

Interpretation des Verhaltens schizophrener erkrankter Söhne durch ihre Eltern

Angermeyer, Matthias; Döhner, Otto

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Angermeyer, M., & Döhner, O. (1979). Interpretation des Verhaltens schizophrener erkrankter Söhne durch ihre Eltern. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 301-306). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-135899>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Interpretation des Verhaltens schizophrener erkrankter Söhne
durch ihre Eltern

Matthias Angermeyer

Otto Döhner

Im Erfahrungshorizont einer gemeindepsychiatrisch-rehabilitativen Arbeit mit schizophren Erkrankten sahen wir uns zunehmend mit Aspekten des familiären Hintergrunds konfrontiert, die in den uns bekannten Forschungsarbeiten zum Themenkomplex "Familie und psychische Krankheit" ungenügend berücksichtigt zu sein schienen. Die psychoanalytisch orientierte Familiendynamik tendiert dazu, die Konflikte auf einer von der Alltagsrealität der Familie abstrahierenden innerpsychischen Ebene zu beschreiben. Die Sozialpsychiatrie sieht je nach therapeutischer Ausrichtung in der Familie eine soziale Institution, die die Sorge für den rehabilitierten Patienten zu leisten hat bzw. die Rehabilitation erschweren kann. Dabei blendet sie aus, daß die Familie aus Individuen mit je eigenen Bedürfnissen und Grenzen der Belastbarkeit besteht. Die psychiatrische Soziologie bekommt die Familie vorwiegend als soziokulturell determiniertes System in den Blick, dem die Aufgabe der Sozialisation und sozialen Kontrolle zufällt. Das Interesse aller drei Ansätze gilt hauptsächlich der Einwirkung der Familie als einer relativ stabilen Einheit auf Entstehung und Verlauf schizophrener Erkrankungen. Außerhalb des Blickfelds bleibt weitgehend, daß im Zusammenleben mit den Kranken die Beziehungen innerhalb der Familiengruppe starken Belastungen unterworfen sind und Anpassungsleistungen von den Einzelnen gefordert werden. Der sich aus dieser Feststellung ergebende Perspektivenwechsel rückt die subjektiven Erlebnis-, Wahrnehmungs- und Verarbeitungsformen der Angehörigen sowie die aus der Konfrontation mit dem Kranken resultierende Interaktions- und Konfliktdynamik in der Familiengruppe in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Um das hier abgesteckte Problemfeld zu explorieren, luden wir die Elternpaare von vier jungen Männern im Alter von 18 bis 22 Jahren, bei denen eine schizophrene Erkrankung vor etwa drei bis vier Jahren zum Ausbruch gekommen war, zu locker themenzentrierten Gruppengesprächen über das gemeinsame Problem ein. Drei Familien gehörten der oberen, eine der unteren Mittelschicht an. Mit einer Ausnahme hatten alle Gesprächsteilnehmer weiterführende Schulen besucht.

Wir entschieden uns für die Form des Gruppengesprächs, weil wir hofften, daß im Kreis von Personen, die sich alle mit dem gleichen Problem konfrontiert sahen, die ja gerade bei Angehörigen psychisch Kranker häufig anzutreffenden kommunikativen Einpanzerungen gelockert würden und dadurch ein offeneres Gespräch möglich würde. Außerdem versprachen die sich in der Gruppensituation entfaltenden Interaktionsabläufe einen Einblick in den Konstituierungsprozeß der zu untersuchenden Interpretationsmuster. Wir wählten bewußt eine hinsichtlich Alter, Geschlecht und psychiatrischer Charakteristik der Patienten sowie der Schichtzugehörigkeit und des Ausbildungsniveaus der Eltern sehr homogene Gruppe aus, weil dies einmal einen günstigen Einfluß auf den Gesprächsverlauf erwarten ließ (MANGOLD, 1973), zum

anderen dadurch eine stringenter Interpretation und Hypothesengenerierung möglich wurde. Für Mittelschichtfamilien entschieden wir uns wegen der anzunehmenden größeren Kooperationsbereitschaft und Fähigkeit zur Explikation der uns interessierenden Problemstellungen.

Im Verlauf der Gruppengespräche, die sich inhaltlich an den Problembedürfnissen der Eltern orientierten, wurden für uns deren Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster für die als problematisch erlebten Verhaltensweisen der Kranken sowie die Herausbildung von Bewältigungsstrategien für schwere Dauerbelastungen und krisenhafte Zuspitzungen deutlich. Weiterhin bildeten sich strukturelle Verformungen der Familienbeziehungen, insbesondere der elterlichen Partnerschaft, der familiären Außenbeziehungen und Probleme der Kooperation mit psychiatrischen Institutionen ab.

Im folgenden konzentrieren wir uns auf die Darstellung der Wahrnehmung belastender Verhaltensweisen durch die Eltern und auf deren Interpretationsversuche als handlungsleitende Orientierungen für die dann jeweils gewählten Kontrolltechniken und Bewältigungsstrategien. Die hier vorgelegte Arbeit basiert auf der systematischen qualitativen Analyse des Inhalts von 15 Gruppensitzungen von ca. 90 Minuten Dauer, die auf später transkribierten Tonbändern dokumentiert wurden.

Die von den Eltern wahrgenommenen problematischen Verhaltensweisen der Söhne lassen sich im wesentlichen vier Bereichen zuordnen: Von allen Eltern wurde ein Verhalten beobachtet, das sich zusammenfassend als Neigung zu Inaktivität kennzeichnen läßt. Es wurde von Untätigkeit, Passivität, Rückzug, fehlender sprachlicher Kommunikation, Bequemlichkeit und Unselbständigkeit berichtet. Ein zweiter Komplex von eher aktivem Verhalten betrifft "Verwahrlosung" im weitesten Sinne: Negieren allgemein akzeptierter Verhaltensregeln bis hin zu als grob unanständig eingestuftem Auftreten, z.B. nackt Herumlaufen, Verstoß gegen die Tischsitten, Freßsucht, mangelnde Körperpflege, Verschwendung von Geld, planloses Herumreisen, Alkohol- und Tablettenabusus. Große Schwierigkeiten bietet der alltägliche Umgang mit dem Kranken. Vor allem bei fehlender emotionaler Bezogenheit und Konstanz wird der Kranke als unheimlich-befremdend erlebt. Die Mitteilungen können rätselhaft und symbolträchtig sein und wirken auf die Angehörigen verunsichernd. Sie empfinden sein Verhalten als ablehnend, mißtrauisch, distanziert, rücksichtslos, boshaft, schikanös, trotzig-aggressiv und drohend-gewalttätig. Schließlich sehen sich die Angehörigen konfrontiert mit einer beängstigenden Irrationalität des Denkens und Planens. Hierzu zählen eine verzerrte Wahrnehmung der Realität, paranoide Ängste, fixe Ideen, religiöses Überengagement, Verkennung der eigenen Situation und eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten.

Unter dem Zwang zum alltäglichen Umgang mit diesem Verhalten, das nicht dem vorherrschenden Laienverständnis von schizophrener Verrücktheit entspricht und sich allzuleicht der Aufmerksamkeit des klinisch tätigen Psychiaters entzieht, suchen die Angehörigen

gen mittels der ihnen verfügbaren Interpretationsmuster die eigene Angst und Verunsicherung zu reduzieren. Daß sich bei diesem komplizierten Prozeß je nach der Stellung des Angehörigen zum Erkrankten unterschiedliche, z.T. konträre Deutungsversuche ergeben, zeigt der folgende Gesprächsausschnitt:

Herr F.: Unser Sohn sollte einen Arbeitsversuch machen und das hat er einen Tag gemacht, am zweiten Tag war es schon schwierig, ihn überhaupt aus dem Haus zu kriegen. Naja, er ist dann unter sanftem Druck gegangen, aber nur bis über die Straße, bis zur Bushaltestelle. Als er mich dann mit dem Wagen wegfahren sah, ist er wieder 'rauf und hat dann ein furchtbares Theater gemacht. Da hat er dann nach Schilderung meiner Frau eine Art Show abgezogen.

Frau F.: Ja, da hat er 'ne Show abgezogen.

Herr F.: Aus dem einfachen Grund hat er sich dann einfach 'runterfallen lassen vor der Tür: 'Ich breche zusammen, ich halte es nicht mehr aus!'

Frau F.: Und auch die Tage vorher schon auf dem Flur ist er immer zusammengebrochen, hat sich immer so hingeworfen.

Herr F.: Na, ich wollte nur sagen, gerade jetzt in diesem speziellen Fall würde jemand plötzlich von oben 'runter kommen, dann stand er da wie eine Eins und da war im Moment gar nichts. Das ist es eben, was uns so oft irritiert hat. Ist es nun Getue oder ist es die Krankheit? Also das kann man dann bei manchen Dingen gar nicht recht durchblicken. Man kann es nicht unterscheiden, ist es nur Getue oder ist es nun wirklich so.

Frau C.: Ja, aber selbst wenn 's 'ne Show war, das macht ein gesunder Mensch ja auch nicht.

Frau T.: Eben, genau.

Frau C.: Es ist diese ganze Haltung eben.

Frau T.: Daß man sich hilflos zeigt.

Während es hier um die Alternative bewußtes Theater oder krankheitswertige Hilflosigkeit geht, schwankt die Interpretation im folgenden Beispiel zwischen boshafter Schikane und unbeholfen indirekter Kontaktsuche:

Herr Q.: Unser Sohn spricht nicht. Aber ich möchte mal sagen, er ist häufig bössartig. Er geht in mein Auto und macht den Schalter von der Spritzgeschichte da, reißt er ab oder irgendetwas ähnliches.

Frau F.: Schikane.

Frau T.: Ja, es kann auch Kontaktsuche sein. Ich weiß nicht recht.

Frau C.: Ja, das hat bestimmt ganz andere Ursachen. Das muß nicht so sein.

Frau T.: Es muß nicht so sein. Ich weiß es nicht.

Analog zu dem in unserer Gesellschaft ausgebildeten Zuordnungsmodell von Normalität, Dissozialität und psychischer Krankheit versuchen die Familien die jeweiligen problematischen Verhaltensweisen zu interpretieren. Bei den Müttern besteht eine starke

Neigung, gegen die Normen verstoßendes Verhalten als noch normal zu interpretieren, wobei sie den Bereich der Normalität erheblich auszudehnen bereit sind. So wird beispielsweise argumentiert, andere Kinder verhielten sich auch so ungehorsam, der Sohn müsse nur einen Entwicklungsrückstand aufholen oder es fehle ihm an Lebenserfahrung. Die Väter neigen demgegenüber stärker dazu, problematisches Verhalten als Verstoß gegen die Norm und als Zeichen von Verwahrlosung zu verstehen. Dabei wird aktives Handeln eher als Aggressivität, Provokation, Opposition, berechnende Bösartigkeit und egoistische Anspruchshaltung erlebt. Passiv-defizitäre Verhaltensauffälligkeiten werden dagegen mehr als Verweigerung von Leistung, Bequemlichkeitshaltung, Willensschwäche, Mangel an Selbstdisziplin, fehlende Anpassungsbereitschaft, Vermeidungsverhalten oder mangelnde Realitätswahrnehmung gesehen.

Die zentrale Frage, die offensichtlich auch nach mehrfachen stationären Behandlungen der Söhne zwischen den Eltern noch nicht entschieden ist, ist die nach der Krankheitswertigkeit des abweichenden Verhaltens. Für die Väter war vorwiegend die Alternative Krankheit oder Dissozialität gegeben, wobei sie nur bei bestimmten Verhaltensweisen, die sich als Symptome der akuten Psychose beschreiben lassen (z.B. Angst und Wahn), bereit waren, diese als eindeutige Krankheitszeichen zu akzeptieren. Die Mütter orientieren sich demgegenüber nicht nur am manifesten Verhalten, sondern suchen dahinter verborgene, dem Kranken unbewußte Motive aufzudecken, um sich in ihre Söhne einzufühlen und sie so besser verstehen zu können. Wie in den anfangs zitierten Passagen schon deutlich wurde, interpretieren sie das Problemverhalten z.B. als Äußerung von Hilflosigkeit und ungelinker Kontaktsuche, als Folge innerer Blockierungen, als indirekten Versuch, den eigenen Willen gegenüber dem Vater durchzusetzen. Immer wieder klingt die Vermutung an, das vordergründige Verhalten drücke etwas anderes, der direkten Beobachtung Verborgenes aus.

Die hier aufgezählten Interpretationsmuster entsprechen nicht endgültig eingenommenen Positionen der einzelnen Angehörigen. Mag auch zeitweise ein Konsens zwischen den Familienmitgliedern zustandekommen, so ist es doch schwer möglich, diesen auf Dauer zu etablieren. Auch die gemeinsame Interpretation, es handle sich um Krankheitserscheinungen, kann jederzeit von Einzelnen revidiert werden. Insbesondere die außerordentliche Unberechenbarkeit und Inkonsistenz des Verhaltens über längere Zeiträume, schwankend zwischen Episoden weitgehender Normalität einerseits und Phasen extremer Gestörtheit andererseits, in denen die Familiengruppe gesprengt zu werden droht, gibt immer wieder Anstoß zur Infragestellung einmal entwickelter Deutungsmuster. Das folgende Beispiel zeigt, wie konflikthaft der Prozeß des Aushandelns einer gemeinsamen Interpretation verlaufen kann und wie widersprüchlich und vorläufig das Ergebnis dann ist:

Frau C.: Unserer legt die Füße auf den Tisch.

Herr C.: Ja, er hat sie auch so unter sich, so im Schneidersitz.

Aber ich glaube, er will uns provozieren. Er macht

grundsätzlich die unmöglichsten Formen, sonst könnte er bei mir ja irgendein Wohlgefallen auslösen. Er macht grundsätzlich das Gegenteil.

Frau C.: Nein, nein, du siehst das zu massiv. Mein Mann ist so'n bißchen autoritär. Mein Sohn möchte jetzt allmählich auch seinen Willen durchsetzen. Und das ist der einzige Grund, warum er solche Sachen macht. 'Ich bin auch noch da, nicht, und ich bin inzwischen auch erwachsen' - das will er damit höchstwahrscheinlich zum Ausdruck bringen.

Herr C.: Er wird höchstwahrscheinlich gemerkt haben, daß er bei mir nicht mehr anecken kann. Und wir sehen das einfach nicht. Ich nehme davon keine Notiz. Ich sage, er ist krank, soll er 's ruhig sein lassen. Ich will da keine Konflikte heraufbeschwören. Aber schau mal, es ärgert ihn jetzt auch wieder, daß ich gar keinen Anstoß daran nehme.

Der Vater läßt sich hier nur auf die Deutung als Krankheit ein, um seine aggressive Gereiztheit unter Kontrolle zu bringen. Einer geradezu spitzfindig-grotesken Argumentation bedient sich ein anderer Vater, um Distanz zu gewinnen:

Herr T.: Wir hatten Debatten darüber unter uns. Das ist natürlich eine Sache, die einen nervös machen kann, wenn da jemand, von dem man meint, eigentlich könnte er vielleicht doch, man weiß nicht genau, in wie weit spielt er die Krankheit jetzt aus und was weiß ich und so. Und dann hat mich meine Frau doch einigermaßen überzeugt, als sie sagte - das hat mir eingeleuchtet - stell' dir vor, ein gesunder Mensch, der rechtschaffen faulenzten möchte und auch einen Grund hat und sich das wirklich leistet, der wird doch verrückt, wenn der jetzt z.B. auch nur zwei Tage überhaupt nichts tun soll, also weder lesen noch sonst etwas. Allein daß jemand das kann, zeigt doch, daß er offensichtlich in dem Bereich nicht völlig normal sein kann. Daß es eben nicht nur eine Willensangelegenheit ist, jedenfalls das hat mich ... Und in dem Moment, seit dem Punkt bin ich wesentlich gelassener und nehme das also, also wirklich ehrlich ... Am Anfang war es so, daß also wirklich ein, also mich irgendjemand ... und es kribbelte ...

Schließlich kann sich an der Aushandlung der Interpretation des Problemverhaltens auch der Sohn beteiligen, z.B. wenn sich dieser zeitweise bereit findet, die Krankenrolle zu akzeptieren und sich zur Rechtfertigung seiner Sonderstellung auf sie beruft.

Hier wird ein wesentlicher Unterschied zwischen der öffentlichen gesellschaftlich institutionalisierten und den innerfamiliär-privaten Formen der Devianzzuschreibung deutlich. Während in psychiatrischen Institutionen die Etikettierung als krank oder nicht-krank relativ rasch vollzogen wird und nur in seltenen Ausnahmen revidiert wird, stellt sich die Frage der Definierung im familiären Alltag immer wieder neu und muß neu ausgehandelt werden. In den von uns untersuchten Familien, in denen der erste

Kontakt mit der Psychiatrie schon drei bis vier Jahre zurücklag und akute Krisen zu wiederholten stationären Aufnahmen geführt hatten, war eine definitive Übernahme des Etiketts "psychisch krank" noch nicht erfolgt. Überhaupt scheint uns die Anerkennung der Krankheitshypothese durch die Eltern nicht grundsätzlich dasselbe zu sein wie die Etikettierung als "Geisteskranker". Die Interpretation des Verhaltens als krankhaft impliziert für sie die Therapierbarkeit und Reversibilität. Diese Vorstellung kann offensichtlich während langer Jahre immer neuer schwerster Belastungen aufrechterhalten werden.

Es zeichnet sich eine interessante Polarisierung der Zuschreibungstendenzen zwischen den Müttern und Vätern ab. Dabei neigen die Väter zur generellen Dissozialitätshypothese und akzeptieren allenfalls temporär die Krankheitshypothese. Demgegenüber bevorzugen die Mütter, das Problemverhalten im Rahmen einer ausgeweiteten Normalität zu sehen oder die Deutung als krankhaft zu übernehmen. Beide Möglichkeiten wirken in Richtung einer höheren Toleranz und wenden negative disziplinierende Sanktionen vom Sohn ab. Die stärkere Identifizierung mit den Söhnen ermöglicht es den Müttern, sich auf die emotionale Situation der Söhne besser einzustellen und flexibler auf das Problemverhalten zu reagieren. Die sich hier abzeichnende Polarisierung der Einstellungen der Väter und Mütter zur tiefgreifenden Veränderung der familiären Situation könnte die in unserer Gesellschaft in der Mittelschicht doch wohl immer noch strukturell vorgegebene Rollendifferenzierung spiegeln, die der Frau eine emotional-expressive, dem Mann eine instrumentell-adaptive Rolle zuweist. Während die Mutter der innerfamiliären Konfliktdynamik direkt ausgesetzt ist und sie bewältigen muß, kann sich der Vater dieser leichter entziehen indem er in außerhalb der Familie stattfindende Aktivitäten ausweicht.

Wie eingangs festgestellt, beziehen sich die hier formulierten Aussagen auf eine selegierte Gruppe von Angehörigen psychisch Kranker. Zu untersuchen ist nun, welche Konstellationen bei Variierung der Patientenmerkmale (z.B. von Alter, Geschlecht, Art und Dauer der Krankheit) und der Familienmerkmale (z.B. des Grades der Intaktheit der Familie oder der sozioökonomischen Bedingungen) anzutreffen sind. Die sich hier eröffnenden Fragestellungen werden - neben anderen - Gegenstand einer größeren Studie sein, die bei einer nach epidemiologischen Kriterien exakt definierten Population durchgeführt werden soll.

Literatur:

MANGOLD, W.: Gruppendiskussionen. In: KÖNIG, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band 2. Stuttgart 1973