

# TROTZDEM SIND WIR EINE FAMILIE

## Psychisch Kranke und Familienangehörige

Diplomarbeit  
für die Staatliche Abschlussprüfung  
im Fachbereich Sozialwesen  
Studienrichtung Sozialarbeit  
Katholische Fachhochschule Nordrhein - Westfalen  
Abteilung Paderborn

vorgelegt von  
Thomas Hoischen  
am 18.04.1984

Erstkorrektor  
Dorothea Gärtner  
Diplom-Sozialarbeiterin

Zweitkorrektor  
Prof. Dr. rer. pol. Wilma Schwarzer

## **Gliederung**

<b>0.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>1.</b>	<b>Begriffsabklärung</b>	<b>5</b>
1.1.	Zum Begriff 'Familie'	5
1.2.	Zum Begriff 'Psychisch Krank'	7
1.2.1.	Das Bild des Psychisch Kranken im historischen Wandel	7
1.2.2.	Der moderne Krankheitsbegriff und seine Problematik	9
1.2.3.	Definitionen	10
<b>2.</b>	<b>Der Weg zur Diagnose 'Psychisch Krank'</b>	<b>13</b>
2.1.	Das Registrieren von Verhaltensauffälligkeiten	13
2.2.	Die Laiendiagnose	15
2.3.	Zur medizinischen Diagnose	17
2.4.	Bedeutung des Etikettierungsverlaufes für die Hauptbetroffenen	19
2.4.1.	Das Leiden des Erkrankten	19
2.4.2.	Das Leiden der Familie	22
<b>3.</b>	<b>Die Phase der Behandlung</b>	<b>26</b>
3.1.	Die ambulante Behandlung	26
3.2.	Die stationäre Behandlung	28
3.2.1.	Die Landeskrankenhäuser und heutige Entwicklungstendenzen	29
3.2.2.	Der Patient in der Klinik	30
3.2.3.	Die Familie in der Zeit der Trennung	32
3.3.	Die Nachsorge	34
3.3.1.	Einrichtungen und Möglichkeiten der Nachsorge	34
<b>4.</b>	<b>Der Weg zurück</b>	<b>36</b>
4.1.	Reintegration des Kranken in seine Familie	36
4.1.2.	Probleme im funktionalen Bereich der Familie	37
4.1.3.	Probleme im mehr emotionalen Bereich	38
4.2.	Berufliche Rehabilitation	40

<b>5.</b>	<b>Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und ihren Familien</b>	
	<b>43</b>	
5.1.	Allgemeines zum Vorurteil	43
5.2.	Vorurteile gegen psychisch Kranke	46
5.2.1.	Verhältnis der Öffentlichkeit zum psychisch Kranken	47
5.2.2.	Der psychisch Kranke in den Massenmedien	49
5.3.	Bedeutung der Vorurteile für den Erkrankten und für seine Familie	51
<b>6.</b>	<b>Neue Sichtweise des psychisch Kranken unter Bezugnahme auf Alf Trojan</b>	
	<b>53</b>	
6.1.	Die von Alf Trojan entwickelten Hypothesen	54
6.2.	Bedeutung des Reaktionsansatzes für den Erkrankten selbst und für seine Angehörigen	58
<b>7.</b>	<b>Wünschenswerte Veränderungen</b>	
	<b>59</b>	
7.1.	Der Präventivbereich	59
7.2.	Der Behandlungsbereich	61
7.3.	Die Arbeit mit statt an der Familie	62
<b>8.</b>	<b>Schlussbemerkungen</b>	<b>63</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>65</b>

## 0. Einleitung

In meiner Abschlussarbeit möchte ich mich besonders der Problematik des Manifestwerdens einer psychischen Erkrankung in einem Familiengefüge zuwenden. Hierbei ist eine Ätiologie oder Nosologie der Erkrankung für mich von geringer Bedeutung. Vielmehr geht es mir um das Miteinanderumgehen des Patienten und seiner Familie, die Bedeutung von Fachinstitutionen und einer durch diese eventuell erwirkten Trennung (stationäre Behandlung) des Patienten von seiner Familie für die Betroffenen und nicht zuletzt um die sich durch Vorurteile und daraus resultierenden Ressentiments des Umfeldes ergebende zusätzliche Belastung sowohl des Kranken selbst als auch seiner Angehörigen. Familie soll in meiner Arbeit nicht unter dem Aspekt des krankmachenden Agens, wo dem Kranken eine Sündenbockrolle delegiert wird und er zum Ausdruck intrafamiliärer Störungen wird<sup>1</sup>, sondern unter dem Aspekt des Mit-Betroffenseins und des Mit-Leidens erfasst werden. Um diesem Aspekt gerecht zu werden, erscheint es mir notwendig zu sein, den Leidensweg der Angehörigen parallel zu den einzelnen Stationen der Karriere des psychisch erkrankten Familienmitgliedes zu betrachten. Dementsprechend gliedert sich der Hauptteil meiner Arbeit in drei Abschnitte; Prozess der Etikettierung, die Behandlung, die Rehabilitation/Reintegration. Häufig entpuppt sich dieser dreigeteilte Prozess in der Praxis nicht als geradlinig verlaufend wie er in meiner Auflistung erscheinen mag, sondern eher als ein *circulus vitiosus*, aus dem das Entrinnen für die Beteiligten immer schwieriger wird. Diese Erscheinung wird treffend in dem Begriff Drehtürpsychiatrie erfasst. Gerade zur Vermeidung dieses Effektes erscheint mir das Arbeiten mit der Familie und nicht an der Familie als Grundvoraussetzung.

---

<sup>1</sup> Vgl. Stierlin, (Delegation und Familie, 1978)

Mit möglichen Hilfestellungen für die Familie und den Betroffenen werde ich mich abschließend beschäftigen. Rein rechtliche Aspekte werde ich in meiner Arbeit nicht ansprechen, da gerade auf dem sozialen Sektor mit Änderungen und bedauerlicher Weise auch mit Kürzungen zu rechnen ist. Ich werde mich also auf die affektive Seite des Problems der Erkrankung beschränken, den Leidensweg der Betroffenen begleiten und versuchen, systembedingte Mängel deutlich zu machen.

## 1. Begriffsabklärung

Da Begriffe wie „Familie“ und „Psychisch Krank“ sowohl aus ihrer historischen Entwicklung heraus als auch aufgrund umgangssprachlichen Gebrauchs als auch aufgrund verschiedener Modellansätze in den einzelnen wissenschaftlichen Fachgebieten nicht eindeutig definiert sind, halte ich es für notwendig, sie kurz zu beleuchten und im Anschluss hieran für den Gebrauch in meiner Arbeit zu operationalisieren.

### 1.1. Zum Begriff „Familie“

Im Zuge der Industrialisierung hat auch die Familie eine Wandlung erfahren. War früher noch der Mehrgenerationenhaushalt die übliche Art der Organisation von Familie, so steht dem heute die Kernfamilie, welche in der Regel aus einem Ehepaar und den unverheirateten Kindern besteht, gegenüber. Nach dem Mikrozensus vom April 1975 ergibt sich folgendes Bild für den Mehrpersonenhaushalt:

Ehepaare ohne Kinder	25%
Ehepaare und ledige Kinder	57%
Ehepaare und verheiratete Kinder	3%
Großeltern, Eltern, Kinder (eventuell Enkel)	8%
Übrige	8%

Die durchschnittliche Haushaltsgröße umfasst hierbei 3,15 Personen (Eltern und ein bis zwei Kinder)<sup>2</sup>. Aus der geringen Größe der Familie ergibt sich zwangsläufig, dass diese krisenanfälliger geworden ist und mehr der Hilfe von außen bedarf. Weite Bereiche der ehemaligen Aufgaben der Großfamilie sind heute weitgehend institutionalisiert worden, in diesem Zusammenhang ist sicherlich auch die unbedingt notwendige Erweiterung der Sozialen Dienste zu sehen. Neben diesen Funktionseinschränkungen ist auch ein Funktionsverlust zu beobachten. Die Familie existiert nicht mehr als Produktionsgemeinschaft, sondern nimmt mehr und mehr eine reine Nestfunktion wahr. Im Gegensatz zur vorindustriellen Großfamilie ist die heutige Klein/Kernfamilie auch in Teilbereichen nicht mehr autark.

Der heutigen Familie kommen folgende Hauptfunktionen zu:

- Wohn- und Konsumgemeinschaft
- Schutzfunktion für die Mitglieder
- Sozialisation und Platzierung der Nachfolgegeneration
- Freizeitgestaltung
- Intimsphäre als Regenerationsgrundlage

Rückschliessend aus den vorangegangenen Betrachtungen möchte ich für den weiteren Verlauf meiner Arbeit den Begriff Familie wie folgt operationalisieren: *Unter Familie verstehe ich die in einem gemeinsamen Haushalt zusammenlebende Gruppe aus einem Elternpaar und unverheirateten Kindern. Ein Familienangehöriger ist somit ein Mitglied dieser Kleingruppe.*

Wie die meisten Operationalisierungen kann auch diese einen Begriff nur idealtypisch fassen und vernachlässigt viele Haushaltsformen wie die Mehrgenerationenfamilie, die unvollständige Familie (z.B. Alleinerziehende), kinderlose Familien und Haushaltungen ohne verwandtschaftliche Bindungen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Emge (Soziologie des Familienhaushalts, 1981) S. 29 f

## 1.2. Zum Begriff „Psychisch Krank“

Dieser Begriff unterliegt sowohl einer historischen Wandlung als auch einer gewissen Definitionslosigkeit, da schon der Krankheitsbegriff selbst, geschweige denn die Zuschreibung „Psychisch Krank“ nicht durchgängig und einheitlich in der Wissenschaft gebraucht wird.

### 1.2.1. Das Bild des Psychisch Kranken im historischen Wandel<sup>3</sup>

Im Altertum wurde der psychisch Kranke mystifiziert wahrgenommen. Entweder wurde er wegen seines von den Göttern bewirkten Andersseins als verehrungswürdig erlebt, was sich auch darin ausdrückt, dass derartige Personen häufig als Schamanen/Priester tätig waren, oder er löste aufgrund seiner Besessenheit von bösen Dämonen Entsetzen aus. Nicht zuletzt dieses Entsetzen vor der unbegreiflichen Andersartigkeit führte in der Folge zu Exorzismen, Hexenprozessen und ähnlichen Praktiken, welche auch heute noch im Rahmen des Möglichen liegen.

Ein erster nicht mythologischer Erklärungsversuch zeigt sich in der griechischen Antike, wo Psychische Krankheit als ein Ungleichgewicht der Körpersäfte verstanden wird. Dieses Gleichgewicht wieder herzustellen, war sowohl Aufgabe der Medizin als auch der Philosophie. Aus dieser Zeitepoche resultiert auch der heute so moderne Begriff der Psychotherapie.

Im Mittelalter wird Krankheit institutionell erfasst. Träger dieser Institutionen sind Kirchen und Ordensverbände. Die Aufnahmevoraussetzung in diese Einrichtungen war nicht Krankheit im rein medizinisch organischen Sinne sondern Bedürftigkeit, welche sich auf vielfältige Weise manifestieren konnte, aber als zur Welt Gottes zugehörig erlebt wurde. Dementsprechend war es auch nicht Ziel dieser Organisationen, eine Änderung des Status Quo zu bewirken, sondern Grundbedürfnisse zu befriedigen.

---

<sup>3</sup> Dörner, (Diagnosen der Psychiatrie, 1975) S. 49 ff.

Im Regelfalle aber bleibt der psychisch Erkrankte in der Obhut seiner Familie, die zu dieser Zeit noch eine Großfamilie ist und somit noch nicht auf eine Institutionalisierung ihrer Aufgabe angewiesen ist. In der damals üblichen Bezeichnung "Kinder Gottes" zeigt sich eine Verbundenheit der Gesellschaft mit den "Irren" und wird auch ihre Verantwortung für ihn deutlich, was sich während der Inquisition ändert.

In der Renaissance wird der psychisch erheblich gestörte Mensch zum störenden, unsozialen Etwas, er wird ausgegliedert, um unsichtbar zu werden. Interesse der Ärzte besteht nur für organische Erkrankungen. Psychisch Kranke werden rein kustodial zum Beispiel in so genannten Narrenhäusern betreut.

Im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus werden die bestehenden Institutionen zentral vom Staat gelenkt und erfassen somit gleichwohl Stadt- als auch Landbevölkerung. Im Zuge des Merkantilismus und der Manufakturen bekommt die Arbeitskraft der Bevölkerung zunehmend Bedeutung für den Staat. Unproduktivität wird mit unsozial gleichgesetzt. Die Ratio gilt als Maß aller Dinge. Im Zuge dieser Entwicklung erweist es sich aus staatspolitischer Sicht heraus als notwendig, den unproduktiven, psychisch Kranken zu reglementieren und ihn an „Zucht und Ordnung“ zu gewöhnen. Die Medizin zählt gleichzeitig zu den Naturwissenschaften und zu den Polizeiwissenschaften.

Diese Tendenzen finden ihren Höhepunkt im Zeitalter der industriellen Revolution. Krankheit wird im Zuge der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise immer mehr zur rein körperlichen Funktionseinbuße, die zu Arbeitsunfähigkeit führt, eine Wiederherstellung derselben ist unabdingbar. Eine nicht organisch festmachbare Bedürftigkeit gilt als unvernünftig, ja als asozial. Waren in früheren Zeiten leichte Abweichungen noch als sonderbar klassifiziert, so werden sie in der technisierten Welt, deren reibungsloses Funktionieren von der Einhaltung von Normen und der Vorhersehbarkeit des Verhaltens abhängig ist, als bedrohlich empfunden.

Da die Kleinfamilie sich der horizontalen und vertikalen Mobilität der Industriegesellschaft am besten anpassen kann und somit zur Hauptorganisationsform menschlichen Zusammenlebens geworden ist, wird der psychisch Kranke immer mehr zum Bewohner von Heimen. In Krankenhäusern finden nur noch organisch Erkrankte Platz, während für unproduktive Randgruppen Sondereinrichtungen bestehen. Eine Betreuung durch die Familie ist in den meisten Fällen nicht mehr möglich. Der gesellschaftliche Ausgliederungsprozess hat damit seinen Höhepunkt erreicht.

### 1.2.2. Der moderne Krankheitsbegriff und seine Problematik

Was mit der Bezeichnung krank heute gemeint wird, ist im Regelfalle eine Frage der Übereinkunft, da sie sowohl im umgangssprachlichen Bereich als auch in der Wissenschaft, und hier auch noch abhängig von der jeweiligen Disziplin und dem Standort des Betrachters, sehr unterschiedlich gebraucht wird. Außerdem spielen in den Krankheitsbegriff auch noch verschiedene gesellschaftliche Wertvorstellungen mit hinein<sup>4</sup>. Die Definition von Krankheit ist nicht zuletzt auch kulturabhängig. Als Beispiel hierfür mag dienen, dass in unserer Gesellschaft Homosexualität als unerwünschtes, abweichendes Verhalten angesehen wird, in der hellenistischen Kultur war sie jedoch mehr als nur geduldet.

Krankheit kann aus dem subjektiven Erleben der Betroffenen heraus definiert werden, man kann sie als objektiv beobachtbar kennzeichnen und sie kann als Gegensatz eines abstrakten Gesundheitsbegriffs verstanden werden, wie zum Beispiel die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit erfasst "... ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht allein Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen." Diesen Gesundheitsbegriff sehe ich allerdings als utopisch an.

---

<sup>4</sup> Vgl. Parson, (Definition von Gesundheit und Krankheit ..., 1972)

Im englischen Sprachgebrauch wird der Vielschichtigkeit des Begriffes Krankheit eher Rechnung getragen als bei uns, da dort drei Begriffe zu seiner Kennzeichnung nebeneinander existieren. „Disease“ kennzeichnet den medizinischen Aspekt, der sich aus Pathologie und Nosologie zusammensetzt, „illness“ umfasst den Bereich des subjektiven Erlebens von Krankheit und „sickness“ schließlich widmet sich der soziologischen Komponente, was unter anderem durch den Begriff „sick-role“ deutlich wird<sup>5</sup>. Krankheit wird immer bezogen auf eine (angenommene) Normalität die entweder als Idealzustand verstanden wird, was -wie oben beschrieben- zu Utopien führen kann, oder als statistischer Durchschnittswert, wobei zum Beispiel die Karies ihren Krankheitswert einbüßen würde.

### 1.2.3. Definitionen

Um zu einer für meine Arbeit sinnvollen Operationalisierung des Krankheitsbegriffes zu gelangen, möchte ich mich auf die bereits vorhandenen Definitionen dreier Autoren stützen. Parsons fasst Krankheit soziologisch und schreibt der Rolle des Erkrankten vier Eigenschaften zu, wobei Leistungsunfähigkeit primär ist:

- 1. Diese Unfähigkeit wird gedeutet als jenseits seines Vermögens liegend, sie allein durch den Prozess des Entschlussfassens zu überwinden; in diesem Sinne kann er für die Unfähigkeit nicht 'verantwortlich gemacht' werden. Irgendeine Art von spontanem oder unterstütztem „therapeutischen“ Prozess wird für die Genesung für notwendig angesehen.*
- 2. Unfähigkeit, definiert als Krankheit, wird gedeutet als legitime Grundlage für die Befreiung des kranken Individuums von seinen normalen Rollen- und Aufgabenverpflichtungen, und zwar in verschiedenen Gradstufen, auf verschiedene Weisen und für verschieden lange Zeiträume, je nach Art der Krankheit.*

---

<sup>5</sup> Vgl. Wieser, (Isolation, 1973) S. 12

3. *Kranksein bedeutet also, sich in einem teilweise und bedingt legitimierten Zustand befinden. Die entscheidende Vorbedingung der Legitimierung ist jedoch die Anerkennung durch den Erkrankten, dass Kranksein inhärenterweise unerwünscht ist, dass er deshalb die Verpflichtung hat, sich zu bemühen, dass es ihm „wieder gut“ wird; und zu diesem Ziel mit anderen zusammenzuarbeiten.*
4. *Soweit sich nicht erwarten lässt, dass spontane Kräfte, die vis medicatrix naturae, ausreichend und rasch wirken, haben der Kranke und die für sein Wohlergehen Verantwortlichen, vor allem seine Familienangehörigen, die Pflicht, kompetente Hilfe zu suchen und mit den kompetenten Stellen bei deren Versuchen, ihn wieder genesen zu lassen, zusammenzuarbeiten. Die Hochbewertung der Gesundheit schließt natürlich auch die Verpflichtung ein, drohende Krankheit zu verhindern, wo dies möglich ist.<sup>6</sup>*

Dörner hingegen definiert in seinem Werk 'Irren ist menschlich' mehr vom psychologischen Standpunkt her. Die betroffene Person selbst ist hierbei der Ausgangspunkt:

*"Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung seiner Lebensprobleme in eine Sackgasse geraten ist. Diese Sackgassen nennen wir Krankheit, Kränkung, Störung, Leiden oder Abweichung. Sie sind grundsätzlich allgemeinemenschliche Möglichkeiten; das heißt, sie sind für uns alle unter bestimmten Bedingungen Ausdrucksformen der Situation 'so geht es nicht mehr weiter'. Daher sind sie grundsätzlich uns allen innerlich zugänglich und bekannt. "<sup>7</sup>*

---

<sup>6</sup> Parson, (Definition von Gesundheit und Krankheit ..., 1972), S. 71

<sup>7</sup> Dörner, (Irren ist menschlich, 1980), S. 10

Wieser entwickelt eine eigene Kurzdefinition aus folgendem epidemiologischen Konzept:

*"Einen Krankheitsfall kann verkörpern:*

- 1. wer sich selbst krank fühlt,*
- 2. wer einer Behandlung bedarf,*
- 3. wer bei Kassen als krank gemeldet ist,*
- 4. wer wegen Krankheit arbeitsunfähig gemeldet ist,*
- 5. wer in einem Krankenhaus behandelt wird,*
- 6. wer Medikamente nimmt, oder*
- 7. wer durch geistige und seelische Anomalie gesetzliche und soziale Schutzmaßnahmen beansprucht.“<sup>8</sup>*

Seine eigene Schöpfung bezeichnet er als "so genannte operationale medizinsoziologische Begriffsbestimmung“:

*"Als psychisch krank werden wir solche Personen bezeichnen, die in einem gegebenen Zusammenhang von den Beteiligten dafür gehalten werden und mit denen die Umwelt wie mit einem psychisch Kranken umgeht.“<sup>9</sup>*

Für den weiteren Verlauf meiner Arbeit möchte ich mich an diese Definition halten, da das Umgehen mit ihr kein detailliertes psychiatrisches Fachwissen erfordert. Die bei den anderen Autoren genannten Gesichtspunkte werde ich aber trotzdem im Auge behalten.

---

<sup>8</sup> Wieser, (Isolation, 1973), S. 12

<sup>9</sup> Wieser, (Isolation, 1973), S. 13

## 2. Der Weg zur Diagnose „Psychisch Krank“

Der Etikettierungsprozess, durch den dem Betroffenen das Merkmal psychisch krank zugeschrieben wird, beginnt bereits in dem Moment, wo durch das Umfeld ein abweichendes Verhalten festgestellt wird. Zwischen dem unerwünschten Verhalten des Patienten und der Reaktion seiner Mitmenschen kann eine wechselseitige Verstärkung beobachtet werden.

### 2.1. Das Registrieren von Verhaltensauffälligkeiten

Im Regelfalle wird eine psychische Krankheit in ihren Anfangsstadien weder von dem Betroffenen selbst noch von seinem Umfeld als solche erkannt. Der Erkennungsprozess wird umso schwieriger, je problematischer der Umgang mit dem nun Erkrankten schon vorher war. Der Patient wird nicht als krank, und somit als nichtschuldig für sein Verhalten angesehen, sondern er gilt zumindest als sonderbar oder als böswilliger Störenfried. Zuschreibungen wie egozentrisch und andere negative Beschreibungen, welche stark gefühlsmäßig gefärbt sind, sind in dieser Phase des Etikettierungsprozesses häufig. Da der Erkrankte für sein Verhalten verantwortlich gemacht wird - als labil und unzuverlässig angesehen wird - wird er mit Sanktionen belegt, wenn sich "gutes Zureden" als wirkungslos erweist. Während sich diese Sanktionen im weiteren Umfeld des Patienten meist in einem Sich-Zurückziehen von Kontakten ausdrücken, was im Berufsleben in der Form einer Entlassung seinen Höhepunkt finden kann, ist die Familie im Regelfall gezwungen, mit dem Erkrankten zu leben.

Nachdem positive Sanktionen wie Lob bei erwünschtem Verhalten oder auch Appelle versagt haben, wird auch hier zu den negativen Sanktionen gegriffen, die umso härter ausfallen können, je geringer die Statusrolle des Erkrankten ist. Erkrankte Kinder und Jugendliche haben also mit erheblich drastischeren Sanktionen zu rechnen als ein erkrankter Ehepartner. Je länger die unerwünschte Verhaltensweise andauert und je deutlicher sie sich manifestiert, umso größer wird der Kreis der an den Sanktionen Beteiligten. Die Sanktionen werden von rein verbalen im Laufe der Zeit zu instrumentellen.

Nach dieser ersten Phase, in der entweder der Betroffene selbst oder sein Umfeld feststellt, dass irgendetwas nicht in Ordnung ist, und nachdem erste Sanktionsversuche ohne Erfolg geblieben sind, werden erste Deutungsversuche unternommen, um die Unwirksamkeit der Kontrollreaktionen und das weiterhin bestehende abweichende / unerwünschte Verhalten zu erklären, wobei sowohl organische, psychologische als auch soziale Ursachen für die Störung gefunden werden, die letzten beiden in besonderem Maße von Beteiligten mit höherer Schulbildung.<sup>10</sup>

Wieser führt, gestützt auf die Untersuchungen eines nordamerikanischen Forschungsteams, sieben Deutungskategorien an:

- „1. In Wirklichkeit besteht überhaupt kein Problem.
2. Charakterliche Unzulänglichkeiten (Faulheit, Gemeinheit usw.)
3. Die Beobachtungen beruhen auf körperlichen Ursachen.
4. Es handelt sich um äußere Krisen mit durchaus verständlichen Reaktionen darauf.
5. Es liegen nur unbedeutende emotionale Störungen vor.
6. Es müsse 'etwas Ernstes' bestehen.
7. Ernste emotionale oder geistige Probleme.“<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Vgl. Wieser, (Isolation,1973), S. 46

<sup>11</sup> Wieser, (Isolation,1973), S. 45

In selteneren Fällen werden bei Angehörigen auch schon in dieser frühen Phase Schuldgefühle deutlich. Ein echtes Krankheitsverständnis ist jedoch in dieser Phase noch nicht vorhanden. Die Krankheitssymptome werden auch noch nicht präzise erfasst. Geschildert werden von den Ehefrauen erkrankter Männer folgende oder ähnliche Auffälligkeiten: Nervosität, Reizbarkeit, Aggressionen, merkwürdige/bizarre Gedanken oder Verhaltensformen, Rückzug vom Partner, Hoffnungslosigkeit, somatische Beschwerden und Klagen, Minderwertigkeitsgefühle, starkes Trinken sowie Persönlichkeitsveränderungen.<sup>12</sup> Je nach dem Grad des in dieser Phase aufgebauten Leidensdruckes reichen die gefundenen Erklärungsmuster zum weiteren Stabilhalten der Funktion der Familie nicht mehr aus.

## 2.2. Die Laiendiagnose

Nachdem auch das Zuziehen von Vertrauenspersonen, deren Eingreifen zu einer Verhaltensänderung des Kranken führen sollte, versagt hat, kommt es im Regelfalle zur Laiendiagnose. Voraussetzungen für diese Diagnose sind, dass das Beziehungssystem massiv gefährdet wird und alle Erklärungsversuche, die nicht die Zuschreibung „psychisch krank“ enthalten, sich als unhaltbar erwiesen haben. Die Laiendiagnose wird zunächst von den engsten Bezugspersonen gestellt, da es zu ihrer Entwicklung eines engen menschlichen Kontaktes und eines immensen Definitionsdrucks bedarf. Ist die Diagnose jedoch einmal gestellt, werden von den Diagnostikern gewöhnlich Personen ihres Vertrauens hinzugezogen, denen man eine besondere Kompetenz aufgrund ihrer Lebenserfahrung oder ihrer eigenen persönlichen Situation zutraut (dein Großvater hatte doch eine ähnliche Störung). Dieses so genannte Laienzuweisungssystem nimmt nun Einfluss auf die weitere Entwicklung.

Negative Sanktionen eskalieren nun nicht mehr weiter, da dem Patienten, sobald er durch die Diagnose etikettiert ist, kein böswilliges Verhalten oder eine

---

<sup>12</sup> Wieser, (Isolation,1973), S. 32

Charakterschwäche mehr unterstellt wird. Man versucht es nun wieder mit gutem Zureden und anderen laientherapeutischen Methoden.

Interessanter Weise wird bei dem Erstellen der Diagnose nur das Verhalten des Erkrankten dahingehend überprüft, ob es dem Stereotyp vom psychisch Kranken<sup>13</sup> entspricht. Diese Symptome sind alle äußerlichen Charakters. Das gesamte innere Leiden des Patienten, seine Verunsicherung, seine tiefe Angst und seine quälenden Selbstzweifel bleiben, solange er sie nicht deutlich verbalisiert, außerhalb des Erkennungsspektrums. Allerdings ist der Patient in den Etikettierungsprozess auch als Person eingebunden. Die Diagnose erfolgt auf der Basis interpersonaler Aktionen und Reaktionen. Der Klient kann an seiner Erstdiagnose dahingehend teilnehmen, dass er von sich selbst sagt, dass "irgendetwas mit ihm nicht stimmt." Auch sind die Erklärungsmodelle, die er selbst für sein Verhalten angibt, von Bedeutung für die Richtung der Laien-Definitionsversuche.

Das Laienzuweisungssystem entscheidet, nachdem eine Diagnose gefunden worden ist, welche allerdings immer schwammig ist und auch bei den Angehörigen ein und desselben Zuweisungssystems verschieden lauten kann, über den weiteren Verlauf der zu unternehmenden Schritte, ob der Patient behandlungsbedürftig ist, ob laientherapeutische Maßnahmen ausreichen, ob Ärzte oder Psychologen oder Psychiater hinzugezogen werden sollen, oder ob Alternativen zur Lehrbuchmedizin genutzt werden sollen. Der Weg vom Erkennen der ersten Verhaltensauffälligkeiten bis zum Stellen der Laiendiagnose kann einen Zeitraum von mehreren Jahren in Anspruch nehmen und ist in der Praxis nicht so gradlinig wie hier dargestellt, da eine Unzahl von Faktoren beteiligt sind.

Auch ist es für einen Angehörigen sehr schwer, sich einzugestehen, dass eine ihm emotional nahe stehende Person unter einer psychischen Erkrankung

---

<sup>13</sup> Vgl. Kapitel 5

leidet, da selbige häufig als Makel angesehen wird. So werden dann auch folgerichtig beständig Symptome oder Verhaltensweisen gesucht, die der gestellten Diagnose widersprechen, Krankheitssymptome und gesundes Verhalten werden regelrecht gegeneinander aufgerechnet.

### 2.3. Zur medizinischen Diagnose

Wenn es dann doch zur Konsultation eines Arztes kommt, so existieren hierfür nach Dörner, der sich bei seiner Aussage auf Zola beruft, fünf Ursachen:

Ein Arzt wird aufgesucht:

- „1. wenn die Aufmerksamkeit auf die Symptome eine zwischenmenschliche Krise ausgelöst hat,
2. wenn die Symptome eine wesentliche soziale Aktivität bedrohen,
3. wenn sanktionierende Andere Druck ausüben,
4. wenn eine Gefahr selbst empfunden wird und wenn die Art der Symptome im Vergleich mit früheren eigenen oder solchen von Anderen die ärztliche Diagnose notwendig erscheinen lässt.“<sup>14</sup>

Unser Klient hat nun nach einer längeren Vorgeschichte den Weg zum Arzt mehr oder weniger freiwillig gefunden. Wie ist nun dessen Diagnose zu werten? Zum einen beruft sich jede Diagnose auf ein lehrbuchmäßiges, idealtypisches Grundbild einer psychischen Erkrankung, wie es wohl in der Praxis nur äußerst selten anzutreffen sein wird, da gerade diese Form einer Erkrankung sehr vielschichtig ist. So wird bei einer medizinischen Diagnose nur der Jetzt-Zustand des Patienten erfasst, ohne dass aus der Diagnose die zu diesem Zustand führenden Ereignisse herausgelesen werden können. Eine Zuschreibung wie *paranoid* ist statisch und wird dem Patienten und seinem sowohl äußeres Verhalten (Abweichung) als auch, was häufig vernachlässigt wird, innere Betroffenheit und persönliches Leiden enthaltenden Zustand kaum gerecht. Zum anderen ist die Reliabilität der Psychiatriediagnose nicht besonders hoch. Es ist durchaus möglich, dass ein und derselbe Patient von

---

<sup>14</sup> Dörner, (Irren ist menschlich, 1980), S. 164

mehreren Fachleuten genauso viele verschiedene Diagnosen erhält<sup>15</sup>. Auch Alf Trojan kritisiert die Validität der medizinischen Diagnose<sup>16</sup>.

Da die Diagnose also nicht unanfechtbar ist, muss sie andere Vorzüge bieten.

1. Sie bietet dem Kranken eine Rollentlastung an,
2. sie erlaubt ein Intervenieren zu Gunsten des Erkrankten,
3. sie befreit sowohl den Patienten als auch sein Umfeld von der mit Angst besetzten Definitionslosigkeit.

Statt mit festgeschriebenen Definitionen wie Schizophrenie zu operieren, empfiehlt es sich vielleicht, außer bei rein organischen Prozessen, mit mehr dem Prozesshaften der Erkrankung gerecht werdenden und flexibleren Arbeitshypothesen umzugehen zu lernen. Diese Arbeitshypothesen und ein weiteres Abrücken von der traditionierten medizinischen Betrachtungsweise in der Psychiatrie könnten verhindern, dass

- Diagnose und Behandlung getrennt sind und in zeitlicher Reihenfolge hintereinander stattfinden,
- sich aus der Anamnese eine statische Diagnose entwickelt,
- sich aus einem Wissensvorsprung ein Beziehungsgefälle entwickelt, das partnerschaftliches Umgehen in der Beziehung zwischen Behandelndem und Behandeltem erschwert oder gar unmöglich macht,
- weiterhin angenommen wird, eine Diagnose sei das präzise Erfassen eines Krankheitsbildes, unabhängig von der Zeitepoche oder dem Kulturkreis,
- weiterhin davon ausgegangen wird, es existierten einheitliche Ursachen, die zu einem einheitlichen Krankheitsbild führen,
- Heilung ohne Therapie unmöglich ist,
- der soziale und psychologische Aspekt menschlichen Leidens unberücksichtigt bleibt.

---

<sup>15</sup> Vgl. Dörner, (Irren ist menschlich, 1980), S. 137 ff.

<sup>16</sup> Vgl. Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), S. 56

## 2.4. Bedeutung, des Etikettierungsverlaufes für die Hauptbetroffenen

Der oben beschriebene Weg vom Registrieren von Verhaltensauffälligkeiten bis hin zur medizinischen Diagnose hat erhebliche Auswirkungen sowohl für den Erkrankten - oder immerhin nun so Stigmatisierten als auch für seine Familie und das Rollengefüge in dieser. Hierbei können die Interaktionen zwischen dem „Abweichler“ und seinem engeren Umfeld dadurch eskalieren, dass sich Aktion und Reaktion wie Resonanzschwingungen gegenseitig verstärken.

### 2.4.1. Das Leiden des Erkrankten

Für Außenstehende wird meist nur die äußere Symptomatik einer psychischen Erkrankung, sprich abweichendes und somit störendes Verhalten, deutlich; das innerliche Leiden und die Angst des Erkrankten bleiben häufig im Dunklen. Der Betroffene wird sein Verhalten zwar im Regelfalle nicht als abweichend oder gar bizarr erleben, aber es wird ihm deutlich, dass sich im Vergleich zu früher etwas geändert hat, irgendetwas stimmt nicht. Irgendetwas hindert ihn daran, seine bisherigen Rollen wie bisher auszufüllen, seine bislang erfolgreichen Lebensbewältigungsstrategien versagen in der jetzigen Situation. Der Erkrankte erlebt sich nicht mehr als selbstkongruent, zwischen seiner bisherigen Selbstdefinition und seinem So und Jetzt klafft eine Lücke. Er erlebt seine momentane Situation als Beschränkung oder, um mit Alf Trojan zu sprechen, als Ziel-Mittel-Diskrepanz. Es ist ihm zwar mehr oder weniger gelungen, diese durch eine Verhaltensänderung zu kompensieren, aber gerade diese wird von seinem Umfeld als störend oder gar als bedrohlich empfunden. Nun kann aber eine Person ihre Rolle nicht aus sich selbst heraus definieren, sondern ist zur Rollenfindung auf positives Feed-back der Gesellschaft angewiesen, wenn ihre Rolle auch in Interaktionen für beide Teile lebbar sein soll.

Gerade diese notwendige Anerkennung wird dem kranken Individuum aber aufgrund seines Abwechlertums verweigert. Es wird stigmatisiert, das heißt in der Anzahl der ihm möglichen Kontakte eingeschränkt, es erhält eine Art von Nicht-Rolle.

Während dieses gesamten Prozesses ist das Individuum vom Verlust seiner Bezugsgruppe, seines ihm angestammten Milieus bedroht. Dieser Zustand ist für den Erkrankten durch seine Definitionslosigkeit mit erhöhter Angst und Verunsicherung belegt. Seine meist nicht einmal verbalisierte Angst und sein daraus resultierendes Verhalten stößt in seinem Umfeld auf absolutes Unverständnis und in der Folgezeit auf immer schärfere Sanktionen, da sein Verhalten als unverständlich, regelwidrig und vor allem als böswillig und durch einen reinen Willensakt durch ihn selbst abänderbar angesehen wird. Im Laufe des Etikettierungsprozesses wird ihm zwar irgendwo zwischen der Laiendiagnose und der medizinischen Diagnose der Status Kranker „verliehen“ und die Zeit der Definitionslosigkeit wenigstens für seine Umgebung beendet, aber auch die Krankenrolle bringt nicht eine komplette Entlastung für den Erkrankten mit sich. Zum einen muss der Rolleninhaber diese seine neue Rolle anerkennen, um sich über sie vor sich selbst neu definieren zu können, und bei der häufig noch mit einem gesellschaftlichen Makel versehenen Rolle des psychisch Kranken ist dieses ein nur unter erhöhtem Leidensdruck vollbringbarer Schritt; zum anderen birgt die Krankenrolle auch wieder Verhaltenserwartungen in sich. Er muss

- seine Krankheit als unerwünscht betrachten und sich um eine Beendigung dieses Zustandes bemühen,
- mit seinem Umfeld zusammenarbeiten,
- mit Fachleuten zusammenarbeiten und ihren therapeutischen Anweisungen Folge leisten,
- einem erneuten Einbruch in die Krankheit vorbeugen und eine Verschlimmerung seines jetzigen Zustandes vermeiden.

Gerade jener Forderungskatalog verlangt aber ein Umgehenkönnen mit Bezugspersonen und Fachkräften, was dem Erkrankten aber häufig eben aus den Besonderheiten seiner Krankheit heraus nicht möglich ist. Dieses Nicht-Möglichsein wird dann wieder als Rollenverweigerung angesehen und führt zu neuen Sanktionen der Gesellschaft, welche in einer wenn auch eventuell nur temporären Ausgliederung in Form einer Hospitalisierung ihren Höhepunkt finden können. Dieser Ausgliederungsprozess beginnt schon mit dem Registrieren der ersten Verhaltensauffälligkeiten. Teils wird der Erkrankte quasi als Strafe daran gehindert, zu partizipieren, teils werden ihm Rollen und die damit verbundenen Aufgaben entzogen, weil man ihm eine pflichtgemäße Erfüllung derselben nicht mehr zutraut. Es ist nicht verwunderlich, dass der Betroffene sich während dieses Prozesses häufig als wertlos und als Last für seine Familie empfindet. Ein Zusammenhang zwischen einem Eskalieren der Störung und den belastenden Reaktionen / Sanktionen der Gesellschaft ist nicht von der Hand zu weisen. Diesem prozesshaften Zusammenwirken aller beteiligten Faktoren kann die am Ende des bis jetzt beschriebenen Verlaufs stehende medizinische Diagnose sicherlich nicht gerecht werden. Um aber gerade das Leiden des Betroffenen transparenter zu machen, ist ein Erfassen möglichst vieler beteiligter Faktoren und ihrer Auswirkungen notwendig. An einer anderen Stelle meiner Arbeit möchte ich daher den Reaktionsansatz nach Alf Trojan<sup>17</sup> vorstellen, der durch das Berücksichtigen der dynamischen Entwicklung der Erkrankung und durch eine Fokussierung der soziologischen Aspekte eine völlig andere Sichtweise des Kranken möglich macht.

---

<sup>17</sup> Vgl. Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978)

### 2.4.2. Das Leiden der Familie

Für die Familie ergeben sich mit dem Einbruch in die Krankenkariere eines ihrer Mitglieder erhebliche Konsequenzen. Während die ersten Verhaltensauffälligkeiten registriert werden, entsteht neben der durch das als rücksichtslos verstandene Sich-Geben des Erkrankten bewirkten Verärgerung eine zunehmende Verunsicherung, da sich das Rollengefüge dieser Kleingruppe nicht mehr als so stabil wie bisher erweist.

Der Rollenbegriff hat in der Familie vier Dimensionen:

- Rolle bezogen auf das Geschlecht
- Rolle bezogen auf das Alter
- Rolle bezogen auf die Aufgabenspezialisierung
- Rolle bezogen auf die Familienhierarchie.<sup>18</sup>

Während die ersten beiden Anteile an der Gesamtrolle naturgegebenermaßen erhalten bleiben und sich nicht direkt verändern können - obwohl sicher ein von dieser Kleingruppe erwartetes geschlechtsspezifisches Verhalten wie zum Beispiel „ein Mann muss knallhart sein“ nicht immer von dem Erkrankten erfüllt werden kann - sind die beiden letzten Dimensionen erheblichen Veränderungen unterworfen. Aufgaben, zu deren Erfüllung der Kranke bisher von seinem Umfeld als prädestiniert angesehen wurde, liegen nun nicht mehr im Rahmen seiner Möglichkeiten oder ihre Erfüllung wird ihm aufgrund negativer Sanktionsmechanismen verwehrt. Mit dem Eskalieren dieser Sanktionen wird auch seine Position in der hierarchischen Ordnung labil. Damit die Institution Familie ihrer Funktion für die einzelnen Mitglieder weiterhin gerecht werden kann, müssen die von dem Erkrankten freiwillig oder gezwungenermaßen nicht mehr ausgefüllten Rollenanteile von anderen in der Gruppe oder hinzugezogenen Außenstehenden (Verwandte etc.) zusätzlich zu ihren bereits festgeschriebenen Funktionen auch noch übernommen werden.

---

<sup>18</sup> Vgl. Lamouse, (Die Rollenstruktur der familie, 1974), S. 6 ff.

Diese Situation bedeutet für alle Beteiligten eine Mehrbelastung durch die rein funktionalen Aspekte der neuen Teilrolle, eine Verunsicherung der Eigenidentifikation, da eine neue Teilrolle in das Selbstbild mitintegriert werden muss und ein sich mühsames Gewöhnen an eine neue Familienstruktur, da ja auch andere Funktionsträger Zusatzfunktionen, welche eventuell zu neuen Positionen in der Gruppe führen können, übernehmen mussten.

Der rein instrumentell - funktionale Anteil des Erkrankten am Familiengeschehen lässt sich aber dann doch meist ersetzen. Nun hat Familie aber auch emotionale Anteile, sie gilt nicht zuletzt als Intimrefugium zur Regeneration. Dieser Funktion als Regenerationsgrundlage kann sie allerdings nur nachkommen, wenn in ihr für die Mitglieder befriedigende Interaktionen möglich sind, was in solchen Zeiten der Belastung, Neuorientierung und tiefen Verunsicherung nur begrenzt leistbar ist. Zusätzlich besteht noch die Möglichkeit, dass in der Gruppe verschiedene Positionen zu dem Kranken bezogen werden und ein Spaltungsvorgang initiiert wird.

Die Familie leidet in dieser Zeit unter innerer Desorganisation und einer Desintegration nach außen hin, da sie zusätzlich zu der belastenden Binnensituation auch noch von der Nachbarschaft mit Vorurteilen belegt wird. Beispielhaft möchte ich zwei mögliche Verhaltensmuster der Familie aufzeigen. Einmal ist es oft der Fall, dass die einzelnen Mitglieder, weil in ihrer Familie keine genügende Anzahl psychisch befriedigender Interaktionen mehr gegeben ist, sich mehr nach außen hin orientieren und engere Kontakte zur Außenwelt eingehen und somit der belastenden Familiensituation ausweichen, wobei sie im Rahmen dieser neuen Kontakte als Einzelpersonen und nicht wie bisher als in einen Familienverband eingebunden auftreten. Eine andere mögliche Verhaltensweise besteht darin, dass die Familie sich gänzlich nach außen abkapselt und durch erhöhte Frequenz von inneren Interaktionen einen Ausgleich sucht, wobei es, wie bereits angedeutet, zu Spaltungen der Gruppe und zu einzelnen Sympathieblöcken kommen kann.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> siehe auch Kapitel 1.1

Wenn wir uns an die Funktionen von Familie erinnern, können wir erkennen, dass sich die meisten derselben durch Rollenwandel, Hinzuziehen von Außenstehenden oder durch vermehrte Außenkontakte und verändertes Interaktionsverhalten wenigstens teilweise ersetzen lassen, wobei natürlich berücksichtigt werden muss, dass jener Vorgang für alle Beteiligten mit einem hohen subjektiven Leiden verbunden ist. Besonders schwierig ist aber die Sozialisations- und Platzierungsfunktion der Familie zu ersetzen, womit die Kinder die Hauptleidtragenden sind. Zwar haben Kinder in der Regel noch nicht ein so restriktives Normbewusstsein wie Erwachsene und können auf Devianz ungezwungener reagieren und somit vielleicht sogar positive Anteile des Abweichlers besser erkennen und verstärken, wobei sie kaum, da ihre Rolle nicht mit hoher Sanktionspotenz ausgestattet ist, zu einer Eskalation von Abweichung und Kontrollreaktion im Sinne des labelingapproach<sup>20</sup> beitragen; andererseits sind sie aber in besonderem Maße von der Familie und den in ihr stattfindenden Interaktionen abhängig.

Nicht umsonst weist A.C. Robin Skynner<sup>21</sup> auf den besonderen Zusammenhang zwischen Eheinteraktionen und Entwicklungshemmungen der Kinder hin. Bei einem anderen Autor ist nachzulesen: "Demnach wirken die Eltern nicht als Einzelpersonlichkeiten, sondern als verschieden gewichtiges und balanciertes Interaktionssystem auf die Sozialisation des Kindes ein."<sup>22</sup> Ist dieses Gleichgewicht in der Familieninteraktion erheblich gestört, kann man von "three - party - double - bind - Situationen"<sup>23</sup> sprechen, die zwar nicht als einzeln auftretendes Ereignis, sicherlich aber als kontinuierlich stattfindende Kommunikationsstruktur pathogen wirken können. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass eine extreme Verhaltensänderung einer wichtigen Bezugsperson für ein Kind besonders furchterregend und verunsichernd wirkt,

---

<sup>20</sup> Vgl. Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung, 1978)

<sup>21</sup> Vgl. Skynner, (Die Familie - Schicksal und Chance, 1978)

<sup>22</sup> Bernd, (Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen, 1972)  
S. 456

wobei es häufig annimmt, aufgrund von eigenem schuldhaften Verhalten nicht mehr geliebt zu werden. Zwar ist ein Sich-Schuldig-Fühlen seit Freud gang und gäbe bei Angehörigen psychisch Kranker, welche dann beständig in der Vergangenheit forschen; aber während Erwachsene mit diesem Gefühl selbstreflektiv umzugehen lernen können, ist es für ein Kind ein traumatisierendes Erlebnis, sich zutiefst schuldig zu fühlen, einen Liebesentzug zu antizipieren und diesen dann auch subjektiv zu erleben. Nicht nur die Bildung eines Urvertrauens, sondern auch eine später noch andauernde vertrauensvolle Beziehung, in der das Kind sich angenommen und geliebt fühlen kann, ist für seine Entwicklung von elementarer Bedeutung.

---

<sup>23</sup> Bernd, (Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen, 1972)  
S. 459 ff.

### 3. Die Phase der Behandlung

Nachdem ich mich mit dem Weg von dem Registrieren der ersten Abweichungen / Störfaktoren bis zur medizinischen Diagnose beschäftigt habe, die subjektiven Erlebnisinhalte des Kranken und seiner Familie zu beschreiben versucht habe und Kritik an der medizinischen Diagnose angemeldet habe, möchte ich mich nun auf die Phase der Behandlung, die der Diagnose „Psychisch Krank“, wenn diese durch als kompetent verstandene „Profis“ erfolgt ist, chronologisch nachfolgt, konzentrieren. Zur Behandlung einer psychischen Erkrankung existieren nebeneinander verschiedene Möglichkeiten, die je nach den Erfordernissen der speziellen Situation einzeln oder kombiniert oder chronologisch aufeinander folgen können. Ich möchte bei meinen Betrachtungen allerdings Behandlungsformen, die der traditionellen Medizin entgegengesetzt sind und trotz durch Mediziner erfolgter Diagnose von den Angehörigen oder dem Erkrankten selbst als ultimo Ratio, angesehen werden können und de facto wahrscheinlich auch werden, außer Betracht lassen.

#### 3.1. Die ambulante Behandlung

Die Diagnose „Psychisch Krank“ beinhaltet nicht, wie in Laienkreisen häufig angenommen, automatisch auch die Einweisung in eine stationäre Behandlungsform sprich Landeskrankenhaus. Neben niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiatern bieten auch Institutionen, die sich hauptsächlich der stationären Behandlung widmen, eine ambulante Betreuung für weniger gravierende Störungen an. Eine besondere Rolle, weil hier nicht nur mit dem Erkrankten selbst, sondern auch mit seinen Bezugspersonen gearbeitet wird, kommt den so genannten psychosozialen Diensten zu. Eine ambulante Versorgung verhindert weitgehend eine Ausgliederung des Erkrankten aus Familie, Gemeinde und Beruf. In gleicher Art und Weise sind auch die Komplementären Dienste aufzufassen. Obwohl der Erkrankte sich

nach wie vor in der Familie befindet, ändert sich mit der Aufnahme einer Behandlung einiges in der Beziehung zwischen ihm und seinen Angehörigen.

Die neue Problematik des Miteinander-Umgehens konzentriert sich nach Gertrud Achinger<sup>24</sup> auf drei Dimensionen:

1. Unterschiedliche Einstellung zu den Medikamenten
2. Schwierigkeiten in Bezug auf häusliche Ordnung und Arbeitsverteilung
3. Skepsis in Bezug auf die Zukunftsplanung

Während viele Patienten ein eher zwiespältiges Verhältnis zu den ihnen verordneten Pharmaka haben und durch sie bewirkte Änderungen ihrer psychischen Verfassung als bedrohlich empfinden - ich habe noch mit keinem gesprochen, welcher nicht der Ansicht war, er würde mit unnötig hohen Dosen behandelt, welche ihn sedieren würden und eine aktive Teilnahme am Geschehen verhindern oder wenigstens sehr erschweren würden - erwarten seine Angehörigen in Anlehnung an ihre Erfahrungen mit der organischen Medizin von den verordneten Präparaten, deren Wirkungsweise ihnen meist unbekannt ist, eine Genesung des Erkrankten.

Diese Erwartungen werden genauso wie die Erwartung „er kann sich ja zusammenreißen“, die während des Etikettierungsprozesses auftrat, enttäuscht. Es bietet sich nun, da alle anderen Sichtweisen versagt haben, die Möglichkeit an, den Patienten auf der Stufe des unmündigen Kindes anzunehmen. In seiner Gegenwart werden bestimmte Themen vermieden, er wird von für ihn als zu kompliziert angesehenen Tätigkeiten entlastet. Dieses Verhalten führt zu einer starken Reglementierung des Patienten, der immer mehr an seinem Eigenwert zweifeln muss. Durch die ihm zugeschriebene Kindrolle werden auch die beiden anderen Problembereiche gelöst. Wer wird schon von einem Kind erwarten, dass es verantwortlich an der Organisation der Arbeitsverteilung in der Familie teilnimmt?! Auch Verstöße gegen die tradierte häusliche Ordnung werden als entschuldbar erlebt. Die Zukunftspläne des Kranken, die oft als

nicht im Rahmen seiner Möglichkeiten angesiedelt zu sein scheinen, die nach Meinung seines Umfeldes entweder zu hochfliegend sind oder zu deren Erreichen das Bemühen des Erkrankten zu sporadisch oder zu oberflächlich erscheint, können nun wie der Wunsch eines Kindes „ich will Löwenbändiger werden“ mit einem Lächeln abgetan werden. Für den Kranken selbst ist diese Situation in besonderem Maße unbefriedigend. Er wird schließlich nicht nur von Rollen entlastet, sondern verliert gleichzeitig mit dieser Entlastung an Prestige. Sein durch das Annehmenmüssen der in hohem Maße stigmatisierenden und mit erheblichen Vorurteilen behafteten Diagnose „psychisch krank“ schon stark geschädigtes Selbstbild und Selbstbewusstsein erhält durch die medikamentöse Einschränkung seiner geistigen Flexibilität und durch die auf der Zuschreibung Kind beruhende Behandlung durch seine Familie erneute Tiefschläge, die seine Gesundung sehr behindern, verzögern oder gar unmöglich machen. Wenn die Familiensituation durch das Stagnieren oder die Verschlimmerung der Krankheit unerträglich geworden ist, bleibt in Ermangelung von genügend familientherapeutisch orientierten Einrichtungen oft nur noch der Schritt in eine stationäre Behandlung offen.

### 3.2. Die stationäre Behandlung

Die Einweisung in eine stationäre Behandlung kann einmal mehr oder weniger freiwillig, nämlich auf Wunsch des Patienten und seiner Angehörigen, die ihn bei dieser Entscheidung gewöhnlich sehr stark unter Druck setzen, so dass auch hier die Freiwilligkeit meist nur äußerlich ist, erfolgen. Die zweite Möglichkeit besteht in einer so genannten Zwangseinweisung.

### 3.2.1. Die Landeskrankenhäuser und heutige Entwicklungstendenzen<sup>25</sup>

Zurzeit existieren in der Bundesrepublik Deutschland 66 psychiatrische Landeskrankenhäuser mit etwa 80 000 Betten. Der zu betreuende Personenkreis umfasst zirka eine Millionen Personen pro Einrichtung. Der PatientenPersonal - Schlüssel stellt sich wie folgt dar:

Arzt : Patient                    1 : 50

Psychologe : Patient        1 : 500

Sozialarbeiter : Patient    1 : 500

Als Nachteile der LKH werden angesehen:

- Ausgliederung des Patienten, da nicht gemeindenah
- Institutionalisierung
- Hierarchische Ordnung

Um den negativen Auswirkungen dieser Behandlungsform begegnen zu können, wird eine Humanisierung der Psychiatrie heute angestrebt und ist in Teilbereichen auch schon verwirklicht worden, worauf ich im weiteren Verlauf meiner Arbeit noch eingehen werde und hier nur die Stichworte Sozialpsychiatrie, Gemeindenahe Psychiatrie, Therapeutische Gemeinschaft und teilstationäre Behandlung anführen möchte.

---

<sup>25</sup> Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge  
Hrsg., (Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1980)

### 3.2.2. Der Patient in der Klinik

Für den Patienten gibt es drei verschiedene Möglichkeiten einer Aufnahme auf eine psychiatrische Station:

1. Der Patient entschließt sich selbst, freiwillig, sich stationär behandeln zu lassen. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass er unter einem erheblichen inneren Leidensdruck steht.
2. Der Patient entschließt sich nur scheinbar freiwillig. Er wird von seinem Umfeld sprich Angehörige, Arbeitgeber, Bekannte durch Maßnahmen gezwungen, diesen Schritt zu gehen.
3. Der Patient kann zwangseingewiesen werden.

Nach Wieser beträgt der zu dieser dritten Gruppe zu rechnende Anteil der Patienten etwa 70 Prozent aller in einem Landeskrankenhaus stationär behandelten Personen. Die der Kategorie zwei beziehungsweise drei angehörenden Personen fühlen sich zusätzlich zu der sicher bei allen Patienten auftretenden Angst vor der Klinik noch von ihrer Familie oder der Gesellschaft verraten und im Stich gelassen.

Mit der Aufnahme in das Krankenhaus wird der Erkrankte vom Individuum zum Fall. Er muss einen erheblichen Teil von Entpersonalisierungsmaßnahmen über sich ergehen lassen. Als Beispiel mag hier dienen, dass er registriert wird, sein persönliches Eigentum wie Kleidung unter Verschluss genommen wird, er nicht mehr Herr über sein Handeln ist, da er für viele Tätigkeiten der Erlaubnis der Station bedarf. Will man diese Maßnahmen kategorisieren, ergibt sich eine Dreiteilung:<sup>26</sup>

- Der Patient liefert mit seiner Einweisung seinen Körper der Behandlung durch andere aus.
- Der Patient wird von allen Symbolen, die seinen gesellschaftlichen Status belegen, entblößt.
- Seine Bewegungsfreiheit wird in erheblichem Maße eingeschränkt.

---

<sup>26</sup> Vgl. Dörner, (Diagnosen der Psychiatrie, 1975), S. 167 ff.

Die Entscheidungsfähigkeit des Patienten wird durch diese Maßnahmen eingeschränkt. Er kann sich nicht mehr als eigenverantwortliches, erwachsenes Wesen erleben, sondern wird in eine neue Abhängigkeit produzierende Kindrolle gedrängt. Sein Verhalten kann demgemäß retardieren.

1. *Egoismus: das Selbst des Patienten verabsolutiert sich. Die primären Bedürfnisse (wie Essen, Schlafen, Stuhlgang) werden zum Nabel der Welt. Er reagiert empfindlich schon gegen nur neutrales Verhalten. Das findet seine Karikatur in der Figur des 'Tyranen in der Einsamkeit des Bettes'.*
2. *Interessenverengung: die Welt schrumpft für den Patienten provinzialistisch auf das Unmittelbare zusammen. Schon das Schicksal der Familie und der Freunde interessiert nicht mehr.*
3. *emotionale Abhängigkeit: die Merkmale der erwachsenen Reife verlieren sich. An die Stelle tritt Kindverhalten. Emotionen wie Liebe und Hass werden überstark geäußert und registriert.*
4. *Hypochondrie: minimale körperliche Empfindungen werden aus Angst, Sorge und Hilflosigkeit verstärkt erlebt und ausgedrückt, was dem fatalen Bedürfnis nach overprotection entspricht.<sup>27</sup>*

Ihm bleibt nur die Möglichkeit der sich anpassenden Resignation oder des Abwehrverhaltens. Gerade beim Abwehrverhalten ist er aber neuen Sanktionen wie Bettruhe, Ausgangsverbot und ähnlichen ausgesetzt. Außerdem kann er dann die in diesem System von Strafen und Belohnungen üblichen Vergünstigungen nicht wahrnehmen. Vergünstigungen kann er am besten erlangen, wenn er sich an die herrschende Ordnung anpasst und eventuell sogar Kalfaktortätigkeiten wahrnimmt. Sein schon durch den Etikettierungsverlauf schwer angeschlagenes Selbstbild wird hier erneut in hohem Maße geschädigt. Im Rahmen der in Krankenhäusern dieser Kategorie existenten strengen Hierarchie Klinikleitung – Ärzte – Pflegepersonal - Patient

---

<sup>27</sup> Vgl. Dörner, (Diagnosen der Psychiatrie, 1975), S. 168 f.

kann der behandelnde Arzt, da ihm alle Grundentscheidungen vorbehalten sind und der Patient hierdurch bei seinen Kontakten zu ihm in eine Bittstellerposition gedrängt wird und ihn als Gott in Weiß erlebt, für den Erkrankten zu einer Art Vaterfigur werden, wodurch eine starke emotionale Abhängigkeit entsteht. In dem herrschenden Hierarchiegefälle der Klinik nimmt der Patient notwendigerweise aufgrund seiner nicht vorhandenen Sanktionspotenz und der ihm abgesprochenen Eigenverantwortlichkeit die unterste Position ein. Er erlebt sich auch hier wieder als fremdbestimmt und somit als minderwertig.

### 3.2.3. Die Familie in der Zeit der Trennung

Für die Familie des Erkrankten bedeutet die Zeit seiner stationären Behandlung eine einschneidende Veränderung. Zwar musste sie schon vor der Einweisung einige Rollen umdelegieren und mit übernehmen, dennoch erschien aber diese Veränderung zeitlich begrenzt zu sein, während nun, da die Dauer des Klinikaufenthaltes nicht bestimmbar ist, ein Ende dieser Zusatzbelastung nicht abzusehen ist. Die räumliche Trennung von dem Patienten bedeutet einerseits sicherlich eine Entlastung, da eine beständige Konfrontation mit seinem devianten Verhalten wegfällt, andererseits wird aber auch ein Entfremdungsprozess initiiert, da die Angehörigen aufgrund der weit entlegenen Behandlungsorte - gemeindenahe Versorgung ist leider immer noch die Ausnahme -, der bedrückenden Anstaltsatmosphäre und ihrem Nicht-Umgehen-Können mit dem Kranken eine kontinuierliche Kontaktaufnahme nicht leisten können. Die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik stellt für die Familie den letzten Angelpunkt für eine Hoffnung auf Besserung der Krankheit dar, allerdings ist auch die Klinik durch Vorurteile in Bezug auf ihre Effizienz negativ besetzt.

In der Zeit der Trennung leidet auch das emotionale Gefüge der Familie:

- Ein wichtiges Mitglied fällt als Problemlösungspartner aus.
- Seine Rolle als Bezugsperson muss ersetzt werden, sofern dies überhaupt möglich ist.
- Für den Geschlechtspartner kann eine sexuelle Frustration entstehen.

Die Außensituation entspricht meiner Meinung nach ungefähr der einer Familie, von deren Mitgliedern eines inhaftiert wird<sup>28</sup>. Um eine Diskriminierung durch die Nachbarschaft, die die stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung gleichsetzt mit der Stigmatisierung „gefährlicher Geisteskranker“, zu vermeiden, muss für die Abwesenheit des Erkrankten eine plausible Erklärung gefunden werden. Da die Dauer des Klinikaufenthaltes jedoch unbestimmt ist, ist es denkbar schwer diese zu finden. Im Regelfalle wird also auch im Umfeld die Ursache der Abwesenheit im Laufe der Zeit bekannt. Häufig geschieht es nun, da man befürchtet, dass auch der Rest der Familie ähnliche Schäden vorzuweisen hat, sei es aufgrund der angenommenen Vererbbarkeit oder aufgrund der Milieubelastung, dass die Angehörigen von weiteren gesellschaftlichen Kontakten ausgeschlossen werden. Besonders leidtragend sind auch hier wieder die Kinder, deren Möglichkeiten, negativen Sanktionen auszuweichen, am geringsten sind.

Auf den Druck von außen reagiert die Familie häufig durch die Beschränkung ihrer Interaktionen auf die Binnenbeziehungen, soweit dies eben möglich ist. Zu der belastenden Situation in der Familie selbst, deren Rollengefüge erheblich gestört ist und die eigentlich alle Kraftreserven braucht, um hiermit fertig zu werden, kommt zusätzlich noch das Gefühl, ausgestoßen zu sein; statt der dringend benötigten Hilfe wird Diskriminierung durch die Umwelt erlebt. Auch hier finden Schuldzuschreibungen statt.

---

<sup>28</sup> Vgl. Orter, Wetter, (Gefängnis und Familie, 1978)

Die Autoren führen in ihrem Buch interessante Protokolle zu der Situation der Familien von Strafgefangenen an. Deren Situation ist der der Familien von psychisch Kranke in Teilen ähnlich.

### 3.3. Die Nachsorge

Mit dem Abschluss der stationären Behandlung des Klienten in einer Klinik ist die Phase der Behandlung keineswegs beendet. Um Rückfällen und somit dem circulus vitiosus der Drehtürpsychiatrie wirksam begegnen und vorbeugen zu können, bedarf es einer wirksamen Nachsorge, in die in der Zukunft auch die Familie mehr eingebunden werden sollte.

Die in meinen weiteren Ausführungen geschilderten Behandlungseinrichtungen können natürlich nicht nur im Rahmen der Nachsorge tätig werden, sondern durch sie kann auch häufig eine vollstationäre Behandlung vermieden werden. Durch diese Form der nicht-stationären Behandlung erkrankter Personen wird eine totale Ausgliederung aus Familie, Beruf und Umfeld weitgehendst vermieden und die spätere Reintegration/Rehabilitation des Erkrankten wesentlich erleichtert.

#### 3.3.1. Einrichtungen und Möglichkeiten der Nachsorge

Das Klientel der halbstationären Dienste setzt sich aus Personen zusammen, die einer stationären Behandlung nicht oder nicht mehr bedürfen. Im Regelfalle geht der teilstationären Behandlung jedoch eine stationäre voraus. Die Tagesklinik betreut den Patienten tagsüber. Sie hat die gleichen therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten wie die vollstationären Einrichtungen. Im Gegensatz zu einer Tagesstätte besteht keine reine Verwahrungsfunktion. Sie bietet als Wiedereingliederungshilfe dem aus der Klinik und ihrem beschützenden Rahmen entlassenen Patienten die Möglichkeit eines schrittweisen Übergangs, da der Patient nur während der Nacht und der Abendstunden im Kreis seiner Familie ist. Sie verhindert, da sie Klinikaufenthalte verkürzt, eine zu große Ausgliederung des Klienten.

Allerdings existieren auch in diesem Bereich spezifische Probleme und Schwierigkeiten:

- Die Klienten müssen freiwillig an der Behandlung teilnehmen und dürfen nicht suizidgefährdet sein.
- Da der Patient nur einen Teil seiner Zeit in der Klinik verbringt, kann auch nur ein Teil seines Verhaltens beobachtet werden. Viele Anteile seines So - Seins entziehen sich dem Einwirken der Behandlung.
- Es erweist sich als schwierig, den Patienten dahingehend zu motivieren, selbstständig zu kommen und zu gehen.

Leider wird bisher in der Bundesrepublik Deutschland nur ein geringer Teil der Patienten in dieser Behandlungsform betreut.

Das Gegenstück zur Tagesklinik ist die Nachtklinik. Wie der Name schon sagt, verbringt der Erkrankte hier die Abend- und Nachtstunden, während er am Tage gewöhnlich seinem Beruf nachgeht. Auch bei längerfristigen Behandlungen kann er seinen Arbeitsplatz halten oder in ihn frühzeitig reintegriert werden. Wie auch bei Patienten der Tagesklinik erfolgt der Übergang zu seiner normalen Lebensweise schrittweise aus einem beschützten Rahmen heraus. Nur wird der Klient hier zuerst beruflich rehabilitiert und erst dann wieder in seine Familie eingegliedert. Die Schwierigkeiten bei dieser Behandlungsform sind den bei der Tagesklinik existenten vergleichbar.

Eine weitere Form der Nachsorge stellen die so genannten komplementären Dienste dar. Sie vervollständigen die therapeutische Kette. Zu den komplementären Einrichtungen sind Übergangswohnheime, beschützende Werkstätten, Patientenclubs, sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten und beschützende Wohngruppen zu rechnen. Bei dieser Art der Betreuung geht es in erster Linie darum, dem Patienten die bei seiner Erkrankung maximal mögliche Selbstständigkeit zu erhalten oder neu zu schaffen. Durch die Nutzung der komplementären Dienste wird ihm ein schrittweises Sich - Hinein - Tasten in seine Umwelt aus einem sicheren Bezugsrahmen heraus möglich.

## 4. Der Weg zurück

Die Rehabilitation des Erkrankten setzt sich aus drei Elementen zusammen. Die medizinische Seite dieses Prozesses ist bei der Entlassung des Klienten zum größten Teil abgeschlossen und wird nur noch durch die Nachsorge stabilisiert. Es bleiben also der soziale und der berufliche Aspekt. Da die soziale Integration sich bei der beruflichen Rehabilitation als sehr wichtige Stütze erweisen kann, möchte ich mich erst mit ihr beschäftigen.

### 4.1. Reintegration des Kranken in seine Familie

Sicherlich ist mit dem Begriff der sozialen Integration nicht nur der Teilaspekt Familie gemeint, da aber die Familie den Hauptschauplatz für den Austausch von emotional befriedigenden Interaktionen darstellt, ist sie sicherlich von besonderer Bedeutung. Wieser stellt in seinen Ausführungen zu der Isolationsproblematik bei psychisch Kranken fest, dass die Prognose einer derartigen Erkrankung um so günstiger ist, je besser die Bezüge des Patienten zu seinem Partner beziehungsweise zu seiner Familie sind.<sup>29</sup>

Wenn tragfähige Außenkontakte vorhanden sind, ist die Gefahr einer erneuten stationären Behandlung deutlich geringer, als wenn der entlassene Klient völlig auf sich allein gestellt ist. Aus diesem Grunde ist es also von erheblicher Bedeutung, mit der Familie des Klienten zu arbeiten, um seine Rehabilitation zu erleichtern. Leider muss festgestellt werden, dass einem erheblichen Prozentsatz der Langzeitpatienten ein Ehepartner fehlt. Wieser bezieht sich auf eine Untersuchung in fünf niedersächsischen Landeskrankenhäusern, wenn er angibt, dass von Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als fünf Jahren bei den Männern nur 15,5 Prozent und bei den Frauen nur 16,4 Prozent verheiratet oder noch verheiratet sind.<sup>30</sup>

Die Wiedereingliederung des bisher hospitalisierten Mitgliedes in seine Herkunftsfamilie gliedert sich in zwei Teile.

---

<sup>29</sup> Vgl. Wieser, (Isolation, 1973), S. 156 ff.

<sup>30</sup> Vgl. Wieser, (Isolation, 1973), S. 159

Neben dem durch den Rollenwechsel und den Rollenwandel bedingten Eingliederungsproblemen im rein funktionellen Bereich ist durch die stationäre Behandlung meist auch eine emotionale Entfremdung eingetreten.

#### 4.1.2. Probleme im funktionalen Bereich der Familie

In der langen Zeit der Trennung hat die Familie gelernt, ohne ihr erkranktes Mitglied auszukommen. Seine in der Zeit vor seiner Erkrankung durch es ausgeübten Rollen sind entweder durch Außenstehende übernommen worden oder sie sind derart abgewandelt worden, dass sie von Familienmitgliedern zusätzlich zu deren bereits bestehenden Rollen mit übernommen werden konnten. Die Familie stellt im Moment der Klinikentlassung ein in sich geschlossenes funktionales Gefüge dar, in welchem der Kranke sich wie ein nicht zugehöriger Fremdkörper erleben muss. Seine Privilegien wie zum Beispiel Finanzminister, oberster Gerichtsherr im Familienrat oder ähnliche sind ihm genommen worden. Sein Wirkungsbereich, dessen materielle Mittel er als sein Eigentum angesehen hat (Küche, Garten, Auto etc.), ist ihm genommen. Die Familie begegnet dem zu ihr zurückkehrenden psychisch Kranken wie einem nach längerer organischer Krankheit Rekonvaleszenten. Es wird angenommen, dass die psychischen Störungen zwar behoben sind, der Kranke aber noch einer längeren Zeit der Schonung und Rollenentlastung bedarf. Die ihm seiner Meinung nach zustehende Position in der Familienhierarchie wird ihm deshalb nicht ohne weiteres wieder zugewiesen. Die Familie, die während der langen Zeit der Trennung -vielleicht waren es sogar einige Jahre den Erkrankten nur bei Besuchen erlebt hat, hat gelernt, ohne ihn zu funktionieren, ja, ihn bei Planungen nicht zu berücksichtigen. Vielleicht ist man sogar in eine kleinere Wohnung gezogen, hat sein Auto verkauft und so weiter, da ein Ende der stationären Behandlung nicht abzusehen war. Bei einer Rückkehr des Patienten muss seine Rolle in der Familie daher in beidseitigem Einverständnis neu definiert werden.

### 4.1.3. Probleme im mehr emotionalen Bereich

Die oben beschriebenen funktionalen Neudefinitionen lassen sich sicher finden. Erheblich schwieriger aber ist meines Erachtens, da Familie nicht nur ein zweckorientiertes Arbeitsteam ist, sondern eine ihrer Hauptaufgaben im emotionalen Sektor liegt, das gegenseitige Erleben der Mitglieder in dieser Situation. Der Erkrankte hat bei der Rückkehr eventuell noch unter sekundären Folgen seiner Hospitalisierung zu leiden. Über einen längeren Zeitraum war er nicht selbständig, sondern den Weisungen des Klinikpersonals und einer ihn einschränkenden Stationsordnung unterworfen. In seinem häuslichen Bereich fehlt wenigstens zuerst diese starke Kontrolle, die aber sobald er abweichendes Verhalten zeigt neu initiiert wird. Die nun bestehende Problematik lässt sich wie bereits im Kapitel 3.1. behandelt in drei Bereiche einteilen.

Unterschiedliche Einstellung zu Medikamenten

Schwierigkeiten in Bezug auf häusliche Ordnung und Arbeitsverteilung

Skepsis in Bezug auf Zukunftsplanung

Während der Zeit seiner Abwesenheit hat sich auch das emotionale Gefüge seiner Familie geändert, die Art und Weise von Außenkontakten ist oft nicht mehr so wie vor seiner Behandlung. Sowohl der Patient als auch seine Angehörigen sind ein ganzes Stück des Weges allein gegangen, - haben sich in ihrer Persönlichkeitsstruktur verändert und für sich selbst neue Schwerpunkte gesetzt.

Ein kontinuierliches Konfrontiert-Werden mit den jeweiligen Problemen und ein Teilnehmen an Entwicklungsprozessen ist in der Regel aufgrund der räumlichen Entfernung zwischen Behandlungsort und Wohnsitz der Familie und der hieraus resultierenden geringen Anzahl von Besuchen über einen langen Zeitraum nicht gegeben gewesen.

Neben dem Gefühl des Kranken, in seiner Familie wie ein Fremdkörper zu wirken, und der Angst seiner Angehörigen, dass alles (die Krankheit) wieder von vorn beginnt, erschweren noch zwei andere Faktoren das Miteinander. Zum einen leidet die Familie oft an erheblichen Schuldgefühlen und sieht sich als Verursacher der Erkrankung an, zumal ihr auch von Experten ein Verschulden häufig zugeschrieben wird -es wird mitunter von Ungehörigen<sup>31</sup> statt von Angehörigen gesprochen. Zum anderen ist der Erkrankte oft nur unter erheblichem Außendruck zu einer stationären Behandlung bereit gewesen und fühlt sich von seinen Angehörigen verraten und in der Zeit seiner Erkrankung alleingelassen. Seine Äußerungen in dieser Richtung geben dann den Schuldkomplexen neue Nahrung.

Schon für den Erwachsenen ist es problematisch, sich in der Familie seine Selbstbestimmung und seine Eigenverantwortlichkeit neu zu erkämpfen, da er entweder in die Rolle des zu schonenden organisch Rekonvaleszenten oder in die Rolle des unmündigen Kindes gedrängt wird, noch komplizierter aber ist es für ein aus der stationären Behandlung zurückkehrendes Kind oder einen Jugendlichen, seinem Umfeld klarzumachen, dass ein Entwicklungsprozess stattgefunden hat und nicht eine Retardierung in ein Kleinkindverhalten manifest geworden ist. An der Rollenredefinition von erkrankten Nicht-Erwachsenen sind deren Mütter mit ihren oft vorhandenen Be-mutterungspraktiken maßgebendst beteiligt.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Angermeyer, (Der Psychiater und die Angehörigen..., 1981), S158 ff.

<sup>32</sup> Vgl. Achinger, (Der psychisch Kranke und seine Familie, 1979),

Aber auch die Angehörigenrolle ist für ein Kind mit einer anderen Problematik gefüllt als für einen Erwachsenen. Zwar sind Vorurteile und Ressentiments gegen den Erkrankten bei Kindern geringer und ihre Möglichkeiten, auf die Rückkehr des Patienten situativ und spontan zu reagieren, größer -es fällt ihnen leichter den Kranken in seinem So - Sein. Anzunehmen -, aber dennoch muss gesehen werden, dass der Patient erst wieder in seiner Funktion als Erzieher von ihnen anerkannt werden muss. Bei sehr langer Abwesenheit des Erkrankten, in der er nicht an der kontinuierlichen Entwicklung seiner Kinder teilnehmen konnte, können Uneinigkeit und Missverständnisse über neu entwickelte Erziehungsziele und Erziehungspraktiken zwischen ihm und seinem Ehepartner auftreten, durch welche die Kinder in hohem Maße verunsichert werden. Da beide Parteien, sowohl der Kranke als auch die Kinder, sich über einen gewissen Zeitraum unabhängig und ohne gegenseitiges Feed-back entwickelt haben, muss ein gegenseitiges Verstehen und Miteinanderumgehenkönnen erst neu erlernt werden. Auf beiden Seiten wird hierfür ein hohes Maß an gegenseitiger Toleranz nötig.

#### 4.2. Berufliche Rehabilitation

Auch in seinem beruflichen Bereich hat der Erkrankte eine Ausgliederung erlebt. Gerade in konjunkturschwachen Zeiten ist er besonders von der Entlassung bedroht oder hat diese aufgrund der Länge seiner Erkrankung bereits erlebt. Während seiner Stationären Behandlung durch die dort erlebte Fremdversorgung zunehmend unselbstständig geworden, dadurch dass ihm als Inhaber der untersten Position in der Klinikhierarchie jedwede Eigeninitiative untersagt war und er sich einem durch Sanktionen gestützten strengen Reglement unterwerfen musste, muss er erst neu erlernen, eigenverantwortlich zu handeln, was für eine berufliche Wiedereingliederung Voraussetzung ist. Er muss sich erneut an einen auf Leistung des Einzelnen fußenden Produktionsprozess gewöhnen und lernen, die dort existenten Regeln zu akzeptieren und einzuhalten.

Die Vorbereitung des Klienten auf eine spätere Rehabilitation im beruflichen Bereich findet während der stationären Behandlung in drei Schritten statt:<sup>33</sup>

1. Therapeutische Gemeinschaft

Im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft wird der Erkrankte weniger stark entmündigt und depersonalisiert. Er nimmt aktiv an seinem Heilungsprozess teil und kann sein Sozialverhalten verbessern.

2. Beschäftigungstherapie

Die Beschäftigungstherapie bietet die Trainingsmöglichkeit für lebenspraktische Fähigkeiten (z.B. Freizeitgestaltung). Der Kranke kann sich als kreativ und leistungsfähig erleben.

3. Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie ist einer späteren Berufstätigkeit am nächsten. Sie bietet Trainingsmöglichkeiten in Bezug auf Produktionsprozesse.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass in der Praxis

Arbeitstherapie sich oft auf die Formen der vor- oder frühindustriellen Fertigung stützt und von einigen Patienten als Strafe angesehen wird, da sie ihrer Ausbildung nicht entspricht und sie sich bei dieser Arbeit wie „Hilfsarbeiter“ vorkommen.

Im nicht stationären Bereich sind Einrichtungen zu erwähnen wie:

- beschützende Arbeitsplätze in der allgemeinen Wirtschaft
- Werkstätten für Behinderte
- Berufsförderungswerke
- Berufsbildungswerke

Während der Zeit vom Übergang aus einer beschützten Tätigkeit in die freie Wirtschaft ist es erforderlich, dass der Klient im Rahmen der Nachsorge betreut wird und er bei den einzelnen Schritten beratend begleitet wird.

---

<sup>33</sup> Hohm, (Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken, 1977), S. 50 ff. S. 145 ff.

Selbst wenn der Klient von seinen Eigenschaften her für einen Beruf gut geeignet wäre, ergeben sich für ihn dennoch eine Vielzahl von Problemen.

- Der Arbeitsmarkt kann im Moment nicht als günstig angesehen werden.
- Der Klient gehört zum Kreis der schwer zu vermittelnden Arbeitnehmer.
- Eine psychische Erkrankung wird als gesellschaftlicher Makel betrachtet. Rückfälle werden befürchtet. Es wird angenommen, dass der Klient keine Verantwortung tragen kann.
- Wenn die Integration in die Familie nicht gelungen ist, fehlt dem Kranken eine wichtige Stützfunktion der Familie.

Die durch die oben angeführten Probleme besonders erschwerte Arbeitssuche und die damit einhergehenden erfolglosen Bewerbungen führen zu einer Frustration des Arbeitswilligen. Er erlebt sich als minderwertig, nicht (als Arbeitskraft) gewollt, unnützlich, Last für seine Angehörigen und vom Makel der Psychiatrie gebrandmarkt. Ein Rückfall oder hier eher ein Rückzug auf die ihm vertraute Position des Kranken, der von Erwartungen weitgehend verschont bleibt, erscheint oft als einzige Möglichkeit für eine eigene Lebensbewältigung. Eine neuerliche Aufnahme in eine Anstalt ist meist das Ende dieser Entwicklung.

Für den Angehörigen, der erleben muss, wie der Kranke überall abgewiesen wird und mehr und mehr in sein altes Leiden zurückgleitet, bedeutet diese Zeit ein Verschwinden jedweder Hoffnung auf Besserung. Er erfasst den Erkrankten nun nicht mehr als Rekonvaleszenten, sondern als unheilbar Erkrankten, dem er auf der Kindebene begegnen muss, und der nicht in der Lage ist, eigenverantwortlich zu handeln und sich selbst zu versorgen. Der Kreislauf der Krankheit und des Leides hat sich geschlossen.

## 5. Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und ihren Familien

Wie bereits im vorangegangenen Teil meiner Arbeit mehrfach angeschnitten, existiert in der Gesellschaft ein erheblicher Wust von Vorurteilen, welche alles betreffen, was in irgendeiner Form mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden kann. Diese Vorurteile beziehen sich sowohl auf die mit derartigen Erkrankungen befassten Institutionen und deren Mitarbeiter als auch auf den Erkrankten selbst und, da man die Vererbung befürchtet oder annimmt, dass der Umgang abfärbt, auch auf seine Familie. Da dieses Verhalten eine Eingliederung des Erkrankten erheblich erschwert und für alle Beteiligten eine Belastung darstellt, möchte ich mich zuerst mit der Vorurteilsproblematik allgemein und dann bezogen auf psychisch Kranke beschäftigen.

### 5.1. Allgemeines zum Vorurteil

Nach Egon Barres zeichnet sich ein Vorurteil durch sechs Merkmale aus:

- 1. Das Vorurteil ist immer ein falsches Urteil oder in seinem Wahrheitsanspruch zureichend abgewiesenes Urteil;*
- 2. Das Vorurteil ist ein voreiliges Urteil, d. h. ein Urteil, das überhaupt nicht oder nur sehr ungenügend durch Reflexionen oder Erfahrung gestützt wird oder auch vor aller solcher Erfahrung und Reflexion aufgestellt wird;*
- 3. Das Vorurteil ist ein generalisierendes Urteil, d. h. es ist ein Urteil, das sich nicht nur auf den Einzelfall bezieht, sondern auf alle oder zumindest die meisten Urteilsgegenstände (seien dies Menschen, Dinge oder Ereignisse) gerichtet ist;*

4. *Das Vorurteil hat häufig den stereotypen Charakter eines Klischees, das immer leicht zur Hand ist und meistens in apodiktischer Weise formuliert und vorgetragen wird;*
5. *Das Vorurteil enthält neben beschreibenden oder theoretisch erklärenden Aussagen direkt oder indirekt auch richtende Bewertungen von Menschen, Gruppen oder Sachverhalten;*
6. *Um das Vorurteil gegen andere Urteilsgebilde und Urteilsformen abzugrenzen (z.B. von falschen Urteilen, Hypothesen oder auch Werturteilen oder Vorurteilen), wird von einem Vorurteil erst dann gesprochen, wenn ein falsches, generalisierendes, bewertendes und behauptendes Urteil als falsch bestimmt und sein Anspruch wahr zu sein als hinreichend widerlegt gelten kann, trotzdem aber an ihm festgehalten wird und es auch weiterhin mit einem Wahrheitsanspruch vertreten wird.<sup>34</sup>*

Vorurteile sind keineswegs ein privates Einzelurteil einer bestimmten Person gegen andere Personen (-gruppen), Dinge oder Ereignisse, sondern sie sind nur in ihrem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang verstehbar. Dieses heißt aber auch, dass ein Vorurteil immer von einer größeren Gruppe vertreten wird und somit erst für den durch es Stigmatisierten zur Bedrohung wird. Da es von anderen Personen mitgetragen wird und es auch beim Einzelnen in ein Netzwerk von weiteren Einstellungen oder gar Vorurteilen eingebettet ist, ist es kaum auszurotten.

---

<sup>34</sup> Barres, (Vorurteile. 1978), S. 20 f.

Das Vorurteil hat nach Barres fünf Funktionen:

1. *Die Orientierungsfunktion:*

*Als instinktreduziertes Wesen hat der Mensch nicht die Möglichkeit, die Pluralität seiner Umwelt ohne weiteres zu erfassen. Er benötigt zu diesem Zweck ein von ihm selbst zu schaffendes Kategorisierungsraster für die Groborientierung. Vorurteile sind auch Kategorisierungsversuche.*

2. *Die Anpassungsfunktion:*

*In Gruppen werden neben den gültigen Norm- und Wertstrukturen auch die der Gruppe eigenen Vorurteile mit übernommen. Das Partizipieren an diesen Gruppeninterna erleichtert die Gruppenmitgliedschaft.*

3. *Die utilitaristische Funktion:*

*Auf dem Sektor der Gesellschaftspolitik werden Minderheiten häufig durch Mehrheiten unterdrückt; es wird ihnen eine Sündenbockrolle zugeschrieben. Tradierte Werte können durch Vorurteile gestützt werden. Vorurteile rechtfertigen in diesem Zusammenhang auch Privilegien.*

4. *Die Selbstdarstellungsfunktion:*

*Um seine Individualität zu dokumentieren und um sich selbst in der eigenen Darstellung von anderen zu unterscheiden, nuanciert der Einzelne die in seiner Gruppe existenten Vorurteile. Da dieses Vorurteil nur leicht von dem Standardvorurteil der Bezugsgruppe abweicht, werden Konflikte weitestgehend vermieden.*

5. *Die Selbstbehauptungsfunktion:*

*Bei der Selbstdarstellungsfunktion von Vorurteilen werden nicht gelebte und in der Phantasie nicht zugelassene Wünsche und Bedürfnisse im Zuge einer Art von Konfliktabwehr auf diskriminierte Gruppen projiziert. Die Projektion stellt für den Projizierenden eine lebensnotwendige Funktion dar.<sup>35</sup>*

---

<sup>35</sup> Barres, (Vorurteile. 1978), S. 115 ff.

Anhand der vielfältigen Funktionen von Vorurteilen und ihrer Einbindung in Gruppen- oder Gesellschaftssysteme wird erkennbar, dass sie nicht durch einfache Aufklärung der mit Vorurteilen behafteten Personen korrigierbar sind. Vorurteile stützen sich zudem auch noch auf Traditionen und sind gesellschaftlich positiv sanktioniert. Durch reine Ratio sind Vorurteile sicherlich nicht aus der Welt zu schaffen, aber es ist schon als positiv zu werten, wenn man in der Lage ist, eigene Vorurteile zu erkennen und eigene Handlungsweisen als durch Vorurteile bestimmt zu definieren.

## 5.2. Vorurteile gegen psychisch Kranke

Selbst wenn der Klient während der klinischen und nachklinischen Betreuung das Glück haben sollte, auf gut geschultes Fachpersonal zu treffen, welches ihm Empathie entgegenbringt und in der Lage ist, ihm ohne Vorurteile zu begegnen, ist er dennoch der Vorurteilsproblematik seines Laienumfeldes, in das er nach der stationären Behandlung zurückkehren wird, ausgeliefert. Seine Familie hat schon seit der Zeit der ersten Verhaltensauffälligkeiten unter einer Stigmatisierung direkt zu leiden. Daher erscheint es mir als wichtig, die Einstellung von Laien gegenüber psychisch kranken Personen zu überprüfen. Als Indikator für existente Stereotypen möchte ich die Darstellung des psychisch Kranken in den Massenmedien benutzen, da Massenmedien im Regelfalle aus werbetechnischen Gründen die Meinung ihrer Leserschaft teilen müssen. Parallel hierzu möchte ich mich mit dem Verhältnis der Öffentlichkeit zum psychisch Kranken anhand der Darstellung von Wolfgang Stumme beschäftigen.

### 5.2.1. Verhältnis der Öffentlichkeit zum psychisch Kranken

Wolfgang Stumme<sup>36</sup> stellt fest, dass in den existenten Untersuchungen berichtet wird, dass die soziale Distanz der Bevölkerung zu Geisteskranken nicht abbaubar ist. Folgende Vorurteile gegenüber diesem Personenkreis sind häufig: gemeingefährlich, gewalttätig, unbeherrscht, unberechenbar, Triebverbrecher.

Hierbei steht die Schulbildung des Vorurteilbehafteten in direkter Relation zu Faktenwissen

Zu den bestehenden Untersuchungen meldet Wolfgang Stumme folgende Kritikpunkte an:

1. Schulbildung steht nicht nachweislich in einem direkten Verhältnis zur geübten Toleranz, da ein Interviewergebnis auch von der Verbalisationsfähigkeit des Interviewten abhängt.
2. Zwischen Experten und Laien besteht aufgrund einer gesellschaftlichen Tabuisierung keine gemeinsame Kommunikationsbasis. Es existieren nur die beiden Extrema 'Psychiatrische Nomenklatur versus 'Umgangssprache. Eine Untersuchung Stummes zu dieser Problematik ergibt:
  - a. In der Umgangssprache existiert kein Synonym für jede Form der psychischen Erkrankung, wie dies in der Fachsprache der Fall ist.
  - b. Laien diskriminieren sehr stark nach dem Schweregrad der psychischen Erkrankung.
  - c. Laien gebrauchen den Terminus „psychisch krank“ synonym zu dem Begriff „schwer psychisch krank“.

---

<sup>36</sup> Stumme, (Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken, 1971), S. 43 ff.

Aus Stummes Untersuchung lässt sich erkennen, dass Vorurteile der Laienpopulation gegenüber erkrankten Personen nur schwer nachgewiesen werden können, aus diesem Grunde beschäftigt sich dieser Autor mit dem Verhältnis der Bürger zu der Institution Psychiatrie. Der Laie hat hiernach folgende Fehltritte:

- Entlassungsziffer wird zu niedrig eingeschätzt.
- Verweildauer wird wesentlich zu hoch angesetzt.
- Nur schwer erkrankte Personen sind nach Meinung des Laien in einer Anstalt untergebracht.

Der Nicht-Profi hat also kaum Vorstellungen über den Ablauf in den Institutionen und kann auch das Klientel nicht richtig einschätzen. Hierdurch entsteht für die aus einer stationären Behandlung entlassenen Personen eine Art labeling process. Allein aus dem Fakt heraus, dass sie klinisch behandelt worden sind, werden ihnen von ihrem Umfeld sämtliche der oben genannten Eigenschaften der schwer psychisch Erkrankten zugeschrieben. Schildert man dagegen Störungen, die nicht zu den besonders schwerwiegenden gehören, reagiert der Laie mit Toleranz oder eventuell mit Verunsicherung. Schwer psychisch kranke Personen gehören dagegen nach Meinung der Laien in die Obhut von Experten, wobei er dann auf alle Möglichkeiten der Einflussnahme verzichtet. Unter der Fragestellung, woher der Laie seine Vorurteile bezieht, gibt Stumme an, dass sich diese kaum von einigen auch bei Experten existenten unterscheiden.

Als böartige These, die ich auch vertreten möchte, lässt sich formulieren:

- Vorurteile der Bevölkerung werden als Grund für schleppende Reformen auf dem Gebiet der Resozialisierung vorgeschoben.
- Eine ständige Erweiterung des Institutionsbereiches führt zu einer erhöhten Ausgliederung der Kranken, da die stationäre Behandlung automatisch zur Stigmatisierung führt.

### 5.2.2. Der psychisch Kranke in den Massenmedien

Massenmedien sollen mir in meiner Arbeit als Indikator für bestehende Vorurteile gegenüber Patienten der Psychiatrie dienen.

Zuerst möchte ich mich mit dem Artikel von Ute Schneider und Stefan Wieser beschäftigen.<sup>37</sup> Die beiden Autoren stellen folgendes fest:

- Das Verhältnis Einzelfallbeschreibung versus allgemeiner Information beträgt vier zu eins.
- Die beschriebenen Fälle behandeln im Wesentlichen Verstöße gegen die bestehende Rechtsordnung und spektakuläre Verbrechen.
- Psychiatrische Institutionen werden im Regelfalle sehr negativ dargestellt.
- Krankheitsbegriffe werden mit stark negativer Wertung verbunden.
- Der Erkrankte wird nicht als leidender Patient und als behandlungsbedürftig, sondern als ein kurioses, unbegreifliches, makabres, grobe Taten begehendes und somit die öffentliche Ordnung und Sicherheit störendes und gefährliches Individuum dargestellt.

-

Es zeigt sich, dass gerade in der Regenbogenpresse der psychisch Erkrankte aus Sensationslust und dann auch dementsprechend negativ dargestellt wird. Die Vorurteile der Presse sind dabei wahrscheinlich überzeichnete Versionen der in der Bevölkerung existenten. Allerdings sind nach einigen Aussagen die Pressemitarbeiter durchaus zu einer Zusammenarbeit mit Fachkräften bereit, behaupten aber, dass diese Bereitschaft nicht gegenseitig sei.

---

<sup>37</sup> Schneider, (Der psychisch Kranke in den Massenmedien, 1971), S. 38 ff.

Eine weitere Untersuchung über die Darstellung psychisch Kranker haben H. Jürgen Kagelmann und Rosmarie Zimmermann<sup>38</sup> herausgegeben. Unter anderem wird besonders die Comic- und Trivilliteratur untersucht, wobei bestritten wird, dass nur diese Medien an den bei der Bevölkerung existenten Vorurteilen beteiligt sind. Es ergab sich folgendes:

1. Psychisch Kranke werden gerade in dieser Literaturgattung als hässlich und oft auch als ekelregend geschildert.
2. Gewöhnlich werden nur schwere Fälle beschrieben.
3. Negative Merkmale werden oft auf psychisch Kranke gehäuft. Diese sind moralisch schlecht, kriminell, brutal, schmutzig, unangenehm, lästig, dumm, schwachsinnig.
4. Um dem Leser eine möglichst schnelle Orientierung zu ermöglichen, werden die Kranken in ihrem Äußeren stereotyp dargestellt. Sie besitzen einen typischen Gesichtsausdruck, eine typische Mimik und Gestik.

Als Ursachen einer psychischen Erkrankung werden in dieser Literaturgattung folgende angesehen:

- Irrationale Gründe
- Medizinisch-naturwissenschaftliche Gründe
- sehr selten: psychosoziale Gründe

Therapeutische Erfolge lassen sich nach Meinung der Trivilliteratur nur bei leichten Fällen erzielen; bei schweren dagegen ist jede Hoffnung vergebens.

Wie bereits von Stumme geschildert, werden auch in den Medien nur Extrema geschildert, um der Sensationslust Rechnung zu tragen.

---

<sup>38</sup> Vgl. Kagelmann, (Massenmedien und Behinderte, 1982),

### 5.3. Bedeutung der Vorurteile für den Erkrankten und für seine Familie

Nachdem ich versucht habe, existente Vorurteile mit Hilfe von Indikatoren aufzuzeigen und auch auf die allgemeine Vorurteilsproblematik und ihre Bedeutung/Funktion für den Einzelnen und die Gesamtgesellschaft hinzuweisen, bleibt mir nun der Teil, die Bedeutung des Vorurteils für den Kranken und seine Familie darzustellen. Sobald im Rahmen des Laiendiagnosesystems zum ersten Male der Verdacht einer psychischen Erkrankung auftritt, wird der Patient vom Sonderling, dem man auswich, zum gefährlichen Geisteskranken, mit dem jeder Kontakt auf jeden Fall vermieden werden muss, um sich selbst zu schützen. Mit der Klinikeinweisung wird diese „Diagnose“ verifiziert. Nach Meinung des Laien werden schließlich nur ganz schwere Störungen stationär behandelt, deren Heilungschancen minimal sind. Der Patient, der schon vor seiner stationären Therapie sich selbst als gebrandmarkten Außenseiter erleben musste und dessen abweichendes Verhalten gerade durch diesen labeling process eskaliert ist, trägt nach seiner Entlassung das Stigma des unheilbar schwer geistig Erkrankten, dem diese Eigenschaften nicht mehr aufgrund seines Verhaltens sondern nur noch aufgrund seiner stationären Behandlung zugeschrieben werden. Gerade in der Phase der Rehabilitation, in der er sowohl in seinem Privatleben als auch im beruflichen Sektor auf ein Angenommenwerden durch das Umfeld angewiesen ist, verhindert gerade dieser Makel seine Reintegration.

Auch die Angehörigen des Erkrankten sind direkt von der Stigmatisierung ihres Familienmitgliedes betroffen. Im Rahmen einer Art von Sippenhaftung werden auch die nächsten Angehörigen mit Vorurteilen belegt. Einmal wird häufig angenommen, dass Störungen im psychischen Bereich genbedingt und somit vererbbar sind, zum anderen glaubt der Laie häufig, dass in Familien mit einem Erkrankten dessen Fehlverhalten von den Kindern imitiert und

letztendlich übernommen wird, da ein „Geisteskranker“ schließlich nicht in angemessener Form als Erzieher fungieren kann. Der dritte Aspekt für die gesellschaftliche Ächtung der Angehörigen findet ihre Ursache in der Ansicht, dass sie an der Erkrankung schuld sind, da ihre Familie ein pathogenes Feld bildet.

Der Angehörige sieht sich also einer doppelten Problematik gegenüber. Er muss befürchten, selber krank zu werden, beziehungsweise diese Erkrankung an seine Nachfahren zu vererben. Zum anderen leidet er unter einem Schuldkomplex gegenüber dem Erkrankten. Er muss sich beständig fragen, was er falsch gemacht hat. Dieses Schuldgefühl wird häufig auch noch durch das mit dem Erkrankten beschäftigte Fachpersonal verstärkt, welches oft nur die Problematik des Patienten selbst fokussiert.

Zu diesem mehr emotionalen Leiden kommt auch noch der sanktionierende gesellschaftliche Ausschluss durch das Umfeld. In einer Zeit, wo das Binnenklima der bisher Schutz bietenden Familie sehr starken Belastungen ausgesetzt ist und der Haushalt auseinanderzubrechen droht, wird es dem Angehörigen zusätzlich erschwert, in Außenkontakten befriedigende Interaktionen zu erleben. Für Kinder ist es besonders schwer zu begreifen, warum sie plötzlich nicht mehr mit den Kindern der Nachbarschaft in Kontakt treten können. Es mag durchaus sein, dass sie dem Erkrankten hieran die Schuld geben und so seine Integration in die Familie nach seiner Entlassung auf ein zusätzliches Problem trifft. Der Versuch einer betroffenen Familie, die psychische Erkrankung eines ihrer Mitglieder solange als irgendwie möglich geheim zu halten, wird bei Kenntnis dieser Faktoren durchaus verständlich.

## 6. Neue Sichtweise des psychisch Kranken unter Bezugnahme auf Alf Trojan

Nachdem ich versucht habe, das prozesshafte Geschehen im Krankheitsverlauf deutlich zu machen und auf die Vorurteilsproblematik eingegangen bin, erscheint es mir wichtig, mich mit Alf Trojan und seiner Auseinandersetzung mit dem Labeling-Ansatz zu beschäftigen. Wie bereits im vorherigen Teil meiner Arbeit angeschnitten, wird der medizinisch orientierte Diagnoseversuch weder dem Geschehen selbst noch dem inneren Leiden des Klienten völlig gerecht. Mit dem Erstellen einer solchen Diagnose wird das prozesshafte und auf Wechselwirkung zwischen dem abweichenden Verhalten des Patienten und den sanktionierenden Reaktionen der Umwelt beruhende Gesamtgeschehen, leicht aus den Augen verloren.

Meiner Meinung nach aber ist ein möglichst breit gefächertes Verstehen des Kranken die Grundvoraussetzung für eine Änderung der Strukturen, die seine Rückkehr in die Klinik begünstigen. Auf lange Sicht hinaus ist es vielleicht sogar möglich eine Bewusstseinsänderung zuerst bei dem Fachpersonal und dann auch bei der Bevölkerung zu initiieren. Nicht umsonst stellen die sanktionierenden und etikettierenden Außenstehenden einen wesentlichen Bestandteil der Theorie des Labeling - Ansatzes dar.

## 6.1. Die von Alf Trojan entwickelten Hypothesen

Zuerst möchte ich anhand der von ihm aufgestellten Hypothesen einen Einstieg in die Theorie vermitteln:<sup>39</sup>

"Hypothese 1:

Je größer zu einem Zeitpunkt (t1) bei einer Person A die Diskrepanz zwischen der Intensität ihrer Ziele und den Möglichkeiten, diese zu realisieren, ist (kurz: 'je größer die Ziel-Mittel-Diskrepanz ist), desto größer ist die Intensität normverletzenden Verhaltens dieser Person in, einem nachfolgenden Zeitraum (t1 - t2)."<sup>40</sup>

"Hypothese 2:

Je größer die Intensität normverletzenden Verhaltens einer Person in einem Zeitraum (t1 - t2) ist, desto größer ist die Intensität, desto größer ist der Stigmatisierungsgrad und desto größer ist der Deprivationsgrad informeller Kontrollreaktionen, die diese Person in einem anschließenden Zeitraum (t2 - t3) erfährt."<sup>41</sup>

"Hypothese 3:

Je größer die Intensität normverletzenden Verhaltens einer Person A in einem Zeitraum (t1 - t3), je größer die Intensität und der Stigmatisierungsgrad informeller Kontrollreaktionen, die A in diesem Zeitraum (t1 - t3) erfährt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der formellen Zuschreibung eines abweichenden Merkmals zu einem späteren Zeitpunkt (t4)"<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978)

<sup>40</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), S. 32

<sup>41</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), S. 34  
Informelle Kontrollreaktion = Kontrollreaktion von Nicht-Fachleuten

<sup>42</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), S. 36

"Hypothese 4:

Wenn normverletzendes Verhalten und informelle Kontrollreaktionen zur formellen Zuschreibung eines abweichenden Merkmals geführt haben, gilt: Je größer die Intensität normverletzenden Verhaltens einer Person A in einem vor der Zuschreibung liegenden Zeitraum (t1 - t4), und je größer die Intensität und der Stigmatisierungsgrad informeller Kontrollreaktionen in diesem Zeitraum, desto größer ist die Intensität, desto größer ist der Stigmatisierungsgrad und desto größer ist der Deprivationsgrad formeller Maßnahmen in einem anschließenden Zeitraum (t4 - t5)."<sup>43</sup>

"Hypothese 5.1:

Je größer die Intensität normverletzenden Verhaltens einer Person A, je größer die Intensität, der Stigmatisierungs- und der Deprivationsgrad informeller und formeller Kontrollreaktionen, die Person A in einem Zeitraum (t1 - t5) erfährt, desto größer ist der Anstieg des Abweichungsgrades ihrer Identität und desto größer ist die Intensität des abweichenden Fremdbildes Dritter am Ende dieses Zeitraums.

Hypothese 5.2:

Je größer die Intensität des abweichenden Fremdbildes, das Dritte von einer Person A haben, desto größer ist die Intensität der abweichenden Identität dieser Person A."<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 37

<sup>44</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 37

Mit Abweichungsgrad der Identität meint Alf Trojan:

„Grad der Anerkennung eines von anderen zugeschriebenen Merkmals als zutreffende Charakterisierung der eigenen Persönlichkeit durch eine Person A und der Grad der Bewertung der eigenen, als zutreffend empfundenen Charakterisierung als unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal.“

„`Intensität des abweichenden Fremdbildes Dritter` wird definiert als Ausmaß in dem Dritte von einer Person A glauben, dass abweichende Merkmale unveränderlich zur Persönlichkeitscharakteristik der Person A gehören.“  
Beide Zitate siehe Seite 38 seines Buches.

"Hypothese 6:

Je größer der Abweichungsgrad der Identität einer Person A zu einem bestimmten Zeitpunkt ( $t_5$ ), je größer die Ziel – Mittel - Diskrepanz zu diesem Zeitpunkt, desto größer ist die Intensität abweichenden Verhaltens der Person A in einem darauf folgenden Zeitraum ( $t_5 - t_6$ ).<sup>45</sup>

"Hypothese 7:

Je größer die Intensität abweichenden Verhaltens einer Person A in einem Zeitraum ( $t_5 - t_6$ ), desto größer die Intensität, desto größer der Stigmatisierungsgrad und desto größer ist der Deprivationsgrad von (formellen und informellen) Kontrollreaktionen, die Person A in einem anschließenden Zeitraum ( $t_6 - t_8$ ) erfährt.<sup>46</sup>

"Hypothese 8:

Je größer die Intensität und der Stigmatisierungsgrad formeller Kontrollreaktionen, die eine Person A in einem Zeitraum ( $t_6 - t_7$ ) erfährt, desto größer ist die Intensität, der Stigmatisierungs- und der Deprivationsgrad informeller Kontrollreaktionen in einem darauf folgenden Zeitraum ( $t_7 - t_8$ ).<sup>47</sup>

"Hypothese 9:

Je höher der Grad der (objektiven) Benachteiligung einer Person A, desto größer ist ihre (subjektive) Ziel – Mittel - Diskrepanz.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 39

<sup>46</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 39

<sup>47</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 40

<sup>48</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 42

"Hypothese 10:

Je niedriger der Stigmatisierungsgrad und je niedriger der Deprivationsgrad von Kontrollreaktionen, die eine Person A in einem Zeitraum erfährt, desto geringer ist der Benachteiligungsgrad und desto geringer ist die Ziel - Mittel - Diskrepanz der Person A am Ende dieses Zeitraums. <sup>49</sup>

"Hypothese 11:

Je stärker in einem Zeitraum der Benachteiligungsgrad, die Ziel-Mittel-Diskrepanz, der Abweichungsgrad der Identität einer Person A und die Intensität des abweichenden Fremdbildes, das Dritte von A haben, durch Kontrollreaktionen gesenkt werden, desto geringer ist die Intensität abweichenden Verhaltens der Person A in einem darauf folgenden Zeitraum. <sup>50</sup>

Im weiteren Verlauf seiner Arbeit bringt Alf Trojan seine Hypothesen in Konfrontation zur Praxis und weist so deren Wirklichkeitsgehalt nach. Der Autor billigt seinem Reaktionsansatz eine "integrative Funktion für die mit psychisch abweichendem Verhalten befassten Disziplinen"<sup>51</sup> zu. Gerade diese integrative Funktion aber würde sicherlich eine bessere Koordination zwischen den einzelnen Fachrichtungen erlauben und so dem Kranken von großem Nutzen sein. Ein weiteres Divergieren zwischen medizinischer und soziologischer Betrachtungsweise würde vermieden, was die aus diesem Disput resultierende Verunsicherung aller drei Ebenen von Beteiligten - Fachkräfte, Patient, Umfeld - erheblich verringern würde.

---

<sup>49</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 45

<sup>50</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 47

<sup>51</sup> Trojan, (Psychisch krank durch Etikettierung?, 1978), 154

## 6.2. Bedeutung des Reaktionsansatzes für den Erkrankten selbst und für seine Angehörigen

Für den Erkrankten bedeutet ein „Diagnostizieren“ nach der Methode des Reaktionsansatzes eine Entlastung von der statischen medizinischen Diagnose, die bisher auch in einer Art von selffulfilling-prophecy für die Entwicklung seiner Erkrankung für ihn Bedeutung hatte. Es wird ihm erleichtert, seine eigene Krankheitsgeschichte anhand dieses Modells nachzuvollziehen und sowohl seine eigenen als auch fremde Anteile am Geschehen zu hinterfragen. Für den Familienangehörigen bedeutet der Reaktionsansatz, seine Rolle am Geschehen deutlich wahrnehmen zu können. Er kann den Krankheitsverlauf als Kette von actio und re-actio zu erkennen lernen, ohne dass ihm das Stigma „Ungehöriger“ und signifikantes Mitglied eines pathogenen Umfeldes zugeschrieben wird. Der bisher häufig mystifizierte Einbruch in die Krankheit kann ihm erklärbar werden. Dadurch dass das erkrankte Mitglied entmystifiziert wird, ist es für den Rest der Familie mit einem geringeren Angstpotential besetzt und seine Reintegration in seine Herkunftsfamilie kann wesentlich erleichtert werden. Da am Anfang der beschriebenen Antikarriere nicht mehr ein charakterlicher Mangel oder geistige Minderwertigkeit steht, sondern eine Ziel – Mittel - Diskrepanz, wird der Angehörige von seiner Rolle als moralisierender Richter oder als Erzieher entbunden und kann, da ja den Kranken kein Eigenverschulden im engeren Sinne mehr trifft, mit diesem und seiner Störung erheblich „lockerer“ umgehen. Es kann ihm ermöglicht werden, seinen kranken Angehörigen mit seinem Sosein anzunehmen und die Krankheit als zu einem Stadium dessen Reifeprozesses zugehörig zu empfinden.

## 7. Wünschenswerte Veränderungen

Abschließend möchte ich mich mit den Hilfsmöglichkeiten für den Klienten und seine Familie beschäftigen, wobei ich ein besonderes Gewicht auf die Familie legen möchte. Mir ist bewusst, dass Veränderungen nicht von heute auf morgen erreichbar sind, sondern einen krönenden Abschluss für einen langen Veränderungsprozess darstellen.

### 7.1. Der Präventivbereich

Gerade im Präventivbereich mit seiner Vielfalt von beteiligten Institutionen und Berufsgruppen sind Veränderungen wünschenswert. Häufig wird in diesem Feld ohne die dringend notwendige Koordination zwischen den einzelnen Hilfseinrichtungen gearbeitet. Neben berufsbedingten / ausbildungsbedingten verschiedenen Sichtweisen der Krankheitsproblematik mag auch eine gewisse Rivalität der Gruppen untereinander die Ursache sein. Selbst in multidisziplinär besetzten Teams, wie sie zum Beispiel in Beratungsstellen vorgefunden werden können, zeigt sich eine durch tarifliche Gegebenheiten manifestierte Statushierarchie.

Weiterhin ist beklagenswert, dass fast jede Beratungsstelle ein Spezialklientel (Kinder, Drogenabhängige, Alte, Behinderte, Suizidale etc.) besitzt und eine kooperative Zusammenarbeit meist nur durch Privatinitiativen der Mitarbeiter der einzelnen Dienststellen möglich gemacht wird. Beratungszentren, die aufgrund der Vielzahl der in ihnen vertretenen Dienste eine optimalere Versorgung des Klienten und seiner Familie gewährleisten können, da sie nicht auf ein Spezialproblem fixiert sind, sind leider in der Praxis noch die Ausnahme.

Nicht nur psychiatrisch geschultes Fachpersonal kann im Präventivbereich erfolgreich tätig sein, sondern auch im pädagogischen und sozialpädagogischen

Vorfeld können Lehrer, Erzieher, Kindergärtner und ähnliche Berufsgruppen erste Störzeichen wahrnehmen, weiterleiten oder bei Bagatelstörungen selbstständig intervenieren. Eine Fortbildung dieses Personenkreises wäre dann allerdings erforderlich und eine Supervision durch die Beratungsstellen sicherlich von großem Vorteil.

Da nach Horst E. Richter<sup>52</sup> eine Sensibilisierung der Bevölkerung hinsichtlich psychosozialer Fragestellungen deutlich erkennbar sei, ist es wünschenswert, diese Sensibilisierung weiterhin zu fördern und ihr den Umgang mit ihrem Nächsten durch Schulung und Erhöhung der Konfliktlösungspotenzen zu erleichtern und hierdurch das Selbsthilfepotential zu stärken. Allerdings ist dies nicht durch eine Verunsicherung durch pseudowissenschaftliche Fernseh- und Illustriertenbeiträge erreichbar wie Horst E. Richter beklagt. Er meint "vor allem solche Sendungen, in denen nicht die Selbsthilfekapazität des Publikums angesprochen wird, sondern umgekehrt geradezu planmäßig Ängstlichkeit, Unsicherheit und Hypochondrie erzeugt werden, ...".<sup>53</sup> Die Klage von Elternpaaren, die aussagen, gleichgültig, wie sie erziehen würden, hätten sie doch ständig den Eindruck, irgendetwas falsch zu machen und gravierende Folgen für die geistige Gesundheit ihres Kindes befürchten, spricht sicherlich für diese allgemeine Verunsicherung.

Da Familie nicht generell als Verursacher aller Störungen anzusehen ist, sondern sie auch auf Tatbestände trifft, die pathogen sind, ist es erforderlich, die sozialen Gegebenheiten näher zu untersuchen, unter denen eine psychische Erkrankung besonders häufig ist, und Überlegungen anzustellen, wie diese Gegebenheiten durch gesellschaftspolitische Maßnahmen geändert werden können. Für den Einzelfall heißt das, dass nicht nur die Familie des Betroffenen in die Überlegungen mit einbezogen wird, sondern dass ein besonderes Augenmerk auf Umfeld und Berufsleben gerichtet wird.

---

<sup>52</sup> Vgl. Richter, (Vorbeugung von psychogenen Störungen in der Familie, 1976)

<sup>53</sup> Vgl. Richter, (Vorbeugung von psychogenen Störungen in der Familie, 1976), S. 27

## 7.2. Der Behandlungsbereich

Im Behandlungsbereich besteht zunächst auch wieder der Wunsch nach mehr kooperativer Zusammenarbeit der einzelnen in der Psychiatrie tätigen Personen. Auch der Klient soll in diese Kooperation einbezogen werden. Statt einer bisher üblichen hierarchischen Ordnung, die den Patienten entpersönlicht und unselbstständig macht, wird hier die Forderung nach der Therapeutischen Gemeinschaft laut. In ihr ist es dem Erkrankten möglich, aktiv an seiner Behandlung teilzunehmen. In der Theorie der Therapeutischen Gemeinschaft werden folgende Grundsätze angegeben: "Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten, freier Fluss von Information und Kommunikation, Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit, Ausschöpfung des Interaktions- und Kommunikationspotentials in einem Patienten und Therapeuten einbeziehenden sozialen Lernprozess."<sup>54</sup>

Weiterhin ist eine gemeindenahere Psychiatrie erforderlich, um eine Ausgliederung des Patienten aus seinen Subsystemen zu vermeiden. Es soll versucht werden, um das Selbsthilfepotential der Klientel zu erhalten, mit einem Minimum an Versorgung, Betreuung und vor allem institutionalisierender Behandlung auszukommen. In diesem Zusammenhang ist auch die Therapeutische Kette zu sehen, die dem jeweiligen Stadium der Erkrankung des Patienten die jeweilige optimale Behandlung zukommen lässt. Durch sie wird es dem Kranken ermöglicht, sich nach stationärer Behandlung schrittweise zu rehabilitieren. Im Rahmen der Behandlung erweist sich ein Umdenken des Profis als wünschenswert. Psychische Erkrankung ist immer in ihrem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang zu sehen. Für die Beschreibung der Krankheit ist eine flexible, dem prozesshaften der Erkrankung angepasste Diagnoseart, wie sie Trojan beschreibt, von hohem Werte.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge  
Hrsg., (Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1980)

<sup>55</sup> Siehe auch Kapitel 6 dieser Arbeit

### 7.3 Die Arbeit mit statt an der Familie

Sowohl im Präventivbereich als auch bei der Behandlung und der Rehabilitation / Reintegration muss eng mit der Familie des Erkrankten zusammengearbeitet werden. Um eine Ausgliederung und ein Sich – Fremd - Werden zu vermeiden, darf der Kontakt zwischen Patient und Familie nicht abreißen. Häufig kommt hier dem Profi eine Vermittlerrolle zu.

Arbeiten mit der Familie hat für mich nicht die Bedeutung, dass Familie nur als pathogenes Feld und als den Klienten belastend und somit als unbedingt zu ändern aufgefasst wird, sondern ich bin der Ansicht, dass auch die Familie als Klient ( und somit nach der Grundbedeutung dieses Begriffes als Schutzbefohlene(r) anzusehen ist. Der Angehörige erlebt sich oft genug als „Ungehöriger“ und leidet unter Schuldgefühlen, die durch Fachpersonal und Umfeld häufig noch verstärkt werden. Sicherlich ist der Kranke nicht selten Symptomträger von Interaktionsstörungen in der Familie, aber die Tatsache, dass sie selbst keine so deutlichen Merkmale tragen wie der Patient, heißt noch lange nicht, dass die Angehörigen nicht ebenfalls unter der gegebenen Situation leiden. Auch ihr eigenes Leiden ist durchaus der Aufmerksamkeit wert. Der Angehörige leidet nicht nur unter der Binnensituation der Gruppe, sondern auch unter der Stigmatisierung durch das Umfeld. Während der Patient irgendwann den ihn entlastenden Status des Kranken erhält, wird die Problematik des Angehörigen selten in ihrer ganzen Bedeutung voll erkannt. Familientherapie heißt also, nicht mit dem Kranken gegen seine Familie, sondern mit dem Kranken und mit der Familie an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten, das für jeden Angehörigen von Wert ist.

## 8. Schlussbemerkungen

Ich hoffe, dass es mir gelungen ist, im Verlauf meiner Arbeit deutlich zu machen, dass Beziehungen im zwischenmenschlichen Bereich den Dreh- und Angelpunkt der Bemühungen um Veränderungen in der Psychiatrie darstellen. Eine besondere Aufgabe hat hierbei die Familie des Erkrankten zu leisten.

Die Familie ist in der heutigen Zeit, in der die von der Industriegesellschaft geforderte vertikale und horizontale Mobilität des Einzelnen die Bildung der früher so effektiven Großfamilien verhindert, nicht mehr in der Lage, Störungen so souverän gegenüberzutreten wie früher. Ihr Selbsthilfepotential ist wesentlich geringer geworden. Selbst wenn wir der Familie jedwede professionelle Hilfe zuteil werden lassen, so ist dennoch das System selbst zu hinterfragen. Wenn die Großfamilie auch wohl nicht wieder ins Leben gerufen werden kann, so sollte doch überlegt werden, wie man deren ehemaligen Aufgaben durch andere Gruppenkonstellationen wenigstens teilweise ersetzen kann. Ich denke hier besonders an Nachbarschaftsgruppen und ähnliche Organisationsformen. Leider leben die Familien jedoch heute in der Anonymität der Städte von anderen isoliert, es zeigen sich aber hier und dort schon Initiativen zur Zusammenarbeit. Ein erster Schritt, wieder größere aber dennoch flexible Gemeinschaften zu initiieren, wäre sicherlich die Schaffung von mehr Kommunikationszentren in den einzelnen Nachbarschaftssystemen. In Mietshäusern könnte zum Beispiel ein Gemeinschaftsraum eingerichtet werden. Die Unpersönlichkeit der Wohnsilos zu durchbrechen muss hierbei die erste Forderung sein. Eine Familie, die eingebunden ist in eine stützende Nachbarschaftsbeziehung, wird bei Problemen - die psychische Erkrankung ist sicher ein erhebliches - von ihrer Einzelkämpfersituation entlastet.

Ein mehr Miteinander der Einzelnen wäre vielleicht auch in der Lage, Ressentiments gegen den Psychisch Kranken abzubauen und so sowohl seine berufliche Rehabilitation als auch seine Reintegration in seine Familie zu erleichtern. Vielleicht wird es uns ja irgendwann gelingen, den Erkrankten als Mitbürger zu sehen und ihn nicht über sein Kranksein sondern über seine positiven Anteile zu definieren und zu erkennen, dass psychische Erkrankung weder mit Charakterschwäche noch mit Eigenverschulden und mangelndem Sich - Zusammenreißen, sondern mit einer durch eine Ziel - Mittel - Diskrepanz verursachten Störung zu tun hat.

## Literaturverzeichnis

Barres, Egon  
Vorurteile  
Opladen 1978

Battegay, Raymond  
Der Mensch in der Gruppe, Band III  
Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie  
2. Aufl. Bern 1972

Büsche, Friedhelm; Walz, Johann B.  
Familie in der Gesellschaft  
Hannover 1980

Claessens, Dieter; Milhoffer, Petra Hrsg.  
Familiensoziologie  
Frankfurt am Main 1974

Cumming, John; Cumming, Elaine  
Ich und Milieu  
Aus dem Amerikanischen übersetzt von Gerda Peters  
Göttingen 1979

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Hrsg.  
Fachlexikon der sozialen Arbeit  
Frankfurt am Main 1980

Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland Hrsg.  
Psychisch Krank  
Stuttgart 1976

Dörner / Haerlin / Rau / Schernus / Schwendy Hrsg.  
Der Krieg gegen die psychisch Kranken  
Rehburg - Loccum 1980

Dörner, Klaus  
Diagnosen der Psychiatrie  
Frankfurt am Main 1975

Dörner, Klaus; Plog, Ursula  
Irren ist menschlich  
5. Aufl. Rehburg-Loccum 1980 (1978 1 Wunstorf/Hannover)

Dörner, Klaus; Plog, Ursula  
Sozialpsychiatrie  
2. korrigierte Aufl. Neuwied und Berlin 1973 (19721)

Donzelot, Jacques  
Die Ordnung der Familie  
Frankfurt am Main 1980

Eberhard, Dr. Gunter A.  
Handbuch der Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten,  
Köln 1970

Emge, Richard M.  
Soziologie des Familienhaushalts  
Paderborn 1981

Ferber, Christian von; Ferber, Lieselotte von  
Der kranke Mensch in der Gesellschaft  
Reinbek bei Hamburg 1978

Gastager, Heimo; Gastager, Susanne  
Die Fassadenfamilie  
München 1973

Hohm, Hartmut  
Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken  
Weinheim, Basel 1977

Jansen, Gabriele; Kluge, Karl-Josef  
Die Familie im Spannungsfeld zwischenmenschlicher Beziehungen  
Bonn 1980

Kagelmann, H. Jürgen; Zimmermann, Rosmarie Hrsg.  
Massenmedien und Behinderte  
Weinheim, Basel 1982

Keupp, Heinrich; Zaumseil, Manfred Hrsg.  
Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens  
Frankfurt am Main 1978

Lamousé, Annette  
Die Rollenstruktur der Familie  
Berlin 1974

Lauter, Hans; Meyer, Joachim-Ernst Hrsg.  
Der psychisch Kranke und die Gesellschaft  
Stuttgart 1971

Mc Call, George; Simmons, J. L.  
Identität und Interaktion  
Düsseldorf 1974

Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von; Horn, Klaus Hrsg.  
Der Kranke in der modernen Gesellschaft  
4. Aufl. Köln 1972

Obiols, Juan  
Antipsychiatrie  
Reinbek bei Hamburg 1978

Ortner, Helmut; Wetter, Reinhard  
Gefängnis und Familie  
2. Aufl. Berlin 1978

Parsons, Talcott  
Sozialstruktur und Persönlichkeit  
4. Aufl. Frankfurt am Main 1981

Richter, Horst E.; Strotzka, Hans Willi, Jürg Hrsg.  
Familie und seelische Krankheit  
Reinbek bei Hamburg 1976

Rothschuh, Karl E.  
Was ist Krankheit  
Darmstadt 1975

Sim, Myre  
Hilfe für den psychisch Kranken  
2. Aufl. Stuttgart 1974

Skynner, A. C. Robin  
Die Familie - Schicksal und Chance  
Olten 1978

Stierlin, Helm  
Delegation und Familie  
Frankfurt am Main 1978

Stumme, Wolfgang  
Psychische Erkrankungen - Im Urteil der Bevölkerung  
München, Berlin, Wien 1975

Trojan, Alf  
Psychisch Krank durch Etikettierung?  
München, Wien, Baltimore 1978

Wieser, Stefan  
Isolation - Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall  
Reinbek bei Hamburg 1973

Willi, Jürg  
Therapie der Zweierbeziehung  
Reinbek bei Hamburg 1978

Zuk, Gerald H.  
Familientherapie  
zweite Auflage Freiburg im Breisgau 1978

## Zeitschriftenartikel

Achinger, Gertrud  
Der psychisch Kranke und seine Familie  
in: Medizin. - Mensch - Gesellschaft  
Heft 3/1979, Seite 159-165

Angermeyer, Matthias C.; Hofmann, Jörn  
Der Psychiater und die Angehörigen schizophrener Kranker:  
Eine Untersuchung zur personalen Wahrnehmung  
in: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie  
Heft 2/1981; Seite 158-167

Matern, Waltraud; Wahlster, Thomas  
Arbeitsgruppenleiter  
Arbeitsgruppe 7: Sozialarbeit in der Psychiatrie  
in: Der Sozialarbeiter  
Heft 1/1978, Seite 32-39

Mattejat, F.; Remschmidt, H.  
Medizinische Psychologie  
Oberflächen- und Tiefenaspekte des Interaktionsverhaltens  
in: Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie  
Heft 3/83, Seite 117-122                    33.Jahrgang

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe und außer den angegebenen keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Paderborn, den 16.04.84