

Asmus Finzen

Die Psychiatrie – eine Zumutung für die Familie?

Dieser Aufsatz ging aus zwei – frei gehaltenen - Vorträgen des Verfassers hervor: zum 15. Kongress über die „Subjektive Seite der Schizophrenie“ und zur Feier des 25jährigen Bestehens des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Hamburg am 27.2. und am 20.3.2013, die ähnliche Themenvorgaben hatten: „Familie: Ressource und Konfliktfeld – Eine generationenübergreifende Perspektive“ und „Familien: Störenfriede oder Verbündete“. Die Idee, die Perspektive zu wechseln – nicht nur im Titel – drängte sich erst während der Arbeit am Text auf. Es ist weniger die Perspektive des Psychiaters als die eines zornigen Angehörigen; und der bin ich auch.

Familie: Konfliktfeld oder Ressource; Störenfried oder Verbündete. Solche und ähnliche Themen haben Konjunktur. Wieso eigentlich? Warum wird diese Frage gerade von Seiten der Psychiatrie immer wieder gestellt? Warum müssen Familien mit psychisch kranken Mitgliedern eins von beidem sein? Ist das wirklich das Wichtigste, was die Psychiatrie an den Familien ihrer Patienten interessiert? Ob man sie nutzen kann; oder ob man sie als Quertreiber fürchten muss? Und warum stellen Angehörige diese Frage ebenso beharrlich? Sie möchten natürlich als Verbündete – der Therapeuten - wahrgenommen werden, als Helfer, nicht als Störer. Aber wissen sie, was sie da tun? Demütigen sie sich nicht, indem sie um etwas bitten, was eine Selbstverständlichkeit sein sollte: dass sie Ernst genommen und dass sie respektiert werden.

Es ist banal: Familien sind Ressourcen und Konfliktfelder zugleich; alle Familien. Und wenn eines ihrer Mitglieder langfristig erkrankt, sind sie jenseits der Alltagsprobleme in besonderer Weise belastet. Sie haben Anspruch auf Hilfe. Der Störenfried ist zunächst einmal die Krankheit, nicht der „krankheitsuneinsichtige“ Patient und nicht seine Familie. Und die Krankheit ist die allererste Herausforderung für die Therapie. Erst wenn sich die Beteiligten darüber einig sind, sind die Voraussetzungen für eine Kooperation bei der Behandlung gegeben. Erst dann kann man Bündnisse schaffen – zu allererst zwischen Therapeuten und Patienten, dann aber unter Einbeziehung der Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen der Kranken. Erst dann ist es möglich, potentielle Konfliktfelder auszuloten, versteckte Störungen aufzudecken und Ressourcen im Umfeld zu aktivieren.

Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Therapeuten, Kranken und Angehörigen ist aber auch die Aufklärung darüber, welche Lehrmeinungen die Behandelnden vertreten, auf welche wissenschaftlichen Vorstellungen sie ihr Handeln stützen. Das klingt banal. Tatsache ist aber, dass die Psychiatrie im Laufe der Jahrzehnte ihre Grundposition verändert hat, zum Teil radikal verändert. So habe ich zum Beispiel in einer meiner ersten Psychiatrie-Vorlesungen (1963) gelernt, Angehörige seien „Ungehörige“. Es lohnt sich, den Blick zurück zu wenden und zu fragen, mit welchen Lehrmeinungen die vier oder fünf Generationen von Psychiatern in ihrer Ausbildung konfrontiert wurden, deren Denken die Gegenwart geprägt hat, sei es als klinisch tätige Ärzte, sei es als Hochschullehrer und Ausbilder, oder sei es als deren Lehrer. Ich habe bei dem Versuch meiner Rückerinnerung fünf Phasen mit jeweils unterschiedlicher „herrschender Meinung“ identifiziert, die mich in meiner Entwicklung beeinflusst oder geprägt haben. 1911, das Erscheinungsjahr von Eugen Bleulers „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“, ist ein unverrückbarer Markstein.

Ich konzentriere mich im Folgenden auf die Haltung der jeweiligen Lehren gegenüber der Familie der Kranken beziehungsweise deren Bewertung. So gilt die Familie

- 1911-1945 als Hort von Degeneration und Träger minderwertiger Erbanlagen,
- 1940-1970 als schuldige Verursacherin der Krankheit durch das Verhalten (double bind) der „schizophrenogenen“ Mutter,
- 1965-1990 als zentrale Partnerin der Kranken, die durch Gestaltung ihres Binnenmilieus und ihres Sozialverhaltens positiven – oder negativen – Einfluss auf Verlauf und Prognose der Psychose nimmt (high bzw. low emotional engagement),
- 1980-2000 im Zeichen der systemischen Therapie als „Bürgerkriegspartei“, die destruktiven Anteil am psychotischen Chaos hat,
- ab ca.1990 im Gefolge der Psychiatrie-Reform ungefragt als kostenlose Nachsorge-Institution

Diese unterschiedlichen Phasen der Psychiatrie-Entwicklung überschneiden sich selbstverständlich zeitlich, zum Teil wohl auch in ihren Inhalten, - wobei ihre

Bedeutung für die Schulpsychiatrie keineswegs identisch sein muss mit ihrer Rezeption in alternativen Kreisen oder in der Öffentlichkeit.

Die Familie als Hort von Degeneration und minderwertigen Erbanlagen

Die meisten dieser Ansätze haben damit zu tun, dass Forschung über Krankheiten regelmäßig deren Ursachen beziehungsweise deren Entstehungsgeschichte im Blick hat. Das wiederum hat mit der naiven Medizinervorstellung zu tun, nur wenn man die Ursache kenne, könne man wirksam behandeln. Zwar widmet Eugen Bleuler der Frage nach der Verursachung in seiner berühmten Monographie über die Gruppe der Schizophrenien ganze sieben von 420 Seiten (1911) - Dabei hält er einleitend fest: „Die Pathologie der Schizophrenie gibt uns keine Anhaltspunkte, wo wir die Ursachen der Krankheit suchen sollen.“ Aber er fügt hinzu: „Und doch wird die Heredität (neben Alter und individuellen Dispositionen) eine Rolle in der Ätiologie der Schizophrenie spielen.“ Diese Annahme stützte sich allein auf die beobachtete familiäre Häufung der Erkrankung.

Damit ist das Stichwort gegeben. Durch die Verknüpfung der Degenerationstheorie des 19. Jahrhunderts (Benedict Morel 1857) mit der aufkommenden Vererbungslehre musste die Ursache der Schizophrenie zwangsläufig in der Familie lokalisiert werden. Im Sinne Morels war sie schuldig; im Sinne der Vererbungslehre verantwortungslos, wenn sie trotz bekannten Risikos Kinder in die Welt setzte. Die furchtbaren Folgen sind bekannt. Die ersten Sterilisationsgesetze wurden übrigens 1907 in Indiana und 1909 in Kalifornien erlassen. (Zwei Jahrzehnte später (1928) folgte der Schweizer Kanton Waadt.) Konsequenz: die Familien der Kranken galten als „minderwertig“; keinesfalls aber als Quelle von Kraft und Unterstützung, als Ressourcen. Diese psychiatrische Lehrmeinung hat geradewegs zu Zwangssterilisation und Massenmord an abertausend psychisch kranken Menschen geführt.

Die „schizophrenogene“ Mutter und der Double Bind

Mit Kriegsende setzte mit Beginn des Siegeszuges der Sozialwissenschaften (und der Psychoanalyse) von den USA ausgehend eine Art „geistig-moralischer“ Wende ein. Für die Psychiatrie bedeutete das, dass die Ursache der schweren psychischen Krankheiten nun nicht mehr in der Biologie der Betroffenen gesucht wurde, sondern in den sozialen Umständen, im makro- und mikrosoziologischen Milieu der Kranken. An die Stelle von Leukotomie und Elektroschock sollte Psychotherapie treten, so etwa die Forderung der klinischen Psychiaterin Frieda Fromm-Reichmann oder des Epidemiologen Fritz Redlich (1958). An die Stelle von „Prävention“ durch Sterilisierung trat die „Sanierung“ des sozialen Milieus. Allein die Ursachenforschung verharrte bei der Familie, letzten Endes bei deren Verantwortlichkeit, deren Verschulden. Um nicht missverstanden zu werden: die psychosoziale Wende bewirkte mittelfristig den Wandel von der Verwahrspsychiatrie zu einem therapeutisch-rehabilitativen Umgang mit den psychisch kranken Menschen.

Sie war Ausgangspunkt für die Entwicklung einer psychotherapeutischen und sozialen Psychiatrie – alles das vor Einführung der Pharmakotherapie in den fünfziger Jahren. Aber der Preis dafür war unendliches Leid der mitbetroffenen Familien – unnötiges Leid. Der Begriff der „schizophrenen Mutter“, den Fromm-Reichmann 1948 geprägt hat, war möglicherweise ein Betriebsunfall. Die Unterstellung einer Double-Bind-Kultur (Bateson) und eines „Marital Schism“ (Lidz) in der Familie als wesentliche Ursachen schizophrener Psychosen war es nicht. Nach der Vererbungslehre hat es keine Krankheitstheorie gegeben, die – vor allem in progressiven Kreisen der Sozialwissenschaften, der Psychologie und der psychodynamischen Psychiatrie, angeheizt durch die englische Antipsychiatrie – so universelle Verbreitung gefunden hat, wie die Fama von der schizophrenen Mutter und ihrer Verwandten. In Deutschland waren die Siebzigerjahre die hohe Zeit dieser Verirrung. (Gregory Bateson war übrigens Sohn eines damals sehr bekannten englischen Vererbungsforschers).

Es gibt keinen Weg daran vorbei: Die frühe psychiatrischen Familienforschung hatte dicke Balken in den Augen, als sie sich auf der Suche nach den Ursachen mit pathologisierendem Blick auf die Familien mit schizophreniekranken Mitgliedern

konzentrierte und dabei den alltäglichen Wahnsinn der „normalen“ Familie ausblendete. Das ist umso unverständlicher, weil die Soziologie zur gleichen Zeit eine sehr viel differenzierendere Sichtweise hatte. Insbesondere das Double-Bind-Phänomen war von Erving Goffman (1959) in seinem Weltbestseller „Wir alle spielen Theater“ als ganz normales - sehr verbreitetes - Alltagsphänomen beschrieben worden, das den Menschen hilft, mit häufigen und schnellen Rollenwechseln zurechtzukommen. Richtig daran ist nur, dass psychosekranke Menschen mit kognitiven Problemen solche Situationen nicht oder nur unter Einschränkungen bewältigen können.

Die Auswirkungen dieser Lehre waren katastrophal: auf die Familien, in denen die Mütter angeschuldigt wurden – und sich schuldig fühlten – die Krankheit ihres Kindes ausgelöst, also verschuldet zu haben; auf die Kranken, denen nahe gelegt wurde, ihre Familien, insbesondere die Mütter, als Schuldige wahrzunehmen. Es wurde zum Therapieziel, diese möglichst von ihrem kranken Angehörigen fernzuhalten und häufig die genesenden Kinder nach der Entlassung daran zu hindern, in die Familie zurückzukehren. Ich habe es in meiner Anfangszeit noch erlebt, dass Mütter von den Therapeuten ihrer Kinder angeblafft wurden: was sie denn überhaupt hier suchten; sie hätten das ganze Unglück doch erst ausgelöst.

Die Theorie von der schizophrenogenen Mutter wurde bereits in den späten sechziger Jahren als Irrlehre entlarvt. Aber sie hat in den Feuilletons, in den Fachschulen für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, in den Krankenpflegeschulen und bei den angeschuldigten Eltern jahrzehntelang nachgewirkt. Sie war ein Unglück für die betroffenen Kranken und ihre Angehörigen. Entgegen allen Behauptungen, das sei doch Schnee von gestern, geistert sie leider auch heute noch innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Szene herum (J. Meyer 2013, J. Berg-Peer 2013).

Verantwortung tragen: Die Sache mit dem „Emotional Engagement“

Seit Mitte der Sechzigerjahre entwickelte sich in London im Kreise um den Psychiatriesoziologen George Brown, den Sozialpsychiater John Wing und deren Schüler Julian Leff und Christine Vaughn (vgl. Katschnig 1989) – beeinflusst durch die

neu gegründete Angehörigenbewegung – ein neuer Ansatz: die Familie bleibt im Mittelpunkt. Aber es geht nicht um die Fokussierung auf die Ursachen sondern um den Einfluss des Familienmilieus auf den Verlauf und die Verhütung, gegebenenfalls aber auch die Förderung des Rückfalls. Entscheidend ist danach das emotionale Binnenmilieu, die Balance von Fürsorge und Abstand, von kritischer und gelassener Atmosphäre im Umgang mit dem Kranken und der Krankheit. Es zeigt sich, dass eine überkritische und überfürsorgliche Haltung sich ungünstig auf den Verlauf auswirkt, ein maßvoller und toleranter Umgang dagegen positiv.

In der Fachsprache haben sich dafür die Bezeichnungen „hohe und niedrige EE-Werte“ eingebürgert. Dabei steht EE für emotional Engagement. Ein Familienmilieu, das durch niedrige EE-Werte gekennzeichnet ist, wirkt nicht nur rückfallverhütend. Es begünstigt auch eine drastische Absenkung des Medikamentenverbrauchs. Der Ansatz ist zu komplex, als dass er hier umfassend dargestellt werden könnte (vgl. Katschnig 1989). Dabei ist er praxistauglich - nicht nur für diagnostische Zwecke sondern auch für Interventionen. Psychoedukative Programme stützen sich in der Regel auf diesen Ansatz, der sich im übrigen zwanglos mit der Vulnerabilitätstheorie der Entstehung von psychotischen Störungen verbinden lässt.

Der Beitrag der Systemik: Die Familie als Bürgerkriegspartei

Seit Ende der Achtzigerjahre ist ein vierter Ansatz dazu in Konkurrenz getreten: die so genannte klinische Epistemologie als Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik (Simon 1988), in der die Familie aus meiner Sicht auf etwas merkwürdige Weise erneut in den Mittelpunkt rückt. So vergleicht Simon die Interaktionsstrukturen bei Psychosen mit denen eines totalitären Staates, dessen Verrücktheit hervorbringendes Interaktionssystem man mit einem Staat vergleichen müsse, in dem Bürgerkrieg herrsche: „man weiß nie, wer gerade mit wem gegen wen kämpft, nie ist klar, wer im Augenblick und für wie lange über welchen Teil des Landes oder der Stadt die Herrschaft ausübt. Ob Niederlagen wirklich Niederlagen waren oder nur taktische Rückzüge, kann keiner sagen. Es gibt keine verlässliche Ansprache, hinter jeder Hecke kann ein Schütze lauern. Das Leben wird ungeheuer

kompliziert. Nordirland oder Beirut sind gute Beispiele für solche Kontrollkämpfe.“ (Simon 1990, 2012).

Es gibt andere Autoren, die auf einer ähnlichen Linie argumentieren, etwa die Italienerin Mara Selvini Palazzoli in ihren „Psychotischen Spielen in der Familie“ (1988, 1992). Ich gebe zu, ich habe hier eine gewisse Pointierung vorgenommen. Ich weiß auch nicht, welche Verbreitung solche Ansichten haben. Sicher ist, sie bewegen sich neben den Hauptrichtungen der „Schulpsychiatrie“. Und das bedeutet aber nicht, dass sie in der Öffentlichkeit, bei Betroffenen oder mitbetroffenen Angehörigen ohne Einfluss sind.

Die Familie als kostenlose Nachsorge-Einrichtung

Die Stichworte der gegenwärtigen psychiatrischen Hauptströmungen sind biologische Orientierung, kategoriale diagnostische Klassifikation, evidenzbasierte psychiatrische Therapie. Sozialpsychiatrische Ansätze erschöpfen sich in Versorgungsaspekten. Im Hinblick auf die Familie scheinen pragmatische Überlegungen ganz im Vordergrund zu stehen. Angehörige werden mit Sympathie wahrgenommen, solange sie kooperieren. Die Entlassung nachhause, insbesondere zu den Eltern, wird wo immer möglich angestrebt – es sei denn die Klinikeinweisung erfolgte bei chronisch Kranken aus beschützenden Einrichtungen. Die Kooperation wird allerdings meist von den Therapeuten und Betreuern positiver gesehen als von den Angehörigen. So sehr sie es begrüßen, dass ihre Kinder zu ihnen nachhause zurückkehren, so sehr vermissen sie den positiven Kontakt der Therapeuten zu ihnen, insbesondere die Aufklärung über die Krankheit ihres Angehörigen, darüber, worauf sie zu achten haben, aber auch, was sie lieber nicht tun sollten.

Alles das sind Selbstverständlichkeiten, wenn Angehörige etwa die Nachbetreuung von Alzheimer-Patienten übernehmen. Angehörige von Psychosekranken erleben es immer wieder, dass sie keinerlei Rat mit auf den Weg bekommen, oft mit der Begründung, die ärztliche Schweigepflicht verbiete das. Nicht ganz selten geschieht es, dass die Entlassung ihres Familienmitgliedes plötzlich und ohne Vorankündigung erfolgt. Im Gefolge der Psychiatrie-Reform ist es den Angehörigen ähnlich ergangen

wie der Gemeinde: Sie waren von den Änderungen maximal betroffen. Aber sie wurden nicht gefragt, ob sie damit einverstanden wären. Und sie wurden nicht darauf vorbereitet. Davon unberührt bleibt die Tatsache, dass die Familien psychisch Kranker sich selbstverständlich in der Pflicht sehen, für ihre kranken Angehörigen zu sorgen.

Wiedergutmachung ist gefragt

Diese generationenübergreifende Perspektive der Beziehungen von Psychiatrie und Familie während der vergangenen Jahrzehnte stimmt ratlos. Unter dem Aspekt der Frage nach Ressourcen der Familie kann die Antwort nur bei der Londoner Theorie vom Einfluss des Familienmilieus auf Verlauf und Prognose positiv sein. Solche Vorstellungen können die Kräfte in der Familie aktivieren und konstruktiv einsetzen, insbesondere wenn die Familie Unterstützung erfährt. Alle anderen hier angeführten Ansätze können nur Verzweiflung und Wut auslösen. Alle diese Theorien waren einmal mehr oder weniger herrschende Meinung. Sie waren Ergebnis seriöser Forschung – oder etwa nicht? Und dennoch gab es von Generation zu Generation so radikale Perspektivenwechsel, dass man am Verstand der Forschenden zweifeln könnte. Unter diesem Aspekt darf man sich fragen, wie die Familien – und zu bestimmten Zeiten auch die Betroffenen – überhaupt Vertrauen in die Psychiatrie fassen können.

Die Last der Vergangenheit

Es kann doch nicht sein, dass die psychiatrisch Tätigen alles das, was den Kranken und ihren Familien in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts angetan wurde, einfach ausblenden, als wäre das nie geschehen. Tatsache ist aber, dass heute noch Betroffene leben, die Sterilisationsopfer sind oder der Mordmaschinerie des Dritten Reiches nur knapp entkommen sind. Tatsache ist auch, dass zahlreiche Protagonisten dieser Menschen verachtenden Psychiatrie bis in die Siebzigerjahre hinein Schlüsselpositionen in der deutschen akademischen und Krankenhauspsychiatrie besetzten. Tatsache ist auch, dass Zehntausende

Angehörige mindestens bis in die Neunzigerjahre hinein durch die Verunglimpfung als „schizophrenogene“ Mütter schwere Kränkungen erlebten und dass der Krankheitsverlauf der davon betroffenen Kranken dadurch aufs schwerste negativ beeinflusst wurde. Schließlich ist auch die Selbstverständlichkeit bemerkenswert, mit der die professionelle Psychiatrie auf die Familien der Kranken als kostenlose Nachsorgeeinrichtungen zurückgreift, oft ohne jede Unterstützung und ebenso oft ohne ausreichende Aufklärung – das in zynischer Weise nicht selten unter Berufung auf die ärztliche Schweigepflicht.

Die heute in der Psychiatrie Tätigen müssten viel tun, um das Vertrauen der Betroffenen zu gewinnen, - das der Kranken und das ihrer Angehörigen, - statt von oben herab darüber zu dozieren, ob Familien nun Verbündete oder Störenfriede seien, ob Störenfriede oder Ressource, auf die man getrost zurückgreifen kann.

Für die subjektive Seite der Psychose-Forschung

Unter diesem Aspekt kann die Bedeutung der Auseinandersetzung mit der subjektiven Seite der Schizophrenie, wie sie in Hamburg und Berlin seit längerem vorangetrieben wird, gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es fragt sich nämlich, ob die historischen Fehlentwicklungen der herrschenden psychiatrischen Meinungen zu den Psychosekranken und ihren Angehörigen nicht möglicherweise damit zu tun haben, dass wissenschaftliche Ergebnisse gemeinhin von „objektiven“ Forschern objektiviert werden, ohne dass diese ihre subjektiven Krankheitstheorien oder ihre therapeutischen Ideologien auf den Tisch legen (müssen)? Angesichts dieser Entwicklungen und Fehlentwicklungen muss man sich grundsätzlich fragen, ob solche scheinbar objektivierende Forschung überhaupt geeignet ist, zu realitätsnahen Ergebnissen und zu einer patientenfreundlichen Alltagspraxis zu führen. Zwangsläufig stellt sich die Frage nach der Legitimität solcher Forscher, die jedoch den Anspruch stellen, objektive Wissenschaft zu betreiben. Wer ist denn Experte, wenn wir uns der subjektiven Seite der Krankheit zuwenden? Wer ist dann wodurch legitimiert, sich zu äussern? Etwa nicht die Krankheitserfahrenen? Und was ist mit jenen, die betroffen oder mitbetroffen und Profis zugleich sind? Wo sind sie eigentlich?

Wenn wir schon die subjektive Seite der Schizophrenie behandeln, müssen wir uns da nicht fragen, ob wir nicht möglicherweise die Falschen forschen lassen, diejenigen, die wissenschaftliche Methodik gelernt haben, die aber keinen Zugang zur Erlebniswelt der Kranken und ihrer Angehörigen haben. Müssen wir diese nicht unmittelbar einbinden, um solche doch aberwitzigen Fehlentwicklungen zu vermeiden. Wir müssen sie ja nicht gleich mit molekularbiologischen Projekten betrauen.

In England gibt es solche Ansätze seit längerem; in Hamburg eher seit kurzem. Es geht dabei auch und vor allem um die Mobilisierung von Ressourcen. Obwohl es reizvoll wäre, will ich hier nicht näher darauf eingehen. Ich will mich vielmehr einer Gruppe zuwenden die bislang kaum Aufmerksamkeit erfahren hat – vermutlich, weil sie es vorzieht, sich zu verstecken oder doch wenigstens die Öffentlichkeit zu meiden: die Angehörigen (und natürlich auch die Betroffenen), die zugleich Experten sind. Natürlich kann man vieles dagegen einwenden, etwa sie könnten die Dinge, die sie erfahren, nicht objektiv beurteilen. Aber müssten solche Einwände angesichts des Irrsinns, den die herrschende psychiatrische Meinung in den vergangenen vier Generationen im Hinblick auf die Familie produziert hat, uns nicht die Schamröte ins Gesicht treiben?

Es gibt Beispiele. Nancy Andreasen etwa hat ihren großen Schizophrenie-Kongress Anfang der Neunzigerjahre durch Martin S. Willick, den Vater eines psychosekranken Sohnes, eröffnen lassen, dessen kluge und bewegende Worte im weiteren Verlauf des Kongresses mitgeprägt haben (Andreasen 1994).

Und überhaupt: Kann man Eugen Bleuler vorwerfen, er habe den Überblick verloren, weil seine ältere Schwester Pauline an einer Psychose litt. Klar, es spricht einiges dafür, dass ihre Krankheit ihn geprägt hat, beginnend mit seiner Berufswahl und später mit der Wahl seines zentralen Forschungsgegenstandes. Hat das der psychiatrischen Wissenschaft geschadet? Wohl kaum.

Damit nicht genug. Von einem Drittel der in den neunziger Jahren in der Deutschschweiz wirkenden Psychiatrieprofessoren weiß ich, dass sie Angehörige

von psychosekranken Müttern, Geschwistern und Kindern waren – und dass das ihr Werk geprägt hat. Wenn ich Ihnen sagen würde, in welcher Weise, würden die Älteren unter Ihnen wissen, um wen es sich gehandelt hat. Gehen wir nach England: dort ist bekannt, dass John und Lorna Wing Eltern einer autistischen Tochter sind. Lorna war in den siebziger und achtziger Jahren eine bedeutende Autismus-Forscherin und John neben allem anderen ein fachkompetenter Unterstützer der jungen englischen Angehörigen-Bewegung.

Und jenseits der Fachgrenzen sind die zahlreichen psychiatrie-soziologischen Arbeiten des großen amerikanischen Theoretikers der Soziologie, Talcott Parsons, in mancher Hinsicht sehr viel besser zu verstehen, wenn man weiß, dass er auch über seine psychosekranke Tochter schreibt. Schließlich Erving Goffman mit seiner dichten soziologischen Beschreibung und Analyse des schwierigen Austauschs zwischen manisch Kranken und ihren Bezugspersonen – meines Erachtens das Beste, was es dazu gibt. Goffman schreibt über das Zusammenleben mit seiner Frau. – Und beide - Parsons und Goffman - verstummen nach dem Tod ihrer Angehörigen durch Suizid.

Die „andere Seite der Schizophrenie“

Die andere Seite ist die Seite der Schizophrenie, von der Ärzte, vor allem Klinikärzte – platt gesagt – keine Ahnung haben: das sind „Patienten zuhause“, so der Titel einer vom Psychiater-Angehörigen John Wing mitverantworteten Untersuchung aus den sechziger Jahren. Experten für diese Seite sind, neben den Betroffenen selber, ihre Angehörigen. Einiges von diesem Wissen ist seither auch für die Psychiatrie zugänglich geworden (z.B. Katschnig 1977, 1989), vor allem über dialogische Veranstaltungen und über die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen an psychiatrischen Fachtagungen, selbst wenn diese mehr als gelegentlich nur Feigenblattfunktion haben. Weitgehend ungenutzt ist das spezifische Wissen, über das Angehörige von Psychosekranken verfügen, die zugleich Fachleute für Psychiatrie sind: Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Psychologen, Sozialarbeiter und Angehörige zahlreicher anderer Berufsgruppen, die mit psychisch kranken Menschen arbeiten. Es handelt sich um etwa 10.000 Ärzte,

ebenso viele Psychologen, 30.000 oder mehr in der Krankenpflege Tätige und so fort – und jeden Fall über mehr als 50.000 Menschen, von denen mindestens jeder 100. zugleich Angehöriger ist, ob nun als Elternteil, als Geschwister oder als Kind. Wenn wir die Ärzte anderer Fachrichtungen hinzurechnen, sind es mehrere Hunderttausend. Es ist auffällig, dass sich solche Angehörige bei öffentlichen Veranstaltungen eher selten und meist leise zu Wort melden. Das mag gute Gründe haben. Trotzdem bin ich überzeugt davon, dass hier jenseits der Arbeit von Angehörigenvereinigungen eine Unmenge an wichtigem Alltagswissen untergeht. Ich bin überzeugt davon, dass dieses Wissen, wenn es genutzt würde, als Bereicherung unserer Kenntnisse über die andere Seite der Schizophrenie auch für die Alltagspraxis in und außerhalb der Kliniken nutzbar wäre. Die Frage ist offen, auf welche Weise das geschehen könnte.

Zuschriften zu diesem Aufsatz können Sie unter folgender E-mail-Adresse an mich richten:

asmus.finzen@vtxmail.ch

Literatur

Andreasen, N.: Schizophrenia: From Mind to Molecule. Washington: American Psychiatric Press 1994

Berg-Peer: Schizophrenie ist Scheisse, Mama. Frankfurt/M: S. Fischer 2013

Bleuler, E.: Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Berlin: Deuticke 1911Stuttgart: Klett Cotta 1992

Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt/M.. Suhrkamp 1981 (Orig. 1972)

Fromm-Reichman, F.:

Goffman, E.: Wir alle spielen Theater. München: Piper 1969 (Orig. 1959)

Lidz, Th.: Schizophrenie und Familie. Stuttgart: Klett Cotta 1979 (Orig. 1965)

Meyer, J: mündliche Mitteilung 2013

Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A., Brocher, T., von Mehring, O., Horn, K.(Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln: Kiepenheuer und Witsch 1967; (Orig. 1958)

Selvini Palazzoli, M.: Die psychotischen Spiele der Familie.

Simon, F.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Frankfurt/ M: Suhrkamp 1988

Simon, F.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Frankfurt/M: Suhrkamp 1990; 13. Aufl. Heidelberg: Auer 2012

Willick, M.S.: Schizophrenia: A Parents Perspective – Mourning without End. In: Andreasen 1994, S. 5-20

Wing, J.: Reasoning about Madness. Oxford: OUP 1978

