a therapeutic community setting. How patients are seen by themselves and others. *Brit. J. Psychiat.* 130: 475-480 (1977)
- Klein, H.E., Person, T.M., Cetingök, M., Itil, T.M.: Family and community variables in adjustment of Turkish and Missouri schizophrenics. *Comprehens. Psychiat.* 19: 233-240 (1978)
- Kreisman, D.E., Simmens, S.J., Joy, V.D.: Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. *Schizophr. Bull.* 5: 220-222 (1979)
- Kuipers, L.: Expressed emotion: A review. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 18: 237-243 (1979)
- Leff, J.P., Vaughn, C.: The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. *Brit. J. Psychiat.* 139: 102-104 (1981)
- Lennard, H.L., Bernstein, A.: Patterns in human interaction. Jossey-Bass, San Francisco 1969
- Lorei, T.: Prediction of length of stay out of the hospital for released psychiatric patients. *J. consult. Psychol.* 28: 358-363 (1964)
- Lupri, E.: Gesellschaftliche Differenzierung und familiäre Autorität. In: Lüschen, G., Lupri, E. (Hrsg.): Soziologie der Familie. *Kölner Z. Soziol. Sozial. Psychol. Sonderheft* 14, 1970, S. 323-352
- Michaux, W. W., Katz, M.M., Kurland, A.A., Gansereit, K.H.: The first year out. Mental patients after hospitalization, Johns Hopkins Press, Baltimore 1969
- O'Rourke, V.: Field and laboratory: The decision making behavior of family groups in two experimental conditions. *Sociometry* 26: 422-435 (1963)
- Parker, G., Fairley, M., Greenwood, J., Jurd, St., Silove, D.: Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 141: 573-581 (1982)
- Rutter, M., Brown, G. W.: The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Soc. Psychiat.* 1: 38-53 (1966)

- Scott, R.D., Alwyn, St.:* Patient-parent relationships and the course and outcome of schizophrenia. *Brit. J. med. Psyche!* 51: 343-355 (1978)
- Serban, G.:* Functioning and stress in community adjustment. In: *Serban, G.* (Hrsg.): *New trends of psychiatry in the community.* Ballinger Publ., Cambridge, Mass. 1977, S. 227-249
- Serban, G., Gideynski, Ch.B., Zimmerman, A.:* Informants' postdischarge expectations of the schizophrenic's community adjustment. *Psychiatry Digest* 37: 14-19 (1976)
- Spitzer, S.P., Weinstein, R.M., Nelson, H.L.:* Family reaction and the career of the psychiatric patient: A long-term follow-up study. In: *Harbin, H.* (Hrsg.): *The psychiatric hospital and the family.* SP Medical & Scientific Books, New York, London 1982, S. 187-212
- Vaughn, C.E., Leff, J.P.:* The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Brit. J. Psychiatry* 129: 125-137 (1976)
- Vaughn, C.E., Leff, J.P.:* The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Brit. J. soc. clin. Psychol.* 15: 151-165 (1976)
- Vaughn, C.E., Leff, J.P.:* Umgangsstile in Familien mit schizophrenen Patienten. In: *Katschnig, H.* (Hrsg.): *Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu.Hause, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1977, S. 181-194*
- Vaughn, C.E., Leff, J.P.:* Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophr. Bull.* 7: 43-44 (1981)
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Freeman, W., Jones, S., Falloon, /R.H., Liberman, R.P.:* Family factors in schizophrenic relapse: A replication. *Schizophr. Bull.* 8: 425-427 (1982)
- Wessler, MM, Kahn, V.L.:* Can the chronic schizophrenic patient remain in the community? A follow-up study of twenty-four long-term hospitalized patients returned to the community. *J. Nerv. Ment. Dis.* 13.6: 455-463 (1963)
- Williams, M, Krupinski, J., Stoller, A.:* Factors influencing community adjustment of discharged long-term schizophrenic patients. *Med. J. Austr.* 2: 821-825 (1965)

Übersicht über empirische Forschungsergebnisse S. 91

Autoren	Land ¹	N	Geschlecht	Diagnose	Stadium	Follow-up Zeitraum (Mo.)	Verlaufskriterium	Untersuchungsmethode	Untersuchungstyp P: prospektive, R: retrospektive Studie	Prädiktoren/Indikatoren für ungünstigen Verlauf
1 Angrist et al. 1961 1968	USA	287	w	alle Diagnosen (35% endogene Psychosen)	66% Erst-aufnahmen	6'	Rehospitalisierung Rollenperformanz	Standardisiertes Interview mit signifikantem Anderen und mit Patienten 6 Monate nach Klinikentlassung	R	Hohe Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten, geringe Erwartungen an Rollenverhalten geringe Erwartungen an Rollenverhalten; geringe Übereinstimmung der Rollenerwartungen von signifikantem Anderen und Patienten
2 Brown et al. 1962	GB	97	m	Schizophrenie	?	12	Verschlechterung des psychopathologischen Befunds; Rehospitalisierung	Ratings basierend auf Interview mit nächstem Angehörigen („key relative“) und Patienten 2 Wochen nach der Klinikentlassung	P	Starkes emotionales Engagement (hohe Intensität geäußerter Gefühle, feindselige Haltung gegenüber dem Patienten)
3 Astrup et al. 1962	N	375	m+w	Schizophrenie	Erstaufnahmen	14 8 ⁴	klinischer Verlauf	Subjektive Beurteilung basierend auf Angaben der Angehörigen und des Patienten vor Klinikaufnahme	p	Kein Zusammenhang mit feindseliger oder überprotektiver Haltung

Autoren	Land' N		Geschlecht ²	Diagnose	Stadium	Follow-up Zeitraum (Mo.)	Verlaufskriterium	Untersuchungsmethode	Untersuchungstyp ³	Prädiktoren/ Indikatoren für ungünstigen Verlauf
4 Freeman & Simmons 1963	USA	649	m:w	Endogene Psychosen (77% Schizophrenie)	?	12	Rehospitalisierung	Standardisiertes Interview mit nächstem Angehörigen („most influential relative“) & Ratings durch Interviewer kurz nach der Klinikentlassung	p	Kein nennenswerter Zusammenhang mit Einstellungen u. Erwartungen der Angehörigen (Ausnahme: Tendenz den Patienten für seinen Zustand verantwortlich zu machen; Überzeugung, daß psychische Krankheit unheilbar ist). Tendenz, den Patienten für seinen Zustand verantwortlich zu machen Überzeugung, daß psychische Krankheit unheilbar ist; hohe Erwartungen bezüglich des instrumentellen Leistungsniveaus des Patienten Autistische & autoritäre Persönlichkeitszüge; durch Anomie & Frustration geprägte Einstellung; subjektive Stigmatisierung; geringes Verständnis für andere; hohe Emotionalität
5 Wessler & Kahn 1963	USA	24	m+w	Schizophrenie · chronisch		36	Soziale Adaptation	Standardisiertes Interview mit Familienangehörigen oder Informanten 3 Jahre nach Projektende	R	Intoleranz gegenüber abweichendem Verhalten, Mangel an Flexibilität, Geduld und Akzeptanz
6 Kelley 1964	USA	65	m	Schizophrenie	Erst- u. Wieder- aufnahmen	12	Psychotische Exazerbation	Subjektive Einschätzung der Angehörigen basierend auf Gesamteindruck (während Klinikaufenthalt)	p	Kein Zusammenhang mit Verständnis für Patienten und akzeptierender Haltung diesem gegenüber
						48	Rehospitalisierung			
						9	Psychotische Exazerbation			

7 Lorei 1964	USA	88	m	alle Diagnosen	?	9	Rehospitalisierung	Fragebogen („Opinions about Mental Health Scale“) beantwortet kurz vor Klinikentlassung durch Patienten und Angehörigen, der für diesen Verantwortung trägt und ihm am nächsten steht	p	Autoritäre Einstellung gegenüber psychischer Krankheit („authoritarism“). Restriktive Haltung gegenüber psychisch Kranken („social restrictiveness“). Mangel an Wohlwollen und Verständnis für psychisch Kranke („benevolence“)
8 Cheek 1965	USA	67	m+w	Schizophrenie	?	12	Soziale Adaptation und Psychopathologie	Interaktionsanalyse von Familiendiskussion (Eltern & Patient) & Ratings basierend auf Interview & Fragebogen über familiäre Probleme im Zusammenhang mit psychischer Krankheit	.P	Intoleranz gegenüber Normabweichungen (Forciertes Durchsetzen rollenkongformen Verhaltens durch beide Eltern, wenig supportiv-permissive Haltung der Mutter, negative Sanktionen seitens der Mutter, wenig positive Sanktionen seitens des Vaters) Starkes emotionales Engagement (beide Eltern gespannt-nervös, Mutter feindselig, Vater sich wenig zurückhaltend) Hoher Grad an Aktivität in der Familie (vor allem vom Vater ausgehend)
9 Williams et al. 1965	A	82	w	Schizophrenie	chronisch	>24 =	Rehospitalisierung	Ratings basierend auf Interview mit Angehörigen	R	Konflikt- u. spannungsreiche Familienbeziehungen, mangelnde Akzeptanz des Patienten, feindselige Haltung gegenüber Patienten

Autoren	Land' N		Geschlecht ²	Diagnose	Stadium	Follow-up Zeitraum (Mo.)	Verlaufskriterium	Untersuchungsmethode	Untersuchungs- typ ³	Prädiktoren/Indikatoren für ungünstigen Verlauf
10 Michaux et al. 1969	USA	139	m+w	Endogene Psychosen & Neurosen & Persönlichkeitsstörungen (55% Schizophrenie)	29% Erst-aufnahmen	12	Soziale Adaptation & Psychopathologie („Katz Adjustment Scales“)	Fragebogen („Katz Adjustment Scales“) beantwortet durch signifikanten Anderen 1 Monat nach Klinikentlassung	p	Unzufriedenheit mit Rollen-performanz und Freizeit-aktivitäten des Patienten
11 Brown et al. 1972	GB	101	m+w	Schizophrenie	27% Erst-aufnahmen	9	Rückfall	Ratings basierend auf „Camberwell Family Interview“ mit nächstem Angehörigen („key relative“) bei Klinikaufnahme des Patienten	p	Hohes Ausmaß an emotionalem Engagement („expressed emotion“: Emotionale Überinvolviertheit & Anzahl kritischer Bemerkungen & Feindseligkeit)
12 Serban et al. 1976	USA	112	m+w	Schizophrenie	Wiederaufnahmen	18	Rehospitalisierung	Strukturiertes Interview mit engen Familienangehörigen und mit Patienten vor dessen Klinikentlassung	p	Inkongruenz der Erwartungen und Einstellungen von Patient und Familie
13 Kayton et al. 1976	USA	30	m+w	Schizophrenie	50% akut 50% chronisch	24	Soziale Adaptation & Psychopathologie & Rehospitalisierung („Strauss-Carpenter-Scale“)	Ratings der sozialen Umgebung, in die die Patienten entlassen werden	p	Begünstigung von Hilflosigkeit und Passivität des Patienten Offene oder versteckte Ablehnung des Patienten Verstärkung des Gefühls sozialer Entfremdung beim Patienten
14 Vaughn & Leff 1976	GB	37 30	m+w	Schizophrenie Neurotische Depression	57% Erst-aufnahmen	9	Rückfall	Ratings basierend auf „Camberwell Family Interview“ mit nächstem Angehörigen („key relative“) bei Klinikaufnahme des Patienten	p	Hohes Ausmaß an emotionalem Engagement („expressed emotion“: Emotionale Überinvolviertheit & Anzahl kritischer Bemerkungen)

15 Vaughn & Leff 1977	GB	37	m+w Schizophrenie	57% Erstaufnahmen	9	Rückfall	Inhaltsanalyse des „Camber-Pwel! Family Interview“ mit nächstem Angehörigen („key relative“) bei Klinikaufnahme des Patienten		Hohes Ausmaß an emotionalem Engagement („expressed emotion“: Emotionale Überinvolviertheit & Anzahl kritischer Bemerkungen)
16 Serban 1977	USA	70	m+w Schizophrenie	Erstaufnahmen	24	Rehospitalisierung	Standardisiertes Interview („Social Stress and Functionability Inventory for Psychotic Disorders“) mit Patienten vor Klinikaufnahme	p	Eingriffe der Eltern in das Leben des Patienten, Kritik, mangelnde Unterstützung
		205	Schizophrenie	Wiederaufnahmen	24	Rehospitalisierung		p	Kein Zusammenhang
17 Kennard et al. 1977	GB	52	m:w Endogene Psychosen & Neurosen & Persönlichkeitsstörungen (56% Schizophrenie)	?	3	Besuch der Tagesklinik bzw. Rehospitalisierung	Semantisches Differential beantwortet von nächstem Angehörigen („most closely involved with patient“) und Patient bei Klinikaufnahme	p R	Kein Zusammenhang mit der Diskrepanz zwischen Selbst- u. Fremdeinschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Gesundheitszustands des Patienten Kein Zusammenhang mit Fremdeinschätzung des Gesundheitszustands und der Persönlichkeit des Patienten

Autoren	Land' N	Diagnose	Stadium	Verlaufskriterium	Untersuchungsmethode	Prädiktoren/Indikatoren für ungünstigen Verlauf	
18 Scott & Alwyn 1978	GB 40	m+w Schizophrenie	Erstaufnahmen	30	Soziale und berufliche Adaptation	„Family Interpersonal Perception Test“ (Eltern & Patient) bei Klinikaufnahme	P+R Diskrepanz zwischen der tatsächlichen und der erwarteten Wahrnehmung der Eltern durch den Patienten sowie der Selbstwahrnehmung der Eltern
19 Klein et al. 1978	USA 275 T 94	m+w Schizophrenie	14% Erstaufnahmen	12	Soziale Adaptation Rehospitalisierung	Standardisiertes Interview („Katz Adjustment Scales“) R mit Angehörigen bei Klinikaufnahme, Klinikentlassung und 1 Jahr später	p ? Geringe Erwartungen hinsichtlich sozialer Performance, geringe Toleranz gegenüber Symptomverhalten
20 Huber et al. 1979	BRD 502	m+w Schizophrenie	66% Erstaufnahmen	269 ⁴	Soziale Adaptation	Subjektive Einschätzung der Einstellung der Eltern bzw. Ehepartner durch Interviewer und Patient Subjektive Einschätzung der Einstellung der Kinder bzw. Geschwister durch Interviewer und Patient	R Kein Zusammenhang. Ablehnende Haltung überbeschützende, überfürsorgliche, zu sehr gefühlsbetonte, bevormundende Haltung
21 Ciompi et al. 1979	CH 81	m+w alle Diagnosen (61% Schizophrenie)	chronisch	12	Wohn- und Arbeitssituation	Standardisiertes Interview mit Angehörigen	p Negative Erwartungen hinsichtlich der Wohn- und Arbeitssituation

22 Kreisman et al. 1979	USA	133	?	Schizophrenie	7	18	Rehospitalisierung	Fragebogen („Patient Rejection Scale“) beantwortet von Angehörigen	p	Ablehnende Haltung gegenüber dem Patienten
23 Greenley 1979a	USA	31	m+w	funktionelle Störungen (ohne Suchtkranke) (ca. 2/3 Schizophrenie)	23% Erstaufnahmen	43 ⁴	Rehospitalisierung	Strukturiertes Interview mit engstem Verwandten („closest relative“) kurz nach Klinikaufnahme	p	Angst, die Kontrolle über den Patienten zu verlieren Ablehnende Haltung gegenüber dem Patienten Erwartung, daß der Patient von der Familie abhängig wird Erwartung von Symptomverhalten
24 Greenley 1979b	USA	31	m+w	funktionelle Störungen (ohne Suchtkranke) (ca. 2/3 Schizophrenie)	23% Erstaufnahmen	43 ⁴	Rollenperformanz Psychopathologie	Strukturiertes Interview mit engstem Verwandten („closest relative“) kurz nach Klinikaufnahme	p	Geringe Erwartungen hinsichtlich Rollenperformanz Subjektive Stigmatisierung Ablehnende Haltung gegenüber Patienten
25 Vaughn & Leff 1981	GB	37	m+w	Schizophrenie	57% Erstaufnahmen	9	Rückfall	Inhaltsanalyse des „Camberwell Family Interview“ mit nächstem Verwandten („key relative“) bei Klinikaufnahme des Patienten	p	Aufdringlichkeit (der Patient kann nicht ein Gefühl persönlicher Autonomie entwickeln) Reaktion auf die Krankheit mit Ärger und Kummer Zweifel am Krankheitscharakter des Symptomverhaltens Tendenz den Patienten für seinen Zustand verantwortlich zu machen Intoleranz gegenüber Symptomverhalten und Leistungsdefiziten insistieren auf normgerechtem Verhalten

Autoren	Land ¹	N	Diagnose	Stadium	Verlaufskriterium	Untersuchungsmethode	Prädiktoren/Indikatoren für ungünstigen Verlauf
26 Leff & Vaughn 1981	GB	25	m+w Schizophrenie	7	24 Rückfall	Ratings basierend auf „Camberwe 11 Family Interview“ mit nächstem Verwandten („key relative“) bei Klinikaufnahme des Patienten	p Hohes Ausmaß an emotionalem Engagement („expressed emotion“: Emotionale Überinvolviertheit & Anzahl kritischer Bemerkungen)
27. Vaughn et al, 1982	USA	54	? Schizophrenie	17% Erst-aufnahmen	9 Rückfall	Ratings basierend auf „Camberwell Family Interview“ mit nächstem Angehörigen („key relative“)	p Hohes Ausmaß an emotionalem Engagement („expressed emotion“: Emotionale Überinvolviertheit & Anzahl kritischer Bemerkungen & Feindseligkeit)
28 Parker et al. 1982	A	72	m+w Schizophrenie	24% Erst-aufnahmen	9 Rehospitalisierung	Fragebogen („Parental Binding Instrument“) beantwortet durch Patienten	p Geringe Fürsorge und Überprotektion
29 Spitzer et al. 1982	USA	79	m+w Funktionelle Störungen (35% Psychosen)	Erst-aufnahmen	168 Rehospitalisierung	Strukturiertes Interview mit signifikantem Anderen („primary significant other“) vor Klinikaufnahme & Informationen aus Krankenakten	p Hohe Leistungserwartungen Geringe Toleranz abweichenden Verhaltens
30 Angermeyer 1982	BRD	30	m Schizophrenie	Erst-aufnahmen	24 Rehospitalisierung	Interaktionsanalyse von Familiendiskussion (Eltern & Patient) bei Klinikentlassung	p Aggressivität der Väter Intrapunitive Tendenzen und Schuld- und Schamgefühle der Mütter Affektlabilität beider Eltern Symmetrische Interaktion zwischen Mutter und Patient

31 Anger- meyer & Schwaan 1982	BRD	30	m	Schizophrenie	Erstauf- nahmen	24	Rehospitalisierung	Semantisches Differential (Gießen-Test) beantwortet von Eltern und Patient bei Klinikentlassung	p	Konflikt zwischen Eltern und Patient um die Defini- tion als Kranker auf dem Hintergrund rigider Norm- vorstellungen
32 Anger- mevret al. 1983	BRD	30	m	Schizophrenie	Erstauf- nahmen	24	Rehospitalisierung	1 Interaktionsanalyse von Familiendiskussion (Eltern & Patient) bei Klinikentlassung	p	Enge Abhängigkeit des affektiven Zustands der einzelnen Familienmit- glieder voneinander

1 GB= Großbritannien, N =Norwegen, T =Türkei, CH= Schweiz, A =Australien, BRD= Bundesrepublik Deutschland

2' m = männlich, w =weiblich, m + w = männlich und weiblich, keine Differenzierung nach Geschlecht, m: w = männlich und weiblich, Differenzierung nach Geschlecht

3 P = prospektive Studie; R = retrospektive Studie 4

Mittelwert

Angehörigenprobleme im Spiegel von Selbsterfahrungsgruppen

Heinz Katschnig und Teresa Konieczna

Einleitung

Im Rahmen der Wiener Angehörigen-Selbsthilfeorganisation *Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)* führen wir seit mehreren Jahren Selbsterfahrungsgruppen für Angehörige durch. Die Entstehungsgeschichte und spezifische Eigenart der Wiener Selbsthilfeorganisation wird an anderer Stelle dieses Buches dargestellt (*Katschnig und Sint*, Seite 46). Das Ziel dieser, wie jeder anderen Selbsthilfeorganisation, besteht darin, das Selbstbewußtsein der Betroffenen zu erhöhen und das in ihnen selbst vorhandene Potential zur Lösung ihrer Probleme zu entwickeln und richtig einzusetzen. Es ist die Eigenart des Wiener Ansatzes, daß die Angehörigen bei dieser „Selbsthilfe“ von Psychiatrieexperten begleitet werden. Unter dieser Prämisse ist auch die Veranstaltung von Selbsterfahrungsgruppen für Angehörige zu sehen, die von Psychiatrieexperten moderiert werden.

Im Vergleich zu anderen Typen der Expertenarbeit mit Angehörigen ist bei den von uns moderierten Selbsterfahrungsgruppen hervorzuheben, daß die Angehörigen nicht individuell zur Teilnahme aufgefordert werden, sondern daß die Ankündigung öffentlich im Mitteilungsblatt der Angehörigenvereinigung erfolgt, daß also der Entschluß, an einer solchen Gruppe teilzunehmen, ganz auf der Seite des Angehörigen liegt. Diese absolute Freiwilligkeit der Teilnahme unterscheidet unsere Arbeit mit Angehörigen von der neuerdings propagierten institutionsbezogenen Arbeit mit Angehörigen (vgl. *Dörner et al.*, 1982). Bei dieser institutionsbezogenen Arbeit werden die Angehörigen in der Regel direkt aufgefordert, an Angehörigenrunden teilzunehmen, die von der Institution, in der ihr Patient in Behandlung steht, veranstaltet werden. Weil die Moderatoren derartiger institutionsbezogener Gruppen häufig identisch mit den Therapeuten des kranken Familienmitgliedes sind, zumindest aber Repräsentanten der behandelnden Institution sind, entwickeln sich bei den Angehörigen Befürchtungen, ihr Verhalten in der Gruppe oder ihre Äußerungen könnten dem Patienten schaden. Der Offenheitsgrad ist deshalb in derartigen institutionsgebundenen Angehörigengruppen geringer als in dem Typ der von uns moderierten „Selbsterfahrungsgruppe“. Diese Feststellung stützt sich auch auf eigene Erfahrungen mit Gruppen von Angehörigen, deren Patienten wir selbst in der Tagesklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik in Wien betreuen. In der öffentlich „ausgeschriebenen“ Angehörigenrunde sind wir nicht nur nicht die Therapeuten der Patienten, sondern kennen diese nicht einmal (*Katschnig und Konieczna*, 1984).

Diese Vorbemerkung erscheint uns deshalb wichtig, weil anzunehmen ist, daß das spezifische Setting unserer Selbsterfahrungsgruppen eine selektierte Gruppe von Angehörigen zu uns bringt. Wir können schon aus diesem Grund nicht den Anspruch erheben, bei der unten gegebenen Darstellung von Angehörigenproblemen vollständig zu sein. Die Freiwilligkeit der Teilnahme bewirkt, daß eine im Hinblick auf die Streß-

Ich möchte an dieser Stelle Frau Dr. med. Eleni Berner, Frau Mag. rer. soc. Geraldine Fuchs-Robetin und Frau Dr. Esther Wanschura danken, mit denen ich in früheren Jahren Angehörigen-Selbsterfahrungsgruppen moderiert habe (H. Katschnig).

belastung und die Fähigkeit zur Bewältigung dieser Probleme „mittelgradig“ belastete Gruppe von Angehörigen unser Angebot annimmt. Angehörige, die ihre häuslichen Probleme von selbst meistern, sind deshalb genauso unterrepräsentiert, wie Angehörige, die in ihre familiären Probleme so verstrickt sind, daß sie die Möglichkeit einer Änderung ihrer Situation durch Arbeit an sich selbst gar nicht sehen. Unterrepräsentiert sind in unseren Gruppen auch Angehörige von Patienten, bei denen die Erkrankung erst kurz zurückliegt. Bei diesen Angehörigen verhindern noch Verleugnungsmechanismen und mehr oder minder berechtigte Hoffnungen auf Heilung, daß sie sich mit der Rolle des Angehörigen eines psychisch Kranken identifizieren. Dementsprechend überwiegen in unseren Selbsterfahrungsgruppen in der Regel Angehörige von Patienten, die schon mehrere Rückfälle hinter sich haben oder bei denen sich ein chronischer Verlauf entwickelt hat. Schließlich müssen wir auch noch feststellen, daß es sich in allen bisherigen Selbsterfahrungsgruppen vorwiegend um Angehörige von schizophrenen Patienten und in erster Linie um Eltern gehandelt hat.

Welche Probleme Angehörige von psychisch Kranken tatsächlich haben und wie kompliziert sie sind, hängt zunächst vom spezifischen Verwandtschaftsverhältnis ab. Blutsverwandte, insbesondere Eltern von kranken Kindern und Kinder von kranken Eltern, fühlen sich schon von den gesellschaftlichen Erwartungen her besonders verpflichtet, sich um ihren psychisch behinderten Angehörigen zu bemühen. Neben dem Verwandtschaftsverhältnis spielen noch andere Faktoren für die Wahrscheinlichkeit, daß bestimmte Probleme auftreten, und für ihren Kompliziertheitsgrad eine Rolle: die Art und das Stadium der Erkrankung sowie die Intensität, mit der die Symptome den Alltag des Angehörigen beeinträchtigen, die Persönlichkeit des Angehörigen und schließlich, und vielleicht am allerwichtigsten, die Tatsache, ob Patient und Angehörige zusammen wohnen, beziehungsweise für den Fall, daß sie getrennt leben, wie häufig sie Kontakt miteinander haben.

Schließlich ist auf die „Auswahl“ der Probleme, über die wir im folgenden berichten, nicht ohne Einfluß, daß die Selbsterfahrungsgruppen eine „therapeutische“ Intention haben, worüber die Angehörigen schon in der Ankündigung nicht im unklaren gelassen werden. Auf die „therapeutische Technik“ und die „Wirkungsmechanismen“ bei Verhaltensänderungen der Angehörigen einzugehen, ist nicht Aufgabe dieses Artikels (*Katschnig und Konieczna*, 1984). Die Zahl der Sitzungen ist von vornherein mit 8 bis 10 zu je 90 Minuten begrenzt, was einerseits den Vorteil hat, daß von Anfang an ein gewisser Druck besteht, rasch zu den „wahren Problemen“ zu kommen, was aber regelmäßig gegen Ende der Sitzungen auch den Wunsch erzeugt, weiterzuarbeiten. An dieser Stelle fällt dann die Entscheidung, ob aus der „expertenmoderierten“ Selbsterfahrungsgruppe eine echte Selbsthilfegruppe wird, was wir immer wieder erleben.

Bei der Darstellung der in den Selbsterfahrungsgruppen am häufigsten geäußerten und bearbeiteten Probleme haben wir fünf Gruppen gebildet. Wir beginnen mit den mehr objektiven und sachlichen Problemen und kommen dann zu den komplizierteren psychologischen Problemen. Dabei wird sich aber herausstellen, daß auch die so sachlich erscheinenden materiellen Probleme in mehrfacher Weise eine psychologische Bedeutung haben, so daß diese Unterscheidung in gewisser Weise künstlich ist.

Allgemeine Probleme

Die Tatsache, mit einem psychisch kranken Familienmitglied leben zu müssen, beeinflusst ganz allgemein die materiellen und sozialen Lebensgrundlagen. So werden etwa

die finanziellen Mehrbelastungen, die zwangsläufig mit der psychischen Erkrankung eines Angehörigen einhergehen, vielfach dadurch verschärft, daß sich ein berufstätiger Angehöriger, der sich um den Patienten kümmert, aus verschiedenen, zum Teil objektiv berechtigten, zum Teil subjektiv überbewerteten Gründen, gezwungen sieht, seine berufliche Tätigkeit entweder ganz oder teilweise aufzugeben.

Zu diesem Problemkreis gehört auch die Wohnsituation. Es gibt genügend Angehörige, die einsehen, daß das ständige Zusammenleben mit dem psychisch kranken Familienmitglied für beide Teile nicht gut sein kann. Oft verhindert aber die berechtigte Sorge, daß der Patient sich wegen der Schwere seiner Krankheit nicht selbst versorgen kann, seinen Auszug, wenn nicht bereits finanzielle Überlegungen ein solches Unternehmen als aussichtslos erscheinen lassen.

Viele Angehörige würden mit dem Patienten vermutlich ohne weiteres zusammenleben können, wenn er tagsüber außer Haus wäre. Dies ist aber gerade ein Kernproblem der meisten psychisch Kranken: Ein Großteil der Patienten ist entweder arbeitslos oder bereits pensioniert und hat deshalb keine Tagesstruktur. Viele sind darüber hinaus nicht zu bewegen, in eine Tagesstätte oder Tagesklinik zu gehen und verbringen den Großteil des Tages in der Wohnung. Gerade antriebsarme schizophrene Patienten, die nicht zu motivieren sind, im Haushalt mitzuhelfen, und oft den ganzen Tag im Bett verbringen, stellen die Geduld vieler Angehöriger auf die Probe. Viele Angehörige versuchen immer wieder, für den Patienten eine Arbeit zu finden, und erleiden, besonders bei der derzeitigen Wirtschaftslage, regelmäßig Schiffbruch. Selbst dort, wo die Patienten motiviert sind zu arbeiten, kommt es durch die nicht ganz unverständliche Überschätzung der Leistungsfähigkeit durch den Patienten selbst und durch den Angehörigen, zu herben Enttäuschungen, und nicht wenige solcher Patienten haben eine „Arbeitsgeschichte“ von 20 und 30 Stellenwechseln. Viele Angehörige klagen, daß die Patienten mit Geld nicht umgehen können und daß die Tatsache, daß die Angehörigen die Zuteilung von Taschengeld rationieren, oft genug ein Grund für Auseinandersetzungen ist.

Die normale Erwartung von Eltern, daß ein erwachsen gewordenes Kind mit einem Partner eine Familie gründet, wird in der Regel enttäuscht. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich bei den Patienten um junge Männer handelt, die offenbar noch viel seltener eine Partnerin finden als junge Patientinnen einen Partner. Das dürfte damit zusammenhängen, daß von Männern im Hinblick auf Partnersuche eher eine aktive Rolle erwartet wird als von Frauen und daß gerade die typische Antriebslosigkeit von manchen schweren psychischen Störungen die Männer hier viel schwerer behindert als Frauen.

Es ist keine Frage, daß viele der genannten allgemeinen „materiellen“ und „sachlichen“ Probleme mit psychologischen Erwartungen, Ängsten und Kontrollbedürfnissen auf Seiten des Angehörigen verknüpft sind. Unabhängig von diesen psychologischen Dimensionen, die man in vielen Fällen bei den genannten Problemen aufzeigen kann, wollen wir aber zunächst festhalten, daß allein die sachlichen Aspekte jeden Menschen, der mit einem psychisch Kranken zusammenlebt, vor schwer zu lösende Aufgaben stellen würden.

Krankheitsbezogene Probleme im engeren Sinn

Eine spezielle psychologische Schwierigkeit, die ebenfalls relativ unabhängig von der Persönlichkeit der Bezugsperson besteht, ist der Umgang mit verschiedenen direkt krankheitsbezogenen Problemen: mit eindeutig psychotischen Symptomen im engeren

Sinn; mit Verhaltensweisen, von denen es für die Bezugsperson fraglich ist, ob sie tatsächlich durch die Krankheit oder durch „schlechten“ Willen bedingt sind; und mit den Erwartungen, Hoffnungen und Ängsten, die aus der Tatsache resultieren, daß der Familienangehörige eine „Krankheit“ hat. Die genannten Probleme spielen natürlich indirekt in alle anderen Problembereiche hinein, sie werden aber immer wieder als besonders belastend erlebt, weshalb wir sie in einem eigenen Abschnitt behandeln.

Was die Reaktion der Angehörigen auf Symptome im engeren Sinn betrifft, so konnten wir die für den Laien vielleicht überraschende Beobachtung machen, daß die Angehörigen mit eindeutig psychotischem Verhalten, also mit Wahnideen und Halluzinationen, dann, wenn der Patient nicht gleichzeitig aggressiv ist, im Durchschnitt wesentlich besser fertigwerden als mit Verhalten, das an der Grenze zwischen Normalität und Krankheit angesiedelt ist. Beim Umgang mit Wahnideen berichten Angehörige immer wieder davon, daß eine ruhige Mitteilung an den Patienten - man verstehe *wohl*, daß er die Dinge *so* sehe, er möge aber einsehen, daß man es selbst nicht so sehen könne - am ehesten Erfolg habe.

Im Gegensatz dazu sind etwa Antriebslosigkeit und Inaktivität, die sich in mangelnder Bereitschaft zur Mithilfe im Haushalt oder in fehlender Berufstätigkeit äußern, weiterhin die schon genannte Unfähigkeit mit Geld umzugehen, oder die Äußerung von Suizidabsichten, typische Verhaltensweisen, die Angehörige immer wieder vor die unlösbare Frage stellen, ob der Patient nicht anders kann, oder ob er nicht anders will. Ist er „mad or bad“, wie in einem englischen Wortspiel gesagt wird. Die Schwierigkeit wird noch dadurch akzentuiert, daß es im Verlauf einer Krankheit tatsächlich verschiedene Stadien gibt, in denen der Patient über wechselnde Einsicht in seine Störungen verfügt. Mit diesem Problem haben im übrigen natürlich nicht nur die Angehörigen, sondern alle zu tun, die mit psychotischen Patienten therapeutischen Umgang pflegen. Betreuern in Tageskliniken oder Wohnheimen ist diese Schwierigkeit sehr gut vertraut und sie wissen, daß es hier keine Patentlösung gibt. Den Angehörigen diese Einsicht zu vermitteln, die ihnen auch sehr viel Ängste nimmt, sich im Umgang mit ihren Kindern falsch zu verhalten, ist ein wichtiges Ziel der Selbsterfahrungsgruppe: Es ist in vielen Alltagssituationen einfach nicht zu entscheiden, ob man sich sanktionierend-erzieherisch oder geduldig-nachsichtig verhalten soll.

Unmittelbar im Zusammenhang mit dem Krankheitscharakter der Störung stehen auch verschiedene spezifische Ängste der Angehörigen. So entsteht einerseits durch die Erfahrung eines jahrelangen Krankheitsverlaufes ohne wesentliche Besserung, andererseits durch die mit der Vorstellung einer chronischen Krankheit einhergehende Hoffnungslosigkeit, sehr häufig eine Zukunftsangst, besonders bei schon älteren Angehörigen, die sich in der konkreten Frage „Was ist, wenn ich einmal nicht mehr bin?“ äußert.

Direkt im Zusammenhang mit dem „Krankheitskonzept“ von psychischen Störungen steht auch die Angst vor Stigmatisierung durch Außenstehende und der Versuch mit allen Mitteln die Tatsache zu verheimlichen, daß ein Familienmitglied psychisch krank ist.

„Kennzeichnend für diese Unglücklichen ist, daß sie nicht nur eine minderwertige Gesundheit, sondern eine minderwertige Krankheit haben“, wie es Robert Musil im „Mann ohne Eigenschaften“ ausdrückt. Diese „Minderwertigkeit“, die psychischen Krankheiten anhaftet, schürt besondere Ängste davor, daß auch andere Familienmitglieder daran erkranken könnten. Einerseits wird befürchtet, daß das kranke Familienmitglied auf die seelische Gesundheit anderer Familienangehöriger einen direkten

schädlichen Einfluß ausübt, etwa ein krankes Kind auf die Geschwister, andererseits bestehen spezifische Ängste, daß die psychische Krankheit des Familienmitgliedes vererbbar sei, was sich in den nicht allzu seltenen Fragen äußert, ob der kranke Familienangehörige Kinder haben solle.

Auch für die hier genannten Probleme gilt, daß ein Angehöriger eines psychisch Kranken früher oder später unweigerlich vor sie gestellt wird und daß er sie in der Regel nicht selbst „erzeugt“. Wie aber ein Angehöriger mit diesen Problemen umgeht, hängt mit seinen persönlichen Problembewältigungsstrategien zusammen. Neben den von Angst und Hoffnungslosigkeit gezeichneten Angehörigen, findet man ab und zu auch solche, die von einer irrationalen Hoffnung auf eine völlige Genesung getragen werden. Es kommt gelegentlich auch vor, daß sich Angehörige durch eine pseudowissenschaftliche Attitüde und Aneignen von Fachwissen von der Krankheit zu distanzieren versuchen. Diese oberflächliche Art der „Bewältigung“ können sich erfahrungsgemäß eher solche Angehörige leisten, die mit dem Patienten nicht ständig beisammen sind, also etwa berufstätige Väter.

Psychiatriebezogene Probleme

Das Verhältnis zwischen Angehörigen und Psychiatrie ist aus der Sicht der Angehörigen in der Regel gestört. Sei es, daß Angehörige lediglich als „Anamnese-Lieferanten“ benützt werden, ähnlich wie in der Kinderheilkunde, wo ein krankes Kind über sich selbst keine Auskunft geben kann, sei es, daß sie zum Zweck der genetischen Forschung in Untersuchungen einbezogen wurden, ohne daß man sich sonst weiter um sie kümmert, sei es aber auch, wie in neuerer Zeit, daß die Angehörigen in der Sicht mancher Psychiater plötzlich eine sehr bedeutsame, aber negative Rolle erhalten: die Rolle des Verursachers der Krankheit ihrer Kinder.

In all diesen Fällen ist diese Beziehung auch noch dadurch gekennzeichnet, daß der Informationsfluß ein sehr einseitiger ist und daß die Psychiater von ihrem Wissen wenig an die Angehörigen weitergeben. Entweder, so berichten viele Angehörige, hätten Psychiater ausweichend auf ihre Fragen geantwortet, oder dezidiert pessimistisch und dogmatisch, auf jeden Fall sei die Information meistens kurz und so gestaltet gewesen, daß Zusatzfragen nicht möglich gewesen seien. So sehen wir uns in den Selbsterfahrungsgruppen gleich von Anfang an mit gezielten Informationsfragen konfrontiert, die auf einen großen Wissensmangel hinweisen.

Paradoxerweise führt gerade die mangelnde Informationsfreudigkeit der Psychiater manche Angehörige dazu, das Wissen, das die Psychiatrie heute besitzt, zu überschätzen und sich das vorenthaltene „Wissen“ in populärwissenschaftlicher Literatur anzueignen. Sie sind dann auch geneigt, die in solchen Schriften verfochtenen einseitigen Ansichten zu übernehmen, und wir erleben sehr oft, daß viele bereits eine eindeutig vorgefaßte Meinung über die Entstehung von psychischen Krankheiten haben, wenn sie zu uns kommen. Daß diese Theorien in ein und derselben Angehörigengruppe konträr sein können, ist für den Fortgang der Gruppe sehr belebend. So finden sich immer wieder Angehörige, die sich von den antipsychiatrischen und familientheoretischen Schriften ganz in die „Täterrolle“ drängen lassen, was dann mit typischen Schuldgefühlen einhergeht. Auf der anderen Seite gibt es auch den Typ von Angehörigen, der jede persönliche Beteiligung an der Entstehung der Krankheit eines Kindes entschieden von sich weist und mit Verbissenheit eine biologische Verursachungstheorie, etwa die „Vitaminmangeltheorie“ der Schizophrenie, vertritt.

Über mangelndes Wissen verfügen die Angehörigen nicht nur im Hinblick auf die Natur psychischer Krankheiten und ihre Entstehung, sondern auch über ihre Behandelbarkeit und die bestehenden Betreuungsmöglichkeiten. Über die spezifischen Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen, die sicherlich auch von der Persönlichkeit des Angehörigen mitgeprägt sind. Hier reicht das Spektrum der Einstellungen von der völligen Ablehnung von Medikamenten bis zu einer völligen Identifizierung mit der klinischen Psychiatrie, die sich darin äußert, daß Angehörige Erfahrungen darüber austauschen, wie man Patienten, die die Medikamente nicht nehmen wollen, diese am geschicktesten zuführt. Wenngleich es unser Prinzip ist, in den Selbsterfahrungsgruppen direkte Informationsfragen zunächst nicht zu beantworten (um dem Frager die Bedeutung dieser Frage für sich selbst bewußt zu machen), sehen wir uns hin und wieder wegen völlig falscher sachlicher Vorstellungen, gerade über Medikamente, gezwungen, dieses Prinzip zu durchbrechen und tatsächlich auf eine Anfrage Auskunft zu erteilen. Freilich haben wir hier in Wien die Möglichkeit, die Angehörigen auf die Selbsthilfeorganisation *Hilfe für psychisch Erkrankte* zu verweisen, die in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen abhält, deren Hauptzweck eine derartige Informationsvermittlung ist.

Viele Angehörige wissen auch wenig darüber, welche Betreuungsmöglichkeiten es gibt. Dies ist keineswegs verwunderlich, da die Betreuungsmöglichkeiten für psychisch Kranke und die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen dafür auch von Fachleuten nicht einfach zu durchschauen sind. Aus schlechten Erfahrungen mit Lücken im Versorgungssystem auf der einen Seite, mit widersprüchlichen Doppelgleisigkeiten auf der anderen Seite, ist bei vielen Angehörigen eine gewisse Verbitterung gegen die Psychiatrie entstanden, die wir in der Gruppe nicht selten am eigenen Leib zu spüren bekommen. Treten derartige „Aggressionen“ gegen die Moderatoren (als Vertreter des offiziellen Betreuungssystems) auf, so kann man fast gesetzmäßig beobachten, daß der eine oder andere Angehörige sich zum Verteidiger der Psychiatrie macht, sei es, daß er tatsächlich auf positive Erfahrungen mit Ärzten und anderen Betreuern zurückblicken kann, sei es aber, daß er noch übertriebene Hoffnungen in eine idealisierte Psychiatrie setzt und es nicht zulassen kann, daß diese Psychiatrie schlecht gemacht wird. Verdammung und Überschätzung der Psychiatrie sind regelmäßig Themen in den Selbsterfahrungsgruppen. Diese Einstellung auf ein vernünftiges „Mittelmaß“ zwischen beiden Extremen zurückzuschrauben, betrachten wir als eine wichtige therapeutische Aufgabe. Gerade diese psychiatriebezogenen Probleme lassen sich in derartigen Selbsterfahrungsgruppen gut bearbeiten, weil wir ein Modell für alle anderen psychiatrischen Betreuer abgeben, und die genannten Fehlhaltungen mit uns durchgearbeitet werden können.

Körperliche und seelische Überlastung

Körperliche und seelische Überlastung sind für die meisten Angehörigen das bewußte Hauptmotiv bei der Entscheidung, an einer Selbsterfahrungsgruppe teilzunehmen. Regelmäßig stehen Klagen über die eigene Verzweiflung, Resignation und Erschöpfung gleich zu Beginn im Vordergrund. Dies hängt sicher damit zusammen, daß viele Angehörige seit langer Zeit zum ersten Mal die Gelegenheit haben, angstfrei zu sprechen, weil sie erwarten können, daß sie bei den von den gleichen Problemen Betroffenen Verständnis finden.

Zweifelsohne führt das Angehörtwerden als solches bereits zu einer gewissen Erleichterung, wie regelmäßig schon bald nach Beginn der Gruppe betont wird. Allerdings stellt sich aufgrund unserer Erfahrungen die Überlastung nicht einfach als die Folge einer Kumulation von objektiven Problemen dar, sondern als das Endresultat von Versuchen und Fehlversuchen, die in den bisherigen Abschnitten genannten mehr oder minder objektive Probleme zu bewältigen. Bei einigen Gruppenmitgliedern entsteht bald die Frage, ob manche Einschränkungen im Alltag tatsächlich in dem Ausmaß notwendig sind, in dem sie von einem Angehörigen geschildert werden. Wenn jemand tatsächlich seit fünf Jahren nicht mehr im Urlaub war und dies mit der Angst davor begründet, der Patient könne nicht allein gelassen werden, weil er selbstmordgefährdet sei, dann beginnen andere Angehörige die Notwendigkeit dieser Einschränkung anzuzweifeln. Auf diese Art und Weise werden nach und nach die meisten geschilderten „Überlastungsphänomene“ von der Gruppe in Frage gestellt. Wenn eine Angehörige etwa berichtet, sie habe wegen des Besuches der Selbsterfahrungsgruppe die Patientin, ihre 20jährige Tochter, zum ersten Mal seit einem halben Jahr allein gelassen und müsse wahrscheinlich früher weggehen, weil sonst etwas passiere, dann nimmt die Gruppe diese Nachricht nur zum Teil mit Verständnis auf und der eine oder andere lobt die Mutter sogar, daß sie es an diesem Tag tatsächlich fertig gebracht habe, die Tochter allein zu lassen. Es ist aber erstaunlich, in welchem Ausmaß manche Angehörige den Splitter im Auge des anderen sehen, den Balken im eigenen Auge aber nicht. Dies weist schon darauf hin, daß die Überbelastung ein mit vielen irrationalen Elementen zusammenhängendes Phänomen ist.

Es ist verständlich, daß sich viele Angehörige zunehmend in die soziale Isolation begeben haben, daß sie weder Besuche empfangen noch Einladungen annehmen - sie müssen ja befürchten, über das Wohlergehen des Patienten befragt zu werden und haben eine verständliche Scheu davor, als Familie mit einem psychisch Kranken abgestempelt zu werden. Es ist eine Tatsache, daß sie durch die vielen Alltagsprobleme, die wir schon geschildert haben, in ihrer frei verfügbaren Zeit sehr eingeschränkt sind, genauso wie es eine Tatsache ist, daß sie zunehmend von anderen gemieden werden. So sehr diese verständlichen Motive für eine Isoliertheit akzeptiert werden können, so sehr sind es auch immer wieder Persönlichkeitsfaktoren, die dieses Verhalten mit beeinflussen.

Bei Blutsverwandten, insbesondere aber bei Eltern, hier wieder besonders bei Müttern mit einem einzigen Kind, wirken auch gesellschaftliche Erwartungen im Hinblick auf die Verpflichtung zur Fürsorge für kranke Familienmitglieder mit. Die Kombination von Persönlichkeitsfaktoren, sozialen Erwartungen und tatsächlicher Hilfebedürftigkeit des Patienten führt in vielen Fällen zum bekannten Phänomen der Überfürsorglichkeit. Es mischen sich dann in einer undurchschaubaren Weise eine begründete Sorge um das Wohlergehen des Patienten mit Kontrollbedürfnissen, die vom Patienten oft als im Vordergrund stehend erlebt werden. Die Angehörigen geraten dabei mehr und mehr in einen Erschöpfungszustand, besonders wenn sich aus der überfürsorglichen Haltung des einen Angehörigen Konflikte mit einem anderen Angehörigen ergeben, der für eine etwas „härtere Gangart“ ist. Oft beobachten wir, daß sich in derartigen Familien zusätzlich zur Isolierung nach außen für die hauptsächliche Bezugsperson des Patienten auch eine „Isolierung nach innen“ ergibt. In diesem Fall kommt es zur fatalen Kombination einer Erschöpfung mit einer Kränkung darüber, daß die Sorge um das Wohlergehen des Patienten von den anderen Familienmitgliedern nicht nur nicht richtig gewürdigt, sondern sogar abgelehnt wird. Das Resultat all dieser Prozesse ist ein depressiver, seelisch und körperlich erschöpfter Angehöriger,

der jetzt guten Grund hat, daran zu zweifeln, ob er sich dem Patienten gegenüber richtig verhält. Die führt uns zur letzten Problemgruppe.

Schuldgefühle

Als eine treibende Kraft der Überfürsorglichkeit entdecken wir regelmäßig Schuldgefühle. „Gründe“ für Schuldgefühle haben unsere Angehörigen genügend. Die meisten machen sich Vorwürfe, daß sie sich früher „falsch“ verhalten hätten, oder jetzt falsch verhielten.

In jeder Gruppe gibt es Angehörige, die entweder durch Lektüre populärwissenschaftlicher Schizophrenieliteratur, durch Vorwürfe vonseiten des Patienten und von anderen Familienmitgliedern oder sogar durch mehr oder minder offene Kritik von seiten des behandelnden Psychiaters auf die Idee gebracht wurden, sie seien an der Entstehung der Krankheit wesentlich mitbeteiligt. Die Konfrontation mit derartigen Anschuldigungen führt sehr häufig zu Zweifeln am eigenen früheren Erziehungsverhalten. Wir erleben es immer wieder, wie solche Angehörige sich tatsächlich mit der „Täterrolle“ identifizieren und Ereignisse aus ihrem früheren Leben erzählen, von deren „kausaler“ Wirkung sie völlig überzeugt sind. Solche Angehörige verlieren völlig die Perspektive dafür, daß die von ihnen als krankheitserzeugend angesehenen Verhaltensweisen oder Ereignisse (etwa Berufstätigkeit der Mutter während der ersten Lebensjahre des Kindes) in vielen Familien vorkommen. Daß es zu derartigen verzerrten Sichtweisen kommt, hängt sicher auch damit zusammen, daß die meisten Angehörigen im Hinblick auf das tatsächlich heute bestehende Wissen über die Entstehung psychischer Krankheiten weitgehend uninformiert gelassen werden.

Zu diesen Selbstvorwürfen, die sich auf die Vergangenheit beziehen, gesellen sich häufig Ängstlichkeit und Unsicherheit darüber, ob man nicht auch noch jetzt im Umgang mit dem Patienten schwerwiegende Fehler begeht. Die nähere Analyse der dabei vorgebrachten Probleme zeigt, daß es sich in der Regel um die schon erwähnten Verhaltensweisen der Patienten handelt, bei denen auch der Fachmann schwer entscheiden könnte, was die richtige Reaktion wäre, weil sie im Hinblick auf „krank“ oder „will nicht“ nicht leicht gedeutet werden können. Besonders wenn es zu einem Rückfall gekommen ist, quälen sich manche Angehörige mit Selbstvorwürfen, daß sie entweder zu streng oder zu nachsichtig gewesen seien. Eine Variante dieser Schuldgefühle liegt dann vor, wenn sich Angehörige, die durch eine aus finanziellen Gründen notwendige Berufstätigkeit nur relativ wenig Zeit für den Patienten haben, vorwerfen, sie würden für den Patienten zu wenig tun.

Der Umgang mit Schuldgefühlen in Selbsterfahrungsgruppen gehört zu den schwierigeren Problemen, mit denen die Moderatoren fertig werden müssen. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, daß hier eine Reihe von psychodynamischen Mechanismen wirksam sind, die in derartigen sich auf wenige Sitzungen beschränkenden Selbsterfahrungsgruppen nicht leicht bearbeitet werden können. Wir merken dies immer daran, daß die auf den ersten Blick eigentlich entlastende Information, daß es über die Entstehung psychischer Krankheiten heute wenig Sicherheit gibt, keine Wirkung zeigt, daß der Hinweis auf die Unlösbarkeit des „Krank-oder-Böse-Problems“ nur bei manchen Angehörigen, bei diesen allerdings schlagartig, eine Erleichterung bringt. Bei anderen Angehörigen beobachten wir, wie sich die gesamte Gruppe darum bemüht, sie von ihren offenkundig übertriebenen Schuldgefühlen abzubringen und

dabei scheitert. Manchmal ist es schon für die gesamte Gruppe durchschaubar, daß der betreffende Angehörige die Schuldgefühle als sozial akzeptierbares Motiv für seine Überfürsorglichkeit benötigt, und daß diese Schuldgefühle von einem sozial weniger akzeptierten Bedürfnis, nämlich dem nach der Kontrolle des Patienten, ablenken sollen: Alle verstehen diese Zusammenhänge schon, der betroffene Angehörige aber kann sie noch nicht wahrnehmen.

Schlußbemerkung

Der Zweck dieses Überblicks war es, die breite Palette von Problemen aufzuzeigen, von denen Angehörige psychisch Kranker, die an Selbsterfahrungsgruppen teilnehmen, betroffen sind. Es war nicht die Absicht dieses Beitrages, darzustellen, wie wir mit diesen Problemen in den Selbsterfahrungsgruppen therapeutisch umgehen (*Katschnig und Konieczna, 1984*). Es soll jedoch abschließend darauf hingewiesen werden, daß unsere Leitlinie beim therapeutischen Umgang mit diesen Problemen darin besteht, dem Angehörigen, der sich um einen Patienten kümmert, dazu zu verhelfen, ein „selbstbewußter Angehöriger“ zu werden.

Die klassischen „Angehörigenrollen“ in der Psychiatrie, Anamneselieferant und Studienobjekt von genetischen Studien zu sein, sind in neuerer Zeit durch zwei weitere Rollen ergänzt worden: Die Angehörigen einerseits als „Täter“, als Verursacher der psychischen Krankheit des Familienmitgliedes (eine Rolle, die in erster Linie den Müttern von psychisch kranken Kindern zugeschrieben wird), und andererseits die Angehörigen als „Opfer“ eines über die Familie hereinbrechenden Unglücks. Beide Rollenverständnisse haben eine negative Auswirkung auf das Wohlergehen des Patienten und seiner Angehörigen. Man kann nicht leicht mit der ständigen Konfrontation leben, man hätte an der schweren psychischen Erkrankung des Familienmitgliedes Schuld. Auf der anderen Seite ist es für alle Beteiligten nicht förderlich, wenn man die Angehörigen lediglich als passive Betroffene, als „Opfer“ sieht, die ihrem Unglück völlig hilflos ausgeliefert sind.

Die Leitlinie unserer Angehörigenarbeit in Wien besteht nicht nur auf der Ebene der hier geschilderten Selbsterfahrungsgruppen, sondern auch auf der organisatorischen Ebene der Unterstützung der Angehörigenvereinigung *Hilfe für psychisch Erkrankte (HPE)* darin, mit den Angehörigen die verschiedenen ihnen zugeschriebenen Rollen durchzuarbeiten, damit sie lernen, mit all diesen Aspekten zu leben, ihnen darüber hinaus aber zu einem neuen Selbstverständnis ihrer Rolle zu verhelfen, das im wesentlichen darin besteht, daß die Angehörigen „aktive und selbstbewußte Mitgestalter der Situation“ werden. Unter dieser Leitlinie gestalten wir auch die „therapeutische“ Arbeit in den Selbsterfahrungsgruppen.

Das Setting einer Selbsterfahrungsgruppe von Angehörigen, deren Patienten wir weder kennen noch behandeln, erscheint uns gerade in diesem Zusammenhang besonders wichtig zu sein: Nur in dieser relativ angstfreien Atmosphäre, in der nicht ständig Konsequenzen für die Behandlung des kranken Familienmitglieds befürchtet werden müssen, kann sich ein solches neues Selbstverständnis als „aktiver Mitgestalter der Situation“ entwickeln.

Familientherapeutisch orientierten Betreuern mag die gezielte Arbeit mit den Angehörigen allein widersinnig, ja gefährlich erscheinen. Aufgrund unserer Erfahrung scheint uns aber diese Gefahr nicht gegeben, im Gegenteil: Durch die - im Vergleich zur Familientherapie relativ wenig aufwendige - Gruppenarbeit mit Angehörigen läßt

sich in vielen Fällen ein Umgangsstil zu Hause finden, der weder durch Eskalation noch durch Resignation gekennzeichnet ist, sondern durch ein realistisches Akzeptieren der gegebenen Situation, durch eine gewisse Ruhe, die sich auf den Patienten selbst und die Interaktion zwischen ihm und den anderen Familienmitgliedern positiv auswirkt. Die Gefahr, daß sich die Angehörigen in reinen Angehörigengruppen gegen die Patienten verbünden, erscheint uns im Vergleich zu diesem Nutzen gering. Da bei vielen psychischen Krankheiten ein chronischer Verlauf wahrscheinlich ist, und sich in Institutionen eine Kontinuität der Betreuung und eine Dauerhaftigkeit; Sicherheit und Stabilität von Beziehungen nie in dem Ausmaß herstellen lassen, wie sie in Familien möglich sind, möchten wir diesen relativ ökonomischen Weg der Hilfe für Familien, die sich um ein psychisch krankes Mitglied kümmern, ganz entschieden zur Anwendung empfehlen.

Literatur

- Dörner, K., A. Egetmeyer, K. Koennig (Hrsg.): Freispruch der Familie - Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf/Hannover 1982
- Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München 1977, 2. erweiterte Auflage 1984
- Katschnig, H. und Konieczna, T.: Neue Formen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie, in: Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie - Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München 1984

Erfahrungen aus der Gruppenarbeit mit Eltern psychotischer Patienten

Siegling Schröder

„Mutter' - das ist ja wohl ein Schimpfwort bei euch!“ (aus:
„Equus“ von P Schaffer)
„Det Phaenomen der Liebe looft bis annähernd Narrenfreiheit!“
(Ulrich F., 25Jahre)

Die Idee zu dieser Gruppenarbeit entstand bei uns in der Klinik - einer psychiatrischen Abteilung in einem Allgemein-Krankenhaus - aus den Erfahrungen des klinischen Alltags und sicher auch im Zusammenhang mit einem bestimmten Stadium der persönlich und beruflichen Entwicklung der Autorin. Davon ausgehend, daß diese nicht gerade einen Einzelfall darstellt, sei hier kurz davon berichtet.

1969/70, noch im Anfang psychiatrischer Tätigkeit, behandelte ich ein knapp 16jähriges Mädchen, das nach einem verzweifelt-appellativ anmutenden-Suizidversuch in die Klinik kam. Beim ersten Gespräch teilte mir die Mutter der Patientin ungefragt mit, daß sie diese Tochter nie gern gehabt hätte. Sie sei dunkelhaarig geboren, es habe deshalb Zweifel gegeben, wer der Vater sei - deswegen lehne sie die Tochter ab. Einen Tag später rief sie mich an, ich möge „das Kind doch schnell gesund machen“, denn „sie ist doch unsere Älteste und wir haben sie so lieb!“ Ähnliches wiederholte sich mehrfach.

Jung an Jahren, erst recht jung im Beruf, und sehr weitgehend identifiziert mit der Patientin, litt ich damals intensiv mit unter diesen Wechselduschen.

Wenig später bot mir die eingehende Lektüre und Diskussion der Aufsatzsammlung „Schizophrenie und Familie“ (Bateson et al., 1969) ein plausibles Erklärungsmodell für das, was ich da erlebt hatte. Übrigens war die o. e. Patientin nicht schizophren und ist es auch in den seither vergangenen zwölf Jahren nicht geworden.

In den folgenden Jahren erlebten wir oft Meinungsverschiedenheiten mit den Eltern jugendlicher psychotischer Patienten. Insbesondere bezüglich der weiteren Lebensgestaltung der „Kinder“ gab es immer wieder zähe und meist fruchtlose Kämpfe. Vielfach hielten wir es für richtig, die Eltern kaum ins Gespräch einzubeziehen und die Ablösung der jungen Patienten von zu Hause zu forcieren. Es entwickelte sich so über Jahre eine eher feindselige Haltung der Psychiater gegenüber den Angehörigen. Die oben zitierte Klage einer Mutter an die Adresse des Psychiaters aus Schaffers Theaterstück kennzeichnet m. E. die Atmosphäre in vielen psychiatrischen Kliniken im vergangenen Jahrzehnt. Die Gründe lassen sich zusammenfassend etwa so formulieren:

1. mißverständliche und sicher unzulässig einseitige theoretische Vorstellungen über die Genese der schizophrenen Psychosen;
2. falsch verstandene und unflexibel gehandhabte psychotherapeutische Abstinenz;
3. die Möglichkeit der Wissensberuhigung angesichts therapeutischer Mißerfolge, die man den „krankmachenden Angehörigen“ anlasten konnte, schließlich
4. die Auseinandersetzung einer bestimmten Studenten- und Assistentengeneration mit den eigenen Eltern.

Wir fanden dann in zunehmendem Maße selbst diese Art des Umgangs schwer erträglich und merkten schließlich auch, daß mit der Polarisierung zwischen Eltern und Psychiatern den Patienten nicht genützt wird. Man konnte schließlich trotz aller Vorurteile auch nicht mehr daran vorbeisehen, wie massiv belastend es für Eltern sein

muß, ein psychotisches Kind zu haben, wie sehr sie dadurch unter Druck und in Angst geraten und wie durch diese Gefühle ihr Verhalten ganz sicher mitbestimmt wird. Wahrscheinlich haben wir jahrelang nicht genügend unterschieden zwischen dem Zustand von Eltern in der extremen Belastungssituation, einen kranken Sohn oder eine kranke Tochter in der Klinik „abliefern“ zu müssen, und ihrem üblichen Umgang mit sich und in der Familie. Natürlich reagiert jeder auch auf Ausnahmesituationen irgendwie entsprechend seiner Primärpersönlichkeit, wir Psychiater sind aber sicher in der Gefahr, uns zu schnell mit den Patienten zu identifizieren und uns zu wenig in die Situation seiner Angehörigen einzufühlen. So ist es leider vermutlich noch immer kein Einzelfall, wenn eine Ärztin - wie kürzlich geschehen - sich unter Hinweis auf die Volljährigkeit des Patienten weigert, mit den Eltern zu sprechen, die ihn brachten, nachdem er drei Tage und drei Nächte kataton in der Wohnung der Mutter gestanden hatte.

Unser Ziel - anfangs ganz ausdrücklich, inzwischen modifiziert aber nicht grundsätzlich verändert - war und ist es, auf dem Weg einer besseren Kooperation und Verständigung mit den Eltern die Therapie der Patienten effektiver zu gestalten. Es gab zwar auch damals bei uns schon die Vorstellung, daß auch die Eltern einmal Entlastung und Aussprachemöglichkeit brauchen, im Vordergrund standen aber doch mehr Phantasien, wir könnten „bessere Mütter schaffen“, vielleicht wäre so eine Gruppe eine Möglichkeit, „denen einmal die Meinung zu sagen“, vielleicht würden die Eltern es auch untereinander tun.

Natürlich machten solche Phantasien uns dann Angst, wir hätten uns zuviel vorgenommen, die Eltern würden sich gegenseitig - oder auch uns - zu sehr und möglicherweise „krankmachend“ attackieren.

Die realistischsten Ideen zu unserem Projekt waren sicher der Gedanke an Hilfeleistungen und Korrekturmöglichkeiten der Eltern untereinander sowie das Ziel, ihnen eine Möglichkeit zur Entlastung und Aussprache anzubieten.

Wir begannen im Frühjahr 1979 mit einer Gruppe, bestehend aus drei Ehepaaren und drei alleinstehenden Müttern. Die Gruppensitzungen finden alle 14 Tage Sonnabend vormittags für eine Stunde statt. Die Gruppe wird offen geführt, wobei die Teilnehmerzahl nie höher als 12 war. Die Fluktuation der Teilnehmer war leider relativ hoch, vor allem in den ersten beiden Jahren.

Die Thematik entwickelt sich meist von Situationsberichten der Eltern über die inzwischen entlassenen Patienten zu gemeinsamen Themen, wobei die „Lexikongespräche“ (Kiesewetter, 1976) einen relativ breiten Raum einnehmen: Fragen zu den Medikamenten, zur Arbeitsfähigkeit, Theorien über die Ursachen der Erkrankung, Fragen zur Prognose. Im Unterschied zu anderen Autoren haben wir bisher diese Themen akzeptiert und sind auch bereit, mit Erklärungen darauf einzugehen. Die Tatsache, daß die beiden Gruppenleiterinnen als Oberschwester und Oberärztin der Abteilung tätig sind und alle Patienten, von denen die Rede ist, gut kennen, ist sicher ein Grund dafür, daß wir solche Themen nicht ohne weiteres stoppen können. Wir denken aber auch, daß das Aussprachebedürfnis nach 14 Tagen gemeinsamen Lebens mit einem psychisch Kranken groß ist, und wir wissen inzwischen, daß diese Eltern dazu neigen, sich sonst von Kontakten sehr zurückzuziehen und nicht über ihre Sorgen zu sprechen. Sicher dienen die vielen informativen Fragen auch zur Abwehr anderer Themen, daneben steht aber ein realistisches Informationsbedürfnis und sicher auch der Wunsch unsererseits, Mißverständenes und Mißverständliches aus den zahllosen Veröffentlichungen über Psychiatrie in den Massenmedien wieder einigermaßen zurechtzurücken.

Es bedarf dann jeweils der Initiative der Gruppenleiter, überzuleiten auf Fragen des Umgangs der Eltern mit der eigenen Angst, Wut, Hilflosigkeit und Traurigkeit sowie auf Probleme im Verhalten gegenüber den Patienten, auf die Bedeutung von Überfürsorglichkeit, übermäßiger Kontrolle, permanentem Korrigieren etc.

1980 beim DGPN-Kongreß in Berlin haben wir erste Erfahrungen mit dieser Gruppenarbeit mitgeteilt, wobei ich davon jetzt nur hervorheben möchte, wie wichtig uns der Abbau des Feindbilds und die Hoffnung auf eine bessere Zusammenarbeit mit den Eltern im Sinne der Patienten gewesen sind. Nach ca. zwei Jahren Gruppenarbeit haben wir dann einmal unsere Erwartungen mit dem, was wir erlebt hatten, verglichen:

. Von 25 Müttern und 15 Vätern (von insgesamt 28 Patienten) entsprachen nur 5 Personen unserem Vorurteil, weitere 5 waren eindeutig selbst psychisch krank; 15 waren für uns nicht so recht einzuschätzen, weil sie nur ein- oder zweimal an der Gruppe teilgenommen haben. Immerhin blieben dann 15 Personen, bei denen wir rasch den Eindruck hatten, man könne sich durchaus miteinander verständigen und zusammen etwas erreichen.

Mit dieser veränderten Sichtweise rückten dann aber auch die Eltern mehr ins Zentrum unserer Bemühungen, in der Weise, daß wir uns nun auch verpflichtet fühlten, ihnen Entlastung und therapeutische Hilfe zu vermitteln; letzteres ohne daß sie sich je ausdrücklich für therapiebedürftig erklärt hätten. Nach wie vor möchten wir natürlich durch unsere Bemühungen einen positiven Einfluß auf das Befinden der Patienten nehmen, die Hilfe für die Eltern nahm aber sehr bald einen deutlich breiteren Raum ein, als wir uns das vorgestellt hatten. Zudem ist es auch schwer beurteilbar, wie sich die Gruppenarbeit auf die Patienten auswirkt.

Ergebnisse einer Umfrage

Nach ca. drei Jahren dieser Gruppenarbeit und im Zusammenhang mit später zu schildernden Bedenken und Schwierigkeiten wollten wir uns ein Bild machen über Sinn und Effektivität der Arbeit. Wir entschlossen uns daher zu einer informatorischen Umfrage ohne Anspruch auf statistische Relevanz. Die Eltern fragten wir nach Gründen für die Teilnahme an bzw. für das Fernbleiben von der Gruppe, wobei uns vor allem beunruhigte, daß zwar alle Eingeladenen mindestens einmal erschienen und die meisten uns dabei ein Gefühl von quasi „lebenslänglicher Teilnahme“ vermittelten, sehr viele aber kommentarlos nicht wiederkamen.

Gleichzeitig fragten wir Patienten und Mitarbeiter nach ihrer Meinung zu dieser Gruppenarbeit. Wir boten jeweils Antworten zur Auswahl an und ließen natürlich auch Raum für frei formulierte Kommentare. Allen Beteiligten war freigestellt, anonym oder mit Unterschrift zu antworten.

Befragt wurden 26 Mütter und 18 Väter von insgesamt 31 Patienten. Seit ca. einem Jahr besteht eine ziemlich stabile Gruppe aus 9 Personen, von denen eine seit dem Anfang dabei ist, die meisten anderen mindestens ein bis zwei Jahre teilnehmen. - 12 Personen haben über längere Zeit (mehr als dreimal bis zwei Jahre lang) teilgenommen und sind dann ausgeschieden - 23 Väter und Mütter, das ist mehr als die Hälfte aller Teilnehmer, blieben nach ein- bis dreimaliger Teilnahme kommentarlos weg. Leider haben wir von ihnen nur noch 20 erreichen können und nur 10 Antworten erhalten. Von der Gruppe der länger Teilnehmenden haben uns 9 Personen (von 12) geantwortet, aus der derzeit bestehenden Gruppe alle.

Es haben uns also 18 Personen auf die Frage geantwortet, warum sie längere Zeit zur Gruppe gekommen sind bzw. es noch tun. Alle waren sich darüber einig, daß es wichtig sei, mit Menschen zu reden, die das gleiche Schicksal haben. Fast alle fanden es auch wichtig, einen Kontakt zur Klinik zu halten (sicher auch im Hinblick auf befürchtete künftige psychotische Phasen der Patienten). Weiter schien wichtig, daß man Informationen bekommt, und schließlich beantworteten alle fast einstimmig die angebotene Formulierung „Ich tue alles, wenn es meinem Sohn/meiner Tochter nützt“ mit „ja“. Vergleichsweise in den Hintergrund trat das Bedürfnis, über sich selbst und die eigenen Sorgen zu reden. Nur 6 Väter und Mütter bejahten das Gefühl, daß Außenstehende einem Vorwürfe und ein schlechtes Gewissen machen, als Grund, sich einer Gruppe Gleichgesinnter anzuschließen.

Als Gründe für das Wegbleiben wurde nur in Einzelfällen wirklich Kritik laut: zu wenig Information, nur geredet und nicht geholfen, Enttäuschung. Es gab sachliche Begründungen: die Patienten seien entlassen und es gehe soweit gut, die Zeit fehle, man sei selber krank. Niemand bejahte, daß er sich angegriffen gefühlt oder Angst bekommen hätte. Fast alle meinten, sie hätten von der Gruppenteilnahme etwas gehabt, viele hielten die Gruppe grundsätzlich(?) für positiv.

Unseres Erachtens ist dieses so vorwiegend positive Echo mit einiger Vorsicht anzusehen. Es ist gut vorstellbar, daß die guten Seiten der Gruppenarbeit über die kritisch-bedingt überwogen haben und daß vielen Eltern daran lag, der Klinik und speziell den Gruppenleiterinnen ihre Dankbarkeit auszudrücken. Das läßt sich ja leider nach der Meinung der meisten Menschen nicht ohne weiteres mit Kritik verbinden. Vielleicht ist es für diese Fragestellung auch ein Nachteil, daß ich in meiner Funktion als Oberärztin in der Phantasie mancher Beteiligten sicher eine zentrale Machtposition einnehme, was Kritik erst recht erschwert. Insbesondere die Antworten der derzeit noch mitarbeitenden Gruppenteilnehmer schienen doch erheblich getragen von dem Wunsch, die Gruppe nicht zu verlieren und eine Fortsetzung der Arbeit auf jeden Fall zu unterstützen.

Von den 31 befragten Patienten haben uns 18 geantwortet.

14 waren grundsätzlich dafür, daß ihre Eltern an der Gruppe teilnahmen, 2 waren ambivalent, einem war es egal, einer nahm dazu nicht Stellung. Trotz dieser grundsätzlich positiven Einstellung teilten aber nur 3 Patienten mit, die Beziehung zwischen ihnen und den Eltern hätte sich verbessert. 9 fanden alles unverändert, 4 äußerten sich zwiespältig, einer fand, es sei schlimmer geworden, er werde jetzt noch mehr bevormundet, 2 äußerten sich nicht zu der Frage.

In 4 Fällen waren die Patienten zwar der Ansicht, es hätte sich nicht viel geändert, führten aber ausführlich aus, daß sie diese Gruppenaktivitäten prinzipiell gut fänden. Betroffen machte uns die Äußerung eines Patienten, die Gespräche seien sinnlos. Es sei wichtiger, daß den Patienten geholfen werde. Das sei nicht geschehen.

Immerhin 2 noch recht junge Patienten äußerten sich offen darüber, daß sie ganz gerne wüßten, was da geredet werde; daß es ihnen unbehaglich bis schlimm sei, sich vorzustellen, was die Eltern da alles erzählen.

Last not least noch die Meinungen von 24 Mitarbeitern: Ärzte, die die einzelnen Patienten betreut hatten, einige länger in der Klinik tätige Schwestern, Sozialarbeiterinnen und Beschäftigungstherapeutinnen. Wir erhielten 19 Antworten, wobei grundsätzlich alle diese Gruppenarbeit sinnvoll und positiv fanden und insbesondere weitgehend Übereinstimmung darüber herrschte, daß im Stationsklima, vor allem aber für jeden einzelnen in den vergangenen drei Jahren die Toleranz und das Verständnis für die Probleme in den Familien mit einem schizophoren „Kind“ gewachsen sei. Entsprechend habe die bisherige Feindseligkeit abgenommen.

Nur 2 Mitarbeiter bestätigten etwas, was sich bei den Gruppenleitern manchmal breitzumachen droht: ein Gefühl von Resignation bezüglich möglicher Veränderungen.

Unser erster Eindruck, daß sich die Patienten den Mitarbeitern gegenüber kaum über die Gruppe äußern, schien sich zu bestätigen.

Auch bei kritischer Prüfung des Klimas in unserem Team können wir wohl davon ausgehen, daß es sich bei dem durchaus positiven Echo der Mitarbeiter um offene Stellungnahmen handelt.

Die überwiegend tolerante Haltung der Patienten gegenüber dieser Gruppe, das Echo der Eltern, soweit es vorhanden ist, sowie das Echo der Mitarbeiter sind an sich Grund genug, die Gruppenarbeit fortzusetzen. Wir meinen, es ist wirklich nicht wenig, wenn in dieser Arbeit ein Stück Gemeinsamkeit, Mittragen von Sorgen und chronischer Belastung, freundschaftliche Kontakte auch der Eltern untereinander und eine vertrauensvollere Beziehung der Angehörigen zur Klinik erreicht worden sind.

Probleme der Angehörigenarbeit

Die regelmäßige Konfrontation mit Schilderungen, wie mit bestimmten Problemen und Verhaltensweisen der Patienten umgegangen wird, zwingt aber auch zum Nach-

denken, inwieweit man wirklich Veränderungen erreichen kann. Die eingangs erwähnte Äußerung eines jungen Patienten unserer Klinik benennt etwas, was wir in dieser Gruppe deutlich zu spüren bekommen, bloß sicher nicht so kurz und treffend hätten formulieren können. Besonders wichtig scheint mir, daß wir bei unserem Nachdenken und unserer Skepsis nicht vergessen sollten, daß es bei allem Bemühen der Eltern, auch bei Schwierigkeiten und problematischem Verhalten letztendlich um Liebe geht - Liebe halt mit aller Zwiespältigkeit, der Tendenz sich gegenseitig zu plagen, manchmal auch zu hassen und sich in bestimmte festgefahrene Verhaltensweisen immer wieder zu verstricken.

Ich möchte drei Punkte benennen, die uns in der letzten Zeit zunehmend deutlicher Schwierigkeiten machen:

1. Wir arbeiten mit Angehörigen von Patienten, die an einer Erkrankung leiden, bei der zumindest das Risiko eines chronischen oder chronisch-rezidivierenden Verlaufs besteht. Wir sehen unsere Aufgabe, mit diesen Angehörigen gemeinsam die Last einer solchen Erkrankung zu tragen. Dabei müssen wir sicher einen weiteren Schritt tun, unseren eigenen Größenanspruch bezüglich unserer therapeutischen Möglichkeiten zu relativieren. Gleichzeitig aber meine ich, müssen wir uns dagegen wehren, uns mit den Eltern sozusagen auf einem resignierten Stand zu einigen, die Gruppenstunden zu einer Gelegenheit werden zu lassen, wo man sich in schöner Regelmäßigkeit beklagen und miteinander verständigen kann, daß man es doch wirklich sehr schwer hat mit diesen Patienten. Nach unserer Erfahrung ist das eine regelrechte Gratwanderung, die man je nach eigener seelischer Verfassung und nach aktueller Situation des Klinikalltags besser oder schlechter bewältigt. Das Problem wird noch größer dadurch, daß in unserer Gruppe über die verschiedensten Krankheitsverläufe berichtet wird: von der bisher einmaligen akuten Psychose einer 19-jährigen, die danach doch ihr Abitur bestanden und eine Ausbildung abgeschlossen hat, bis hin zum jahrelangen Verlauf mit zunehmender sozialer und psychischer Verarmung, Frühberentung etc.

2. Der Patient, der schrieb, es sei wichtiger, ihm selbst zu helfen als den Angehörigen, hat ein sehr wichtiges Problem benannt: die Frage der Loyalität in der Zwischenstellung zwischen Angehörigen und Patienten einerseits, Kollegen, Patienten und Angehörigen andererseits. Selbstverständlich sollen die Erfahrungen aus der Gruppe in irgendeiner Weise dem klinischen Umgang mit den Patienten zugute kommen - andererseits legen oft die Eltern Wert darauf, daß ihre Kinder eben nichts davon erfahren, was sie in den Gruppen erzählt haben. Es liegt nahe, daß die Patienten wiederum auf diese Situation mißtrauisch reagieren. Unseres Erachtens gibt es für diese Schwierigkeit in Anbetracht der Stellung, die eine solche Gruppenarbeit innerhalb der Klinikbehandlung einnimmt, keine Patentlösung. Um so wichtiger ist es, das Problem nicht zu verleugnen, sehr aufmerksam auf seine Signale zu achten und es, wo immer es notwendig und möglich ist, auch anzusprechen.

Schließlich ergeben sich trotz der gewachsenen Verständigungsbereitschaft im Alltag immer wieder Konflikte zwischen den behandelnden Kollegen und den Eltern, die sich dann in der Gruppe nur mit Diplomatie einigermaßen klären lassen, die man manchmal aber auch einfach bestehen lassen muß, wobei man sich verständlicherweise nicht sehr wohlfühlt.

3. Das größte Problem sehen wir aber zunehmend im Umgang mit den Schuldgefühlen in der Gruppe. Wir meinen, daß man hier sorgfältig unterscheiden muß zwischen einer durch uns vermittelten, durchaus auch gewünschten und erfreulichen Über-Ich-Entlastung, die insbesondere in den Anfangsphasen der Gruppenarbeit sehr deutlich wurde und sicher allseits die Motivation zur Weiterarbeit förderte, und einer wirk-

liehen Bearbeitung der Schuldgefühle. Diese müßte ja auch einschließen, daß Eltern sich tatsächlich ihre Schwierigkeiten mit den Kindern von kleinauf bewußt machen, eigenes Verhalten im Nachhinein kritisch beleuchten und die Kränkung akzeptieren lernen, daß „man sicher vieles hätte anders machen können“, sie selber aber in den jeweiligen Situationen eben nicht dazu in der Lage waren. Neben aller Qual und Belastung haben Schuldgefühle eben auch den erleichternden Effekt, daß man an der Idee, man hätte alles anders und besser machen können, man sei nicht total hilflos gewesen, festhalten kann, was dann auch bedeutet, daß man hofft, vieles jetzt noch durch krampfhaft Bemühungen ändern und gutmachen zu können. Sicher ist es eine der schwersten menschlichen Aufgaben, das Gefühl der Hilflosigkeit zu ertragen, wenn man sich die Begrenztheit der Möglichkeiten zu aktiver Situationsveränderung vergegenwärtigt - mag diese nun durch die äußere Situation oder durch die eigene Persönlichkeit und die eigenen seelischen Möglichkeiten bedingt sein - meist ja wohl durch beides. ·

Es ist wohl nicht zufällig, daß auch in unserer Umfrage „schlechtes Gewissen“ nur von einem Drittel der Gruppenteilnehmer als Problem benannt wurde. In der Gruppe werden zwar Schuldgefühle erwähnt, es wird auch darüber gesprochen, daß Kinder ihre Eltern anschuldigen, auch daß Außenstehende einmal Vorwürfe machen, es ist uns aber praktisch noch nie gelungen, dieses Thema einmal wirklich ausführlich zum Zentrum des Gruppengesprächs zu machen. Meist wird es rasch abgetan mit Bemerkungen wie „daran muß man sich gewöhnen!“, „natürlich machen wir alle Fehler.“ Relativ häufig versteckt es sich sicher in den Versuchen zu theoretischen Diskussionen über die Ursachen der Krankheit.

Wir meinen, daß niemand, der ein in irgendeiner Weise erkranktes Kind hat, Schuldgefühle wirklich vermeiden kann, unabhängig davon, wie realistisch sie sein mögen. So ist z.B. vorstellbar, daß eine Mutter gegenüber einem psychotischen Sohn, den sie nicht verstehen kann, daran denken muß, ob sie ihn vielleicht schon als Baby nicht so gut verstanden hat wie die Geschwisterkinder. Möglicherweise blieb das alles im üblichen Rahmen von Schwierigkeiten zwischen Müttern und Babies, die aber sowieso eher verschwiegen werden und die bei einer späteren Erkrankung plötzlich ein besonderes Gewicht bekommen.

Oder aber: es ist eigentlich völlig normal, daß man zuweilen mit Wut und Enttäuschung auf sein krankes Kind reagiert, diese Dauerbelastung los sein möchte, sich solche Gedanken aber sehr schnell mit schlechtem Gewissen verbietet.

Die lange Kenntnis der Probleme, mit denen sich unsere Gruppenteilnehmer herumschlagen, haben uns zu der Überlegung geführt, daß Eltern unter dem Druck eines schlechten Gewissens, das nie ausdrücklich zur Sprache kommen darf, dazu neigen, sich *auch* zur eigenen Gewissensentlastung aufzuopfern und zum Teil von den Patienten plagen und quälen zu lassen in einer Weise, die sicher sehr häufig der Entwicklung der Patienten zu etwas mehr Selbständigkeit und gesünderem Verhalten eher entgegenläuft. Masochistisches, überfürsorgliches und damit auch überkontrollierendes Verhalten als Abwehr der eigenen Ambivalenz hat vielleicht schon von Anfang an die Beziehung zu einem solchen Kind geprägt, hat möglicherweise Einfluß auf die Entstehung und Entwicklung der Erkrankung gehabt und verstärkt sich nun fatalerweise als Reaktion auf die Erkrankung und in dem Bemühen, von nun an alles besser und keine Fehler mehr zu machen. So kommt es dann - um nur wenige Beispiele zu zitieren - zu grotesken Situationen: stundenlange Debatten zwischen einer Mutter und einer 38jährigen Tochter über einen Termin bei der Fußpflegerin; eine andere Mutter läßt sich fast regelmäßig mitten in der Nacht ans Bett ihrer 26jährigen Tochter rufen, um ihr zu versichern, daß sie

„ihre Gute“ sei. In vielen Familien ist z.B. auch der Umgang mit Geld überhaupt nicht geregelt, auch wenn die Patienten zeitweise ganz unsinnige und die Eltern finanziell überfordernde Käufe tätigen. Besonders problematisch und häufig die Ambivalenz am stärksten demaskierend ist verständlicherweise die Reaktion auf drohende oder reale Gewalttätigkeit.

Die Eltern erleben es dann zwar vorübergehend als Entlastung, wenn wir Hinweise geben, wo überall man vielleicht weniger tun könnte, mehr von den „Kindern“ verlangen könnte, sich selber ein Stück distanzieren dürfte, eigene Wünsche realisieren soll, sich nicht rund um die Uhr aufopfern muß - sie können es als Rat von außen aber offenbar nicht dauerhaft in die Tat umsetzen. Eher besteht zuweilen das Risiko, daß sich unser gutes Zureden in der Wirkung abnützt, daß es in einigen Fällen zunehmend kritisierender und ungeduldiger wird, so daß schließlich die Eltern sich auch noch von uns plagen lassen. Am häufigsten ist zur Zeit, daß wir gegen eine Mauer laufen, die aus der Angst vor Selbstmordneigungen der Patienten und dem Statement „eine Mutter kann sich so nicht verhalten!“ besteht.

Für uns ist es derzeit eine offene Frage, inwieweit es im Rahmen einer ziemlich stabilen Gruppenzusammensetzung möglich sein könnte, offener und detaillierter über Schuldgefühle, Wissen um Schwierigkeiten mit den Kindern von kleinauf, Phantasien vom eigenen Anteil an der Erkrankung etc. zu sprechen, die Trauer darüber gemeinsam in der Gruppe aushalten zu können und damit tatsächlich ein Stück Distanzierung zu erreichen, durch die sich verständliche Fürsorge und Anteilnahme der Eltern besser trennen läßt von krampfhaften Wiedergutmachungsbemühungen, mit denen den Patienten häufig mindestens nicht gedient ist und mit denen sich die Eltern über alle Maßen strapazieren. Um diese Probleme wenigstens ein Stück weit zu bearbeiten, wahrscheinlich auch nur, um das Bewußtsein und die Offenheit für solche Fragestellungen in der Gruppe wach zu halten, bedarf es u.E. einer längerfristigen therapeutischen Begleitung einer solchen Gruppe.

Zwei Beispiele

Zwei Beispiele mögen beschreiben, worauf wir bei unserer Arbeit besonderes Gewicht legen.

Herr X. ist der Vater einer bei Erkrankungsbeginn 18jährigen Schülerin, die akut psychotisch von einer Auslandsreise zurückkehrte und während ihres monatelangen Klinikaufenthalts immer wieder in massiv erregtes, aggressives psychotisches Verhalten zurückfiel. Der Umgang der Eltern mit der Erkrankung war gekennzeichnet durch hilflose Überfürsorglichkeit seitens der Mutter und aggressiv-autoritäres, kontrollierendes Verhalten des Vaters - was in der Klinik reichlich Mißfallen erregte. Die Situation eskalierte, als wir ohne klar definiertes Ziel versuchten, mit dieser Familie gemeinsame Gespräche zu führen. Tonband-Aufnahmen übermittelten eine intensive paranoide Atmosphäre bei diesen Gesprächen, die Äußerungen der Patientin waren dabei zuweilen die realistischsten. Das Anhören einer solchen Sitzung gab den letzten Anstoß, die beschriebene Gruppenarbeit zu versuchen.

Im ersten Gruppengespräch erschien Herr X. mißtrauisch, latent aggressiv, gereizt. Als einziger Teilnehmer lächelte er böse-überlegen, als wir auf eine entsprechende Frage offen mitteilten, daß auch wir erst Erfahrungen mit dieser Art Gruppe machen müßten und das gemeinsam mit den Anwesenden tun wollten. Seine Frau saß blaß und deprimiert neben ihm, als einzige Teilnehmerin mit Bleistift und Steno-Block. Sie kam dann nur noch einmal mit, blieb wegen verschiedener (psychosomatischer?) körperlicher Beschwerden zu Hause.

Herr X. nahm gut anderthalb Jahre regelmäßig an der Gruppe teil. Wir fühlten uns noch häufig durch seine autoritären und aggressiven Äußerungen provoziert, es gelang aber einigermaßen, darauf ruhig und entschieden zu reagieren. Der Zustand der Tochter besserte sich, was wohl dazu beitrug, daß Herr X. allmählich entspannter wurde. Er konnte aber spürbar auch sein Mißtrauen uns gegenüber abbauen, fühlte sich sicher eine Zeitlang als unser männlicher und väterlicher Ratgeber, wobei er die Überzeugung

äußerte, mit seiner Tochter käme er jetzt auch gut ohne uns zurecht. Von einem längeren Kuraufenthalt kam er dann aber mit der Bemerkung zurück, das Gruppengespräch habe ihm gefehlt.

Erst nach mehr als einem Jahr konnte Herr X. mit deutlicher emotionaler Beteiligung, die sich auch auf die Gruppe übertrug, schildern, wie schlimm es für ihn gewesen war, als er am Flughafen stand, um seine psychotische Tochter in Empfang zu nehmen. Dieses Ereignis lag zu dem Zeitpunkt fast zwei Jahre zurück und man hatte den Eindruck, Herr X. konnte sich jetzt erstmals die Erinnerung an die Gefühle von Verzweiflung und Hilflosigkeit gestatten, die er über so lange Zeit mit dem geschilderten Verhalten lautstark bekämpft hatte.

Auch Frau Y. gehört zu den Teilnehmern der ersten Gruppensitzung und sie nimmt noch immer an der Gruppe teil. Ihr Sohn erkrankte ca. 22jährig an einer eher blanden schizophrenen Symptomatik. Nach dem Klinikaufenthalt begann er eine uns zuweilen etwas alternativ anmutende Psychotherapie und engagierte sich politisch, was er auch früher schon getan hatte, wobei er sich jetzt aber vorwiegend auf die gesellschaftlichen Probleme psychisch Kranker konzentriert. Arbeitsfähig war er lange Zeit nicht. Jetzt hat er eine Ausbildung für einen sozialen Beruf begonnen, wobei unklar bleibt, wie er da zurecht kommt. Der Mutter gegenüber verhält er sich wechselnd: anklammernd und hilfsbedürftig - dann wieder ablehnend, „anti-autoritär“, voller Ängste vor zu naher Beziehung und Bevormundung.

Frau Y. saß in der ersten Gruppensitzung depressiv, mutlos, grau in Kleidung und Gesichtsfarbe, umklammerte ihre Handtasche, weinte bereits bei der Mitteilung, daß sie alleinstehend sei (ihr Mann starb an den Folgen von Alkoholmißbrauch als der Sohn 15 Jahre alt war). Relativ rasch veränderte sich dann ihr Verhalten; wir erlebten Frau Y. als humorvoll, tatkräftig, in karitativen Organisationen sehr rührig tätige Frau mit einem vermutlich für ihre Kinder recht belastenden, großen Bedürfnis nach Ruhe, Harmonie, Nächstenliebe und Aggressionslosigkeit. Ihre eigene aggressive Seite lernten wir im Lauf der Zeit kennen, als ihr Humor und Witz zeitweise doch recht deutlich die Züge von Ironie und Zynismus annahmen.

In der Auseinandersetzung mit ihrem Sohn bemüht sich Frau Y. sehr: sie ist sicher diejenige in der Gruppe, die am intensivsten psychologische Literatur studiert hat. Sie versucht zu verstehen, was in dem Sohn vor sich geht, der ihr manchmal total stumm gegenüber sitzt. Begreiflicherweise leidet sie sehr unter seiner Ambivalenz und unter seinem Verhalten und Aussehen, durch das sie sich in einem Sozialbau-Wohnungsblock oft total unmöglich gemacht fühlt. Über lange Zeit hat auch sie sich in ihrer eigenen Wohnung von dem Sohn total beherrschen und kontrollieren lassen. Inzwischen hat sie gelernt, sich etwas entschiedener abzugrenzen, z.B. auch einmal von sich aus ein Telefongespräch zu beenden, wenn sie sich zu sehr provoziert fühlt.

Erst kürzlich äußerte aber nun gerade sie, offenbar mache man ja noch immer alles falsch, denn „sonst müßte es ihm doch besser gehen!“ Es stellte sich dabei heraus, daß sie mit der Phantasie, der Sohn werde gesund, wenn sie jetzt alles richtig mache, in der Gruppe nicht allein stand.

Wir haben überlegt, unsere Gruppe zu ermutigen, jetzt als Selbsthilfegruppe weiter zu arbeiten. Wir haben diese Überlegung auch noch nicht ganz zu den Akten gelegt; es wird aber immer deutlicher, daß sich damit die Zielsetzung der Gruppe auch verändern würde. Man kann sicher diskutieren, inwieweit es für die betroffenen Eltern weiterführend und sinnvoll ist, wenn wir das Anliegen verfolgen, Gefühle, Ängste und Phantasien sollten zur Sprache kommen dürfen. Unseres Erachtens ist nicht zu erwarten, daß Eltern ohne therapeutische Hilfe in einer Selbsthilfegruppe so etwas tun. Mit Sicherheit können sie sich da aber Stütze, Ratgeber, vielleicht sogar Freunde sein.

Literatur

- Beteson, G. et al.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1969
Kiesewetter, M.: Warum eine bifokale Gruppentherapie aufgegeben wurde. Gruppenpsychotherapie
Gruppendynamik 10: 191-202 (1976)

Betreuung von Angehörigen schizophrener Kranker in einem psychiatrischen Krankenhaus

Elisabeth Persch-Eberle und Robert Olbrich

Die Arbeitsgruppe Klinische Psychologie an der Universität Konstanz betreibt seit einigen Jahren im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau in enger Zusammenarbeit mit diesem eine Station, auf der jeweils für einige Jahre Behandlungsprogramme für verschiedene Patientengruppen erprobt werden. Diese Programme sollen dann später ohne großen Aufwand auch von anderen Stationen eines psychiatrischen Krankenhauses übernommen werden können. Zur Zeit werden auf dieser Station überwiegend jüngere schizophrene Kranke behandelt, für deren Angehörige regelmäßig Gruppensitzungen angeboten werden.

Gründe für unsere Angehörigenarbeit

Ausgangspunkt für die Entscheidung, mit schizophrenen Kranken und ihren Angehörigen zu arbeiten, waren Untersuchungen in England, die aufzeigten, daß es im Zusammenleben von schizophrenen Kranken mit ihren Angehörigen einen großen Risikofaktor für eine Wiedererkrankung gibt (*Brown et al., 1972*). Die Forschungsrichtung, unter dem Stichwort „expressed emotion“ bekannt, konnte nachweisen, daß sich die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall bei schizophrenen Kranken drastisch erhöht, wenn sich die Angehörigen dem Kranken gegenüber emotional zu stark engagieren, sei es in positiver oder negativer Richtung. Sowohl Überfürsorglichkeit als auch übermäßige Kritik bringen den Kranken einem Rückfall näher. Auf der Grundlage dieses theoretischen Konzepts wollen wir nun versuchen, das emotionale Engagement der Angehörigen unserer Patienten zunächst zu erfassen und nötigenfalls zu verändern.

Neben diesen theoretischen Überlegungen gibt es für Psychiatrische Krankenhäuser auch praktische Gründe, mit den Angehörigen schizophrener Kranker zusammenzuarbeiten. Aufgrund der heute gegebenen Möglichkeit der medikamentösen Behandlung und der unter Psychiatern wohl vorherrschenden Meinung, ein Psychiatrie-Aufenthalt müsse für den Patienten so früh wie möglich beendet werden, sind die stationären Aufenthalte für schizophrene Kranke kürzer geworden. Die Behandlungsdauer in der Klinik richtet sich in erster Linie nach der produktiven Symptomatik, d.h. der Kranke wird nur so lange stationär behandelt, bis Wahnvorstellungen und Halluzinationen abgeklungen sind. Die anschließend auftretende Minussymptomatik, gekennzeichnet durch Antriebsarmut, Interesselosigkeit und Niedergeschlagenheit, muß dann zumeist von den Angehörigen aufgefangen werden. Von daher bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Angehörigen, einerseits, um gemeinsam entscheiden zu können, wann die stationäre Behandlung beendet werden kann, zum anderen, um Möglichkeiten des Umgehens mit der Minussymptomatik der Erkrankten zu erarbeiten.

Dies sowie die vorher erwähnte Veränderung des emotionalen Engagements versuchen wir in erster Linie durch Gesprächsrunden der Angehörigen unserer Patienten zu erreichen.

Probleme der Angehörigenbetreuung in einer ländlichen Region

Vor einer Beschreibung unserer Angehörigengruppen soll zunächst auf einige Schwierigkeiten eingegangen werden, die in ähnlicher Form sicher auch in anderen Psychiatrischen Krankenhäusern bestehen. Hier ist in erster Linie die ungünstige geographische Lage zu erwähnen: Das Psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau hat vier Landkreise mit ländlicher Struktur zu versorgen; es befindet sich jedoch nicht in zentraler Lage, sondern im südlichsten Teil des Einzugsgebietes an der Grenze zur Schweiz. So ergeben sich Entfernungen bis zu 120 km zwischen Krankenhaus und Heimatort der Patienten. Ein Besuch der zuständigen psychiatrischen Klinik ist deswegen oft schon mit dem Auto recht aufwendig, mit öffentlichen Verkehrsmitteln kann er zum Problem werden. So fährt nach vielen Orten der letzte Zug bereits vor 19.00 Uhr, aus manchen Gegenden abseits der Bahnlinie bedeutet ein Besuch unseres Krankenhauses eine Tagesreise.

Diese Umstände machten es schwer, überhaupt einen Termin für die Angehörigengruppen zu finden. Die Abende kamen wegen der großen Entfernungen nicht in Betracht; den Samstag als einzigen freien Wochentag zu wählen und mit einer regelmäßigen Beteiligung zu rechnen, erschien als unrealistisch. So einigte man sich schließlich mit den ersten Angehörigen, die Interesse an einer Gruppe zeigten, auf den Mittwoch Nachmittag. Damit mußte von vornherein in Kauf genommen werden, daß berufstätige Angehörige gar nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten teilnehmen können.

Aufgrund der ländlichen Struktur des Einzugsgebietes mußte auch grundsätzlich mit größeren Widerständen seitens der Angehörigen gegen eine Einbeziehung in die Behandlung gerechnet werden. Man ist nicht mit so riesigen Einrichtungen wie unserem 650-Betten-Krankenhaus vertraut und hat wohl auch kaum etwas von Selbsthilfe- oder Selbsterfahrungsgruppen gehört. Dabei sollten solche Gruppen gerade in einer ländlichen Gegend, die mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen wie beschützenden Werkstätten und Übergangsheimen unterversorgt ist und in der die Angehörigen nach der Entlassung des Erkrankten meist allein mit den auftretenden Schwierigkeiten fertigwerden müssen, Ziel jeglicher Arbeit mit den Angehörigen sein.

Trotz dieser Schwierigkeiten haben bisher innerhalb von zwei Jahren ca. 100 Gruppensitzungen stattgefunden, zu deren Zusammensetzung weiter unten einige Zahlen genannt werden.

Behandlung unserer Patienten

Zunächst soll kurz auf die Patientengruppe eingegangen werden: In diesen zwei Jahren waren 66 schizophrene Kranke zur Behandlung auf unserer Station.

- Davon waren 27 Frauen und 39 Männer.
- 49 Patienten waren ledig, 12 verheiratet und 5 geschieden.
- Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 30 Jahre; der Jüngste war 16, der Älteste 67 Jahre alt.
- Im Durchschnitt handelte es sich um die 4. Aufnahme in eine psychiatrische Klinik; es gab 18 Erstaufnahmen, eine Patientin war zum 16. Mal eingewiesen worden.
- Die Patienten befanden sich durchschnittlich $3\frac{1}{2}$ Monate auf unserer Station zur Behandlung.
- Ihr Heimatort lag im Durchschnitt 53 km vom Krankenhaus entfernt.

Die Behandlung der Patienten entspricht dem kliniküblichen Standard mit medikamentöser Behandlung, Einzel- und Gruppengesprächen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Sport und Bewegungstherapie. In der akuten Phase erhält der Patient lediglich eine medikamentöse Behandlung und kann sich im übrigen von sozialen Kontakten und Aktivitäten zurückziehen. Später werden die Anforderungen allmählich durch die Teilnahme an den weiteren Behandlungsmöglichkeiten gesteigert. Vor der Entlassung erfolgt eine Ausweitung der Aktivitäten auf Orte außerhalb des Krankenhauses, Belastungsbeurlaubungen nach Hause bzw. in die für nach der Entlassung geplante Umgebung, Diskussionen von Rückfallanzeichen, gemeinsame Gespräche des Therapeuten mit Patient und Angehörigen.

Teilnahme an den Angehörigentreffen

Von 46 unserer 66 Patienten kamen Angehörige mindestens einmal in die Gruppensitzungen.

- Am häufigsten waren dabei die Mütter vertreten; von 27 Patienten kamen Mütter - im Durchschnitt 12mal - in die Gruppe; eine Mutter kam 54mal!
- Von 21 Patienten besuchten Väter - im Durchschnitt 5mal - die Gruppe.
- Andere Angehörige, wie Geschwister, Ehepartner, Kinder, weitläufige Verwandtschaft, nahmen im Durchschnitt 3mal an der Angehörigengruppe teil.
- Jüngste Teilnehmerin war eine 15jährige, im täglichen Umgang mit der Krankheit recht kompetente Tochter einer Patientin; älteste Teilnehmerin war eine 89jährige Großmutter, die unserem Patienten und dessen drei Geschwistern nach dem Tod der Eltern den Haushalt versorgt.

Wir überlegten uns, ob die Teilnahme an der Angehörigengruppe davon abhängt, wie oft ein Patient schon in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen war:

- Auf unserer Station waren u.a. 18 ersterkrankte Patienten, von 9 dieser 18 Patienten nahmen Angehörige an Gruppentreffen teil.
- 32 unserer Patienten hatten 2 bis 5 Aufnahmen, von 25 dieser 32 Patienten kamen Angehörige zur Gruppe.
- Mehr als 5 Aufnahmen (bis zu 16 Aufnahmen) hatten 16 unserer Patienten, von 12 dieser 16 Patienten besuchten Angehörige die Gruppensitzungen.

Es zeigt sich also, daß die Angehörigen chronisch Kranker nicht weniger Interesse an der Gruppe haben als Angehörige ersterkrankter Schizophrener.

Auch die Entfernung zwischen Heimatort und Landeskrankenhaus scheint ohne Bedeutung für die Häufigkeit der Gruppenteilnahme zu sein:

- Von 15 unserer 17 Patienten, die aus dem Nahbereich von Konstanz stammen, kamen Angehörige in die Gruppensitzungen (im Durchschnitt 9 mal).
- Von 12 unserer 22 Patienten, deren Heimatort 20-50 Kilometer vom Krankenhaus entfernt ist, besuchten Angehörige die Gruppentreffen (im Durchschnitt 16 mal).
- Von 19 unserer 27 Patienten, die in einer Entfernung von 50-120 Kilometern zu Hause sind, nahmen Angehörige an der Gruppe teil (im Durchschnitt 11 mal).

Zusammenfassend kann nach zweijährigen Erfahrungen allein aufgrund der Besuchshäufigkeit der Angehörigengruppen in unserer ländlichen Gegend gesagt werden, daß sich keine Behandlungseinrichtung von ungünstigen äußeren Bedingungen abhalten lassen sollte, einen ähnlichen Versuch zu beginnen.

Form der Angehörigentreffen

Wie laufen nun diese Angehörigensitzungen ab?

Jeden Mittwoch Nachmittag treffen sich Angehörige unserer Patienten unter der Leitung eines Therapeuten der Station in der Zeit von 15.00 bis 16.30 Uhr. Die Notwendigkeit für eine zeitliche Begrenzung ergibt sich aus den zum Teil großen Entfernungen zum Heimatort und den Abfahrtszeiten der öffentlichen Verkehrsmittel in einige Orte.

Bei den Gruppensitzungen sind die Patienten nicht zugegen. Ein Grund dafür ist, daß diese Treffen nicht zuletzt der Entlastung der Angehörigen dienen sollen. Dafür müssen sich die Angehörigen frei äußern können, ohne Rücksicht auf einen Betroffenen üben zu müssen. Das heißt, sie sollten Äußerungen von sich geben können, wie: „Ich habe es nicht länger zu Hause mit meinem Sohn aushalten können.“ Oder: „Es ist mir im Moment ganz egal, was einmal aus ihm wird.“ Ein Nachteil beim Ausschluß der Patienten besteht darin, daß diese sich zunächst darüber Gedanken machen, was die Angehörigen besprechen und welche Konsequenzen das für sie haben könnte. So versuchten einige Patienten anfangs, ihre Angehörigen vom Besuch der Gruppensitzung abzuhalten, indem sie die Meinung äußerten, die weite Fahrt lohne sich doch nicht, die Angehörigen bildeten untereinander und/oder mit dem Gesprächsleiter eine Koalition. Akzeptiert wurde die alleinige Teilnahme von Angehörigen an der Gruppe jedoch zumeist von den Patienten, wenn sie darauf aufmerksam gemacht wurden, daß auch sie wenigstens zweimal wöchentlich die Möglichkeit haben, mit anderen, die ein ähnliches Schicksal teilen, ohne Anwesenheit von Angehörigen zu sprechen.

Neben der Aufgabe, die Teilnehmer zu entlasten, soll die Gruppe auch noch die Funktion haben, daß sich die Angehörigen als die eigentlichen Fachleute im Umgang mit den schizophrenen Kranken gegenseitig Ratschläge und Hilfen geben. Dies hat sich als wesentlich wirkungsvoller herausgestellt als Empfehlungen des Therapeuten. Konnte beispielsweise ein Therapeut mit guten Argumenten mehrmals eine Mutter vergeblich bitten, ihre kranke Tochter nicht mehr so oft zu besuchen, so zeigte eine einzige Bemerkung eines anderen Angehörigen durchschlagenden Erfolg, wenn er z.B. ziemlich erstaunt meinte: „Sie kommen noch jede Woche zweimal zu Ihrer Tochter ins Krankenhaus? Das mache ich schon lange nicht mehr. Meinem Sohn bringt es nichts, und ich bin jedesmal anschließend mit den Nerven fertig.“

Aufgrund dieser Erfahrung erschien es auch sinnvoll, daß der Therapeut, der die Gruppe leitet, sich lediglich auf die Funktion des Gesprächsleiters beschränkt, aufkommende Fragen möglichst an andere Angehörige weitergibt und nur selten selbst Informationen gibt oder Fragen aufwirft. So ist am ehesten gewährleistet, daß die Themen im Interessenspektrum der Angehörigen bleiben, die Angehörigen sich gegenseitig als kompetente Gesprächspartner annehmen und auch je nach der Vertrautheit eigene Gefühle und Sorgen anzusprechen lernen.

Unserer Erfahrung nach scheint es auch von Vorteil zu sein, daß die Gruppe offen ist; d.h. jederzeit, wenn ein Patient von einer Aufnahme-Station zu uns verlegt wird und Angehörige zu den Treffen kommen wollen, kann der Einstieg in die Gruppe erfolgen. Anknüpfungspunkte sind schnell gefunden mit Fragen nach dem Alter des Erkrankten, Krankheitsbeginn, Symptomen und Krankenhausaufenthalten. Im weiteren Verlauf des Gesprächs bekommt der Neuankömmling ein bisher wahrscheinlich kaum erlebtes Verständnis zu spüren, hört bald von ähnlichen Erfahrungen anderer Teilnehmer und erhält von kompetenten Gesprächspartnern Informationen, die sich die anderen Angehörigen schon vorher erarbeitet haben.

Obwohl auch außerhalb der Gruppensitzungen häufig gemeinsame Gespräche des Therapeuten mit dem Patienten und seinen Angehörigen stattfinden, in denen zumeist die nächsten Therapieschritte besprochen werden, kann unser Ansatz nicht als Familientherapie im engen Sinne verstanden werden. Während die klassische Familientherapie typischerweise die Gruppen um einen einzelnen Patienten formt und möglichst alle Angehörigen einbeziehen will, versuchen wir, Angehörige von möglichst vielen Patienten in Sitzungen zusammenzubringen, in denen die Patienten nicht zugegen sind. Was die grundsätzliche theoretische Position unserer Arbeit betrifft, so gehen wir davon aus, daß durch bestimmte emotionale Einstellungen der Angehörigen dem Kranken gegenüber Rückfälle verhindert oder begünstigt werden können. Wir schließen uns jedoch nicht den Theorien an, die die Familie eines Schizophrenen als insgesamt krankes System betrachten, in dem der Patient lediglich Symptomträger ist.

Themen der Angehörigentreffen

Im folgenden soll nun darauf eingegangen werden, was während der Gruppensitzungen besprochen wurde.

Ein Schwerpunkt, insbesondere wenn neue Teilnehmer in die Gruppe kommen, ist das Austauschen von Informationen bzw. Gedanken über die Krankheit; über mögliche Ursachen wie z.B. Vererbung, Geburtsschwierigkeiten, Erziehungsfehler, Entwicklungskrisen, körperliche Schädigungen usw.; über Rückfallgefahren wie Streß am Arbeitsplatz oder das Fehlen eines Arbeitsplatzes, mangelnde Wiedereingliederung in die frühere Umgebung; über Beginn und Entwicklung der Krankheit; über Symptome; über Krankheitsdauer und -verlauf; über Möglichkeiten und Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung.

Des weiteren werden häufig Erfahrungen ausgetauscht über mehr praktische Probleme wie die Beschaffung von Arbeits- oder Ausbildungsplätzen für die Erkrankten; die damit oft verbundene Erfahrung, daß weder der Erkrankte noch der Angehörige mit Hilfe bei Ämtern oder Arbeitgebern rechnen kann; Vor- und Nachteile eines Behindertenausweises wie etwa besserer Kündigungsschutz, mehr Urlaubstage, kostenlose Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahbereich gegenüber größerer Reserviertheit eventueller Arbeitgeber, damit erschwerte Stellensuche und Abstempelung als Behinderter; Schwierigkeiten mit Kranken- und Rentenversicherungen sowie Probleme bezüglich des Kindergelds für die erkrankten Angehörigen; Hilfen durch die Polizei, das psychiatrische Krankenhaus oder niedergelassene Ärzte bei notwendig gewordenen Einweisungen.

Einen dritten Themenbereich bilden emotionale Folgen der Erkrankung, die von den Angehörigen im Umgang mit dem Erkrankten, mit anderen Familienmitgliedern oder mit der Umwelt als belastend erlebt werden:

Ein Vater berichtet von der Angst, die er durchgemacht hat, als sein Sohn zwei Wochen lang spurlos verschwunden war. Es wird gemeinsam überlegt, wie man der Hilflosigkeit produktiven Symptomen gegenüber begegnen kann: wie z.B. auf die im Zusammenhang mit wahnhaften Verfolgungsgedanken auftretenden Aggressionen zu reagieren ist; wie man sich bei der im Rahmen von Vergiftungsideen auftauchenden Weigerung zu essen dem Erkrankten gegenüber verhalten kann; wie man die mit wahnhaften Größenideen verbundenen Geldausgaben unterbinden kann. .

Häufig werden Ärger oder Resignation bezüglich der Minussymptomatik des Patienten ausgetauscht: So wird überlegt, was man machen kann, um den schizopli-

nen Kranken, der sich die meiste Zeit ins Bett zurückzieht, zu aktivieren, oder wie man ihn zu persönlicher Sauberkeit anhalten bzw. zu einer minimalen Anpassung an das Familienleben bringen kann. Die Frau eines Patienten äußert die Befürchtung, Zeit ihres Lebens als Krankenschwester für ihren Mann da sein zu müssen. Eltern berichten über die ständige Belastung, die durch die Erkrankung eines Familienmitgliedes zu Hause entsteht: durch fehlende Perspektiven, wie es einmal mit dem Erkrankten weitergehen soll; durch die Veränderung der ganzen Familie, die die Krankheit eines Mitglieds mit sich brachte; durch die Angst der Angehörigen, selber einmal krank zu werden. Mehrere Mütter stimmen darin überein, daß sie ständig zwischen dem Kranken und den übrigen Familienmitgliedern stehen, einerseits selbst die Schwierigkeiten des Kranken am intensivsten miterleben und keinen Ansprechpartner dafür haben, andererseits oft genug zwischen dem Kranken und den übrigen Familienangehörigen, die kein Verständnis für den Kranken aufbringen, vermitteln müssen.

Die meisten Angehörigen haben Anlaß, sich darüber zu unterhalten, daß sie keine Gesprächspartner für ihre Probleme haben und im Gegenteil oft genug mit der Distanzierung und den Vorurteilen von Verwandten und Nachbarn konfrontiert sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß mit der hier beschriebenen und seit zwei Jahren durchgeführten Form der Angehörigengruppe einer großen Zahl von Angehörigen schizophrener Kranker die Möglichkeit zu entlastenden Gesprächen und zum Erfahrungsaustausch geboten wurde. Inwieweit unsere bisher relativ unstrukturierten Gesprächsrunden ebenfalls zu einem geringeren emotionalen Engagement und kompetenteren Umgang mit dem behinderten Familienmitglied auch zu Hause führen, kann bisher nur aufgrund von allgemeinen Eindrücken vermutet werden.

Weitere Entwicklung unserer Angehörigengruppe

Wie bereits eingangs erwähnt, haben die Mitarbeiter unserer Arbeitsgruppe eine Doppelfunktion zu erfüllen, nämlich zum einen die psychiatrische Versorgung der Patienten, zum anderen forschende Arbeit zu leisten. Auf den vorangegangenen Seiten wurde unser Versorgungsauftrag beschrieben.

Aufgabe unserer Forschungstätigkeit ist es nun, einen Versuchsplan zu erarbeiten, der uns später Aussagen darüber erlaubt, ob Angehörige mit hohem emotionalen Engagement nach dem Besuch von Gruppensitzungen mit nachvollziehbarem Ablauf emotional kontrollierter auf den schizophrenen Kranken eingehen und dies einen Rückfall hinauszögert oder verhindert; d.h. es sind Möglichkeiten zur Messung des emotionalen Engagements der Angehörigen, eine strukturierte Form der Gruppensitzungen sowie Erfassungsmethoden für den Gesundheitszustand des schizophrenen Kranken Monate nach seiner Behandlung auf unserer Station zu entwickeln bzw. festzulegen. Hier soll nicht auf alle diese Aufgaben näher eingegangen (vgl. dazu *Olbrich et al.*, 1983), sondern nur ein Aspekt kurz beschrieben werden, nämlich der einer strukturierten Form der Angehörigengruppen.

Aufgrund der Protokolle der bisherigen Gruppensitzungen sollen von Mitarbeitern der Arbeitsgruppe Videoszenen gedreht werden, die typische Problemsituationen zeigen, wie sie zu Hause immer wieder im Zusammenleben mit schizophrenen Kranken vorkommen. Problemsituationen können dabei zum einen durch eine produktive Symptomatik, z.B. Wahnvorstellungen, zum anderen durch eine Minus-Symptomatik des erkrankten Familienmitglieds, z.B. Inaktivität, entstehen. Zu beiden Themenkomplexen sollen durch die Mitarbeiter drei Beispiele gezeigt werden, wie Angehörige auf das kranke

Familienmitglied reagieren können: einmal gefühlsmäßiges Überengagement, zum anderen übermäßiger Kritizismus und schließlich angebrachtes Verhalten. Diese Videoszenen sollen dann nach und nach in den Angehörigengruppen abgespielt werden und als Grundlage für Diskussionen mit den Angehörigen und der Angehörigen untereinander dienen. Beabsichtigt ist dabei auch, daß sich die Angehörigen nicht nur im Gespräch mit dem Material auseinandersetzen, sondern darüber hinaus auch zum Einüben des erwünschten Verhaltens durch Rollenspiele angeregt werden.

Wenn diese Pläne verwirklicht werden, enthält die Betreuung unserer Angehörigen-gruppe folgende Aspekte:

- Informationen zur Erkrankung,
- Erfahrungsaustausch über praktische Hilfen,
- Entlastung durch Äußern von Sorgen und Gefühlen, Verhaltensänderung mit dem Ziel geringeren emotionalen Engagements.

Diese Punkte erarbeiten sich die Angehörigen unter der Leitung eines Therapeuten in Diskussionen bzw. Rollenspielen.

Es bleibt schließlich noch zu klären, ob und wie sich die Angehörigen - eventuell auch an anderen Orten des Einzugsbereichs unseres Krankenhauses - zu Selbsthilfegruppen zusammenschließen.

Literatur

Brown, G. W., Birley, J. L. T. und Wing, J. K.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Brit. J. Psychiatry* 121: 241-258 (1972)

Olbrich, R., Cohen, R. und Watzl, H.: Ein Programm zur Betreuung von Angehörigen schizophrener Patienten. *Psychiat. Prax.* (1983) im Druck

Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten

Gerhard Buchkremer und Ludwig Lewandowski

Die Therapie schizophrener Patienten richtet sich nicht nur auf die akute psychotische Symptomatik, sie zielt darüber hinaus auf eine Verminderung des Rückfallrisikos und der psychischen und sozialen Behinderungen, die aus der Erkrankung resultieren. Hierzu werden neben der neuroleptischen Behandlung psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen angewandt. Abgesehen von vereinzelt familientherapeutischen und sozialpsychiatrischen Bemühungen stellt die systematische Einbeziehung der Angehörigen in diese Therapie im deutschsprachigen Raum gegenwärtig eher die Ausnahme dar. Den Angehörigen schizophrener Patienten kam bisher nur die Aufgabe des Zuliefers fremdanamnestischer Informationen zu. Als unmittelbare Bezugsperson des Patienten sind sie jedoch psychischen, emotionalen und sozialen Belastungen durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes ausgesetzt; andererseits kann ihnen eine wichtige Aufgabe bei der Rezidivprophylaxe und Rehabilitation der Patienten zukommen. Aus dieser erweiterten Sichtweise der Angehörigen schizophrener Patienten leiten sich die Gründe für eine therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen ab.

Der alltägliche Umgang mit den erkrankten Angehörigen, die Konfrontation mit gesellschaftlichen Vorurteilen und ihren impliziten Schuldzuweisungen stellen Belastungen für die Angehörigen dar, denen sie häufig nicht gewachsen sind. Nicht zuletzt werden die *Schuldgefühle* der Eltern durch empirisch unbewiesene Erklärungskonzepte der Entstehung schizophrener Störungen genährt. Begriffe wie z.B. „schizophrenogene Mutter“, „Beziehungsfälle“ („double-bind“) oder die „Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe“, trugen dazu bei, daß viele Angehörige, vor allem die Eltern, sich von dem Vorwurf betroffen fühlten, an der Entstehung der Erkrankung ihrer Kinder ursächlich und schuldhaft beteiligt zu sein. Die aus diesen Konzepten abgeleiteten unterschweligen Ressentiments der Psychiater verstärken die Schuldgefühle der Angehörigen (*Angermeyer und Hofmann, 1981*).

Die Interaktionseigenarten in Familien mit einem schizophrenen Familienmitglied sind unabhängig von der Frage der Verursachung bei der Analyse der die schizophrenen Psychosen auslösenden Bedingungen von Bedeutung. Die Interaktionen von Eltern mit ihren schizophren erkrankten Kindern zeichnen sich unter anderem durch anspielungsreiche Denkweisen, abnormen Sprachgebrauch und stärkere Konfliktgeladenheit und Disharmonie aus (so zusammengefaßt von *Hirsch, 1979*). Die Paarbeziehungen schizophrener Patienten scheinen uneinheitlich und widerspruchsvoll strukturiert zu sein; Rollenverteilungen sind zwischen den Gatten weniger klar definiert (*Hell, 1982*).

Empirisch weitgehend gesicherte Untersuchungen von *Brown et al. (1972)* sowie *Vaughn und Leff (1976)* lassen vermuten, daß eine emotional gestörte Familieninteraktion eine besondere Belastung für den schizophrenen Patienten darstellt. So erweisen sich die gegenüber den Patienten zum Ausdruck gebrachten emotionalen Haltungen (insbesondere emotionales Überengagement und Kritikhäufigkeit) als wesentliche Prädiktoren für das Rückfallrisiko. Diese rückfallprovozierenden Interaktionseigenarten lassen sich in vielen Fällen auf eine Unsicherheit und Ratlosigkeit der Angehörigen

hinsichtlich eines angemessenen Umgangs mit schizophrenen Verhaltensweisen zurückführen (Krauss, 1976). Die Interaktionseigenarten stellen also nicht nur für die schizophrenen Patienten, sondern auch für ihre Angehörigen Belastungen dar. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Angehörigen schizophrener Patienten an der Behandlung und der Rezidivprophylaxe zu beteiligen.

Konzepte für die Angehörigenarbeit bei schizophrenen Patienten

Im folgenden sollen die unterschiedlichen Möglichkeiten einer therapeutischen Arbeit mit Angehörigen, die sich in den letzten Jahren entwickelt haben, dargestellt werden. Die verschiedenen Formen der Angehörigenarbeit werden in Abgrenzung zu familientherapeutischen Ansätzen skizziert. Die fließenden Grenzen zwischen Angehörigenarbeit und Familientherapie sollen dabei nicht übersehen werden.

Therapeutische Gruppenarbeit bei Angehörigen schizophrener Patienten

Wird vorrangig Hilfe für den schizophrenen Patienten angestrebt, wird von Angehörigentherapie (Buchkremer und Fiedler, 1982) gesprochen, liegt hingegen der Schwerpunkt mehr auf der Unterstützung der Angehörigen, so wird von Angehörigenarbeit (Dörner et al., 1982) gesprochen. Der Terminus Angehörigenarbeit läßt zu wenig erkennen, daß das Einbeziehen von Angehörigen in die Gesamtbehandlung der Therapie des Patienten zugute kommt. Andererseits kann „Angehörigentherapie“ dahingehend mißverstanden werden, daß die Angehörigen „therapiert“ werden müßten. Nach unserem Verständnis dient die Mitarbeit der Angehörigen sowohl dem Ziel einer verbesserten Rezidivprophylaxe für die Patienten als auch der Unterstützung und Erweiterung des Selbsthilfepotentials der Angehörigen. Daher sprechen wir im folgenden von „therapeutischer Arbeit bzw. Gruppenarbeit“ mit Angehörigen schizophrener Patienten. Dabei werden die Angehörigen unterstützt und von Schuldgefühlen entlastet, sie werden ausführlich informiert über Entstehung und Verlauf der Krankheit, Rückfallgefährdung, Behandlung und Prävention. Dabei wird an den Erfahrungen der Angehörigen mit dem Beginn und Verlauf früherer psychotischer Erkrankungen ihres Angehörigen angeknüpft (Anderson et al., 1981; Berkowitz et al., 1981). Die Angehörigen werden auf einen Krisenfall bei ihrem schizophren erkrankten Familienmitglied vorbereitet. Sie lernen, Früherkennungszeichen einer nahenden schizophrenen Dekompensation wahrzunehmen und die Möglichkeiten zur Krisenbewältigung zu erweitern und auszuschöpfen (Goldstein und Kopeikin, 1981). In der Regel findet diese vornehmlich krisenorientierte therapeutische Angehörigenarbeit in einer Gruppe von 6 bis 12 Angehörigen mehrerer Patienten statt. Goldstein (1981) berichtet über Erfahrungen mit Therapiekonzepten, bei denen mehrere Familienmitglieder einschließlich der erkrankten Angehörigen in eine Gruppe einbezogen wurden.

Angehörigenarbeit

Die eher sozialpsychiatrisch orientierte Angehörigenarbeit stellt die Bedürfnisse der Angehörigen, insbesondere ihre Schuldgefühle und soziale Isolierung, in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen (Dörner et al., 1982; Bertram, 1982). Positive Rückwirkungen auf den Patienten sind dabei eher ein erwünschter Begleiteffekt als das primäre Ziel. Vorrangiges Ziel ist es u.a., das Selbsthilfepotential der Angehörigen zu aktivie-

ren. Organisationsform ist die von einem Moderator geleitete Angehörigengruppe, die angeblich um so leichter durchzuführen ist, je weniger ein Moderator (in der Regel ein professioneller Helfer) ein festes therapeutisches Konzept verfolgt. Hinsichtlich ihrer Organisationsform und Zielsetzung nimmt die Angehörigengruppe eine Zwischenstellung zwischen der therapeutischen Gruppenarbeit mit Angehörigen und Selbsthilfegruppen ein.

Familientherapeutische Ansätze

Die eher sozialpsychiatrisch orientierte Angehörigenarbeit sowie die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen unterscheiden sich von dem familientherapeutischen Vorgehen in den theoretischen Grundannahmen und Organisationsformen. *Wirsching* (1982) beschreibt Formen der Familientherapie:

- a) Die analytische Familientherapie versucht, psychogenetische und kommunikative Aspekte zu verbinden (*Schwarz*, 1981). Durch die Aufdeckung und Durcharbeitung der Familienkonflikte sollen die innerfamiliären Beziehungen schrittweise verändert werden.
- b) Die strukturelle Familientherapie (*Minuchin* et al., 1978) ist vorwiegend den Lerntheorien und Kommunikationsforschung verpflichtet und bedient sich verhaltenstherapeutischer Techniken.
- c) Die strategische Familientherapie ist der Systemtheorie (*Cade*, 1980) verpflichtet. Sie versucht, das familiäre System zu beeinflussen, indem sie die Homöostase des pathologischen Familiensystems verändert (*Selvini Palazzoli* et al., 1977).
- d) *Laqueur* (1981) entwickelte außerdem das Konzept der „multiplen Familientherapie“. Hierbei werden 4 bis 5 schizophrene Patienten zusammen mit ihren Familienmitgliedern in einer Gruppe behandelt.

Vorteile der Arbeit mit Angehörigengruppen

In die psychiatrische Versorgung von schizophrenen Patienten und deren Familien haben familientherapeutische Ansätze weniger Eingang gefunden.

Aus folgenden Gründen können Angehörigengruppen im psychiatrischen Versorgungsnetz eine weitere Verbreitung finden:

- a) Angehörigengruppen sind *praktikabel*. Sie lassen sich leicht zusammenstellen. Schon während der stationären Behandlung können die Angehörigen zur Teilnahme an der Gruppe motiviert werden. In den Angehörigengruppen besteht eine hohe Kohäsion der Teilnehmer (*Reif* und *Merzbacher*, 1980). Ausstiege aus der Gruppe sind selten.
- b) Die Angehörigengruppen lassen sich leicht in *Selbsthilfegruppen* überführen (*Dörner* et al., 1982). Hierdurch wird den Angehörigen die Möglichkeit zu längerfristigem, oft jahrelangem Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Hilfestellung gegeben.
- c) Angehörigengruppen können auch von *erfahrenen psychiatrischen Schwestern oder Pflegern* bzw. sich in Ausbildung befindlichen Studenten durchgeführt werden (*Siedow* und *Bombosch*, 1982; *Buchkremer* und *Fiedler*, 1982).

Gegenüber dem familientherapeutischen Vorgehen ergibt sich ein weiterer *praktischer* Vorteil dadurch, daß gleichzeitig von mehreren Patienten Angehörige in die Therapie einbezogen werden können.

In den Angehörigengruppen lassen sich Fertigkeiten vermitteln, die den Familienmitgliedern helfen, nahende Psychosen sicher zu erkennen, besser mit dem erkrankten Familienmitglied umzugehen und im *Krisenfall eine frühzeitige Intervention* zu ermöglichen. Die Angehörigen können dadurch nicht nur ihrem erkrankten Familienmitglied Hilfe leisten, sondern erfahren selbst Unterstützung. Besonders hilfreich ist die *Schuldentlastung*, die sie insbesondere durch die Stellungnahmen anderer erfahren. Als Folge dieser Entlastung von Schuldgefühlen reduziert sich häufig das emotionale Überengagement. Infolgedessen lassen sich die Angehörigen leichter dazu motivieren, ihr *emotionales Engagement* mehr auf eigene Probleme zu richten, als auf das erkrankte Familienmitglied. Daraus resultiert häufig eine Kontaktreduktion zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen mit hochemotionalen Einstellungen und Haltungen. Damit ist eine *Rezidivprophylaxe* verbunden. Durch die Teilnahme an Angehörigengruppen kann der *sozialen Isolierung*, in die der Angehörige in Folge der Erkrankung seines Familienmitgliedes geriet, abgeholfen werden. Die Angehörigen erfahren in der Gruppe, daß sie mit ihren Problemen nicht allein sind, sich ihrer nicht zu schämen brauchen, und sie erhalten die Möglichkeit, neue Kontakte zu schließen.

Viele Angehörige haben Schwierigkeiten, die verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen ihrer erkrankten Familienmitglieder zu verstehen und ihnen akzeptierend zu begegnen. Sie leiden darunter, daß sich das erkrankte Familienmitglied zurückzieht, sich abweisend verhält, Hilfsangebote ausschlägt und sich so nach ihrer Meinung „undankbar“ oder „unwillig“ verhält. In der Zielsetzung der therapeutischen Gruppenarbeit soll das Verhalten der Patienten als ein aktiver *Versuch der Bewältigung* der Erkrankung verstanden werden. Ein Rückzug des Patienten aus der Familie erscheint dann den Familienmitgliedern nicht mehr als Kränkung, sondern als ein Versuch der Selbstheilung zur Vermeidung von emotionaler Überforderung.

Ziele der therapeutischen Gruppenarbeit mit Angehörigen

Die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten hat drei Globalziele: Die Unterstützung der Angehörigen, die Veränderung emotional belastender Familieninteraktionen sowie die Beteiligung der Angehörigen an der Rezidivprophylaxe. Hieraus lassen sich (nach *Tüpker, 1981*) folgende Teilziele ableiten:

1. Desensibilisierung der Angehörigen
 - Abbau von Hilflosigkeit und Schuldgefühlen sowie von übermäßigem Verantwortungsgefühl;
 - Förderung einer Distanz zum Patienten, Lockerung der emotionalen Bindungen;
 - Befähigung zu einem mehr selbstsicheren Umgang mit dem Patienten und seiner Erkrankung.
2. Sensibilisierung der Angehörigen
 - Vermittlung von Verständnis für den Patienten und seine Situation;
 - Förderung der Wahrnehmung und Differenzierung der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und andererseits der verbliebenen sozialen und intrapsychischen Fertigkeiten des Patienten;
 - Erkennen und Aufarbeiten der eigenen Probleme im Umgang mit dem Patienten und seiner Erkrankung;
 - Erwerb von angemessenem Interaktionsverhalten (Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten).

3. Beteiligung der Angehörigen an der Rezidivprophylaxe

- Vermittlung von Wissen über Erscheinungsformen, auslösende Bedingungen sowie Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten schizophrener Psychosen;
- Information über Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten zur Unterstützung einer optimalen Medikation (Compliance);
- Verbesserung der Wahrnehmung von Früherkennungszeichen eines nahenden Rezidivs;
- Erwerb von Fertigkeiten zur Bewältigung von Krisensituationen.

Organisationsform therapeutischer Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten

Die Angehörigengruppen sollten mindestens für den Zeitraum eines halben Jahres regelmäßig zusammenkommen. Bewährt haben sich ein- oder zwei-wöchentliche Gruppensitzungen von je 90 Minuten Dauer. Bei der Zusammenstellung einer Angehörigengruppe erwies sich als günstig, jedoch nicht als Bedingung, wenn der Anteil von Eltern, Ehepartnern und Freunden in enger Lebensgemeinschaft mit dem Erkrankten etwa gleich gehalten wird. Dies gilt auch für männliche und weibliche Teilnehmer:

Männliche Angehörige, insbesondere Väter, sind erfahrungsgemäß schwieriger für eine Teilnahme zu gewinnen. Ihnen gebührt in der Ansprech- und Vorbereitungsphase einer Angehörigengruppe verstärkte Aufmerksamkeit und Motivierungsarbeit.

Die Angehörigengruppe wird am besten von zwei Gruppenleitern geführt. Dadurch besteht die Möglichkeit der gegenseitigen Supervision. Zu besonderen Fragestellungen, z.B. Pharmakotherapie, Sozialrecht und Rehabilitation können Experten in die Angehörigengruppe eingeladen werden. Die Leitung einer Angehörigengruppe setzt umfangreiche Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit schizophrenen Patienten und in Patientengruppentherapie voraus. Kenntnisse in Gesprächsführung, therapeutischem Rollenspiel, der Wahrnehmung der Interaktionseigenarten in der Gruppe sowie deren Nutzbarmachung für den Umgang mit den Patienten einschließlich Gruppenpsychotherapie- und Selbsterfahrung erleichtern die Leitung der Angehörigengruppe. Außerdem sind theoretische Kenntnisse hinsichtlich Ätiologie, Therapie und Prognose unerlässlich.

Bausteine des Konzeptes einer therapeutischen Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten

Im folgenden sollen die wesentlichen Bausteine therapeutischer Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten dargestellt werden. Auch wenn die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen definierte Ziele verfolgt, soll der Gruppenverlauf nicht durch eine allzu strenge Methodenorientierung von den Gruppenleitern vorstrukturiert werden. Statt dessen sollen die Leiter in den Gruppensitzungen personen- und problemzentriert vorgehen. Im Verlauf des Gruppenprozesses wird auf die individuellen Probleme der Gruppenteilnehmer Bezug genommen. Hieraus lassen sich Ziele und Problemlösungen entwickeln, die einzelnen Bausteine sind nicht als zeitlich voneinander isolierbare Therapieabschnitte zu verstehen, sondern mit unterschiedlicher Akzentuierung - je nach Problemlage - Bestandteile fast aller Gruppensitzungen.

1. Von Schuldgefühlen entlasten:
Durch freie Aussprache der Angehörigen wird versucht, eine Entlastung von den Schuldgefühlen zu erreichen. Sachliche Informationen sollen den Angehörigen helfen, von gesellschaftlichen, historischen und wissenschaftlichen Vorurteilen bezüglich der Verursachung schizophrener Psychosen Abstand zu nehmen. Die Angehörigen lernen es zu verstehen, daß subjektiven Schuldgefühlen nicht objektive Schuld entsprechen muß. Wenn das gelingt, wird zugleich jene emotional hochgeladene Familienatmosphäre entspannt, die erwiesenermaßen rückfallprovozierend für das kranke Familienmitglied ist.
2. Die Angehörigen unterrichten:
In didaktisch geeigneter Form werden die wesentlichen Kenntnisse der Ätiologie, Psychopathologie, Prognose sowie Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten, insbesondere auch der neuroleptischen Therapie vermittelt. Die Angehörigen sollen ebenso wie die Patienten zu „Experten“ für schizophrene Erkrankungen werden, um dadurch bei der Behandlung besser mitsprechen und mitarbeiten zu können. Das anfänglich oft beobachtete Mißtrauen der Angehörigen gegenüber der Behandlung der Patienten kann so abgebaut werden und einer verstärkten Kooperationsbereitschaft Platz machen. Ausführliche Informationen über die kurz- und langfristigen Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika sollen die Angehörigen in die Lage versetzen, bei der Verbesserung der Medikamenten-Compliance mitzuwirken, die zur Reduzierung des Rückfallrisikos unerlässlich ist.
3. Ein nahes Rezidiv erkennen:
Ausgehend von den Erfahrungen, die Angehörige mit dem Beginn und Verlauf früherer psychotischer Erkrankungen gewonnen haben, soll eine Liste mit Frühsymptomen erstellt werden. Besondere Beachtung finden dabei die Lebens- und Verhaltensweisen, die sich in der Zeit um den Ausbruch der Psychose verändern. Darüber hinaus können allgemein bekannte Rückfallbedingungen und Prodromalzeichen mit den Angehörigen besprochen werden. Diese Maßnahmen sollen den Angehörigen befähigen, Frühsymptome wahrnehmen zu können und angemessen auf sie zu reagieren.
4. Auf Krisensituationen vorbereiten:
Für den Fall möglicher Krisen werden Bewältigungsmöglichkeiten erwogen und konkrete Einzelmaßnahmen in einem sogenannten Krisenplan festgelegt. Ob ein Patient mit akuter Psychose stationär behandelt werden muß oder ambulant betreut werden kann, hängt nicht unerheblich von der Bereitschaft und Fähigkeit der Angehörigen zur therapeutischen Mitarbeit ab. Demgegenüber scheint der Schweregrad der Symptomatik weniger die Wahl der Behandlungsform zu bestimmen. Stationäre Behandlungen lassen sich um so eher vermeiden, je besser Patient und Angehöriger auf Krisensituationen vorbereitet sind und je größer somit die Toleranz der Angehörigen gegenüber dem akut psychotisch gewordenen Patienten ist.
5. Emotionale Spannungen reduzieren:
Die emotional gespannte Familienatmosphäre kann therapeutisch beeinflußt werden, indem spezifische Interaktionseigenarten zwischen Angehörigen und Patienten aufgehellt und herausgearbeitet werden, wozu auch das Rollenspiel dienen kann. Dies kann auch durch eher soziotherapeutische Maßnahmen erreicht werden. So kann eine räumliche und zeitliche Trennung des Patienten von seinen emotional überengagierten oder stark kritisierenden Angehörigen angestrebt werden.
Vaughn und Leff (1976) konnten zeigen: wenn die Zeit reduziert wurde, welche Angehörige und Patienten miteinander verbrachten, und wenn zugleich eine neuro-

leptische Behandlung erfolgte, wurde hierdurch das Rückfallrisiko gesenkt. Hilfreich ist es auch, die Angehörigen anzuregen, ihre eigenen Wünsche und Ansprüche ernstzunehmen und mehr zur Geltung kommen zu lassen; auch das kranke Familienmitglied kann hierdurch entlastet werden. Eingehende Informationen helfen den Angehörigen, die Verhaltensweisen und Interaktionseigenarten des Patienten besser zu verstehen. Nach unseren Erfahrungen kann durch ein solches, eher kognitiv orientiertes Vorgehen das Ausmaß emotional belastender Interaktionen verringert werden. Um implizite Schuldzuweisungen zu vermeiden, erscheint es wichtig, innerhalb der Angehörigengruppen auch darauf hinzuweisen, daß nicht nur Verhaltensänderungen aufseiten der Angehörigen, sondern auch aufseiten der Patienten hilfreich und möglich sind.

6. Persönliche und familiäre Probleme aufarbeiten:

Indem Krisenpläne erstellt werden, können zugleich zahlreiche Probleme der Familieninteraktion erfaßt, im Gruppenverlauf bearbeitet sowie in Rollenspielen einer Lösung nähergebracht werden.

7. Angehörigen-Selbsthilfegruppen institutionalisieren:

Zu Beginn wird der Gruppenleiter eher aktiv vorgehen. Gegen Ende der therapeutischen Gruppenarbeit sollten sich jedoch die Leiter mehr und mehr aus dem Gruppengeschehen zurückziehen, um die Selbsthilfepotentiale der Mitglieder zu verstärken und um die Angehörigengruppe in eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe zu überführen. Die meist stark ausgeprägte Gruppenkohäsion bietet eine Chance für einen reibungslosen Übergang von der professionell geführten Gruppe zur Selbsthilfegruppe.

Zum Verhalten des professionellen Helfers (sogenannte Therapeutenvariablen)

Die Beschreibung einzelner Bausteine des Konzeptes therapeutischer Gruppenarbeit mit Angehörigen verleitet unserer Erfahrung nach zu einem allzu schematischen Vorgehen der Gruppenleiter. Daher ist es notwendig, auf die wesentliche Grundhaltung der professionellen Helfer in der Angehörigengruppe einzugehen.

Die Gruppenleiter sollten sich ihrer möglichen impliziten Vorurteile und Schuldzuweisungen gegenüber den Angehörigen bewußt sein. Sie sollten bereit sein, durch den engen Kontakt mit den Angehörigen im Gruppenverlauf ihre Kenntnisse von der Situation der Angehörigen zu erweitern. Ein Hausbesuch vor Beginn der Angehörigengruppe kann besonders nützlich sein. Dem Hausbesuch kann neben der diagnostischen und motivierenden Funktion ein wesentlicher therapeutischer Wert beigemessen werden. Die Familien fühlen sich durch den Besuch der Gruppenleiter ernst genommen und besser verstanden. Insbesondere aber eröffnet der Hausbesuch weit mehr Einblick in die Familiendynamik, als dies in der Laborsituation einer Klinik oder Ambulanz möglich wäre. Hierdurch können die emotionalen Interaktionseigenarten der Familie kennengelernt und in ein Gesamtbehandlungskonzept für den Patienten einbezogen werden.

Die Vorgehensweise der Gruppenleiter ist personen- und problemzentriert, d.h. die individuellen Probleme und Erwartungen der Angehörigen stehen im Vordergrund. Methoden, Zielsetzungen und Lösungsmöglichkeiten der Therapeuten können als Hilfestellung für die individuelle Problemlösung angeboten werden, stellen jedoch keine generelle Richtschnur dar. Die Gruppenleiter sind auch Beobachter des Gruppenprozesses und der Interaktionseigenarten der Gruppenteilnehmer. Als solche können sie Rückmeldungen geben oder die Angehörigen ihrerseits zu Rückmeldungen ermutigen.

Bei starker Ablehnung eines Patienten durch seine Angehörigen ist der Gruppenleiter sowohl Interessenvertreter der Angehörigen als auch des Patienten. Dem Gruppenleiter fällt dabei die Aufgabe zu, Polarisierungen innerhalb der Gruppe entgegenzuwirken. So können die Mitglieder in der Gruppe beispielhaft für die Situation in ihren Familien erfahren, wie emotionale Spannungen abgebaut werden können.

Angehörigengruppe und Familieninteraktion

Die in der Literatur beschriebenen Interaktionsmuster der einzelnen Familienmitglieder und der Familie als Ganzes spiegeln sich für den kundigen Beobachter im Gruppenprozeß wider. Die Gruppenmitglieder äußern ihre Gefühle, die das erkrankte Familienmitglied betreffen, nicht nur verbaliter, sondern auch interaktionell im Umgang mit den Gruppenteilnehmern und den Gruppenleitern. Die Interaktionsmuster der Familie werden also in der Angehörigengruppe sichtbar. So weist z.B. die hohe Gruppenkohäsion (Reif und Merzbacher, 1980) in Angehörigengruppen auf die häufigen Abhängigkeitsprobleme bzw. Trennungsängste (Alanen, 1979) in der Familie schizophrener Patienten hin. Das emotionale Überengagement mancher Mütter und das emotionale „Abseitsstehen“ vieler Väter spiegeln sich ebenfalls in den Gruppen wider.

Die Gruppenleiter sollten die Bedeutung ihrer Interventionen für die bleibende Restfamilie reflektieren. In die Angehörigengruppe werden in der Regel nur ein oder zwei Mitglieder der einzelnen Familien aufgenommen. Dieser Eingriff in die Familienhomöostase kann folgenreich sein, wenn therapeutisch wohlgemeinte Ratschläge von der Restfamilie boykottiert werden. Für Angehörige oder Patienten können daraus Konflikte und Überforderungen resultieren, da in kommunikationstheoretischer Sicht (Watzlawick et al., 1974) die Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder voneinander abhängen. Spezifische Verhaltenssymptome sind als Teile eines Systems interpretierbar (Selvini Palazzoli et al., 1977), das bemüht ist, die Homöostase aufrechtzuerhalten.

Ein einzelnes Familienmitglied in die Angehörigengruppe aufzunehmen, kann familientherapeutisch gesehen als die Einführung eines Paradoxons gewertet werden. Von den Gruppenleitern der Angehörigengruppe sollte deshalb bedacht werden, daß jeder pharmako-, psycho- und soziotherapeutische Schritt, somit auch die therapeutische Arbeit in der Angehörigengruppe, durch die Familie gefördert oder behindert werden kann. Der Einfluß der Restfamilie auf den Angehörigen in der Gruppe und das Gruppengeschehen ist nicht zu unterschätzen.

Zur Effizienz therapeutischer Gruppenarbeit mit Angehörigen

Gegenwärtig werden in der Bundesrepublik Deutschland mehr als zehn Evaluationsstudien durchgeführt, die sich mit Angehörigengruppen unterschiedlicher Konzeption beschäftigen. Ein abschließendes Urteil über die Effizienz der Angehörigengruppen kann nicht vor deren Abschluß vorgenommen werden. Die ersten katamnesticen Erfahrungen (Lewandowski und Buchkremer, 1982) weisen darauf hin, daß sich die Angehörigenarbeit bei schizophrenen Patienten auf die Rezidivprophylaxe der schizophren erkrankten Familienmitglieder auswirkt und sich andererseits als Hilfe für die Angehörigen bestätigt (In Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen: Schindler, 1976; Vaughn und Leff, 1976).

Aus den Selbstzeugnissen der Angehörigen kann heute schon geschlossen werden, daß diese therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen eine Hilfe für die Angehörigen und die schizophrenen Patienten bedeutet.

Literatur

- Alanen, G. O.: The contribution of intrafamilial psychological factors in the pathogenesis of disease. In: *Psychiatria fennica*, Suppt. 7-21 (1979)
- Anderson, M, Hogarty, G., Reiss, J.: The Psychoeducational Family Treatment of Schizophrenia. In: Goldstein, M. J. (Hrsg.): *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. Jossey-Bass, San Francisco 1981, S. 79-84
- Angermeyer, M C. und Hofmann, J.: Der Psychiater und die Angehörigen schizophrener Kranker; Eine Untersuchung zur personalen Wahrnehmung. *Z. f. klin. Psych. Psychother.* 29: 158-167 (1981)
- Bertram, W.: Angehörigengruppe - Familientherapie für die psychiatrische Alltagspraxis. *Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie* 34, Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1982
- Berkowitz, R., Kuipers, L., Eberlein-Fries, R., Leff, J.: Lowering Expressed Emotion in Relatives of Schizophrenics. In: Goldstein, M. J. (Hrsg.): *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. Jossey-Bass, San Francisco 1981, S. 27-48
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., Wing, J. K.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br. J. Psychiatry* 121: 241-258 (1972)
- Buchkremer, G. und Fiedler, P.: Angehörigetherapie bei schizophrenen Patienten. In: Heimchen et al. (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1982, S. 141-144
- Cade, B.: *Strategy Therapy*. *J. Fam. Therapy* 2: 89-99 (1980)
- Dörner, K., Egetmeyer, A., Koenning, K.: *Freispruch der Familie*. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1982
- Goldstein, M.J.: *Family Therapy During the Aftercare Treatment of Acute Schizophrenia*. In: Lansky, M.R.: *Family Therapy and Major Psychopathology*. Grune & Stratton, New York 1981
- Goldstein, M J. und Kopeikin, H. S.: Short- and Long-Term Effects of Combining Drug and Family Therapy. In: Goldstein, M. J. (Hrsg.): *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. Jossey-Bass, San Francisco 1981, S. 5-26
- Hell, D.: *Ehen depressiver und schizophrener Menschen*. Springer, Berlin 1982
- Hirsch, S. R.: Eltern als Verursacher der Schizophrenie. *Nervenarzt* 50: 337-345 (1979)
- Krauss, P.: Probleme der Angehörigen chronisch-seelisch Kranker. *Nervenarzt* 47: 498-501 (1976)
- Laqueur, H. P.: *Multiple Family-Therapy*. In: Lansky, M. R.: *Family Therapy and Major Psychopathology*. Grune & Stratton, New York 1981
- Lewandowski, L. und Buchkremer, G.: Einflüsse der Angehörigetherapie auf den Krankheitsverlauf schizophrener Psychosen. Vortrag anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Münster 1982
- Minuchin, S. et al.: *Psychosomatic Families. Anorexia nervosa in Context*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1978
- Müller, P. (Hrsg.): *Zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen*. Enke, Stuttgart 1982
- Reif, H. und Merzbacher, J.: Gruppenarbeit nach der Methodik der themenzentrierten Interaktion (TZI) mit Eltern von Schizophrenen. *Psychiat. Prax.* 7: 9-16 (1980)
- Schindler, R.: Bifokale Familientherapie. In: Richter, H.E. et al. (Hrsg.): *Familie und seelische Krankheit*. Rowohlt, Reinbek/Hamburg 1976, S. 216-235
- Schwarz, F.: Einzel- und Familientherapie bei schizophrenen Psychosen. *Nervenarzt* 57: 644-653 (1980)
- Selvini Palazzoli, M et al.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrenen Störungen. Klett, Stuttgart 1977
- Siedow, R. und Bombosch, J.: Erste Erfahrungen mit einer Angehörigengruppe - Zur Wechselwirkung zwischen Kommunikationsstilen der Teilnehmer und der Person und Interaktion der Gruppenleiter. *Psychiat. Praxis* 9: 145-150 (1982)
- Tüpkker, H.: *Konzeption und Evaluation einer Gruppentherapie für die Angehörigen schizophrener Patienten*. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit im Psychologischen Institut der Universität Münster 1981
- Vaughn, Ch. und Leff, J.: The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatry Patients. *Br. J. soc. clin. Psychol.* 15: 157-165 (1976)
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R.: *Lösungen*. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1974
- Wirsching, M.: *Familientherapie - Aktueller Stand und Ausblick*. *Nervenarzt* 53: 1-6 (1982)

Therapie mit Angehörigen von jungen rückfallgefährdeten schizophrenen Kranken*

Charlotte Kötting, Karin Mollenhauer, Jnes Sönnichsen und Roland Jurth

Noch vor 10 Jahren galt die Lehrmeinung: Die Schizophrenie ist eine prognostisch infauste Erkrankung, die zur allmählichen Verblödung führt. Seit dieser Zeit hat sich das Grundwissen über diejenigen Patienten, die die Diagnose Schizophrenie erhalten, erheblich verändert. Dies verdanken wir nicht zuletzt den drei Langzeituntersuchungen über den Verlauf schizophrener Erkrankungen von *Bleuler* (1972), *Ciampi und Müller* (1976), sowie *Huber et al.* (1979). Die zum Teil unerwartet günstigen Verlaufsergebnisse bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie in der Langzeitperspektive erfordern ein verändertes Verständnis und einen angemesseneren Umgang mit dieser Krankheit. Man hält - wir zitieren *Manfred Bleuler* (1980) - „nach den mannigfachen Einflüssen Ausschau ..., die auf die Entstehung, die Symptomatologie und den Verlauf schizophrener Psychosen einwirken, und zwar Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit, die auf einen psychotischen Zusammenbruch hinwirken“.

Die Einführung der Psychopharmaka veränderte die psychiatrische Behandlung tiefgreifend. Patienten, denen früher eine lebenslange Hospitalisierung drohte, konnten plötzlich entlassen werden. Die Langzeitmedikation führte allerdings zu gravierenden Nebenwirkungen (*Degwitz, 1976; Pietzcker, 1982*). *Hogarty et al.* (1974) schreiben, daß unter der Gabe von Neuroleptika zwar die Häufigkeit von Rückfällen verringert wird, gleichzeitig aber bei zu hoher Medikation eine Veränderung sozialer und emotionaler Verhaltensweisen durch psycho-soziotherapeutische Einwirkungen erschwert wird. Heute geht es um die Frage, wie die medikamentöse Therapie verbessert, wie die Nebenwirkungen verringert, und wie die medikamentöse Behandlung und sozio-psychotherapeutische Unterstützung einmal schizophren gewordener Patienten auf eine sinnvolle Weise kombiniert werden können.

Familien- und kommunikationstheoretische Ansätze - als konkrete Alternative zu biologischen Denkansätzen - liefern immer wieder Gefahr, in ein vereinfachendes Ursachen- bzw. Schulddenken zu geraten. Erwähnenswert ist die „schizophrenogene“ Mutter (*Fromm-Reichmann, 1948*), das Konzept vom „double-bind“ (*Bateson et al., 1956*), die „Irrationalitätsübertragung“ (*Lidz et al., 1979*), oder die Theorie der „Pseudogegenseitigkeit“ (*Wynne et al., 1958*). Ein wissenschaftlicher Nachweis dieser Theorien ist nicht gelungen.

In den letzten Jahren hat man weniger nach *der* Ursache der Schizophrenie gefragt, sondern mehr und mehr nach Bedingungen gesucht, die ihren Verlauf beeinflussen. Neben Life-Event-Forschung (*Brown und Birley, 1968*) und prospektiver Risikoforschung (*Goldstein et al., 1978*) sind Untersuchungen über das emotionale Klima in der Familie von Bedeutung. Dieses Klima ist einer der Faktoren im Umfeld des Patienten, die prognostisch etwas über den Verlauf der Erkrankung aussagen. *Brown et al.* (1962) stellten fest, daß krankenhausesentlassene Patienten, die zu ihrer Familie oder zu ihrem Partner zurückkehrten, häufiger rückfällig wurden als diejenigen, die allein lebten.

* Forschungsprojekt mit Unterstützung der Charles Hosie-Stiftung in Hamburg (Förderung der Pilot-Studie 1980) und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (seit 1981) im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 115. Projektleiter: Prof. Dr. Iver Hand und Prof. Dr. Jan Grass.

Brown und Mitarbeiter entwickelten ein Interview, das *Camberwell-Family-Interview*, mit dem sie versuchten, die in der Familie ausgedrückten Emotionen zu messen. Sie untersuchten in Einzelinterviews die Eltern oder die Partner der Patienten. Sie einigten sich auf einen Index, der es ihnen ermöglichte, Familienangehörige in stark und wenig emotional Engagierte zu unterscheiden. In einem Follow-up über 9 Monate konnten sie beobachten, daß Patienten aus Familien mit hohem emotionalem Engagement (*High Expressed Emotion*) häufiger rückfällig wurden als Patienten mit Angehörigen, die wenig emotional engagiert waren (*Low Expressed Emotion*). Lag die Rückfallrate im ersten Fall bei 58%, so betrug sie im zweiten Fall nur 16%. Patienten, die aus stark emotional engagierten Familien stammten, einen ständigen Gesichtskontakt mit den Angehörigen hatten und keinen Schutz durch Medikamente erhielten, wurden sogar zu 92% innerhalb von 9 Monaten rückfällig. Dieses Ergebnis wurde mittlerweile in verschiedenen Studien repliziert (Brown et al., 1972; Vaughn und Leff, 1976; Vaughn et al., 1982).

Das *Camberwell-Family-Interview* bietet also die Möglichkeit, die (kurzfristig) besonders rückfallgefährdeten schizophren Erkrankten herauszufinden. *High Expressed Emotion* heißt kritisch-feindselige und/oder emotional überinvolvierte Einstellung zum Patienten, sofern sie sich nicht auf die Krankheitssymptomatik bezieht. Da die Rückfälle im Verlauf eines 9-Monate-Follow-up fast viermal häufiger bei Familien auftreten, bei denen mindestens ein Angehöriger emotional stark engagiert ist, sind diese Patienten und ihre Angehörigen im Interesse einer kurzfristigen Rückfallprävention therapeutisch besonders zu unterstützen (Vaughn und Leff, 1976; Liberman et al., 1980; Goldstein, 1981).

Daraus läßt sich schließen: Junge, früherkrankte Patienten mit schizophrenen Symptomen aus Familien mit hohem emotionalem Engagement sollten ebenso wie ihre Angehörigen sozio-psychotherapeutisch, poststationär und langfristig unterstützt werden. Die medikamentöse Therapie sollte von niedergelassenen Nervenärzten, unabhängig von der Behandlung im Forschungsprojekt, durchgeführt werden. Wir stützten uns bei dieser Planung auf die Erfahrung von Goldstein (1981), Berkowitz et al. (1981), Snyder und Liberman (1981), Anderson et al. (1981) und Dörner et al. (1982). Die genannten Autoren beschreiben, trotz unterschiedlicher Therapiesettings, positive Erfahrungen mit Angehörigengruppen schizophrener oder überhaupt psychiatrischer Patienten.

Unsere Überlegungen lassen sich so zusammenfassen: Die Entlastung der Angehörigen von Schuldgefühlen und von der Verpflichtung, ständig dem Patienten zur Verfügung zu stehen, trägt allmählich dazu bei, Angehörigen und Patienten mehr Mut zur eigenen Autonomie und zu einer klareren *Abgrenzung voneinander* zu verhelfen. Diese Fähigkeiten tragen zu einer Entflechtung der emotionalen Involviertheit bei. Die täglichen traumatisierenden Interaktionen innerhalb der Familie werden vermindert. Es wird eine räumliche Trennung zwischen Patient und Angehörigem angestrebt, die eine größere emotionale und soziale Distanz möglich macht. Ein medikamentöser Schutz ist oft unvermeidlich. Der Umgang mit Medikamenten soll aber allmählich bewußter und autonomer erfolgen.

Im Rahmen einer kontrollierten Studie wollen wir ein solches Vorgehen untersuchen. Unser Interesse gilt dabei Patienten, die wegen einer akuten Psychose stationär aufgenommen werden, 18 bis 30 Jahre alt sind, maximal drei Jahre krank und maximal ein Jahr hospitalisiert waren und möglichst nicht mehr als drei Krankheitsepisoden durchgemacht haben. Mit den Angehörigen, die der Patient selbst als wichtigste Bezugspersonen einschätzt, führen wir das *Camberwell-Family-Interview* durch.

Wir interviewen mindestens einen, häufig bis zu drei Angehörige. Meistens handelt es sich um Eltern, Partner oder Geschwister.

Wird ein Angehöriger aufgrund des Ratings des *Camberwell-Family-Interviews* als emotional stark engagiert eingeschätzt (*High Expressed Emotion*), werden Patient und Familie auf die Teilnahme an der Angehörigen- bzw. Patientengruppe vorbereitet oder für die Kontrollgruppe vorgesehen. Patienten mit nur gering engagierten Angehörigen (*Low Expressed Emotion*) bilden eine weitere Kontrollgruppe. Die Therapiegruppen umfassen 4 bis 5 Patienten bzw. deren Angehörige. Angehörige und Patienten werden in getrennten Gruppen behandelt. Dabei verfahren wir nach zwei Settings: Entweder trifft sich die Angehörigengruppe einmal im Monat und die Patientengruppe einmal in der Woche oder die Angehörigen treffen sich wöchentlich und die Patienten monatlich. Die Anzahl der Sitzungen innerhalb eines Jahres differiert also zwischen 12 und rund 50 Sitzungen, je nach Setting. Uns interessiert die Frage, ob es im Hinblick auf mögliche Rückfälle der Patienten sinnvoller ist, eher intensiv mit den Angehörigen oder mit den Patienten zu arbeiten. Unabhängig von der Dauer der Therapie werden bei den Therapiegruppen ebenso wie bei den Kontrollgruppen Nachuntersuchungen durchgeführt, und zwar ein halbes Jahr, eineinhalb und zweieinhalb Jahre nach dem Erstkontakt.

Das Camberwell-Family-Interview

Da das *Camberwell-Family-Interview* in unserer Arbeit eine zentrale Stellung einnimmt, wollen wir es hier kurz vorstellen. Es handelt sich dabei um ein halb-strukturiertes Interview, das jeweils einzeln mit den engsten Angehörigen der Patienten durchgeführt wird und etwa eine bis eineinhalb Stunden dauert. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen. Es bezieht sich vorwiegend auf die letzten drei Monate vor Beginn der stationären Behandlung. War der direkte Kontakt zwischen Angehörigem und Patient gering, so kann der Interviewzeitraum erweitert werden. Es sind 11 Fragenkomplexe vorgegeben, die einerseits objektives Material über das Familienleben und die Krankheit des Patienten betreffen, andererseits subjektive Informationen über Gefühle und Einstellungen des Angehörigen dem Patienten gegenüber erfassen; Hintergrundinformationen zum Zusammenleben, Haushalt und zur Berufstätigkeit der Familienmitglieder; psychiatrische Vorgeschichte; Tagesablauf der Familie; Streit und Reizbarkeit in der Familie; klinische Symptome der derzeitigen Krankheitsepisode; Aufgabenverteilung im Haushalt; Umgang mit Geldangelegenheiten; Beziehung zwischen Informant und Patient; eheliche Beziehung der Eltern; Umgang mit und Einstellung zu Drogen und Medikamenteneinnahme; Einstellung zur Krankheit. Der Interviewer nimmt Anteil und zeigt Interesse, ohne sich therapeutisch zu involvieren. Im Gespräch wird die Intensität ausgedrückter Gefühle und Einstellungen erfaßt, die auch im Alltag Geltung haben. Der Interviewer soll das individuelle Ausdrucksniveau des Angehörigen kennenlernen. Er soll sich in Stil und Tempo dem Informanten anpassen und die Strukturierung so vornehmen, daß sie unterstützend und hilfreich ist und zum Beispiel spontane Schilderungen und Gefühlsäußerungen ermöglicht.

Für die indirekte Messung der *Expressed Emotion* - also dem Grad des emotionalen Engagements gegenüber dem Patienten - werden verbale und vokale Sprachaspekte sowie die im Interview gezeigten Gefühlsreaktionen herangezogen. Für die Beurteilung des emotionalen Engagements dienen zwei Skalen:

- kritisch-feindselige Äußerungen
- emotionales Überinvolviertsein.

Diese beiden Skalen werden folgendermaßen definiert:

Kritik: Bemerkungen eines Befragten werden als kritisch bewertet, wenn er verbal oder vokal eindeutig zu verstehen gibt, daß er eine Eigenschaft oder ein Verhalten des Patienten mißbilligt oder negativ bewertet. Kritische Bemerkungen zu Handlungen aus der Vergangenheit werden nur dann gewertet, wenn durch den Tonfall deutlich wird, daß sie zum Zeitpunkt des Interviews noch aktuell sind. Beziehen sie sich auf Krankheitssymptome, so werden sie nicht als kritische Bemerkungen eingeschätzt. Eine kritische Bemerkung gilt zusätzlich als feindselig, wenn der Angehörige dazu neigt, bestimmte, negativ beurteilte Eigenschaften und Handlungen zu generalisieren („der war schon immer faul“) oder entwertend gegen die Person des Patienten zu wenden.

Emotionales Überinvolviertsein: Emotionales Überinvolviertsein kann sich durch Dramatisierung und Überbetonung in der Darstellung des Patienten zeigen. Diese Skala umfaßt übertriebene emotionale Reaktionen in Vergangenheit und Gegenwart, überprotektives, aufopferndes und überbeschützendes Verhalten dem Patienten gegenüber und/oder Mangel an Objektivität. Das emotionale Überinvolviertsein wird auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt, wobei Bemerkungen, die eindeutig gegen emotionales Überinvolviertsein sprechen, das Rating relativieren. Solche Bemerkungen lassen erkennen, daß der Angehörige den Patienten akzeptiert wie er ist, seine Eigenständigkeit unterstützt und fördert, ohne überhöhte Erwartungen zu haben. Diese Angehörigen sind in der Lage, sich als Personen mit ihren Gefühlen klar abzugrenzen: Sie kennen die eigenen Interessen und Bedürfnisse und nehmen auch die des Patienten ernst.

Ein Angehöriger wird als emotional stark engagiert eingeschätzt, wenn er sechs oder mehr kritisch/feindselige Äußerungen im Interview macht und/oder auf der Skala emotionalen Überinvolviertseins die Stufe 4 oder 5 erreicht. Wenn in einer Familie ein Angehöriger hoch-emotional engagiert ist, wird die ganze Familie entsprechend eingestuft.

Weshalb nicht Familientherapie?

Aus klinischen Erfahrungen wissen wir, daß junge Patienten, die die erste psychotische Episode durchlaufen haben, dazu tendieren, therapeutische Angebote entweder gar nicht, oder nur unregelmäßig mit Unterbrechungen wahrzunehmen. Jedwede nähere Beziehung bedeutet für sie Bedrohung. Diese Erfahrung scheint besonders ausgeprägt bei Patienten aus Familien mit hohem emotionalem Engagement. Anders die Situation der Eltern und anderer Angehöriger. Eingestanden oder nicht, fühlen sie sich vom Krankheitsgeschehen mit seinen oft schwerwiegenden sozialen Folgen überrollt und mit den Problemen alleingelassen.

Die Trennung von Angehörigen und Patienten in Gruppen ermöglicht es beiden Seiten, sich voneinander zu erholen. Im Anschluß an die oft erschöpfende psychotische Krise des Patienten haben beide, Patienten und Angehörige, die Gelegenheit, sich nicht angeklagt zu fühlen und sich nicht erneuten Verletzungen aussetzen zu müssen. Die Angehörigen können vorübergehend die emotional belastete und befrachtete Beziehung zum Patienten verlassen und sich selbst als überforderte, ängstliche, schwache und manchmal ebenfalls im Stich gelassene Menschen verstehen. Sie können beginnen, die eigenen unterdrückten Gefühle von Wut, Wünschen, Sehnsüchten zu akzeptieren. Die Gemeinsamkeit dieser Erfahrungen bewirkt eine Befreiung aus der bis dahin bestehenden Isolierung und der subjektiv erlebten Überforderung, die sich oft ausdrückt in dem Satz: „Damit muß man doch wohl selber fertig werden können“.

Die Angehörigen sind sich gegenseitig Modell. Sie lernen voneinander, die überzogene Fürsorglichkeit und aus Enttäuschungen resultierende Feindseligkeit abzubauen. Allmählich beginnen sie, mehr Verantwortung und positive Erwartungen auf den Patienten zu übertragen.

Die Chance, über die beiden Angebote wenigstens den einen *oder* den anderen der Familie (den Patienten oder wenigstens *einen* Angehörigen) zu erreichen, ist ein weiterer Grund für unser Vorgehen. Veränderungen, die bei den Gruppenteilnehmern eintreten, bewirken meistens auch etwas für diejenigen Familienangehörigen, die der Therapie fernbleiben. Auf diese Weise erreichen wir manch einen therapie-unmotivierten Patienten indirekt.

Das Camberwell-Family-Interview-als „Thermometer“ für das emotionale Klima in der Familie

Die Information, die die Interviewer aus dem *Camberwell-Family-Interview* erhalten, dient erstens prognostisch-diagnostischen Zwecken, zweitens aber als Leitfaden für Inhalte und Ziele in der Gruppenarbeit, und zwar sowohl der mit den Patienten als auch der mit den Angehörigen. Hier möchten wir mehr auf die Bedeutung dieser Informationen für die Angehörigenarbeit eingehen. Erfahrungsgemäß verhindert die Arbeit mit beiden Seiten einer Familie die Tendenz zu einem einseitigen Schuld-Zuordnungs-Denken (die böse schizophrenogene Mutter, die gestörte Familieninteraktion usw.). Vielmehr wird die wechselseitige Betroffenheit verständlich. Wichtiger als die Symptome innerhalb dieses Familiensystems haben. Erst wenn es den Therapeuten und der Angehörigengruppe gelingt, die dem Familiensystem immanente Bedeutung eines Symptoms zu verstehen (und es nicht nur wegzuthrapieren), ist ein Zugang zu der Familie hergestellt.

Familien mit hoch-emotionalen oder kritisch-involvierten Angehörigen unterscheiden sich nicht grundsätzlich von anderen Familien. Sie sind jedoch oft charakterisiert durch ein hohes Maß an Temperament, Emotionalität, Lebhaftigkeit einzelner Familienangehöriger; dabei können die Unterschiede zwischen den Familienmitgliedern sehr ausgeprägt sein. Wir konnten beobachten, wie die lebhaft, emotional-dynamische Kommunikation in der Angehörigengruppe korrespondierte mit der zurückgezogenen, überangepaßten Passivität der Patienten. Allerdings betrifft dieser Eindruck die *Zeit nach Abklingen* der akuten Psychose und verwischt sich häufig wieder in Zeiten einer erneuten psychotischen Krise. Das Bild einer Wippe symbolisiert diesen Zustand recht gut: Patient und emotional engagierter Angehöriger sind bemüht, unter Aufbietung aller ihrer Kraft, eine Art Gleichgewichtszustand herzustellen, der sich aber wegen der unterschiedlichen „Gewichte“ nicht einstellen will. Beide sind schließlich überfordert. Der psychotische Ausbruch des Patienten verstärkt die Reaktionen von Überfürsorglichkeit und einer kritisch-entwertenden Einstellung des emotional stark engagierten Angehörigen. Mit dem *Camberwell-Family-Interview* messen wir also nicht einen emotionalen Dauerzustand, sondern die Art einzelner Angehöriger, auf Krisensituationen zu reagieren.

Durch das Interview erhalten die Therapeuten wichtige Vorinformationen, die im Rahmen einer Gruppe erst allmählich geäußert werden, über aktuelle, konkrete Spannungsfelder in der Familie, die sich auf Bereiche des Zusammenlebens, auf die Wohn- und Arbeitssituation und auf das emotionale Umgehen miteinander beziehen. Dies ermöglicht den Therapeuten, die Probleme einzelner Gruppenangehöriger behutsam aufzugreifen.

Verschämt verschwiegene Konflikte können der gesamten Gruppe so angeboten werden, daß sich einzelne nicht dekouviert, andere aber wiederfinden können. Ein Beispiel: Eine Mutter, die viel Zeit mit ihrem (Patienten-) Kind verbringt, spürt dessen Gespanntheit und stößt gleichzeitig auf die emotionale Zurückgezogenheit, die sie als verletzend und ablehnend erlebt. Das in ihr ausgelöste Gefühl von Ärger muß sie verleugnen oder sie reagiert affektiv darauf. Beides hat zur Folge, daß sie sich hinterher schlecht, schuldig und im Unrecht fühlt. Diese Erfahrung wird in der Regel von anderen Müttern geteilt. Die Entdeckung von Gemeinsamkeiten im Hinblick auf Selbstanklage und Überforderung schafft Entlastung und ist eine wesentliche Voraussetzung, um Zusammenhänge aufzuklären. „Bin ich schuld an diesem Zustand, braucht der Patient seinen Rückzug? Sind es seine oder meine negativen Gefühle, die ich spüre?“ Bereits diese Trennung von Patienten- und Angehörigengefühlen bewirkt, daß jeder beginnt, den anderen als eigene Person, getrennt von sich selbst, wahrzunehmen.

Besonders anschaulich werden therapeutisch wichtige Informationen aus dem *Camberwell-Family-Interview*, wenn es im Hause der Familie durchgeführt wird. Hierdurch gelingt es, zwischen intrapsychischen und objektiven Spannungsfeldern zu differenzieren, da die Existenzbedingungen anschaulicher werden. Ein Beispiel: Ein Patient lebt mit den Eltern und mehreren Geschwistern in einer engen Wohnung. Es gibt viel Streit. Die Mutter bindet sich eng an den Patienten und appelliert an seine Unterstützung. Der Patient hat es schwer, zwischen den Eltern zu vermitteln. Es ist ihm kaum möglich, sich räumlich zurückzuziehen. So ist er den Auseinandersetzungen physisch und psychisch stets ausgesetzt.

Kritik und emotionales Involviertsein machen sich oft an der Unordnung des Patienten, seiner affektiven Zurückgezogenheit, seiner mangelnden Distanziertheit, seinem Leistungsveragen, seiner Unselbständigkeit und damit Abhängigkeit fest. Dabei erweist sich, daß gerade *der Patient* ein für die Angehörigen wichtiges Kind oder gar Partnerersatz ist. Der Angehörige ist seinen eigenen widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt, die einerseits die Nähe des Patienten wünschen, andererseits aber den Appell nach Freiheit von zuviel Verantwortung beinhalten.

Therapeutischer Prozeß

Neben der Informationsvermittlung über die Erkrankung selbst und über die Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente (so hohe Medikation wie nötig zum eigenen Schutz, so wenig wie möglich zum Erhalt der Lern- und emotionalen Schwingungsfähigkeit) haben wir folgende Therapieziele:

1. Bearbeitung der verletzenden Situation innerhalb der Familie, anknüpfend an aktuelle, konkrete Lebenssituationen.
2. Abbau von Vorurteilen und Negativerwartungen im Zusammenhang mit der Einstellung zur Krankheit zugunsten einer adäquaten, fordernd fördernden Haltung gegenüber dem Patienten.
3. Bearbeitung der kritisch-feindseligen Involviertheit zwischen Angehörigen und Patienten zur Verminderung emotionaler Verflechtungen.
4. Unterbrechung der häufig bestehenden familiären Isolierung durch den Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern: Entlastung der Familie von Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen; Unterstützung aller Autonomiebestrebungen *jedes* Familienmitgliedes.

5. Sensibilität herstellen für über- bzw. Unterforderungssituationen bei Angehörigen und Patienten. Unterstützung bei der Suche, die eigenen Grenzen zu finden, um sich besser zu schützen.

Die einzelnen Entwicklungsschritte sind klein, die Gruppeninhalte überschaubar und allen transparent. Therapeuten achten immer wieder auf positive Veränderungen und verhindern damit Resignation auf Therapeuten- und Patienten/Angehörigen-Seite. Die Angehörigen werden dabei unterstützt, sich mit der eigenen, häufig belastenden und negativen Realität zu versöhnen, eine Voraussetzung, die es ihnen ermöglicht, auch die vorhandenen Grenzen und Defizite ihrer (Patienten-) Kinder zu akzeptieren.

Eigene Bedürfnisse und Gefühle werden erkannt. Auch negative Gefühle wie Wut und Überdruß werden allmählich angemessen geäußert (fast alle Angehörigen fürchten, daß jede Aggression zu einer totalen Zerstörung der Beziehung führen könnte). Neu ist auch die Erfahrung, daß scheinbar unvereinbare, widersprüchliche Gefühle wie Lieben und Hassen, miteinander glücklich und wütend sein oder sich interessant und sehr langweilig finden - nebeneinander existierende Gefühle sein können, die sich nicht ausschließen.

All dies nicht als ausschließlich theoretische Möglichkeit sondern als eine emotionale Erfahrung zu erleben, ist eines der wichtigsten Ziele innerhalb dieser Therapien.

Inhalte im Gruppenverlauf (mit Bezug zu den Auswertungskategorien des Camberwell-Family-Interview)

1. Die Angst vor Verlassenheit: „Ich lasse mich ständig ausnutzen und bekomme nichts zurück, weil ich die Forderungen des Patienten erfülle; wenn ich nein sagen würde, könnte es passieren, daß er ganz weggeht" (häufig emotional überinvolvierte Mütter).
2. Aggressive Impulse: „Wenn ich wirklich meine Meinung sagen würde, wäre diese so vernichtend, daß es den Abbruch der Beziehung bedeuten könnte (Feindseligkeit). Wenn ich aber weiterhin verschweige, was ich wirklich denke, halte ich die Anspannung eines Tages nicht mehr aus" (Emotionale Überinvolviertheit).
3. Die Unvereinbarkeit von Extremen: „Entweder ist er ein Patient, das heißt krank, oder aber faul, böse und provozierend. Für den Fall einer „Krankheit" darf ich nichts fordern (emotionale Überinvolviertheit), im Falle des Böse-, Faul- und Provozierendseins ist mein Urteil über ihn vernichtend" (Kritik und Feindseligkeit).
4. Schuldgefühle: „Entweder ich bin als Angehöriger an der Krankheit schuld und damit schwer belastet (emotionale Überinvolviertheit - selbstanklagend), oder ich leugne jeden Zusammenhang zwischen Krankheit und meinem eigenen Verhalten und mache andere dafür verantwortlich, auch den Patienten" (Feindseligkeit/Kritik).
5. Abgrenzungsprobleme: „Entweder ich setze rigoros meine eigenen Bedürfnisse durch und nehme keine Rücksicht auf andere, dann entwerte ich ihn, um Abstand herzustellen (Feindseligkeit/Kritik), oder ich opfere mich wieder auf und handele gegen meine eigenen Bedürfnisse" (Emotionale Überinvolviertheit).
6. Die Einstellung zur Krankheit: „Entweder - wenn er krank ist - übernehme ich für ihn jede Verantwortung (emotionale Überinvolviertheit), oder ich lehne ihn ab und schmeiße ihn 'raus" (Kritik und Feindseligkeit).

Die Angehörigen sind durch das Zusammenleben mit den Patienten in gewisser Weise „Experten". Schließlich haben sie mit ihnen zusammen gelebt und kennen die konkreten, realen Schwierigkeiten. Wir gingen bald dazu über, die Gruppen selbst

nach ihrem „Expertenwissen“ zu befragen und entdeckten überrascht, wieviele Zusammenhänge eigentlich bekannt sind, ohne daß die Angehörigen ihrem eigenen Urteil vertrauen mögen.

Sowohl für die Intensiv- als auch für die Monatsgruppe gilt, daß die Angehörigen allmählich anfangen, auf eigene Fähigkeiten zu bauen und den Patienten mehr Verantwortung zu überlassen.

Die beschriebenen Veränderungen klingen einfach und schlüssig und sind doch in der Wirklichkeit langwierig und schwer erreichbar. Sie verlangen viel Zeit, Geduld und die Bereitschaft, immer gleiche Mechanismen herauszuschälen, die in vielfältigen Variationen versteckt vorkommen.

Trainingsprogramm versus Problemorientierung

Unser ursprüngliches Konzept ging von einem Social-Skill-Training aus. Gleichzeitig wollten wir das Projekt in den realen klinischen Alltag einbetten, damit es zeitlich und hinsichtlich der Ausbildungsbedingungen der Therapeuten auch allgemein praktikierbar sein würde. Jeweils ein klinischer Mitarbeiter leitet zusammen mit einem Projektmitarbeiter eine Therapiegruppe. Beide Therapeuten können in einem Vor- und Nachgespräch mit einem erfahrenen Supervisor Unklarheiten und weiteres Vorgehen besprechen. Alle Mitarbeiter verfügen über klinische Erfahrungen und/oder eine psychotherapeutische Ausbildung und kommen aus den verschiedenen Therapieschulen. Nur ausnahmsweise haben die Mitarbeiter Vorerfahrungen mit Angehörigengruppen. Da es in der Bundesrepublik typisch ist, daß unterschiedliche Psychiatrie-/ Psychotherapie-Schulen nebeneinander arbeiten, war es uns wichtig herauszufinden, ob eine Zusammenarbeit von unterschiedlichen Richtungen dennoch möglich ist.

Unsere anfänglichen Versuche, die Stundenabläufe streng zu strukturieren und durch ein festes Therapieprogramm auszufüllen, führten zu Widerstand bei Patienten, Angehörigen, und nicht zuletzt bei uns selbst. Bemühungen, die vorgeplanten Themen durchzuarbeiten, scheiterten an akuten, unvorhersehbaren Konflikten oder Krisen, die Vorrang hatten. Nachdem wir uns mehrfach verführen ließen, abstrakte Theorievermittlung einzubringen, wurden wir eines Besseren belehrt. Abstrakte Informationen werden selektiv wahrgenommen: Die unangenehmen Inhalte werden einfach vergessen. Aus diesen - *unseren* - Lern-Erfahrungen ergab sich für unser Konzept folgendes: Strukturierung erfolgt nur soviel, wie unbedingt nötig, dafür umso mehr Offenheit für spontan eingebrachte Themen. Informationen im Sinne unserer Zielsetzung - bessere Aufklärung - geben wir nur auf Fragen, wenn wirkliches Interesse dafür besteht. Häufige Beispiele sind: Was bewirken die Medikamente? Was verursacht die Krankheit? Wir verlangen regelmäßig einen kurzen, aktuellen Bericht jedes einzelnen Angehörigen zu Beginn und am Ende der Stunde. So erfahren wir, ob aktuelle Krisen bestehen, die einer dringenden Klärung bedürfen (und dennoch passiert es nicht selten, daß Angehörige entscheidende Probleme erst bei der „Endrunde“ schildern). Zunehmend weniger haben wir das Ziel, die Angehörigen zu verändern; dafür umso mehr, mit ihnen gemeinsam herauszufinden, warum bestimmte Dinge sie stören, und wie sie sich im Zusammenhang damit fühlen und verhalten. Die Veränderungen stellen sich allmählich über die stückweise Bewußtwerdung eigener Mechanismen ein und stehen in engem Zusammenhang mit dem Abbau von Schuldgefühlen. Oft vollziehen sie sich zunächst unbemerkt.

Durch intensive Vor- und Nachbesprechungen und die Möglichkeit, mittels einer Einwegscheibe an Therapiesitzungen teilzunehmen, entwickelt sich bei allen Mitarbeitern ein einheitliches Konzept: Wir verwenden psychodynamische, gesprächstherapeutische und verhaltenstherapeutische Ansätze, um einen Konflikt oder ein spezielles Problem verstehbar zu machen. Selten wird mit Hilfe des Rollenspiels nach alternativen Lösungswegen gesucht. Dabei sind wir bemüht, die benötigte Abwehr der Angehörigen solange zu stützen, bis alternative Verhaltenssicherheiten vorhanden sind. Wir konzentrieren uns auf die Auflösung der verletzenden, die Autonomie behindernden Problembereiche innerhalb der Familie, wobei uns die Kenntnis von den Schwierigkeiten der Patienten sehr zugutekommt. Insgesamt ist es wichtig, flexibel und erfinderisch zu sein, sich nicht rigide auf ein Programm zu fixieren. Wir müssen uns selbst und die Angehörigen auf die minimalen Fortschritte aufmerksam machen und sie darin bestärken, mehr Mut zur Eigenständigkeit zu entwickeln.

Zu unser aller Überraschung hat sich gezeigt, daß bei gemeinsamer Problemorientierung Unterschiede der Therapieschulen im Laufe eines Therapieprozesses an Bedeutung verlieren. Es hat sich aber als wichtig erwiesen, daß jemand Erfahrung im klinischen Umgang mit diesen schwierigen Patienten und in irgendeiner Form Selbsterfahrungspraxis hat, um nicht eigene Probleme zu sehr mit denen der Angehörigen zu vermischen. Auch das Alter - das heißt die Loslösung von den eigenen Eltern - spielt eine wesentliche Rolle.

Abschluß

Vor einer Woche endete nach zwei Jahren eine der Angehörigengruppen, die sich einmal im Monat getroffen hatte. Keine Familie ist vorzeitig ausgeschieden. Ohne die (projektionsmäßig) geplante Terminierung des Gruppenprozesses hätte niemand (einschließlich der beiden Therapeuten) zu diesem Zeitpunkt freiwillig das Ende vorgeschlagen. So wurden für die Zukunft - in größeren Abständen (etwa nach vier bis fünf Monaten) - noch weitere Sitzungen vereinbart.

Die ängstlich-zögernde, schuldgetragene Zurückhaltung der Angehörigen am Anfang wich im Zuge des Gruppenprozesses einer beinahe familienähnlichen Offenheit, wozu die miteinander erlebten Krisen und Rückfälle beigetragen hatten. Das Gefühl von einer gemeinsam zu tragenden Not, bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Personen, Familien und Krankheitsverläufe der Patienten, hatte manch einen aus der vorher bestehenden innerlichen Einsamkeit und auch Überforderung befreit. Entsprechend war die Trauer, bei einigen auch die Enttäuschung, über die Auflösung der Gruppe. Hatten wir anfangs konzeptgemäß geplant, den allmählichen Übergang zu Selbsthilfegruppen zu erwirken, so waren wir bei den Angehörigen jeweils auf ablehnende Resonanz gestoßen. Bei der letzten Sitzung, nachdem wir diesen Plan für uns über Monate bereits aufgegeben hatten, eröffneten uns die Angehörigen, daß sie sich bereits selbst um Räume und Treffzeitpunkte gekümmert hätten. Ihnen sei das Miteinandersprechen so wichtig geworden, daß sie nicht mehr darauf verzichten möchten, sie wollten weiterhin den Einmonatstermin beibehalten.

Aus der Erfahrung mit dieser und anderen Angehörigengruppen können wir bisher feststellen, daß es sich als sinnvoll erwiesen hat, diese langfristig, zweiwöchentlich, kontinuierlich und als geschlossene Gruppe einzurichten. Die meisten Konflikte zwischen Angehörigen und ihren Patientenkindern beruhen auf langjährigen Kommunikations- und Interaktionsmustern, die sie aus Mangel an alternativen Umgehensweisen aufrechterhalten

wollen und/oder müssen. Erst über eine stabile, vertrauensvolle Beziehung kann ein Zugang hergestellt werden, der Veränderungen ermöglicht. Zeit, Geduld und die Erfahrung jedes einzelnen Angehörigen, daß auch er in seiner Schwäche akzeptiert und toleriert wird, sind dafür erforderlich. In jeder der Familien gab es Angehörige mit hohem emotionalem Engagement. Bei den meisten von ihnen war nach etwa einem Jahr, sofern sie einigermaßen regelmäßig an den Gruppensitzungen teilgenommen hatten, diese emotionale Haltung deutlich zurückgegangen. Die Eltern waren weit davon entfernt, sich und ihre Kinder als problemfrei zu betrachten, haben aber eine andere Einstellung zu Krankheit, auftretenden Krisen und, vor allen Dingen, ihrer eigenen Hilfsbedürftigkeit und ihrem Anspruch auf Hilfe gewonnen. Sie tendierten weniger als am Anfang dazu, die Disharmonien in der Familie zu verleugnen, suchten nicht mehr nach Patentlösungen für alle Konfliktfälle bzw. für ‚die Krankheit‘, sondern hatten mehr Sicherheit gegenüber eigenen Lösungsmöglichkeiten in jeweils verschiedenen Konfliktsituationen erworben. Eine Mutter sagt: „Ich weiß, daß ich ehrlicher sein kann mit meinen Gefühlen. Ich muß nicht mehr sofort Schuldgefühle bekommen, wenn ich einen Fehler gemacht habe ... dadurch ist der Umgang zwischen mir und meiner Tochter viel weniger verkrampft“. Vorher sei sie oft enttäuscht aus den Gruppensitzungen gegangen, weil sie konkrete Ratschläge erwartete. Unter anderem das Nachdenken darüber und die Ermutigung aus der Gruppe habe ihr geholfen, ihren eigenen Gefühlen mehr Vertrauen zu schenken. Ein Bruder eines Patienten berichtet: Er kam nach etwa einem Jahr zu der Gruppe, um endlich einmal Unterstützung für sich und seinen Bruder zu finden gegen die Mutter, die vieles falsch gemacht habe. Er vermutet sogar, daß dieses eine seiner Motivationen für das Psychologiestudium gewesen sein könnte. Mittlerweile habe er verstanden, und ansatzweise auch zu akzeptieren gelernt, wie stark seine eigene Bindung an die Mutter sei, wo auch eine Mutter ihre Grenzen habe und er sie vielleicht einfach tolerieren müsse, daß es aber an ihm selber ist, sich um alternative Hilfsangebote für seine eigenen vorhandenen Probleme zu bemühen. Er habe erstmalig die Erfahrung gemacht, daß seine eigenen Fehler und die seiner Mutter kritisch betrachtet werden können, ohne daß dies zu einer vernichtenden Entwertung der Person geführt habe. Zuhause haben sich Kritik und die überhöhten Erwartungen gegenseitig in einer Art unheilvoller, feindseliger Kommunikation aufgestaut, so daß es zu einem Stillstand jeder Art von Austausch gekommen war. Erstmals in dieser letzten Sitzung berichtet er, daß er anfängt, sich zunächst einmal wochenweise von zuhause zu trennen, und daß er sich vorstellen könne, dies auch seiner Mutter zuzumuten.

Angehörige und Therapeuten haben im Laufe dieser Gruppensitzungen voneinander gelernt, wie existentiell die Angewiesenheit aufeinander ist, und wie bedrohlich gerade innerhalb dieser involvierten Familienbeziehungen eine abrupte, gewaltsame Ablösung sein kann. Das jahrelang, oft sogar über Generationen weitergegebene Lebensschicksal einzelner hat zu einem komplizierten Interaktions- und Beziehungsnetz geführt, so daß die Realität innerhalb dieser Familie sich immer weiter von der in der Außenwelt geltenden entfernt hat. Eine Krankheit scheint nicht selten dazu beizutragen, auf dynamische Weise eine quälende oder sogar gefühlstötende Stagnation der Beziehungen aufzubrechen. Die Veränderung innerhalb dieses komplexen familiären Geschehens sollte nach unserer Auffassung nicht von außen aufgezwungen werden und niemals ohne den nötigen Respekt gegenüber dem für die Beteiligten bisher lebenswichtigen Netz von Beziehungen erfolgen.

Trotz der anfänglichen hochgradigen Skepsis einzelner Angehöriger gegenüber dem „Reden“ in einer Gruppe, gab es doch am Ende niemanden, der diese Zeit für un-

wichtig hielt; der anfangs diesbezüglich kritischste Vater betonte sogar, „uns ist aber wichtig, daß Sie die Erfahrung, die Sie durch uns gewonnen haben, auch an andere weitergeben“.

Der Abschied fiel allen schwer. Eine Mutter sagte: „Ich glaube, das ist gar kein Abschied, ich glaube, da ist soviel passiert, das kann man nicht einfach abschließen. Ich bin sicher, das geht irgendwie weiter ...“

Angehörigengruppen in dem beschriebenen Rahmen und Umfang könnten von psychiatrisch Tätigen obligatorisch durchgeführt werden. Wir halten diese Art von Unterstützung der betroffenen Familienmitglieder für einen der wichtigsten Schritte im Zuge der Öffnung der Psychiatrie, in deren Folge zunehmend mehr Patienten mit ihren persönlichen, familiären und sozialen Schwierigkeiten draußen zurecht kommen müssen. Je größer das Ausmaß der krankheitsbedingten Schwierigkeiten der Patienten, desto weniger Bezugspersonen bleiben erfahrungsgemäß übrig (Freunde ziehen sich zurück), und desto stärker wird erneut die Familie mit auftretenden Problemen konfrontiert. Die obligatorische Arbeit mit Angehörigen bzw. Familien hätte den weiteren Vorteil, daß überwiegend klinisch ausgebildete psychiatrisch Tätige, die in der Regel nur die eine Seite (die des betroffenen Patienten) kennenlernen, die Chance erhielten, ein vollständigeres und zusammenhängendes Erfahrungsbild der Familie als Mikrosystem zu erwerben. Sicherlich war das monokausal ausgerichtete Denken der klinischen Psychiatrie in den letzten hundert Jahren nicht zuletzt Folge einer allzu einseitigen Sicht der Patienten, losgelöst von der Interaktion in der Familie.

Literatur

- Andason, C.M., Hogarty, G., Reiss, D.J.:* The psychoeducational family treatment of schizophrenics. In: *M Goldstein* (ed.): New developments in interventions with families of schizophrenics. Jossey-Bass, San Francisco-Washington-London 1981, S. 79-94
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J.:* Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1:251-264(1956)
- Berkowitz, R., Kuipers, L., Eberlein-Fries, R., Leff, J.:* Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. In: *M Goldstein* (ed.): New developments in interventions with families of schizophrenics. Jossey-Bass, San Francisco-Washington-London 1981, S. 27-48
- Berkowitz, R., Kuipers, L., Leff, J.:* Was wissen wir über die Angehörigen und den Verlauf der Schizophrenie? In: *K. Dömer, A. Egetmeyer, K. Koenning* (Hg.): Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1982, S. 157-166
- Bleuler, M.:* Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart 1972
- Bleuler, M.:* Einzelkrankheiten in der Schizophrenie-Gruppe. Vortrag auf dem 4. Schizophrenie-Symposium in Bonn-Bad Godesberg 1980
- Brown, G. W., Mank, E.M., Carstairs, G.M., Wing, J.K.:* Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit. J. Prevent. Soc. Med.* 16: 55-68 (1962)
- Brown, G. W. und Birley, J.L. T.:* Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J. Health Soc. Behav.* 9: 203-214 (1968)
- Brown, G. W., Birley, J.L. T., Wing, J.K.:* The influence of family life on the course of schizophrenic disorders. *Brit. J. Psychiat.* 121: 241-258 (1972)
- Ciampi, L. und Müller, C.:* Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1976
- Degwitz, R., Consbruch, U., Haddenbrock, S., Neusch, B., Oehlert, W., Unsöld, R.:* Therapeutische Risiken bei der Langzeitbehandlung mit Neuroleptika und Lithium. *Klinische, histologische und biochemische Befunde. Nervenarzt* 47: 81-87 (1976)
- Dörner, K., Egetmeyer, A., Koenning, K.* (Hg.): Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1982
- Fromm-Reichmann, F.:* Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 11: 263-273 (1948)

- Goldstein, M.*: New developments in interventions with families of schizophrenics. Jossey-Bass, San Francisco-Washington-London 1981
- Goldstein, M., Rodnick, E.K., Jones, J.E., McPherson, S., West, K.*: Familial precursors of schizophrenia spectrum disorders. In: *L. Wynne, R. Cromwell, S. Matthysse* (ed.): The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment. John Wiley, New York 1978
S. 487-498
- Haley, J.*: Problem solving therapy. Jossey-Bass, San Francisco 1976 (Deutsche Ausg.: Direktive Familientherapien. Strategien für die Lösung von Problemen. Pfeiffer, München 1977).
- Hogarty, G.E., Goldberg, S., Schooler, N., Ulrich, R.*: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Two years-relapse rates. *Arch. Gen. Psychiat.* 31: 603-608 (1974)
- Huber, G., Grass, G., Schüttler, R.*: Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1979
- Liberman, R.P., Wallace, C., Vaughn, C., Snyder, K.L.*: Social and family factors in the course of schizophrenia. Toward an interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. In: *Strauss et al.* (eds.): The psychotherapy of schizophrenics. Plenum, New York 1980, S. 22-54
- Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A.P.*: Schizophrenia and the family, Intern. Univ. Press, New York 1965. (Deutsche Ausg.: Die Familienumwelt der Schizophrenen. Klett-Cotta, Stuttgart 1979)
- Pietzcker, A.*: Die rezidivprophylaktische Behandlung schizophrener Erkrankungen mit neuroleptischer Langzeitmedikation: Möglichkeiten und Grenzen. Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in Münster 1982
- Snyder, K.L. und Liberman, R.P.*: Family assessment and the intervention with schizophrenics at risk for relapse. In: *M Goldstein* (ed.): New developments in interventions with families of schizophrenics. Jossey-Bass, San Francisco-Washington-London 1981, S. 49-60
- Vaughn, C. und Leff, J.*: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients. *Br. J. Psychiat.* 129: 125-137 (1976)
- Vaughn, C. und Leff, J.*: The measurement of the expressed emotions in the families of psychiatric patients. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 15: 157-165 (1976)
- Vaughn, C., Snyder, K.S., Simon, J., Freeman, W., Falloon, I.R.H.*: Family factors in schizophrenic relapse. A California replication of the British research on expressed emotion. Mimeographed, 1982
- Wynne, L.C., Ryckoff, J.M., Day, J., Hirsch, S.*: Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21: 205-220 (1958)

Aktuelle Ergänzung für die Homepage: Einige der hier zitierten englischen Texte sind auf Deutsch erschienen in: Bateson, Lang, Jackson: Schizophrenie und Familie

Intervention bei Angehörigen von rückfallgefährdeten Schizophrenen*

Ruth Berkowitz, Liz Kuipers, Rosemarie Eberlein-Fries und Julian Leff

Einführung

Die Bedeutung der Familie in der Ätiologie der schizopluenen Ersterkrankung ist unklar (Hirsch und Leff, 1975). Aber ihre Bedeutung für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist gesichert (Brown u. a., 1972; Vaughn und Leff, 1976; Leff u. a., 1982). Aus den ersten beiden Untersuchungen geht hervor, daß ein eindeutiger Zusammenhang zwischen bestimmten Einstellungen der Angehörigen schizophrener Patienten und dem künftigen Verlauf der Erkrankung besteht: innerhalb eines Zeitraumes von neun Monaten nach der Krankenhausentlassung waren solche Patienten signifikant erhöht rückfallgefährdet, die aus Familien kamen, in denen die Angehörigen entweder außerordentlich kritisch oder emotional überinvolviert waren. Auf der Grundlage dieser Befunde haben wir eine Untersuchung durchgeführt. Wir wollten wissen, ob Interventionen bei den Familien mit den am höchsten gefährdeten Patienten die Rückfallraten senken konnten. Ziel solcher Interventionen war es, die Einstellungen der Angehörigen zu verändern. Diese Untersuchung ist nun fertiggestellt und die Ergebnisse zeigen, daß die Arbeit mit diesen Familien zum erwünschten Effekt führt. Eine Kontrollgruppe ohne entsprechende Interventionen zeigte, daß die Rückfallraten dort auf dem vorhergesagten Niveau verblieben (Leff u. a., 1982).

Um die Leitlinien für die Interventionen zu verstehen, ist es notwendig, den theoretischen und empirischen Hintergrund dieser Untersuchung ein wenig gründlicher zu analysieren. In ihrem Verlauf hat sich gezeigt, daß die beschriebene Einstellung der Angehörigen mit Sicherheit etwas mit den Rückfällen der Patienten zu tun hat. Diese Einstellung nennen wir emotional engagiert (*Expressed Emotion*). Angehörige mit hohem emotionalem Engagement sind zugleich kritisch. Diese Einschätzung stützt sich auf die Auswertung von Tonbandaufzeichnungen eines halbstrukturierten Interviews, des *Camberwell-Family-Interview* (Brown und Rutter, 1966; Rutter und Brown, 1966; vgl. auch Köttingen u. a. in diesem Buch S. 134).

Die kritische Haltung wird auf der Grundlage der Anzahl kritischer Bemerkungen eines Angehörigen über den Patienten im Laufe des Interviews diagnostiziert. Eine kritische Bemerkung liegt dann vor, wenn ihr Inhalt oder ihr Ton deutlich machen, daß der Angehörige bestimmte Aspekte des Patientenverhaltens mißbilligt oder einfach nicht mag: „Den ganzen Tag jammert er, und man sollte meinen, daß er dabei wenigstens konsequent ist. Aber nicht einmal das ist er. Und das finde ich so schlimm“ (Ehefrau). Ein Angehöriger wird dann als stark emotional engagiert eingestuft, wenn er im Laufe des Interviews sechs oder mehr solche kritische Bemerkungen macht. Feindseligkeit ist eine extremere Form der Kritik. Sie wird angenommen, wenn der Angehörige etwas sagt, das anzeigt, daß er eine Abneigung gegen den Patienten hegt: „Ich bin verdammt ärgerlich und manchmal wünsche ich, daß er stirbt“ (Ehefrau).

Emotionale Überinvolviertheit wird anhand einer globalen Skala gemessen. Erfäßt werden jene Aussagen, die darauf hinweisen, daß der Angehörige sich selbst aufopfert, daß er überbeschützende Züge zeigt, kleine Ereignisse dramatisiert oder selbst sehr auf-

* übersetzt von Asmus Finzen

geregelt ist, wenn Probleme beschrieben oder Gefühle gezeigt werden. Eine hohe emotionale Überinvolviertheit wird dann angenommen, wenn ein Score von drei oder mehr der fünf Punkte umfassenden Skala erreicht wird. Zum Beispiel: „Ich fühlte mich am nächsten Tag fürchterlich. Es war für mich wie - wie sterben. So war es für mich“ (Mutter).

Die Feststellung eines hohen emotionalen Engagements bei Angehörigen ist wegen kritischer Haltung allein, wegen emotionaler Überinvolviertheit oder wegen beidem möglich. Unsere Hypothese lautete, daß diese Eigenschaften durchentsprechende Interventionen verändert werden könnten. Ein primäres Ziel der Untersuchung war es, ein niedrigeres emotionales Engagement zu erreichen.

Die früheren Untersuchungen hatten gezeigt, daß es nicht nur das emotionale Überengagement der Angehörigen war, das die Patienten negativ beeinflusste. Ausgedehnter persönlicher Kontakt im Laufe des Tages erhöhte die Rückfallrate in solchen Beziehungen erheblich. Durch eine einfache Untersuchung des Tagesablaufes war es möglich herauszufinden, wieviel Zeit der Patient und der Angehörige miteinander verbrachten. Bei einem unmittelbaren Kontakt von mehr als 35 Stunden in der Woche wurde mehr oder weniger willkürlich die Grenze für Familien mit langdauernden unmittelbaren Kontakten angenommen. Nur Angehörige mit solchen dichten, langdauernden Beziehungen wurden in die Untersuchung mit einbezogen. Unser zweites Ziel war es, die unmittelbaren Kontakte zwischen den Patienten und Angehörigen mit hohem emotionalen Engagement zu vermindern.

Das Ergebnis, daß hohes emotionales Engagement Rückfälle begünstigt, ist nur einer der interessanten Aspekte der Forschung. Ein anderer besteht darin, daß niedriges emotionales Engagement mit einer signifikant niedrigeren Rückfallrate einhergeht und daß die Art und Weise, wie die Angehörigen mit dem Patienten umgehen, günstig auf diese wirkt. Angehörige mit niedrigem emotionalen Engagement zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich dem Patienten gegenüber tolerant zeigen und daß sie Bereitschaft signalisieren, ihn zu akzeptieren wie er ist. In den früheren Stadien der Untersuchung war es nicht möglich, das Verhalten bei niedrigem emotionalen Engagement genauer zu beschreiben. Weil sie als Vergleichsgruppe für Angehörige mit emotionalem Überengagement aufgefaßt werden konnten, wurde auch ihre Reaktion auf das Unterweisungsprogramm bewertet. Sie wurden ebenfalls ermutigt, an der Angehörigengruppe teilzunehmen. Aus diesem Grunde wurden die entsprechenden Interventionen sowohl bei Angehörigen mit hohem wie mit niedrigem emotionalen Engagement durchgeführt.

Tabelle 1 zeigt den Aufbau der Interventionsstudie. Darauf wird im weiteren Text immer wieder verwiesen werden. Alle Patienten aus drei Londoner Krankenhäusern wurden einem Screening unterzogen. Diejenigen, bei denen der Verdacht auf eine schizophrene Psychose bestand, wurden aufgesucht und mit Hilfe eines standardisierten Verfahrens untersucht (*Present State Examination* und *CATEGO*; Wing u. a., 1974). Die Patienten, die auf dieser Grundlage als schizophren diagnostiziert worden waren und die langdauernde unmittelbare Kontakte mit ihren Angehörigen hatten, wurden in die Untersuchung einbezogen. Das Interview zur Messung des emotionalen Engagements wurde durchgeführt. Diejenigen Angehörigen, die als emotional überengagiert eingeschätzt wurden, wurden nach dem Zufallsprinzip der Interventionsgruppe bzw. der Kontrollgruppe zugewiesen. In letzterer wurde die übliche klinisch psychiatrische Behandlung ohne spezifische Interventionen durchgeführt. Ähnlich wurde mit jenen verfahren, bei denen ein niedriges emotionales Engagement festgestellt wurde. Es ist wichtig zu betonen, daß alle Patienten unter Medikamentenbehandlung standen.

Tabelle 1 1 nterventions-Projekt

Datenerhebung	1 ntervention*
Aufnahme:	
Present State Examination (PSE)	
Erstes 1 nterview zum emotionalen Engagement	Angehörigenunterricht 1 und 2
Erstes Interview über Informationsstand	Angehörigenunterricht 3 und 4
Zweites 1 nterview über 1 nformationsstand	
Entlassung:	
	Fa m i Jiengespräche Angehörigengruppe
Nachuntersuchungen nach neun Monaten:	
Present State Examination (PSE)	
Zweites Interview zum emotionalen Engagement	
Drittes Interview über Informationsstand	

Für alle Angehörigen mit hohem emotionalen Engagement, die zufällsmäßig der Experimentalgruppe zugeteilt wurden, und für einige Angehörige mit niedrigem emotionalen Engagement.

Das Vorgehen ist im einzelnen bei *Leffu.a.* (1982) beschrieben. In dieser Arbeit werden auch die Ergebnisse des Interventionsprojektes mitgeteilt. Die drei Hauptinterventionen waren Angehörigenunterricht, Angehörigengruppen und Familiengespräche. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 2 bis 4 zusammengefaßt.

Tabelle 2 Ergebnisse: Rückfälle in der Experimental- und Kontrollgruppe

Rückfall J-Typ 1: Wiederauftreten schizophrener Symptome nach dem Present-State-Examination-1 nterview

Rückfall-Typ 11: Verschärfung von Symptomen, die bei der Entlassung noch vorhanden waren.

	N	Anzahl der Rückfallpatienten	%
Experimentalgruppe	11	1	9
Kontrollgruppe	12	6	50
Fisher's exact p = 0.041			

Tabelle 3 Ergebnisse: Kritische Bemerkungen der Angehörigen in der Experimental- und Kontrollgruppe

	Anzahl der Angehörigen mit 6 oder mehr kritischen Bemerkungen am Anfang	Anzahl kritischer Bemerkungen (Mittelwert)		
		am Anfang	bei der Nachuntersuchung nach 9 Monaten	
Experimentalgruppe	11	15.8	6.8	t = 3.38, p < 0.01 n. s.
Kontrollgruppe	8	11.8	11.2	
		n. s.	t = 3.44, p < 0.005	

Tabelle 4 Ergebnisse: Emotionale Überinvolviertheit der Angehörigen in der Experimental- und Kontrollgruppe

	Anzahl der Angehörigen mit Score 3 oder höher auf der Skala emotionaler Überinvolviertheit am Anfang	Score emotionaler Überinvolviertheit (Mittelwert)		
		am Anfang	bei Interview nach 9 Monaten	
Experimentalgruppe	5	4	2.4	t = 2.36, 0.10 > p > 0.05 n. s.
Kontrollgruppe	6	4	3.7	

Es ist zu sehen, daß ein klarer Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der routinemäßig behandelten Gruppe besteht. Darüber hinaus zeigen Tabelle 3 und 4 Veränderungen im Hinblick auf das emotionale Engagement wie auf die sozialen Kontakte. Nicht alle Familien verändern sich, aber nur ein Patient in der experimentellen Gruppe hatte einen Rückfall (9%). Demgegenüber hatten 6 Patienten der Kontrollgruppe (50%) Rückfälle.

Es sollte hervorgehoben werden, daß die Bedeutung der Gruppe hier stärker betont wird, weil es im Zusammenhang damit leichter ist, die Prinzipien der Intervention zu erklären. Wir hoffen, daß wir die Familiensitzungen später detaillierter beschreiben können.

Angehörigenunterricht (heute ist „Psychoedukation“ der gebräuchliche Begriff; Ergänzung 2015)

Alle Angehörigen mit hohem und mit niedrigem emotionalen Engagement, die der Untersuchungsgruppe zugeteilt worden waren, unterzogen sich dem Erziehungsprogramm. Zuvor - unmittelbar im Anschluß an das Interview zur Messung des emotionalen Engagements - wurden sie mit Hilfe des *Knowledge Interviews* über ihren Informationsstand befragt. Es handelt sich dabei um einen Fragebogen mit 21 Fragen, mit dessen Hilfe herausgefunden werden soll, wieviel die Angehörigen über die schizophrene Erkrankung wissen (s. Anhang, S. 164). Das *Knowledge Interview* wurde nach dem Erziehungsprogramm wiederholt und dann wieder anlässlich der Nachuntersuchung.

Das Erziehungsprogramm selber bestand aus vier kurzen Gesprächen über die Diagnose, die Symptome, die Ätiologie, den Verlauf, die Prognose und die Behandlung der Erkrankung. Das Programm nahm zwei Sitzungen von je einer Stunde Dauer in Anspruch. In jeder Sitzung wurden zwei Informationsgespräche geführt. Anschließend wurde der Angehörige ermutigt, Probleme und Fragen zu diskutieren, die sich für sie aus diesen Informationen ergaben.

Der Gedanke, die Angehörigen aufzuklären, entstand bei früheren Untersuchungen. Damals hatte sich gezeigt, daß es Angehörige gibt, die den Zustand des Patienten nicht verstehen, weil sie von den Therapeuten nicht aufgeklärt worden sind oder weil die Aufklärung in einer Art und Weise erfolgte, die ihre Probleme und ihre Not nur verschärfte (Creer und Wing, 1974). Außerdem fanden Vaughn und Leff (1976), daß überengagierte Angehörige meinten, daß der Patient sein Verhalten absichtlich

schwierig gestalte, daß er seine Krankheitssymptome kontrollieren könne, wenn er sich nur ausreichend Mühe gäbe. Angehörige mit niedrigem emotionalen Engagement dagegen glauben, daß der Patient legitimerweise krank ist. 'Sie suchen Erklärungen für problematisches Verhalten auf der Krankheitsebene und nicht auf der Willensebene des Patienten.

Die Auswirkungen des Unterrichts- und Aufklärungsprogramms wurden durch eine Inhaltsanalyse der Angehörigenantworten im *Knowledge Interview* ermittelt.

Im ersten *Knowledge Interview* zeigte sich zunächst nur ein Unterschied zwischen Angehörigen mit hohem und niedrigem emotionalen Engagement. Die überengagierten Angehörigen sagen, der Patient kehre auch zwischen den Erkrankungsphasen nicht zu seinem früheren Selbst zurück. Dagegen sehen die niedrig emotional engagierten Angehörigen einen Unterschied zwischen dem Patienten in gesundem und in krankem Zustand. Dieser Unterschied taucht im zweiten *Knowledge Interview* wieder auf. Er wird durch den zusätzlichen Befund noch verstärkt, daß überengagierte Angehörige sagen, daß der Patient immer krank ist. Dieser Unterschied findet sich im dritten Interview nicht mehr.

Im zweiten *Knowledge Interview* kann die Wirkung des Aufklärungsprogramms selber beurteilt werden. Im Gegensatz dazu spiegelt das dritte Interview daneben auch die Wirkung der beiden anderen Interventionsformen wider. Im zweiten *Knowledge Interview* hatten die Angehörigen beider Gruppen etwas über die Diagnose dazugelernt. überengagierte Angehörige waren nach der Aufklärung weniger pessimistisch. Außerdem wußten sie mehr über den richtigen Umgang mit dem Kranken, z.B. darüber, wie wichtig es ist, nicht von allem so viel Aufhebens zu machen oder sich soviel Sorgen zu machen.

Im dritten *Knowledge Interview* zeigten die überengagierten Angehörigen größere Zukunftssorgen als die niedrig emotional engagierten Angehörigen. Beide Gruppen wußten mehr über die Diagnose und über die Symptome als die Kontrollgruppen mit der klinischen Routinebehandlung. Diese Auswirkung war in der Untersuchungsgruppe mit dem hohen emotionalen Engagement besonders deutlich. Schließlich hatten die überengagierten Angehörigen in der Interventionsgruppe zu diesem Zeitpunkt besser gelernt, den Patient als Individuum zu begreifen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den Wert des Aufklärungsprogramms zu beurteilen. So kann man z.B. die Menge der Informationen messen, die die Angehörigen behalten. Unsere Daten weisen darauf hin, daß diese begrenzt ist. Alle Angehörigen, die am Unterricht teilnahmen, hoch und niedrig engagierte, lernten die Diagnose. Aber nur die überengagierten Angehörigen behielten Informationen über den Umgang mit dem Patienten. Nach einer längeren Zeit, nach der Angehörigengruppe und den Familiensitzungen, wußten sie mehr über die Symptomatologie. Sie lernten wenig über die Ursachen. Sie neigten im allgemeinen dazu, ihre eigenen Vorstellungen von den Gründen für die Erkrankung beizubehalten.

Die Aufklärung hatte auch Auswirkungen auf die Einstellung der Angehörigen. Sie veränderte das Ausmaß des Pessimismus bei den überengagierten Angehörigen in der Interventionsgruppe. Die Aufklärung, ebenso wie wie die anderen Interventionstypen, versetzte die überengagierten Angehörigen in die Lage, 'ihre Wahrnehmung vom Patienten zu verändern, so daß sie zeitweilig imstande waren, ihn unabhängig von seinen Krankheitssymptomen zu sehen. Dies könnte mit ihrer veränderten Sichtweise des Patienten als Individuum zu tun haben. Man könnte unterstellen, daß die Chancen für eine verbesserte Interaktion steigen, wenn der Patient für die Angehörigen nicht *immer* als verrückt gilt, wenn sie ihm eine persönliche Identität zuerkennen.

Die andere Methode, den Wert der Aufklärung zu beurteilen, besteht darin, die Angehörigen selber zu befragen. Ohne Ausnahme fanden sie es gut, mehr über die Krankheit zu wissen. Die meisten konnten sich nicht daran erinnern, vom klinischen Personal in irgendeiner Weise aufgeklärt worden zu sein. Sie meinten allerdings, daß das Unterrichtsprogramm für sie nicht so wichtig war wie die Sitzungen der Angehörigengruppe.

Aus rein praktischer Sicht ist das Aufklärungsprogramm ein guter Beginn für die nachfolgenden Interventionsmaßnahmen. Denn die Informationen, die den Angehörigen vermittelt werden, bilden die Grundlage für anschließende Diskussionen in den Gruppen und während der Familiensitzungen.

Auf der anderen Seite lernten wir, daß ein solches Aufklärungsprogramm wirklich nur der Anfang des Lernprozesses für die Angehörigen sein kann. Möglicherweise behalten sie wenig von dem, was in den Gesprächen vermittelt wird. Aber sie geben ihnen eine Struktur und einen Rahmen; und sie können zu einem späteren Zeitpunkt auf jene Probleme zurückkommen, die ihnen schwer verständlich waren oder die sie wieder vergessen hatten.

Das Verhalten der gering emotional engagierten Angehörigen gegenüber dem Kranken

Die Rolle der Angehörigen mit geringem emotionalem Engagement für den Krankheitsverlauf hat sich als wichtig erwiesen. Es lohnt sich deshalb zu betrachten, wie sie sich in klinischer Hinsicht auswirkt. Wir haben bereits erwähnt, daß die frühen Forschungsergebnisse nicht nur gezeigt haben, daß die Patienten mit einer hohen Rückfallrate belastet sind, die in Familien mit hohem emotionalem Engagement leben. Die Forschungsergebnisse haben zugleich deutlich gemacht, daß Patienten in Lebensgemeinschaft mit gering engagierten Angehörigen eine niedrige Rückfallrate haben. Es wäre ein Mißverständnis, das niedrige emotionale Engagement einfach als Beziehung ohne kritische Neigungen oder emotionaler Involviertheit zu betrachten. Es sieht vielmehr so aus, daß Angehörige mit geringem emotionalen Engagement in völlig anderer Weise mit Problemen umgehen als überengagierte Angehörige. Diese unterschiedliche Umgangs- und Zuehensweise werden wir im Folgenden beschreiben. Es geht darum, Ziele zu formulieren und zu klären, was wir als Therapeuten erreichen wollen bzw., realistisch, an welche Ziele wir uns mit unserer Arbeit anzunähern hoffen.

Allgemeine Überlegungen: Vaughn und Leff (1976) haben in einer Untersuchung herausgefunden, daß eines der Merkmale, das die niedrig- von den hochengagierten Angehörigen unterschied, ihre Einstellung zur Legitimität der Erkrankung war. Überengagierte Angehörige glauben, daß der Patient seine Krankheitssymptome unter Kontrolle halten kann. Dagegen glauben die gering emotional engagierten Angehörigen, daß der Patient an einer Krankheit leidet und daß er keinen Einfluß auf die Symptome hat. Die überengagierten Angehörigen neigten zu dem Gefühl, der Patient tue nur so, er spiele etwas vor (so beispielsweise eine Mutter); und eine Ehefrau sagte, „wenn ich ihn umbringen möchte, gehe ich in die Küche und sage mir, er ist ja krank“. Eine gering emotional engagierte Angehörige, eine Ehefrau, dagegen reagierte folgendermaßen: „Ich habe oft daran gedacht, den armen Teufel zu verlassen; und dann habe ich ihn angeschaut und mir gesagt: ‚Armer Kerl! Er leidet mehr an der ganzen Geschichte als ich‘“. Der gering emotional engagierte Angehörige hat nicht die Einstellung, die ständig vom Patienten verlangt, er möge sich gefälligst zusammenreißen. Für ihn ist der Patient krank und sein Verhalten ist größtenteils Ergebnis der Erkrankung. „Wenn man sich mit jemanden auseinandersetzt, der unnormal ist, muß man auch erwarten, daß er sich unnormal verhält“ (Ehemann).

Es bleibt die Frage, wie mit Verhalten umzugehen ist, das eher als manipulativ als als krankheitsbedingt betrachtet wird. Diese Frage wurde in der Gruppe schon früh diskutiert. Ein Angehöriger fragte, ob man psychisch Kranke genauso behandeln sollte wie andere Menschen auch (Vater). Ein anderer fragte, ob man eine feste Haltung zeigen oder eher nachgiebig sein sollte. Der Angehörige mit hohem emotionalem Engagement ist oft verwirrt. Er weiß oft nicht, ob das Verhalten böswillig oder krankhaft ist. Der gering emotional engagierte Angehörige kann klarer unterscheiden: „Man braucht viel Geduld. Wenn er grob mit mir umgegangen ist, habe ich ihn gefragt, warum, und habe versucht, ein Stück weit auf ihn zuzugehen“ (Mutter).

Geduld hat einige der Betroffenen optimistisch gemacht: „Wenn man ausgehalten hat, nimmt man allmählich positive Ergebnisse wahr“ (Ehemann).

Produktive Krankheitssymptome: In der akuten Krankheitsphase besteht Unsicherheit, wie man mit Wahrnehmungsstörungen und Sinnestäuschungen umgehen soll. Eine überengagierte Angehörige hatte eine Reihe von Methoden ausprobiert, als Stimmen ihrer Tochter ständig mitteilten, sie würde umgebracht werden. Sie berichtete, daß sie gesagt hatte: „Sei nicht albern“, „vielleicht ist dein Mann zurückgekommen, um dich zu beruhigen“, „wenn du an gute Dinge denken würdest und nicht an böse, würde es dir besser gehen“, „wir werden den Stimmen eben zusammen sagen, sie sollen sich entfernen“ und „schick' sie ein Haus weiter“. Eine Ehefrau berichtete, daß sich bei ihr zu Hause etliche Szenen abgespielt hätten, als sie und ihre Kinder dem Mann erzählt hätten, daß sie seine Stimmen nicht wahrnehmen würden.

Ein Arzt hatte einer der gering engagierten Angehörigen eine ausgezeichnete Beschreibung von Stimmen gegeben, als diese um eine Erklärung gebeten hatte. Er hatte gesagt: „Es handelt sich um Stimmen, die für die Betroffenen so deutlich sind, wie alles, was sie sonst wahrnehmen. Aber sie können sie nicht abschalten“. Ob der positive Umgang der Betroffenen mit den Stimmen das Ergebnis dieser Erklärung war, ist nicht klar. Die Folge war jedoch eine freundliche Reaktion, wenn der Sohn sich mit den „Dingen in seinem Ohr“ beschäftigte. Die Folge war nicht die Vortäuschung, diese Stimmen selber zu hören, sondern die einfache Erklärung, daß sie für andere nicht zu hören waren. Die Folge war ein Versuch der Beruhigung (Mutter).

Die gleiche Mutter ging in ähnlicher Weise mit Wahrnehmungen um. Eine überengagierte Mutter sagte: „Sei nicht albern“. Die niedrig engagierte Mutter dagegen beseitigte eine Türklinke, die mit dem Wahn besetzt war, und empfahl der Umgebung, den Patienten zu beruhigen, wenn er von seiner Furcht überwältigt würde. „Versucht Kompromisse zu machen, versucht sie allmählich aus dem Wahn herauszubringen“. Anerkennung der Echtheit der Erlebnisse des Patienten bei gleichzeitigem Festhalten an der eigenen Wahrnehmung der Welt und eine Verbindung von Sympathie, Gelassenheit und Trost scheinen von grundlegender Bedeutung für die Art und Weise zu sein, wie gering emotional engagierte Angehörige mit produktiven Krankheitssymptomen umgehen.

Negative Krankheitssymptome: Negative Krankheitssymptome treten in vielfältiger Weise auf. Sie stellen schwierige Probleme für Angehörige dar, die aufgrund von Erfahrungen oder aufgrund von Aufklärung wahrnehmen, wie empfindlich der schizophrene Patient ist. Die Angehörigen befinden sich oft in einem Dilemma. Sollten sie den Patienten beispielsweise den ganzen Tag beschäftigen oder sollten sie ihn allein lassen? Überengagierte Angehörige sind in der Regel außerordentlich besorgt, wenn der Patient sich zurückzieht. Zugleich aber sind sie unsicher und inkonsistent in ihrer Haltung. Niedrig engagierte Angehörige erlauben dem Patienten, sich zurückzuziehen. Sie machen sich nicht zu große Sorgen um ihn. Aber auf der anderen Seite erwarten

sie von ihm, daß er am Familienleben teilnimmt, wenn es wichtig ist. Statt ständig um den Patienten herumzusein, schaffen es die niedrig emotional engagierten Angehörigen, das Problem der Zurückgezogenheit mit philosophischer Haltung zu ertragen. Sie erlauben dem Betroffenen, sich in sein Zimmer zurückzuziehen. Sie sind bereit, Kompromisse zu schließen und räumen ein, daß es jedem an manchen Tagen schlechter geht als an anderen. Ein Ehemann aus der Gruppe mit niedrigem emotionalen Engagement ging auf das Bedürfnis seiner Frau, allein zu sein, in der Weise ein, daß er sich zurückzog und lange Spaziergänge machte.

Das Aufstehen am Morgen ist für den Patienten ein schwieriges Problem. Aber die Angehörigen mit niedrigem emotionalem Engagement verhielten sich angesichts dieser Schwierigkeit nicht passiv. Eine Ehefrau sagte, daß sie ihren Mann einfach aus dem Bett ziehen würde. Das gleiche machte eine Mutter, die ihren Sohn fragte: „Mit dem Kopf oder mit den Füßen zuerst?“ Und dann pflegte sie seine Füße auf die Fußmatte vor dem Bett zu ziehen. Diese Angehörigen hatten entschieden, daß das Aufstehen am Morgen wichtig war. Sie sorgten deshalb dafür, daß der Patient auch aufstand. Sie bezogen den Patienten auch in die Bewältigung der Haushaltsaufgaben ein, auch wenn das bedeutete, daß es länger dauerte oder daß sie währenddessen auf ihn aufpassen mußten.

Gefühlsäußerungen der Angehörigen: Überraschenderweise schaffen es die emotional gering engagierten Angehörigen besonders gut, ihre eigenen negativen Gefühle zu formulieren. Sie sind in der Lage, ihre eigenen Reaktionen zu erkennen und sie in einfacher Weise auszudrücken. Als eine Patientin beschuldigt wurde, sich in betrunkenem Zustand ungebührlich verhalten zu haben, räumte ihr Ehemann ein, daß er grob mit ihr umgegangen war und sie wegen einer Reise nach Bournemouth in Unruhe versetzt hatte. Er war zugleich in der Lage, seine Gefühle als Gefühle von Selbstmitleid einzugruppieren. Eine Ehefrau, die sich von Überengagement zu geringem emotionalen Engagement entwickelt hatte, begann nun den anderen Angehörigen der Gruppe zu empfehlen, daß man seine Gefühle ausdrücken und seine Erfahrungen auf seine wirklichen Gefühle stützen sollte. Sie war selber zur Berufstätigkeit zurückgekehrt und hatte Schwierigkeiten damit. Nachdem sie angefangen hatte, sich zu verhalten, wie sie sich fühlte, als sie angefangen hatte zu weinen und mitzuteilen, wie schwierig sie es selber fand, mit der Hausarbeit und mit dem Beruf gleichzeitig fertig zu werden, unterstützte ihr Ehemann sie in bemerkenswerter Weise. Ihr Beitrag zur Gruppe war die Empfehlung, die Angehörigen sollten dem Patienten erzählen, wie es ihnen selber ging, auch wenn es mit dem Verhalten des Patienten zu tun hatte: „Sagt ihm, daß Ihr Euch irritiert fühlt“, empfahl sie den anderen.

So oder so ähnlich reagieren die Angehörigen mit niedrigem emotionalem Engagement auf den schizophrenen Patienten. Obwohl es weitere Möglichkeiten gibt, geben uns diese Reaktionsformen doch einige Hinweise. darauf, in welcher Weise sich niedrig emotional engagierte Angehörige von überengagierten in ihrem Verhalten und ihren Gefühlen unterscheiden.

Die Angehörigengruppe

Beide Angehörigentypen wurden zur Teilnahme an einer Angehörigengruppe eingeladen. Dahinter stand der Gedanke, daß die Angehörigen mit niedrigem emotionalem Engagement den Überengagierten als Vorbild dienen könnten. Alle wurden gebeten, zunächst für neun Monate - also bis zur Nachuntersuchung - teilzunehmen. Die Teil-

nahme an der Gruppe schwankte von Woche zu Woche - sowohl im Hinblick auf die Zahl wie auf die Art der Zusammensetzung. Da die Untersuchung sich auf ehemalige Krankenhauspatienten stützt, schlossen die Angehörigen sich der Gruppe nach und nach über einen Zeitraum von fünf Jahren an. Aus verschiedenen Gründen konnten sie von Zeit zu Zeit nicht teilnehmen. So kam es, daß die Teilnehmerzahl zwischen zwei und sieben Personen schwankte und daß verschiedene Angehörige, Ehegatten und Eltern manchmal einzeln, manchmal gemeinsam teilnahmen. Die Gruppe wurde über die längste Zeit von zwei Therapeuten geleitet. Man kam alle 14 Tage für jeweils 1½ Stunden zusammen. Alle Sitzungen wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend in einem Bericht zusammengefaßt.

1. Einführung des Angehörigen in die Gruppe

Wenn der Angehörige sich bereit erklärt hatte, in die Gruppe einzutreten, hatte er schon einige Interviews hinter sich. Die Gruppe wurde den Angehörigen als Einrichtung angeboten, in der sie etwas hinzulernen könnten, und die ihnen Hilfe bei sehr schwierigen Problemen vermitteln würde. Darüber hinaus könnten sie anderen Leuten helfen, da sie ja selber Experten seien, nachdem sie mit den Problemen der schizophrenen Erkrankung gelebt hätten. Viele Angehörige zögerten, vor allem gegenüber dem Gedanken, ihre eigenen Schwierigkeiten offenbaren zu müssen. Einige fühlten sich so belastet, daß sie sich nicht vorstellen konnten, auch noch das Elend der anderen anzuhören. Für einige war die Gruppe selber eine Bedrohung, weil sie noch keine Erfahrungen mit Gruppen hatten. Wir überredeten die Angehörigen, es wenigstens einmal zu probieren. Die Reaktion war unterschiedlich, obwohl alle aufgeforderten Angehörigen kamen. Zwei beließen es bei dem einen Mal. Eine Mutter widersetzte sich dem Gedanken, daß sie genauso schwerwiegende Probleme wie die anderen Gruppenmitglieder hatte und meinte, ihr Sohn sei ein leichter Fall. Die andere Angehörige war eine Italienerin, die wenig Englisch sprach und wenig soziale Kontakte in England hatte. Für sie war die Gruppe zu anstrengend. Ein Ehemann, der regelmäßig teilnahm, kam hauptsächlich aus Pflichtgefühl und fragte fortwährend, wann er wieder gehen könnte. Auf der anderen Seite standen diejenigen, die teilnahmen bis die Gruppe auslief. Ein Angehöriger kam drei Jahre lang. Die meisten kamen für die neun Monate oder ein wenig darüber hinaus. Die meisten der hoch engagierten Angehörigen waren regelmäßige Teilnehmer. Im Gegensatz dazu waren die niedrig engagierten Angehörigen weniger gewissenhaft. Die Gründe dafür sind unklar. Einer dürfte sein, daß sie die Gruppe weniger nötig haben, da sie ja über befriedigende Bewältigungsstrategien verfügen.

2. Die erste Sitzung

Wenn sich ein neues Mitglied der Gruppe anschloß, wurde jedes Gruppenmitglied der Reihe nach gebeten, seine Geschichte zu erzählen. Oft wurde mit dem Mitglied begonnen, das am längsten teilgenommen hatte. Es ist nicht selten eine Offenbarung für die Angehörigen zu lernen, daß die Erfahrung anderer Menschen die gleichen wie die eigenen sind, nachdem sie für eine lange Zeit gedacht haben, ihre Probleme seien einzigartig. Bei dieser ersten Sitzung wurde versucht, die Vorgehensweise der Gruppe zu erläutern - insbesondere wurde betont, daß sich die Therapeuten auf die Rolle der Moderatoren beschränken würden, während sie selber, die Angehörigen, die Experten seien. Soweit möglich versuchten wir, den Angehörigen den Einstieg in die Gruppe zu erleichtern.

Wir erklärten den Angehörigen, daß wir unsere Aufgabe darin sahen, sie zum Gespräch untereinander anzuregen, weil sie selber mit den Patienten gelebt hätten während die Therapeuten keine persönliche Erfahrung besäßen. Natürlich hatten die Therapeuten auch andere Aufgaben: aufzuklären, zu beraten, zu unterstützen und Familientherapie zu leisten. Allerdings war die Vermittlerrolle in der Gruppe wichtig, weil sie sich im wesentlichen auf die Beziehung zwischen den Angehörigen und ihren Patienten sowie deren gemeinsame Erfahrungen und Ansichten konzentrierte und nicht so sehr auf den Gruppenprozeß.

Da die ursprüngliche Interventionsstrategie darin bestand, die überengagierten Angehörigen zu ermutigen, Problembewältigungsmechanismen niedrigengagierte Angehörige zu übernehmen, versuchten die Therapeuten dies zu fördern. Es war üblich, daß Angehörige Probleme brachten, die besonders akut oder besonders belastend waren. Die Therapeuten ermutigten sie dann, die Schwierigkeiten, die sie erlebten, darzustellen. Danach forderten die Therapeuten andere Angehörige auf, Fragen zu stellen und zu versuchen, das Problem zu klären und dann selber Lösungsvorschläge zu machen.

Ganz am Anfang der Gruppe fragte ein Ehemann, wie er auf die Wahrnehmungen seiner Frau reagieren sollte. Eine hoch engagierte Mutter eines Sohnes reagierte in solchen Fällen mit: „Sei nicht albern“. Eine Mutter mit niedrigem emotionalen Engagement sagte: „Ich versuche, Kompromisse zu machen, ihn allmählich aus seinem Wahn herauszubekommen“. Sie tat das, indem sie z.B. die Türklinke auseinandernahm, wenn er glaubte, daß er darüber abgehört werde. Das Problem für die Therapeuten bestand in abwertenden Reaktionen von überengagierten Angehörigen auf die Einstellung der niedrig emotional Engagierten. Der Vater sagte: „Das ist eine gute Idee aber es hängt doch von individuellen Umständen ab, bei uns würde es nicht funktionieren“. Die Therapeuten mußten in solchen Situationen ausgleichend wirken und die Vorschläge von niedrig emotional engagierten Angehörigen verstärken, ohne die überengagierten Angehörigen vor den Kopf zu stoßen. Man sieht, daß das Modell der Mischung beider Angehörigentypen nicht ohne Probleme war.

Im allgemeinen bestand die vermittelnde Rolle der Therapeuten darin, die Diskussion zwischen den Angehörigen zu fördern, sie dazu zu bewegen Alternativvorschläge zu machen und Problemlösungsvorschläge zu suchen. Oft war dies schwieriger, als es zunächst den Anschein hatte. Eines der Anfangsprobleme bestand darin, die Gruppenmitglieder in die Lage zu versetzen, sich zu äußern. Relativ früh wurde sichtbar, daß einige Gruppenmitglieder versuchten, die Sitzungen zu monopolisieren, die anderen zu unterbrechen und ständig ihre eigene Geschichte einzubringen. Typischerweise waren das emotional überengagierte Angehörige. Diese Tendenz behinderte nicht nur die Gruppeninteraktion. Sie stellt möglicherweise eine allgemeinere Form des Umgangs des Betreffenden auch in der Beziehung zum Patienten dar. Wir übernahmen deshalb von Zeit zu Zeit eine aktivere Rolle, blockten einige Angehörige beim Reden ab und ermutigten sie, anderen aufmerksamer zuzuhören. Es war zugleich wichtig, Verallgemeinerungen zu vermeiden und die Angehörigen dazu zu bringen, sich auf die Auseinandersetzung mit Einzelheiten in speziellen Situationen zu konzentrieren. Das Rollenspiel war dabei eine besonders wichtige Technik.

Funktionen der Gruppe

Die Gruppe hat drei Hauptfunktionen für die Angehörigen: Sie klärt auf - mit anderen Worten, sie vermittelt Informationen; sie hat eine soziale Funktion, die mit den

gemeinsamen Problemen der Gruppenmitglieder zu tun hat; sie hat eine interaktionelle Bedeutung - diese bezieht sich auf die Beziehung zwischen den Gruppenmitgliedern, die über die Beziehung zwischen dem Angehörigen und dem Patienten nachdenken oder die sich indirekt mit dieser Beziehung befassen.

a) *Die Aufklärungsfunktion:* Es gab zwei Wege der Vermittlung von Informationen an die Angehörigen. Der eine war bewußt didaktisch, mit dem Therapeuten als Lehrer. Der andere bestand im Beispiel und in der Erfahrung der anderen. Der zweite hatte eine größere Bedeutung. Vermutlich hatte die Lebendigkeit und die Unmittelbarkeit der Erfahrung anderer eine viel größere Wirkung als die nüchternen Tatsachen, die wir als Therapeuten einbringen konnten.

Es sei daran erinnert, daß alle Angehörigen an unserem Aufklärungsprogramm teilgenommen hatten. Aber zu begreifen, daß der Patient schizophran ist und die damit verbundenen Informationen zu verarbeiten, ist eher ein Prozeß als ein Ereignis. Angehörige benötigen oft Zeit dazu, diese Erkenntnis zu integrieren, die Unsicherheit und die Ungewißheit hinsichtlich des Verlaufs dieser Krankheit zu ertragen. Eine Mutter, die zur Gruppe kam, berichtete, ihr Mann habe sich geweigert zu glauben, daß ihr Sohn schizophran sei, obwohl ihnen die Diagnose von zwei verschiedenen Krankenhäusern mitgeteilt worden sei. Erst nachdem er an der Gruppe teilgenommen hatte, war er in der Lage zu akzeptieren, daß sein Sohn krank war. Die Veränderung in seiner Einstellung half ihm dabei, das schwierige Verhalten seines Sohnes zu verstehen, das in einem völligen sozialen Rückzug bestand. Ein solches Akzeptieren kann es den Angehörigen möglich machen zu verstehen, daß das Verhalten des Patienten nicht manipulativ oder „gewollt“ ist, sondern daß es mit der Krankheit zu tun hat.

Die Angehörigen interessierten sich oft für besondere Symptome sowie den Verlust emotionaler Ausdrucksfähigkeit. „Er lächelt niemals“, sagte eine emotional hoch engagierte Ehefrau, und eine hoch emotional engagierte Mutter fragte: „Wird sein Konzentrationsvermögen sich jemals wieder verbessern?“ Die Gruppe war dann in der Lage, diese besonderen Merkmale zu diskutieren und sie mit ihren eigenen Erfahrungen und ihren Reaktionen zu vergleichen. Natürlich gab es auch Unterschiede. Entsprechend war es für die Angehörigen von Interesse zu wissen, worin diese bestanden und welche Gründe sie haben könnten.

Die Verursachung der Krankheit löste viele Fragen aus. Einige Angehörige fanden es schwierig, sich mit dem Gedanken vertraut zu machen, daß Vererbungsfaktoren eine Rolle spielten. Das galt insbesondere, weil der Weg der Vererbung nicht spezifiziert werden konnte und weil die Krankheitsursachen nicht in einfacher Weise entweder vererbt oder sozial bestimmt sind. Die Angehörigen brauchten viel Zeit, um über ihre Schwierigkeiten auf diesem Gebiet zu sprechen. Aber nach einigen Sitzungen waren sie in der Lage, diesen Mangel an Eindeutigkeit zu ertragen.

Die Gruppe bot einen Weg zur Auseinandersetzung mit dem besonders schwierigen Problem der Chronizität an. Einige Angehörige, die erstmals damit konfrontiert waren, vertraten die Ansicht, daß Schizophrenie eine Krankheit sei, die bei ordentlicher medizinischer Behandlung geheilt werden könne. Andere Gruppenmitglieder, deren Ehemänner, Ehefrauen oder Kinder einige schizophrene Episoden hinter sich hatten, beschrieben die Rückfälle, ihre Ängste und die Art und Weise, wie sie sich darauf eingestellt hatten, mit einer chronischen Krankheit zu leben. Eine emotional hoch engagierte Ehefrau sagte, daß sie niemals begriffen hätte, daß Patienten immer Rückfall gefährdet sind, wenn sie die Gruppe nicht besucht hätte.

Es bestand auch Interesse an den Medikamenten. Eine emotional hoch engagierte Mutter fragte, ob der Patient seine Medikamente sein ganzes Leben lang einnehmen

müßte. Die Frage der Nebenwirkungen wurde mehrere Male angesprochen. Die Angehörigen fragten nach Veränderungen in der Mimik und nach dem Parkinsonoid.

Gelegentlich benötigten die Gruppenmitglieder konkrete Informationen. So fragte z.B. eine Mutter, wie hoch das Risiko für die Kinder ihrer Tochter (der Schwester des Patienten) sei, die Krankheit zu erben. Eine andere Frage befaßte sich damit, ob der Patient neben seinen Medikamenten Alkohol trinken könne oder nicht. Dies waren Fragen, die nicht von den Angehörigen allein geklärt werden konnten. .

b) *Die soziale Funktion:* Der Wert der Gruppe für die Angehörigen als sicherer Ort, an dem sie sowohl positive wie negative Gefühle über den Patienten und ihre Situation ausdrücken konnten, war außerordentlich wichtig.

Es war ein Platz wo die Angehörigen „Dampf ablassen konnten“. Die emotional hoch engagierte Ehefrau, die dies sagte, kam gern in die Gruppe, weil sie sich hier aussprechen konnte und weil es ihr half zu wissen, „ich bin nicht allein“. Das gleiche Gefühl einer emotional hoch engagierten Mutter wurde in die Worte gekleidet, die Gruppe helfe ihr „den Druck von der Brust“ zu bekommen. Eine sehr isolierte Mutter, die allein mit ihrem Sohn lebte, im mittleren Lebensalter, meinte, die Gruppe vermittele ihr Geselligkeit. Sie war emotional niedrig engagiert. Ihre Not war nicht so drängend wie die anderer. Aber sie hatte das Bedürfnis, sich weniger einsam und irgendwo zugehörig zu fühlen. Dies ist für viele Angehörige wichtig, die oft sehr allein und isoliert sind.

Dazu kommt das Gefühl, nicht nur mit sympathischen Menschen zusammen zu sein, sondern mit Menschen, mit denen man die gleichen Schwierigkeiten teilt. Das wurde deutlich, wenn die Gruppe aus Angehörigen in einer sehr ähnlichen Situation zusammengesetzt war, z.B. aus Ehefrauen oder älteren Müttern. Dann war es besonders leicht, Probleme auszudrücken und zu formulieren. Die Angehörigen waren ganz allgemein in der Lage, ihre Verzweiflung miteinander zu teilen. Als eine Ehefrau sagte, sie hätte manchmal den Wunsch, ihr Mann sei tot, konnten andere ihr Mitgefühl äußern und zugeben, daß sie selber auch schon ähnliches gedacht hätten. Zwei Frauen verstanden sich darin, daß sie von Zeit zu Zeit den Wunsch gehabt hatten, ihren kranken Mann zu verlassen (beide waren hoch emotional engagiert). Ein häufig diskutiertes Problem in der Gruppe war der Alkoholmißbrauch des Patienten, der für mehrere Angehörige mit großer Angst besetzt war. Ein emotional hoch engagierter Ehemann und eine emotional hoch engagierte Ehefrau konnten ihre Ängste über den Alkoholismus des Patienten miteinander teilen und das Problem im Hinblick auf seine Beziehung zur schizophrenen Erkrankung und zu ihren Kindern diskutieren.

In ähnlicher Weise waren zwei ältere Leute in der Lage, ihre Not miteinander zu teilen: Obwohl sie wußten, daß es besser war, wenn sie den Patienten einmal mit sich allein ließen und selber ausgingen, hatten sie in ihrem Alter den Wunsch zu Hause zu bleiben und ihre Ruhe zu haben (je eine Person mit hohem und niedrigem Engagement).

Die Gruppe war ein Ort, an dem die meisten negativen Gefühle ausgedrückt werden konnten, ohne daß man Kritik fürchten mußte. Die Angehörigen waren in der Lage, über ihre Schuldgefühle zu sprechen, wenn sie einfach ein wenig Zeit für sich selber haben wollten. Eine Frau berichtete, daß sie ein Gefühl der Erleichterung gehabt habe, als ihre Tochter ins Krankenhaus eingewiesen worden sei (Mutter mit hohem emotionalem Engagement). Ein emotional überengagierter Vater reagierte darauf mit der Feststellung: „Wir fühlen uns alle manchmal hilflos“. Andere sagten, daß sie sich so schuldig fühlten, daß sie den Patienten nicht allein lassen könnten, obwohl der Arzt ihnen empfohlen hatte, daß sie das tun sollten (hoch engagierte Mutter).

Der andere Bereich, in dem die Gruppe Unterstützung vermitteln konnte, war der stigmatisierende Aspekt der Krankheit. Es gab sozial peinliche Situationen, die die Angehörigen erlebten, wenn der Kranke sich in bizarrer Weise verhielt. Das geschah nicht nur in akuten Krankheitsphasen sondern auch dann, wenn etwa die Tischmanieren im Krankheitsgefolge entgleisten oder wenn sich die Patienten nicht mehr um ihre äußere Erscheinung kümmerten.

Dann bestand das Problem, ob der Patient selbst über die Diagnose informiert werden sollte. Die Angehörigen fragten sich oft, ob ihn deren Kenntnis nicht verstören würde (hoch emotional engagierte Ehefrau). Diese Frage wurde nie eindeutig geklärt. Die Angelegenheit wurde dadurch nicht leichter, daß eine Mutter von ihrem Sohn berichtete, er habe einem Mädchen auf einer Party erzählt, er sei schizophran. Sie habe darauf mit lautem Geschrei reagiert: „Aber dann bist du ja gefährlich“ (emotional überengagierte Mutter).

Die Freunde und Familie des Patienten waren oft eine Quelle von Unglück. Nicht nur die Stigmatisierung war ein Problem. Schlimmer war der offene Ausdruck von Kritik und Zurückweisung. Ihre eigenen Familien, so sagten die Angehörigen, warfen ihnen vor, sie seien zu weich im Umgang mit dem Patienten. (überengagierte Mutter). Eine Angehörige sagte, daß ihre Schwester ihr vorwerfe, sie sei zu viel um ihren Sohn herum und verwöhne ihn (niedrig emotional engagierte Mutter). Eine andere Mutter berichtete, ihre Schwester habe sie beschuldigt, ihre Tochter aus egoistischen Gründen ins Krankenhaus eingewiesen zu haben (hoch emotional engagierte Mutter). Die gleiche Mutter sagte, die Verwandten brauchten eine Art Schutzschild. Die betroffenen Angehörigen reagierten außerordentlich empfindlich auf die unfreundlichen oder gedankenlosen Reaktionen ihrer eigenen Familie oder ihrer Freunde gegenüber dem Patienten. Sie waren oft außerordentlich dankbar jenen Personen gegenüber, die ihnen Interesse und Mitgefühl entgegenbrachten.

Eng damit verbunden ist die Tatsache, daß viele - wenn nicht die meisten - Angehörigen mit der Auffassung in die Gruppe kamen, daß die professionellen Therapeuten sie als Belästigung empfanden, und meinten, sie würden verhindern, daß es dem Patienten gutging. Wir haben ausdrücklich und indirekt immer wieder betont, daß wir die Rolle, die sie in der Beziehung zum Patienten spielten, für außerordentlich wichtig hielten. Sie als Verwandte wußten sehr viel darüber, wie man mit schizophranen Patienten leben kann, und außerdem trügen sie den größten Teil der Bürde, die mit der Krankheit verbunden sei. Ein Angehöriger beschrieb das allgemeine Dilemma folgendermaßen: „Halb sagen sie dir, dich da rauszuhalten, aber sobald ein Problem da ist, rufen sie dich, und du stehst damit allein da“ (Vater). Das Problem der Auseinandersetzung mit professionellen Therapeuten ist nicht einfach. Es hat zwei Seiten und wird später noch ausführlich erörtert werden.

Ein immer wiederkehrendes schwieriges Problem taucht im Zusammenhang mit Arbeitgebern auf. Was sollte man ihnen über die Arbeitsfähigkeit erzählen, wenn man sich um eine Arbeit bemüht. Die Lage der Patienten ist hier außerordentlich schwierig. Wenn sie zugeben, daß sie im psychiatrischen Krankenhaus gewesen sind, verlieren sie oft die Arbeit. Die Gruppe fand auch keine eindeutige Lösung. Aber sie vermittelte eine Gelegenheit zur Auseinandersetzung und auf der Grundlage dieser Diskussion konnten die Angehörigen sich darüber klar werden, wie sie selber das Problem sahen.

Die Begegnung mit anderen, die ähnliche Probleme haben, ist offensichtlich Trost und Stütze für die Angehörigen. Dabei ist das Bedürfnis danach bei emotional hoch engagierten Angehörigen oft größer als bei den anderen. Es lohnt sich festzuhalten, daß emotional hoch engagierte Angehörige oft sehr warmherzig, interessiert und

unterstützend für andere Angehörige sind, obwohl sie definitionsgemäß nicht so gut wie niedrig engagierte Angehörige mit den Problemen des Zusammenlebens mit schizophrenen Patienten fertig werden. Das ist wichtig, weil manchmal der Gedanke auftaucht, daß emotional hoch engagierte Angehörige ganz allgemein feindselige und unsympathische Menschen sind. Sie mögen das von Zeit zu Zeit sein. Aber meistens versuchen sie verzweifelt, ihre Probleme zu lösen. Nur tun sie es unglücklicherweise so, daß sie dem Patienten keine Hilfe sind.

c) *Die interaktionelle Funktion:* Wir haben früher bereits darauf hingewiesen, daß die interaktionellen Aspekte der Gruppe entweder die Beziehung zwischen den Gruppenmitgliedern oder die Beziehung des Angehörigen mit dem Patienten betrafen. Vom Beginn der Gruppe an war zu erkennen, daß die emotional hoch engagierten Angehörigen viel redeten und wenig zuhörten. Sie unterbrachen andere, sie redeten dazwischen; und oft, wenn andere Angehörige gesprochen hatten, fuhren sie fort, als ob nur ihr eigenes Thema von Interesse und nichts anderes gesagt worden wäre. Die Angehörigen mit niedrigem emotionalem Engagement unterlagen nicht dem gleichen Rededruck; auch hatten sie nicht das Bedürfnis, das Gespräch zu beherrschen. Es bestand die Sorge, daß die Gruppe nicht für alle Mitglieder ihren Zweck erfüllen könne, wenn dieses Problem nicht bewältigt würde. Zugleich tauchte die Frage auf, ob dieses Verhalten typisch für die Interaktion zwischen emotional hoch engagierten Angehörigen und Patienten ist.

Wir Therapeuten haben versucht zu intervenieren, um solche Angehörige am zu vielen Reden zu hindern, oder das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken. Wir taten das zurückhaltend durch ein Handzeichen, aber wenn notwendig, sagten wir deutlich, daß sie die Gruppe beherrschten und daß sie den anderen eine Chance geben sollten. Die Angehörigen der Gruppe konnten das Problem ohne Hilfe der Therapeuten nicht bewältigen. Nach einer Weile merkte der betroffene Angehörige es manchmal, daß er die Gruppe dominierte und dann fragte er die anderen, ob es so sei (hoch engagierte Mutter). Andererseits konnten die Therapeuten die Angehörigen ermutigen, wenn diese leichte Veränderungen in ihrem Verhalten zeigten, etwa indem sie Anteil an anderen nahmen.

Die emotional hoch engagierten Angehörigen reden nicht nur zu viel. Manchmal beherrschen sie die Gruppensituation dadurch, daß sie sich überkompetent geben, daß sie fertige Lösungen für ihre Probleme präsentieren oder daß sie anderen Vorschriften machen. Wenn solche Angehörige Gefühle der Unsicherheit zeigen, sollte man damit in einer warmherzigen und unterstützenden Art und Weise umgehen (gemeint ist Unsicherheit über ihr eigenes Verhalten im Unterschied zu Gefühlen der Abneigung und der Feindseligkeit gegenüber dem Patienten). Die Gruppe schaffte das oft ganz spontan. Eine hoch engagierte Mutter, die immer „super kompetent“ war, äußerte Gefühle der Angst, daß ihre Tochter nicht in der Lage sein würde, sich zu versorgen, wenn sie - die Mutter - sterben werde. Sie hatte das Problem ursprünglich so formuliert: „Dann ist es ihr Geld, und ich bin tot“. Aber allmählich änderte sich ihre Haltung. Sie beschrieb ihre Ängste darüber, was aus der Tochter würde, wenn sie allein sei. Die Gruppe belohnte ihre Mitglieder auch, wenn sie in schwierigen Situationen durchhielten. Ein Beispiel ist eine hoch emotional engagierte Mutter, der es mit viel Geduld gelang, ihren Sohn dazu zu bringen, sein Bett zu verlassen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Gruppeninteraktion bestand in der Auseinandersetzung über Managementprobleme. Diese standen in den meisten der Gruppensitzungen im Mittelpunkt. Wir haben in anderen Teilen dieser Arbeit bereits darauf hingewiesen.

Die Managementprobleme haben entweder mit akuten produktiven oder mit negativen Krankheitssymptomen zu tun. Als es um die Frage ging, wie man mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen umginge, wurden die Gruppenmitglieder gefragt, was sie dazu dächten (siehe oben).

Negative Symptome bereiten den Angehörigen immer große Sorgen. Sie ängstigen sich nicht nur, weil der Patient so viel Zeit mit Nichtstun verbringt. Sie sind auch unsicher, wie sie damit umgehen sollen. Wenn der Patient z.B. seine sozialen Kontakte mit den Angehörigen dadurch reguliert, daß er sich zurückzieht, wird der Angehörige oft zunehmend besorgt und überängstlich. Angehörige sind manchmal in der Lage zu berichten, wie die unterschiedlichen Patienten mit ihren Bedürfnissen nach Rückzug fertig geworden sind: einer ging in die Kneipe, aber kam bald zurück (Mutter mit niedrigem emotionalen Engagement), ein anderer pflegte zum Einkaufen zu gehen, kam aber ebenfalls relativ schnell heim (Mutter mit hohem emotionalen Engagement); eine dritte Mutter sagte, ihr Sohn meide Menschenansammlungen (Mutter mit hohem emotionalen Engagement). Es war innerhalb der Gruppe möglich, solches Verhalten von Patienten als positiv zu begreifen: als Verhalten, das ihn schütze und das er demzufolge zu seinem Besten selber steuere.

Eine der hilfreichsten Angehörigen in dieser Hinsicht war eine Ehefrau, die sich von einem hohen zu einem niedrigen emotionalen Engagement veränderte. Sie war in der Lage, anderen Gruppenmitgliedern Vorschläge zu machen, die die Schwierigkeiten reflektierten, die sie selber erfahren hatte, und die sie bei anderen wiedererkennen konnte. Sie empfahl, dem Patienten etwas zu tun zu erlauben, auch wenn er es nicht ordentlich machte: „Laßt ihn helfen, auch wenn das bedeutet, daß du hinterher aufräumen mußt“ (Ehefrau mit hohem emotionalen Engagement). Sie war schließlich in der Lage, ihren Mann zu bitten, ihr zu helfen und zu zeigen, daß sie Hilfe brauchte. Ihr Beispiel war für die anderen interessant, die das nicht konnten, in solchen Situationen zunehmend irritiert wurden und schließlich vor Ärger explodierten (Mutter mit hohem emotionalen Engagement).

Die Handhabung der Medikation war für viele Angehörige mit hohem emotionalem Engagement ein Problem. Eine der Ängste speziell dieser Gruppe war es, daß der Patient eine Überdosis nehmen würde, wenn man ihn mit seinen Medikamenten allein lassen würde. Hier handelt es sich in Wahrheit um zwei Probleme, die Handhabung der Medikamente und die Angst vor Suizid. Emotional stark engagierte Angehörige verabfolgen oft dem Patienten die Medikamente (Ehefrau). Im Gegensatz dazu glauben die wenig emotional engagierten Angehörigen, daß man dem Patienten gestatten kann, die Medikamente selbständig einzunehmen (Mutter und Ehemann mit niedrigem emotionalem Engagement).

Das Problem des Suizids stellte sich einer Reihe von Angehörigen. Sie waren in der Lage, über Vorbeugungsmaßnahmen zu diskutieren. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß es unglücklicherweise Grenzen gab, den Betroffenen zu schützen, und daß sie als Angehörige trauriger Weise mit diesem Risiko würden leben müssen.

Eine der eindrucksvollsten Methoden diese Probleme aufzuarbeiten besteht für den Patienten wie für den Angehörigen im Rollenspiel. Wenn der Angehörige die Rolle des Patienten übernimmt, erfährt er einiges über die Reaktionen des Patienten und über seine Gefühle gegenüber ihm als seinem Angehörigen. Ein solches Problem bestand in Erregungszuständen, die ein Patient jeden Abend zur Essenszeit hatte, während seine Mutter die Mahlzeit vorbereitete. Im Rollenspiel übernahm einer der Therapeutinnen die Rolle der Mutter. Sie tat es zunächst wie eine emotional überengagierte Angehörige. Das wurde zunächst als quälend empfunden. Dann spielte sie wie eine niedrig emotional

engagierte Angehörige.

Dies wurde als viel besser empfunden. Jene Angehörige, die noch nicht unmittelbar betroffen sind, empfinden das Rollenspiel als interessant, und es scheint ihnen einige Einsichten in die Schwierigkeiten zu vermitteln, die der Patient und die der Angehörige erlebt.

Eine weitere Methode in der Auseinandersetzung mit Interaktionsproblemen zwischen dem Patienten und dem Angehörigen bestand in der Auferlegung von Aufgaben, die außerhalb der Gruppe erfüllt werden mußten. Ein Angehöriger beklagte sich darüber, daß der Patient über das ganze Wochenende zu Hause blieb. Er ging nicht einmal aus, um einzukaufen. Es stellte sich heraus, daß die Eltern alles für ihn besorgten, einschließlich seiner Zigaretten, von denen er sehr abhängig war. Als die anderen den Vorschlag machten, der Patient sollte seine Zigaretten selber kaufen, um auf diese Weise aus dem Haus zu kommen, leisteten die Eltern Widerstand. Aber sie erhielten den Auftrag, ihm zu erzählen, daß er das am folgenden Wochenende selbst tun sollte.

Eine andere Form der Aufgabe betrifft die Reduktion des unmittelbaren Kontaktes. Hier werden die Angehörigen instruiert, auch einmal allein auszugehen oder dem Patienten etwas Unabhängigkeit zu erlauben. Üblicherweise wird viel Widerstand gegenüber solchen Aufgaben geleistet. Aber sie geben den Therapeuten die Gelegenheit, Geduld, Unterstützung und Ermutigung zu fördern und die Angehörigen zu belohnen, wenn sie ihr Ziel erreicht haben.

Die Probleme des Therapeuten

Die Probleme des Therapeuten liegen in der Gruppeninteraktion, in der Aktion zwischen den Angehörigen und in der Interaktion zwischen den Angehörigen und dem Therapeuten.

a) *Der emotional stark engagierte Therapeut:* Ein eigenes hohes emotionales Engagement ist das schwerwiegendste Problem, dessen Therapeuten sich bewußt sein sollten. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß solche Situationen vorkommen. Sie mögen nicht häufig sein. Aber wenn sie vorkommen, blockieren sie die weitere Behandlung. Das kann sich äußern, indem die Therapeuten das Gefühl bekommen, daß sie bestimmte Angehörige überhaupt nicht mögen. Obwohl dies auch zutreffen mag, kann dieses Gefühl den Kampf um die Vorherrschaft widerspiegeln, der für die hoch emotional engagierten Angehörigen charakteristisch ist. Das kann eine entsprechende Gegenübertragung sein. Eine Angehörige, die Mutter einer Tochter, sagte: „Schizophrenie ist ein Krieg, den man nicht gewinnen kann“. Wenn der Therapeut an der Schlacht um die Vorherrschaft teilnimmt, selbst wenn er sich gegen seinen Willen hineinziehen läßt, ist es wahrscheinlich, daß er eine Niederlage erleidet. „Er geht zu Boden“, war ein Ausdruck, der in diesem Zusammenhang verwendet wurde. Das spielt sich üblicherweise so ab, daß die Angehörigen um so weniger Widerstand leisten, je mehr Vorschläge die Therapeuten machen: „Ich habe das versucht, ich hab' alles das versucht, es funktioniert nicht“.

Therapeuten benötigen beträchtliche Unterstützung von Berufskollegen und Freunden, um solche Schwierigkeiten zu vermeiden.

b) *Antipathien innerhalb der Gruppe:* Im allgemeinen waren die Angehörigen voller Verständnis füreinander. Sie unterstützten sich gegenseitig und interessierten sich für die jeweiligen Probleme. Aber es gab Gelegenheiten, bei denen sie in etwas wie die oben beschriebene Schlacht eintraten. Üblicherweise waren zwei hoch emotional engagierte Angehörige dabei. Üblicherweise drückten sie offen ihre Mißachtung für die Einstellung des jeweils anderen aus. Z.B. sagte eine Mutter: „Angehörige stehen unter großem

Druck". Sofort trat ihr eine andere Mutter entgegen und sagte: „Nein, überhaupt nicht, wir sind stark und gesund". Dabei hatte letztere bei vielen Gelegenheiten über die Belastung der Familie geklagt. In ähnlicher Weise sind überprotektive Angehörige oft kritisch, wenn sie diese Haltung bei anderen Angehörigen beobachten.

c) *Verleugnung als Abwehr*: Auch diese Form sieht man im allgemeinen, wenn nicht ausschließlich, bei hoch emotional engagierten Angehörigen. Wir haben schon früher die Reaktion eines Angehörigen auf die Feststellung von niedrig emotional Engagierten beschrieben, der sagte: „Das mag bei euch so funktionieren. Aber ich kann mit meinem Mann nicht über seine Halluzinationen reden, weil er sich sonst einschließt und überhaupt nicht mehr redet". Eine etwas andere Form von Verleugnung tritt auf, wenn ein niedrig emotional engagierter Angehöriger eine Auffassung vertritt, die zugleich für einen hoch emotional engagierten Angehörigen ein schmerzliches Problem darstellt. Eine 75jährige Mutter drückte ihre Ängste über das Wohlergehen ihres Sohnes nach ihrem Tode aus. Wer würde sich um ihn kümmern? Würde er in der Lage sein, allein in seiner Wohnung zu leben? Eine andere Angehörige, ebenfalls 75 Jahre alt und Mutter einer schizophrenen Tochter und ebenfalls ängstlich besorgt um die Zukunft ihrer Tochter nach ihrem Tode, antwortete: „Es wird ihm gutgehen, sehr gut sogar".

3. *Therapeutische Sitzungen mit der Familie*

Therapeutische Sitzungen mit der Familie wurden nur jenen Familien angeboten, die voll in das Experiment einbezogen waren. Von allen Interventionen waren die Familiensitzungen die am wenigsten standardisierten. Auf diese Weise war es dem Forschungsteam möglich, bei der Befriedigung der unterschiedlichen Bedürfnisse der Familien flexibel zu sein und ihre Haltung auf dem Hintergrund der Erfahrung zu modifizieren.

Die meiste Zeit wurden sie von zwei Therapeuten - einem Mann und einer Frau - durchgeführt. Aber verschiedenartige Ansätze wurden angewandt, als sich zeigte, daß die Familien unterschiedliche Ansprüche, und die Therapeuten eine unterschiedliche berufliche Orientierung hatten. Einige der Familien waren Ehegatten, einige Eltern-Kind-Familien. In der Praxis bedeutet das, daß einige Familien nur ein oder zwei Sitzungen hatten, andere dagegen bis zu fünfundzwanzig. In diesem besonderen Fall konnte der Angehörige nicht an der Gruppe teilnehmen, weil seine Arbeit das nicht zuließ.

Wir haben immer versucht sicherzustellen, daß so viele Familienmitglieder wie möglich teilnahmen: Diese Treffen fanden meist zu Hause statt. In vielen Sitzungen ging es um die Reduktion des Kontakts zwischen dem Patienten und den Angehörigen. Das geschah entweder, indem man den Angehörigen ermutigte, sich eine Arbeit zu suchen, oder indem man den Patienten ermunterte, in eine Tagesstätte oder eine ähnliche Einrichtung zu gehen. Solche spezifischen individuellen Probleme, die in der Gruppe nicht gut diskutiert werden konnten, waren in der Familie leichter zu behandeln. Manchmal, wenn die Spannung zwischen dem Patienten und dem Angehörigen sehr groß war, begannen solche Sitzungen mit der ganzen Familie, und dann verbrachte der eine Therapeut etwas Zeit mit dem Patienten und der andere mit dem einen oder anderen Angehörigen. Diese individuelle Beratung stellte sich als besonders sinnvoll für die Patienten heraus, je weiter wir mit unserer Studie voranschritten.

Schlußfolgerungen

Es gibt keine Möglichkeiten, systematisch zu evaluieren, welche Wirkungen die Angehörigengruppen für sich allein auf die Art und Weise hatte, in der die Angehörigen mit den Patienten umgingen. Natürlich haben wir Veränderungen bemerkt. Aber es ist nicht möglich zu sagen, ob sie die direkte Folge von Interventionen in der Gruppe sind. Während das allgemeine Ziel der Gesamtstudie erreicht wurde, nämlich die Rückfallraten zu reduzieren, das emotionale Engagement und den sozialen Kontakt in den meisten Familien zu verändern (Leff u.a., 1982), bleiben viele Fragen offen. Eine davon ist, wie Familien mit geringem emotionalem Engagement die Krankheit bewältigen; eine andere betrifft die Auswirkungen therapeutischer Interventionen in Familien mit hohem emotionalem Engagement.

Aus der Sicht der Angehörigen selbst vermittelte die Gruppe ihnen die Erkenntnis, daß das Leben mit einem schizophrenen Angehörigen für sie problematisch war, etwas was wenigen von ihnen vorher bewußt war. Sie hatten auch die Möglichkeit, ein wenig mit Situationen zu experimentieren, mit denen sie vorher sehr rigide umgegangen waren. Sie wußten, daß sie auch dann auf Unterstützung und Interesse der anderen rechnen konnten, wenn sie scheiterten. Andererseits konnten sie ihre eigenen Erfahrungen einbringen. Schwieriger ist es, die familientherapeutischen Sitzungen zu beurteilen. Nur eine Familie empfand sie als problematisch, die anderen schätzten sie.

Während es nicht möglich ist, die Auswirkungen jeder einzelnen Interventionsart zu beurteilen, machen die Ergebnisse klar, daß die Arbeit mit den Familien eine wichtige Rolle bei der Verhütung von Rückfällen spielt. Spezifischere Daten darüber, was am wirksamsten ist, können erst vorgelegt werden, wenn weitere Forschungsergebnisse aus unserem Projekt vorliegen.

Literatur

- Berkowitz, R., Kuipers, L., Eberlein-Fries, R. and Leff, J.: Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. In: Goldstein, M (ed.): New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics. Jossey-Bass, San Francisco 1981
- Brown, G. W., Birley, J.L. T. und Wing, J.K.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Brit. J. Psychiat. 121: 214-258 (1972)
- Brown, G. W. and Rutter, M.: The measurement of family activities and relationships: A methodological study. Hum. Rel. 19: 241-263 (1966)
- Hirsch, S.R. und Leff, J.P.: Abnormalities in Parents of Schizophrenics. Oxford University Press, Oxford 1975
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R. and Sturgeon, D.: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Brit. J. Psychiat. 141: 121-134 (1982)
- Rutter, M und Brown, G. W.: The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. Soc. Psychiat. 1: 38-53 (1966)
- Sturgeon, D., Kuipers, L., Berkowitz, R., Turpin, G. und Leff, J.P.: Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotional relatives. Brit. J. Psychiat. 138: 40-45 (1981)
- Tarrier, N, Vaughn, C, Lader, M.H. und Leff, J.P.: Bodily reactions to people and events in schizophrenics. Arch. Gen. Psychiat. 36: 311-315 (1979)
- Vaughn, C und Leff, J.: The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients, Brit. J. Soc. Clin. Psychol. 15: 157-165 (1976)

Interview über den Informationsstand der Angehörigen (Knowledge Interview) und Informationsvermittlung (Angehörigenunterricht)

Interview über den Informationsstand: *Informationsvermittlung:*

Diagnosen

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Warum ist Ihr Angehöriger ins Krankenhaus eingewiesen worden? 2. Wie ist der Zustand Ihres Angehörigen? 3. Hat irgend jemand Ihnen gesagt, wie die Krankheit heißt? 4. Wer hat Ihnen die Bezeichnung der Krankheit genannt? 5. Was verstehen Sie darunter? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurze Beschreibung der Symptome und Hinweis auf die Schwierigkeiten mit denen ein Angehöriger möglicherweise konfrontiert wird wie z.B. Kommunikationsprobleme. 2. Wir betonen, daß Schizophrenie eine Krankheit ist. Die Realität der Krankheit für den Patienten und die Schwierigkeiten der Angehörigen, die seinen Zustand als Krankheit wahrnehmen, werden erörtert. |
|---|---|

Symptomatologie

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 6. Hat der Zustand Ihren Angehörigen in irgendeiner Weise verändert? | <ol style="list-style-type: none"> (a) Denkstörungen - unverständliches Reden und Angstgefühle infolge dieser Störung. (b) Halluzinationen - wie Stimmen, die unangenehm oder kontrollierend wirken können. (c) Veränderungen des Gefühlslebens - heftige Gefühlsausbrüche oder sozial zurückgezogenes Verhalten oder inadäquate Gefühlsausdrücke werden beschrieben. Das gleiche gilt für die Reaktion des Patienten auf diese Veränderungen. (d) Andere Veränderungen - wie der Verlust an Antrieb, veränderte Schlafgewohnheiten, Mangel an Gemeinschaftsgefühl, Verlust von Interesse an der Pflege des eigenen Körpers oder gesteigerte Pingeligkeit. |
| <ol style="list-style-type: none"> 7. Kann Ihr Angehöriger etwas dafür? | <p>Es gibt Hinweise darauf, daß der Patient seine Krankheit nicht unter Kontrolle hat. Hinweise auf Stimmen, die den Patienten beeinträchtigen, Verlust der Kontrolle über die Gefühle, Veränderungen der Schlafgewohnheiten, die es schwer für ihn machen, die Arbeit zu behalten, und Mangel an Energie und Antrieb, die bewirken, daß er seine äußere Erscheinung vernachlässigt und daß er verlangsamt reagiert. Wir betonen die Unterschiedlichkeit und die Vielfalt von Symptomen bei unterschiedlichen Patienten.</p> |

Ätiologie

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 8. Was ist die Ursache des Zustandes? | <ol style="list-style-type: none"> (a) Es gibt eine Reihe von Faktoren die dazu beitragen: Vererbung - erhöhtes Krankheitsrisiko; eines von zehn Kindern eines Schizophrenen wird im Laufe seines Lebens wahrscheinlich ebenfalls schizophren. |
|---|---|

9. Was ist Ihrer Auffassung nach die wichtigste Ursache?
- (b) Die Familie beeinflusst den Verlauf der Erkrankung nachdem sie erst einmal aufgetreten ist.
- (c) Gesteigerter Streß.
- Keine Ursache wird besonders hervorgehoben, und wir sagen, daß eine Reihe von unterschiedlichen Faktoren eine Rolle spielen.

Verlauf und Prognose der Erkrankung

10. Ist er immer in diesem Zustand oder gibt es bessere und schlechtere Zeiten?
11. Ist er zwischen den Krankheitsphasen wie in gesunden Zeiten?
12. Was geschieht mit Menschen, die an dieser Erkrankung leiden?
- Wir heben große Unterschiedlichkeiten der Prognose hervor. Wir sagen, daß die meisten Menschen auf die Behandlung günstig ansprechen, aber daß die Wiederherstellung manchmal unvollständig ist.
13. Was denken Sie darüber, wie Ihr Angehöriger in der Zukunft sein wird?
14. Woher haben Sie Ihre Kenntnisse über die Krankheit?
15. Gibt es Dinge, die den Zustand verschlechtern oder verbessern?
- Die Familie kann viel dazu beitragen, daß es dem Patienten gut geht. In den Abschnitten über Behandlung wird darauf hingewiesen, daß die Verminderung des Kontaktes zwischen dem Angehörigen und dem Patienten und daß Versuche, nicht zu kritisch zu sein, nützlich sind.
16. Gibt es irgend etwas, was den Rückfall vermeiden kann?
- Wege zur Verbesserung des Krankheitszustandes.
- (a) Regelmäßige Einnahme der Medikamente,
- (b) Verminderung des Kontaktes und Vermeidung von Kritik sowie zu starkem emotionalem Engagements.
- (c) Reduktion des Lebensstreß durch Vermeidung von belastenden Situationen bzw. durch Mahnungen an den Patienten, belastende Situationen zu vermeiden.

Medikamentenbehandlung

17. Hat der Arzt Tabletten oder Spritzen verschrieben?
18. Sollten sie regelmäßig eingenommen werden oder nach dem subjektiven Bedarf Ihres Angehörigen?
- Betonen, daß regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig ist.

Wunsch der Angehörigen nach mehr Informationen

19. Kennen Sie irgend jemanden anderen, der an einer ähnlichen Krankheit leidet?
20. Was hat Ihnen am meisten dabei geholfen, die Krankheit Ihres Angehörigen zu verstehen?
21. Gibt es irgend etwas, was Sie noch über die Krankheit erfahren möchten?

Mit anderen Augen

Patienten und Angehörige ändern ihr Bild von sich selbst und vom Partner nach vierwöchiger getrennter Gruppenarbeit

Wulf Bertram

In der psychiatrischen Kriseninterventions-Tagesklinik des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf gibt es seit etwa 10 Jahren eine Angehörigengruppe: parallel zu der auf vier Wochen begrenzten teilstationären therapeutischen Arbeit mit den Patienten haben deren Angehörige während des gleichen Zeitraums Gelegenheit, an einem Abend der Woche an einer offenen Gruppe teilzunehmen, die von zwei Mitgliedern des therapeutischen Teams geleitet wird.

Im Verlauf der internen Diskussion der Angehörigenarbeit im Team, im Rahmen der Gruppenarbeit selbst und durch die Auseinandersetzung mit Praktikanten und Hospitanten entwickelten sich eine ganze Reihe von Vermutungen und Hypothesen über die Wirkungen und Möglichkeiten einer solchen Angehörigengruppe. Einige dieser Gedanken sind in Erfahrungsberichten bereits veröffentlicht worden (*Bertram, 1979, 1982; Groth, 1982; Groth und Sander-Bertram, 1979; Dörner und Plog, 1978*).

1979 begann ich mit dem Sammeln von Daten für die empirische Überprüfung einiger Hypothesen, die im Team diskutiert wurden.

Dabei interessierte mich vor allem die Veränderung der Selbst- und Fremdbilder sowohl bei den Angehörigen als auch bei den Patienten. Im Verlauf der getrennten therapeutischen Arbeit mit Angehörigen und Patienten schien sich nämlich immer wieder eine typische Entwicklung abzuzeichnen: während die Patienten bei günstigem Verlauf der therapeutischen Arbeit mehr Selbstvertrauen gewannen, zuversichtlicher und weniger gehemmt wurden, begannen die Angehörigen, mehr über sich selber (statt über den Patienten und dessen Störung) nachzudenken, entdeckten ihre eigene Erschöpfung durch die innerfamiliäre Auseinandersetzung, konnten ihre eigenen Schwächen, Unsicherheiten und Beeinträchtigungen wahrnehmen und dazu stehen. Diese Entwicklung wurde von den Mitarbeitern der Tagesklinik positiv bewertet, da sie eine Abkehr von z.T. jahrelangen familiären Rollenfixierungen ankündigte. Ungerechtfertigte „Monopole“ für seelische Gesundheit, Kraft und Lebendigkeit aufseiten der Angehörigen und Verzagtsein, Unfähigkeit, Schwäche und Krankheit auf der Patientenseite begannen aufzuweichen. Dadurch konnte der Weg für eine Neuorientierung innerhalb der Beziehung frei werden, mit einer gerechteren und weniger pathogenen Verteilung der Be- und Entlastungen, der Pflichten und Rücksichten. Die Partner konnten eine größere Unabhängigkeit voneinander gewinnen, die sie im Extremfall auch zu einer Trennung nach längeren unbefriedigenden und prekären Versuchen ihres Zusammenlebens befähigte.

Untersuchungsinstrumente und Stichprobe

Als Instrumente zur Erfassung der Selbst- und Fremdwahrnehmung wurden das *Freiburger Persönlichkeitsinventar* (FPI) von *Selg* und *Fahrenberg* und der *Gießen-Test* (GT-S und GT-F) von *Beckmann* und *Richter* gewählt. Die Patienten erhielten die

Fragebögen vor der Aufnahme in die Tagesklinik, die Angehörigen vor der ersten Teilnahme an den Gruppensitzungen. Beide Seiten wurden gebeten, sich selber mit Hilfe der Fragebogenitems einzuschätzen, als auch mit dem Gießen-Test „Fremdwahrnehmung“ ein Bild des Partners zu entwerfen. Die gleiche Prozedur wurde nach Abschluß der Tagesklinikbehandlung bzw. der Mitarbeit in der Angehörigengruppe wiederholt. Insgesamt erhielten 55 Patienten/Angehörigenpaare die Fragebögen. Für die Auswertung konnten davon 20 berücksichtigt werden (45%). Diese relativ hohe Ausschlußquote kam dadurch zustande, daß nur die Patienten/Angehörigen in die Untersuchung aufgenommen wurden, die beide regelmäßig an der Tagesklinikbehandlung bzw. an der Gruppenarbeit teilgenommen und beide die Fragebögen vollständig ausgefüllt hatten. So bald nur einer der zusammengehörenden Partner die Behandlung bzw. Gruppenarbeit abgebrochen oder die Tests unvollständig ausgefüllt hatte, mußte natürlich das gesamte Probandenpaar ausgesondert werden.

Da wie in den meisten psychiatrischen Institutionen auch in der Tagesklinik die Frauen in der Überzahl waren und als nächste Angehörige in der Regel die Ehepartner eingeladen wurden, waren in der Angehörigengruppe bei weitem die Männer überrepräsentiert. Das Durchschnittsalter der Patientengruppe lag bei 34 Jahren ($s = 9.6$), das der Angehörigengruppe bei 39 Jahren ($s = 10$). Die Verteilung von Berufsstatus und Schulbildung unterschied sich bei der Gruppe der befragten Patienten und Angehörigen nicht wesentlich von den Verhältnissen bei der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik.

Die Ergebnisse

Verglichen wurden zunächst einmal die Veränderungen in der Selbstwahrnehmung bei Angehörigen und Patienten, als auch die Unterschiede zwischen beiden Gruppen vor und nach der Behandlung: Zu Beginn des Tagesklinikaufenthaltes unterscheiden sich Patienten und Angehörige signifikant in 14 der 18 berücksichtigten Variablen der Selbstwahrnehmung. Die Patienten schätzen ihre Wirkung auf ihre soziale Umgebung negativer ein (geringere „soziale Resonanz“ des GT). Sie fühlen sich depressiver, häufiger bedrückt und ängstlicher, erleben sich als verschlossener und fühlen sich sozialen Situationen und Partnerschaften weniger gewachsen als die Angehörigen. Sie erleben sich als aggressiver, berichten über häufigere psychosomatische Störungen und schildern sich als reizbarer. Ihre *Kontaktfähigkeit* und -willigkeit sieht die Gruppe der Patienten reduzierter als die der Angehörigen, außerdem schildern sich die Patienten leichter enttäuscht, entmutigt und besorgter als die Angehörigen.

Die überwiegende Mehrheit dieser statistisch gesicherten Unterschiede in der Selbstwahrnehmung von Patienten und Angehörigen besteht nach Abschluß der Behandlung fort. Allerdings zeigt sich aufseiten der Patienten bei einer ganzen Reihe von Merkmalen eine bedeutsame Veränderung in Richtung auf den Mittelwert der Angehörigen: So werden nach Abschluß der vierwöchigen Behandlung von den Patienten deutlich weniger depressive Symptome angegeben, ein Rückgang der psychosomatisch-vegetativen Beschwerden wird geschildert. Die Patienten erleben sich selbst als kontaktbedürftiger und auch als kontaktfähiger, lassen außerdem eine deutliche Zunahme der Bereitschaft erkennen, sich durchzusetzen und notfalls auch aggressiv zu reagieren.

Insgesamt zeigen sich in der Selbstbeurteilung der Patienten sichtbare Verschiebungen in Richtung auf größere emotionale Stabilität, vegetative Ausgeglichenheit und

ein besseres körperlich-seelisches Gleichgewicht. Wenn aber - so läßt sich aus diesen Ergebnissen folgern - bei der Gesamtmenge der von den Patienten geschilderten Störungen, Unzufriedenheiten und Beeinträchtigungen ein so deutlicher Rückgang derjenigen eintritt, die mit der eigenen Person, deren innerpsychischer Verfassung und körperlichem Befinden verbunden sind, so können die Beschwerden in den Vordergrund der Selbstwahrnehmung treten, die die Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umgebung betreffen. Zu Beginn der therapeutischen Arbeit scheinen die geschilderten Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich verborgen oder mindestens überlagert von der Unzufriedenheit mit dem individuellen physisch-psychischen Befinden der Patienten. Plastischer ausgedrückt heißt das, daß die Patienten gegen Ende der Behandlung weniger über sich selbst, als über ihre Beziehungen zu anderen stolpern.

Relativ wenig verändert sich in der Selbstwahrnehmung der Angehörigen: gegenüber der Befragung vor der ersten Teilnahme an der Angehörigengruppe schildern sie sich immer als offener, weniger gehemmt und weniger extrovertiert. Dabei kann es sich freilich auch um einen situationsspezifischen Trainingseffekt handeln: es muß nicht sein, daß sich die Angehörigen im Hinblick auf ihre Konfliktpartner - also die Patienten - als offener, ungehemmter und gleichzeitig nachdenklicher erleben. Möglicherweise beschreiben sie damit lediglich ihr Empfinden im Hinblick auf die Gruppendynamik in der Angehörigengruppe. Es läßt sich aber vermuten, daß das Erleben der eigenen Offenheit und Ungezwungenheit und selbstkritischen Nachdenklichkeit verbunden mit der Erfahrung, daß Sanktionen in Form von Schuldvorwürfen und Verurteilungen ausbleiben, eine eindeutigere, weniger konfliktscheue und rigide Haltung in der Auseinandersetzung mit dem Partner begünstigen.

In einem zweiten Schritt wurden anschließend die Selbstbeurteilungen und gegenseitigen Einschätzungen von Patienten und Angehöriger zueinander in Beziehung gesetzt, um die Bedeutung abzuschätzen, die die geschilderten Veränderungen für die Betroffenen selbst hat. Dabei interessierten folgende Fragen:

1. Sind die Selbstbilder, die Patienten und Angehörige von sich entwerfen, nach Abschluß der Arbeit in Angehörigengruppe bzw. Tagesklinik einander ähnlicher als vorher?
2. Stimmt die Beurteilung durch den Partner nachher besser mit dem Selbstbild des dazugehörigen Patienten bzw. Angehörigen überein?

Zum Vergleich der Selbstbilder und der Selbst- und Fremdbeurteilungen wurden die Testprofile im *Gießen-Test* zueinander in Beziehung gesetzt. Deren Übereinstimmungen und Abweichungen wurden mit Hilfe des Gefügeähnlichkeitskoeffizienten nach *Cattell* et al. (1966) errechnet. Dieses Verfahren erlaubt einen wesentlich verbesserten Profilvergleich als die für ähnliche Fragestellungen häufiger verwendete Distanzfunktion d^2 , weil es die Interkorrelation der einzelnen Testskalen berücksichtigt und ähnlich wie ein Korrelationskoeffizient von 1 bei völliger Übereinstimmung der Profile bis -1 bei völliger Gegensätzlichkeit variiert.

Für folgende Profile wurden die Gefügeähnlichkeitskoeffizienten berechnet:

- a) Patient beurteilt sich selber vs. Angehöriger beurteilt sich selber („Wie ähnlich sind sich die Selbstbilder von Patienten und Angehörigen?“)
- b) Patient beurteilt sich selber vs. Angehöriger beurteilt den Patienten („Wie groß ist die Ähnlichkeit des Patientenselbstbildes mit dem Bild, das der Angehörige von ihm entwirft?“)
- c) Angehöriger beurteilt sich selber vs. Patient beurteilt den Angehörigen („Wie groß ist die Ähnlichkeit zwischen Selbstbild des Angehörigen und dein Bild, das der Patient von ihm entwirft?“)

Die Mittelwerte der berechneten drei Gefügeähnlichkeitskoeffizienten von jedem Paar wurden mit den entsprechenden Werten nach Ablauf des Tagesklinikaufenthaltes bzw. nach Beendigung der Mitarbeit in der Angehörigengruppe verglichen. Es war keine Überraschung, daß die Selbstkonzepte von Patienten und Angehörigen zu Beginn der parallelen therapeutischen Arbeit stark auseinanderklafften. Der mittlere Gefügeähnlichkeitskoeffizient r_p der Voruntersuchung betrug $r_p = -.39$. Die Ähnlichkeit zwischen Selbstbild der Patienten und den Testprofilen, die die Angehörigen ihnen zuordneten, war kaum mehr als zufällig. Etwas besser trafen die Patienten das Selbstbild ihrer Angehörigen.

Der Mittelwertvergleich der Gefügeähnlichkeitskoeffizienten vor und nach der Behandlung ergab folgendes Ergebnis:

Profilvergleich	r_p vorher	r_p nachher	Signifikanzniveau
Selbstbilder Pat./Angeh.	-.39	-.26	5%
Selbstbild Pat. vs. Patientenbild des Angeh.	.13	.28	10%
Selbstbild d. Angeh. vs. Angehörigenbild des Pat.	.23	.32	n. s. aber sign. Varianzunterschied

a) Selbstbilder von Patienten und Angehörigen

In der Befragung *nach* dem Tagesklinikaufenthalt bzw. der Mitarbeit in der Angehörigengruppe hatte sich die Diskrepanz zwischen den Selbstbildern von Patienten und Angehörigen signifikant verringert. Wie aus den Ergebnissen der Mittelwertvergleiche bereits hervorgeht, entspricht das Selbstbild der Patienten mit der geschilderten depressiven Grundstimmung, der Gehemmtheit, der erlebten körperlichen Beeinträchtigung und der Gereiztheit zu Beginn der Tagesklinikbehandlung ziemlich genau dem Stereotyp des psychisch Kranken. Das Selbstbild der Angehörigen dagegen kann als Stereotyp für ein leistungsfähiges, gut angepaßtes Mitglied der Gesellschaft angesehen werden. Die Rollen der Partner, die sich in deren Selbstbild niederschlagen, sind also komplementär, passen zusammen wie Schlüssel und Schlüsselloch. Es läßt sich vermuten, daß Handeln und Wahrnehmung der Familienmitglieder sich zunehmend an diesen Stereotypen orientierte statt an deren wirklichen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Empfindungen. Die Beobachtungen während der Gruppenarbeit unterstützten diese Vermutung. Wenn die Verringerung der Diskrepanz der Selbstbilder von Angehörigen und Patienten - wie oben beschrieben - in erster Linie darauf zurückzuführen ist, daß bei den Patienten ein deutlicher Rückgang derjenigen Merkmale zu verzeichnen ist, die den Krankheitsaspekt unterstreichen, bedeutet dies, daß das Erklärungsmodell Krankheit für die auch nach der Behandlung weiter bestehende unterschiedliche Selbstbeurteilung wesentlich an Bedeutung verlieren muß. übrig bleiben die Unterschiede in der Art und Weise, wie sich Patienten und Angehörige mit ihrer psychosozialen Umgebung - also auch miteinander - auseinandersetzen. Damit ist der Konflikt zurückvedagert in die Beziehung. Dort ist die Störung in der Tat entstanden oder hatten sich die Eigenarten einer gestörten Auseinandersetzung mit der Umwelt besonders ungünstig ausgewirkt.

b) Selbstbild der Patienten und deren Beurteilung durch die Angehörigen

Die Zunahme der Übereinkunft über das Patientenbild erfolgt trotz der teilweise erheblichen Veränderungen in den Selbstbildern der Patienten. Dabei spielt die Ein-

schätzung der Grundstimmung der Patienten eine entscheidende Rolle: Die Patienten erleben sich als weniger bedrückt, zurückgezogen, weniger von Zweifeln und Selbstvorwürfen gequält als vordem. Diese Wahrnehmung wird von den Angehörigen geteilt. Die von den Patienten geschilderte und von den Angehörigen bestätigte Abnahme der Depressivität (GT) legt nahe, daß eine beiderseits wahrgenommene Abkehr von der bisherigen Art und Weise der Aggressionsentfaltung bei den Patienten stattgefunden hat: Energische Unzufriedenheit und Unbehagen werden weniger als bisher selbstzerstörerisch nach Innen gewendet. Das Konfliktpotential kann so aus dem innerpsychischen Bereich in die offene Auseinandersetzung innerhalb der Familie oder Partnerschaft getragen werden. Das bedeutet allerdings auch, daß das Risiko wächst, daß die Beziehung als Ganzes auseinanderbricht, während die Gefahr der Selbstzerstörung eines der Partner des Beziehungssystems durch die Entäußerung der Aggressivität abnimmt. Gleichzeitig bietet diese Wendung nach außen die einzige Chance für das Sichtbarmachen und gemeinsame Bewältigen der Probleme, die innerhalb wie außerhalb des Beziehungssystems Unfrieden und Unbehagen erzeugten und unterhielten.

c) Selbstbild der Angehörigen und deren Beurteilung durch die Gruppe der Patienten Die mittlere Übereinstimmung zwischen dem Selbstbild der Angehörigen und ihrer Einschätzung durch die Patienten hatte sich nicht signifikant verändert. Allerdings hatte die Varianz der Ähnlichkeitskoeffizienten signifikant zugenommen. Das bedeutet, daß gleichwohl „Bewegung“ in die vorherige Übereinkunft über das Bild des Angehörigen gekommen ist: bisherige stillschweigende Abkommen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Angehörigen scheinen häufiger durch einen der Beteiligten aufgekündigt worden zu sein. Dort, wo sich im Rahmen einer solchen Neuorientierung Wahrnehmungsveränderungen in die gleiche Richtung ergeben hatten, trafen die Patienten das Selbstbild der Angehörigen anschließend weit besser, bei gegenläufigen Veränderungen wurde die Übereinstimmung über das Bild des Angehörigen sogar noch geringer als vorher, so daß insgesamt die Variabilität der Gefügeähnlichkeitskoeffizienten zunahm: Damit werden in der Wahrnehmung der Angehörigen „die Karten neu gemischt“. Es gibt in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Angehörigen weniger häufig das Bild des „typischen Angehörigen“ unter dem Bild unauffälliger „stromlinienförmiger“ Ausgeglichenheit und psychosozialer Angepaßtheit.

Schlußfolgerungen

Bei der Beurteilung der Angehörigen zeigt sich also eine Differenzierung intra- und interpersoneller Wahrnehmungsschemata. Auf der Patientenseite finden wir, wie oben beschrieben, in Selbst- und Fremdwahrnehmung einen Rückgang in der Ausprägung derjenigen Merkmale, die in enger Beziehung zum Phänomen „Krankheit“ stehen. Auch darin scheint sich eine Wahrnehmungsdifferenzierung auszudrücken: Krankheit als sozial institutionalisierter streng definierter Rollentypus, an den bestimmte Wahrnehmungsmodi, Erwartungen und Verpflichtungen geknüpft sind (vgl. *Parsons, 1969*), tritt als Erklärungsmodell für die psychische Störung innerhalb der Beziehung in den Hintergrund. Indem die Rollenvorschriften, die für den definiert Kranken gegenüber dem definiert Gesunden und umgekehrt bestehen, an normativer Kraft verlieren, können die Betroffenen mehr Beweglichkeit und Freiheitsgrade für eine wirksamere und glücklichere Auseinandersetzung mit der psychosozialen Umwelt und für ein selbst-

bestimmteres Handeln zurückgewinnen. Pointiert könnte man sagen, daß die beschriebene parallele therapeutische Arbeit bei den befragten Patienten und Angehörigen zu einer „Entpathologisierung“ der Krise - oder zu einer „Beziehungspathologisierung“ statt der bisherigen Pathologisierung des eigenen Empfindens geführt hat. Damit wird die Krise begreifbar als Kulminationspunkt unzweckmäßiger, schädlicher, eingeengter und unfreier Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Handlungseigenarten im Rahmen der alltäglichen Auseinandersetzung mit Mitmenschen und Familienmitgliedern. Dadurch können die Betroffenen grundsätzlich in die Lage kommen, diese Bedingungen als veränderbar zu erkennen bzw. zwischen veränderbaren und unveränderlichen Bedingungen zu differenzieren.

Literatur

- Bertram, W.:* Angehörigenarbeit in der Kriseninterventionstagesklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf. *Psychosozial* 2: 104-114 (1979)
- Bertram, W.:* Angehörigengruppe - Familientherapie für die psychiatrische Alltagspraxis. *Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie*, Band 34, Psychiatrieverlag, Wunstorf 1982
- Cattell, R.B., Coulter, MA., Tsujioka, B.:* The taxonomic recognition of types and functional emergents. In: *Cattell, R.B.* (Hrsg.): *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago 1966
- Dörner, K. und Plog, U.:* Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1978
- Groth, R. und Sander-Bertram, M.:* Angehörigenarbeit. In: *Friessem, D.H.* (Hrsg.): *Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie*. Finkverlag, München 1979, S. 107-112
- Groth, R.:* Die Arbeit mit Angehörigen in der Tagesklinik des psychiatrischen Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf. In: *Rehabilitation braucht Partner*. Heidelberg 1982, S. 86-88
- Parsons, T.:* Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: *Mitseherlich, A.* et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Kiepenheuer & Witsch, Köln-Berlin 1969, S. 57-87

Literatur zur Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker

zusammengestellt von Matthias C Angermeyer

Deutschsprachige Arbeiten

- Arnold, O.H. und Schindler, R.: Bifokale Gruppentherapie bei Schizophrenen. Wien. Z. Nervenheilk. 5: 155-174 (1952)
- Bertram, W.: Angehörigenarbeit in der Krisenintervention-Tagesklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf. Psychosozial 2: 104-114 (1979)
- Bertram, W.: Angehörigengruppe - Familientherapie für die psychiatrische Alltagspraxis. Werkstattschriften der Sozialpsychiatrie Band 34. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum · 19 82 Buchkremer, G. und Fiedler, P.: Angehörigentherapie bei schizophrenen Patienten. In: Helmchen, H., Linden, M und Rüger, U. (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin/Heidelberg-New York 1982, S. 141-144
- Döhner, O. und Angermeyer, M.C.: Gruppenarbeit mit Angehörigen psychisch Kranker (am Beispiel von Eltern schizophren erkrankter Jugendlicher). Psychother. med. Psychol. 31: 70- 73 (1981)
- Dörner, K.: Handwerksregeln für Angehörigeilgruppen. In: Dörner, K., Egetmeyer, A. und Koening, K.: Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf/Hannover 1982, S. 34-67 Dörner, K. und Groth, R.: Gruppentherapie für Angehörige. In: Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977, S. 197-205
- Egetmeyer, A.: Wie ich zur Gruppenarbeit mit Angehörigen kam. In: Dörner, K., Egetmeyer, A. und Koening, K.: Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf/Hannover 1982, S. 68-87
- Greve, W. und Schröder, S.: Erfahrungen bei der Gruppenarbeit mit schizophrenen Patienten und deren Eltern. In: Helmchen, H., Linden, M und Rüger, U. (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer: Berlin-Heidelberg-New York 1982, S. 137-140
- Groth, R.: Die Arbeit mit Angehörigen in der Tagesklinik des psychiatrischen Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf. In: Rehabilitation braucht Partner. Heidelberg 1982
- Groth, R. und Sander-Bertram, M.: Angehörigenarbeit. In: Frießem, D.H. (Hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Fink, München 1979, S. 107-112
- Koening, K.: Sich neuen Erfahrungen öffnen: Was Professionelle in Angehörigengruppen lernen können. In: Dörner, K., Egetmeyer, A. und Koening, K.: Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf/Hannover 1982, S. 106-116
- Köttgen, Ch.: Familienmitglieder sprechen sich gegenseitig frei. In: Dörner, K., Egetmeyer, A. und Koening, K.: Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf/Hannover 1982, S. 88-105
- Reiff, H.: Gruppenarbeit mit Angehörigen Schizophrener. In: Angermeyer, M.C. und Döhner, O. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Enke, Stuttgart 1981, S. 107-111
- Reiff, H. und Merzbacher, J.: Gruppenarbeit nach der Methodik der themenzentrierten Interaktion (TZI) mit Eltern von Schizophrenen. Psychiat. Prax. 7: 9-16 (1980)
- Schindler, R.: Zehn Jahre bifokale Gruppentherapie. Congress Report of the 11nd International Congress for Psychiatry. Zürich 1957, Vol. III, S. 379-386
- Schindler, R.: Der soziodynamische Aspekt in der „bifokalen Gruppentherapie“. Acta psychother. 7: 207-220 (1959)
- Schindler, R.: Bifokale Familientherapie. In: Richter, H.E., Strotzka, H. und Willi, J. (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Rowohlt, Reinbek/Hamburg 1976, S. 216-235
- Schneider, D. und Heinrich, U.: Angehörigenarbeit - ein Beispiel. Sozialpsychiat. Inform. Juni/ Juli 1979, S. 133-136
- Siedow, R. und Bombosch, J.: Erste Erfahrungen mit einer Angehörigengruppe - Zur Wechselwirkung zwischen Kommunikationsstilen der Teilnehmer und der Person und Interaktion der Gruppenleiter. Psychiat. Prax. 9: 145-150 (1982)

Englischsprachige Arbeiten

- Anderson, C.M., Hogarty, G.E., Reiss, D.J.: Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr. Bull.* 6: 490-505 (1980)
- Atwood, N. und Williams, M.E.D.: Group support for the families of the mentally ill. *Schizophr. Bull.* 4: 415-425 (1978)
- Berkowitz, R., Kuipers, L., Eberlein-Fries, R., Leff, J.P.: Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. In: Goldstein, M.S. (ed.): *New developments in interventions with families of schizophrenics*. Jossey-Bass, London 1981, pp. 27-48
- Boyd, J.L., McGill, C. W., Falloon, I.R.: Family participation in the community rehabilitation of schizophrenics. *Hosp. Commun. Psychiat.* 32: 629-632 (1981)
- Cheek, F.E., Laucius, J., Mahncke, M., Beck, R.: A behavior modification training program for parents of convalescent schizophrenics. In: Rubin, R.D. et al. (eds.): *Advances in behavior therapy*. Academic Press, New York-London 1971, pp. 211-231
- Daniels, N.: Participation of relatives in a group-centered program. *Int. J. Group Psychother.* 17: 336-342 (1967)
- Dincin, J., Selleck, V., Streicker, S.: Restructuring parental attitudes - working with parents of the adult mentally ill. *Schizophr. Bull.* 4: 597-608 (1978)
- Grinspoon, L., Courtney, P.H., Bergen, H.M.: The usefulness of a structured parents' group in rehabilitation. In: Greenblatt, M et al. (eds.): *Mental patients in transition*. Thomas, Springfield, Ill. 1961, pp. 229-260
- Hes, J. und Handler, S.: Multidimensional group psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 5: 92-97 (1961)
- Jersild, E.A.: Group therapy for patients' spouses. *Amer. J. Nurs.* 67: 544-549 (1967)
- Kahn, S. und Prestwood, A.R.: Group therapy of parents as an adjustment to the treatment of schizophrenic patients. *Psychiatry* 17: 177-185 (1954)
- Lazarus, L. W., Stafford, B., Cooper, K., Cohler, B., Dysken, M.: A pilot study of an Alzheimer patients' relatives discussion group. *Gerontologist* 21: 353-358 (1981)
- Lurie, A. und Ron, H.: Family-centered aftercare for young adults. *Hosp. Commun. Psychiat.* 21: 258-260 (1970)
- Plummer, E. et al.: Coping with schizophrenia: A group approach with relatives. *J. Psychiat. Treatm. Evaluat.* 3: 251-262 (1981)
- Priestley, D.: Schizophrenia and the family. Part II: Helping a self-help group. In: Wing, J.K. und Olson, R. (eds.): *Community care for the mentally disabled*. Oxford University Press, Oxford 1979, pp. 24-35
- Safford, F.: A program for families of the mentally impaired elderly. *Gerontologist* 20: 656-660 (1980)
- Scharfstein, B., und Libbey, M.: Family orientation: Initiating patients and their families to psychiatric hospitalization. *Hosp. Commun. Psychiat.* 33: 560-563 (1982)
- Slavson, S.R.: Steps in sensitizing parents (couples) in groups toward schizophrenic children. *Int. J. Group Psychother.* 13: 176-186 (1963)
- Smith-McLean, C., Greer, K., Scott, J., Beck, J.: Group treatment for parents of the adult mentally ill. *Hosp. Commun. Psychiat.* 33: 564-568 (1982)
- Tarver, J. und Turner, A.J.: Teaching behavior modification to patients' families. *Amer. J. Nurs.* 74: 282-283 (1974)
- Thompson, R. W. und Wiley, E.: Reaching families of hospitalized mental patients: a group approach. *Commun. Ment. Hlth J.* 6: 22-30 (1970)
- Thornton, J.F., Plummer, E., Seeman, M.V., Littman, S.K.: Schizophrenia: Group support for relatives. *Canad. J. Psychiat.* 26: 341-344 (1981)
- Zellich, S.R.: Helping the family to cope: Workshops for families of schizophrenics. *Hlth Soc. Work* 5: 47-52 (1980)
- Zolik, E.S., des Lauriers, A., Graybill, J. G., Hollon, T.: Fulfilling the needs of "forgotten" families. *Amer. J. Orthopsychiat.* 32: 176-185 (1962)

Autorenverzeichnis

- Matthias C Angermeyer*, Priv.-Doz. Dr. med., studierte Medizin und Soziologie in Würzburg, Düsseldorf, Bern, Caen und Frankfurt a. M. Facharzt für Psychiatrie-Psychotherapie, Psychoanalytiker. Habilitation für das Fach Psychiatrie und Psychiatrische Soziologie. Z. Z. Fellow im Psychiatrie Epidemiology Training Program der Columbia University New York.
Matthias C. Angermeyer führte ein Forschungsprojekt über die Interaktion in Familien mit schizophrenen Kranken durch. 1979 begann er mit der Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Kranken.
Adresse: c/o Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Konstanty-Gutschow-Str. 8, D-3000 Hannover 61
- Ruth Berkowitz*, BA., BSc., PhD., arbeitet als psychologische Forschungsassistentin an der MRC Social Psychiatry Unit in London. Sie trägt den Titel eines Honorary Social Worker und ist Sheldon Fellow im „Advanced Family Therapy Programme“ der Tavistock Clinic in London. Ruth Berkowitz's Forschungstätigkeit konzentriert sich auf die Rehabilitation schizophrener Patienten. Sie arbeitet in dem Interventionsprojekt bei Familien mit schizophrenen Kranken unter der Leitung von J.P. Leff mit.
Adresse: MRC Social Psychiatry Unit, Friern Hospital, Friern Barnet Road, London N11 3BP
- Wulf Bertram*, Dr. med. Dipl.-Psych., studierte Psychologie und Medizin in Hamburg. Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie, seit 1976 psychotherapeutische Tätigkeit. 1976-1979 als Psychologe an der Tagesklinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf. Seit Anfang 1983 Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren/Allgäu.
Wulf Bertram leitete in Hamburg eine Angehörigengruppe und schrieb seine medizinische Dissertation über die Arbeit mit Angehörigen psychiatrischer Patienten. 1981-1982 untersuchte er im Rahmen eines Forschungsaufenthalts in Italien die Situation der Angehörigen unter den Bedingungen der neuen italienischen Psychiatrie.
Adresse: Bezirkskrankenhaus, Postfach 1143, D-8950 Kaufbeuren
- Marcel Boss* ist Mitglied des Vorstands der *Union Nationale des Amis et Famil/es de Malades Mentaux*.
Adresse: 8 rue de Montyon, F-75009 Paris
- Gerhard Buchkremer*, Dr. med., ist Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie der Universität Münster. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Rückfallverhütung schizophrener Psychosen. Neben Möglichkeiten der Früherkennung eines nahenden Rückfalls und den damit verbundenen psychotherapeutischen und präventiven Interventionsmöglichkeiten beschäftigt er sich auch wissenschaftlich mit den Problemen der Angehörigen schizophrener Patienten.
Adresse: Psychiatrische und Nervenambulanz der Westfälischen Wilhelms-Universität, Albert-Schweitzer-Straße, D-4400 Münster
- Mme L. Cuny* ist Mitglied des Vorstands der *Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux*.
Adresse: 8 rue de Montyon, F-75009 Paris
- Rosemarie Eber/ein-Fries*, Dr. med., ist an der Psychiatrischen Universitätsklinik München tätig. Sie arbeitete in dem Interventionsprojekt bei Familien mit schizophrenen Kranken mit, das an der Social Psychiatry Unit des Institute of Psychiatry in London unter der Leitung von J.P. Leff durchgeführt wurde.
Adresse: Psychiatrische Universitätsklinik, Nußbaumstraße, D-8000 München 2
- Asmus Finzen*, Prof. Dr. med., studierte Medizin und Soziologie in Hamburg, Kiel, Berlin und Tübingen. Weiterbildung in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf. 1981 Gastprofessor in Lausanne. Asmus Finzen beschäftigte sich in mehreren Veröffentlichungen mit der Frage der Familientherapie und der Selbsthilfe von Angehörigen psychisch Kranker.
Adresse: Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf, Postfach 165, D-305-0 Wunstorf 1
- Agnes B. Hatfield*, Ph.D., Professorin für Pädagogik an der University of Maryland, ist Präsidentin der *National Alliance of the Mentally Ill* in den USA.
Agnes B. Hatfield führte eine empirische Studie über das Hilfesuchverhalten von Familien mit schizophrenen Kranken durch. In mehreren Veröffentlichungen beschäftigte sie sich mit der Situation der Angehörigen psychisch Kranker und mit Ansätzen der Selbsthilfe.
Adresse: 95 East Wayne 201, Silver Spring, Maryland 20901 USA

- Roland Jurth*, Dipl.-Psych., arbeitet in einem DFG-Forschungsprojekt mit über „Diagnostik und Therapie bei jungen, früher kranken, rückfallgefährdeten, an Schizophrenie erkrankten Patienten und ihren Angehörigen“.
Adresse: Universitätskrankenhaus Eppendorf, Psychiatrische und Nervenambulanz, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20
- Heinz Katschnig*, Univ.-Doz. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, ist Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsambulanz in Wien und leitet die dortige Tagesklinik. Außerdem Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Sozialpsychiatrie.
Heinz Katschnig ist Kuratoriumsmitglied der Angehörigenselbsthilfeorganisation *Hilfe für psychisch Erkrankte* und arbeitet mit Angehörigen im Rahmen dieser Organisation wie auch im Rahmen der Tagesklinik.
Adresse: Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Psychiatrische Klinik, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Dokumentation, Lazarettgasse 14, A-1097 Wien
- Charlotte Kottgen*, Dr. med., ist Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie. Sie war von 1972 bis 1979 wissenschaftliche Assistentin an der Psychiatrischen Universitätsambulanz in Hamburg-Eppendorf. Seit 1979 arbeitet sie an einem DFG-Projekt mit über „Diagnostik und Therapie bei jungen, früher kranken, rückfallgefährdeten, an Schizophrenie erkrankten Patienten und ihren Angehörigen“. Sie verfügt über langjährige Erfahrungen mit Angehörigenarbeit und Therapie-Supervision.
Adresse: Universitätskrankenhaus Eppendorf, Psychiatrische und Nervenambulanz, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20
- Teresa Konieczna*, Mag., studierte Psychologie an der Universität Posen. Seit 1977 arbeitet sie in einem Forschungsprojekt mit Dialyse- und Transplantationspatienten und ihren Angehörigen. Außerdem Arbeit mit Angehörigen psychisch Kranker im Rahmen der Tagesklinik der Psychiatrischen Universitätsambulanz Wien und im Rahmen der Selbsthilfeorganisation von Angehörigen *Hilfe für psychisch Erkrankte* in Wien.
Adresse: Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Psychiatrische Universitätsambulanz, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Dokumentation, Lazarettgasse 14, A-1097 Wien
- Liz Kuipers*, B.Sc., M.Sc., ABPS, ist Dozentin für Klinische Psychologie am Institute of Psychiatry in London. Senior Clinical Psychologist am District Services Centre, Maudsley Hospital, London.
Liz Kuipers's wissenschaftliches Interesse gilt der Langzeitrehabilitation psychisch behinderter Erwachsener. Sie arbeitet an dem Interventionsprojekt bei Familien mit schizophrenen Kranken mit, das unter der Leitung von J.P. Leff an der MRC Social Psychiatry Unit in London durchgeführt wird.
Adresse: MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF
- Julian P. Leff*, MD, MRCP., FRC. Psych., ist stellvertretender Leiter der MRC Social Psychiatry Unit in London, Vorsitzender der Sektion für Sozial- und Gemeindepsychiatrie des Royal College of Psychiatrists, Lehrbeauftragter für Sozial- und Gemeindepsychiatrie an der Universität London. Julian P. Leff untersuchte zusammen mit Christine Vaughn den Einfluß der emotionalen Atmosphäre in der Familie auf den Verlauf schizophrener Psychosen und leitet ein Interventionsprojekt bei Familien mit rückfallgefährdeten schizophrenen Kranken. Adresse: MRC Social Psychiatry Unit, Friern Hospital, Friern Barnet Road, London N11 3BP
- Ludwig Lewandowski*, Dipl.-Psych., ist Assistent an der Klinik für Psychiatrie der Universität Münster. Er forscht im Bereich der kognitiven Störungen bei schizophrenen Patienten und über Effekte der therapeutischen Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Er beschäftigt sich mit Fragen der differentiellen Indikation in Angehörigengruppen sowie motivationalen Faktoren der Teilnahme an Angehörigengruppen.
Adresse: Psychiatrische und Nervenambulanz der Westfälischen Wilhelms-Universität, Albert-Schweitzer-Straße, D-4400 Münster
- Karin Mollenhauer*, Dipl.-Psych., verfügt über Vorerfahrungen in der Rehabilitationsarbeit mit chronisch psychisch Kranken. Seit 1981 arbeitet sie in einem DFG-Projekt mit über „Diagnostik und Therapie bei jungen, früher kranken, rückfallgefährdeten, an Schizophrenie erkrankten Patienten und ihren Angehörigen“. Praktische Erfahrung in der Durchführung von Patienten- und Angehörigengruppen.
Adresse: Universitätskrankenhaus Eppendorf, Psychiatrische und Nervenambulanz, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20

- Robert Olbrich*, Dr. med., studierte Medizin und Psychologie. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Habilitation für das Fach Psychiatrie. Er ist Abteilungsarzt der Forschungsstation der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie der Universität Konstanz und Oberarzt am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Reichenau/Konstanz.
Seit 1980 arbeitet Robert Olbrich an einem Forschungsprojekt mit, das sich mit jüngeren schizophrenen Patienten mit häufigen Rezidiven beschäftigt, wobei ein Schwerpunkt auf der Angehörigenbetreuung liegt.
Adresse: Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau, Feuersteinstr. 55, D-7752 Reichenau
- Elisabeth Persch-Eberle*, Dipl.-Psych., studierte Psychologie und Jurisprudenz in Bonn und Tübingen. Sie ist z.Z. wissenschaftliche Angestellte in der Fachgruppe Psychologie an der Universität Konstanz. Elisabeth Persch-Eberle arbeitet an einem Forschungsprojekt mit, das durch eine Verringerung des emotionalen Engagements der Angehörigen eine Reduzierung der Rückfall-Wahrscheinlichkeit anstrebt. Im Rahmen dieses Projekts leitet sie eine Angehörigengruppe.
Adresse: Psychiatrisches Landeskrankenhaus Reichenau, Feuersteinstr. 55, D-7752 Reichenau
- Peggy Pyke-Lees* war bis 1981 Generalsekretärin der *National Schizophrenia Fellowship* in Großbritannien.
Adresse: 8 Denmark Road, Wimbledon, London SW 19
- Marion Sander-Bertram* ist Krankenschwester, 1979 Weiterbildung zur Unterrichtsschwester. Seit Anfang 1983 Unterrichtsschwester am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Sie verfügt über praktische Erfahrungen mit Angehörigenarbeit und publizierte zu diesem Thema.
Adresse: Bezirkskrankenhaus, Postfach 1143, D-8950 Kaufbeuren
- Sieglinde Schröder*, Dr. med., studierte Medizin in Gießen und Hamburg. Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie. Psychoanalytische Weiterbildung am Berliner Psychoanalytischen Institut, a. o. Mitglied der DPV. Oberärztin an der Psychiatrischen Abteilung der Schloßpark-Klinik in Berlin.
Sieglinde Schröder leitet seit 1979 eine Gruppe mit Eltern psychotischer Patienten.
Adresse: Potsdamer Straße 55 A, D-1000 Berlin 45
- Rose-Marie Seelhorst*
Adresse: Uferplatz 5, D-3013 Barsinghausen-Eckerde
- Peter Paul Sint* ist Mitglied der Angehörigenvereinigung *Hilfe für psychisch Erkrankte* (HPE) in Wien.
Adresse: Wilhelminenstraße 130, A-1160 Wien
- Ines Sönnichsen*, Dipl.-Psych., ist seit 1980 am Aufbau eines DFG-Forschungsprojekts beteiligt über „Diagnostik und Therapie bei jungen, früherkrankten; rückfallgefährdeten, an Schizophrenie erkrankten Patienten und ihren Angehörigen“. Sie arbeitet im Rahmen dieses Projekts als Therapeutin in Patienten- und Angehörigengruppen und supervidiert unerfahrene Therapeuten.
Adresse: Universitätskrankenhaus Eppendorf, Psychiatrische und Nervenambulanz, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20