

# **Die Partner der Schizophrenen**

Welche Auswirkungen und mögliche Folgen hat eine psychische Erkrankung auf den angehörigen Ehegatten oder Lebensgefährten?

## **Diplomarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin

Studiengang Soziale Arbeit  
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0025-6

Vorgelegt von: Rebecca Oertel

Tag der Abgabe: 06.07.2010

Erstprüfer: Prof. Dr. S. Haselmann

Zweitprüfer: Prof. Dr. P. Schwab

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>1. BEGRIFFSDEFINITIONEN</b> .....	<b>7</b>
1.1 DIE ANGEHÖRIGEN.....	7
1.1.1 <i>Eine allgemeine Definition – nach dem BGB</i> .....	7
1.1.2 <i>Das relevante Soziale Umfeld</i> .....	8
1.1.3 <i>Der ‚Angehörige‘</i> .....	8
1.1.4 <i>Synonyme für den Begriff „Angehörige“</i> .....	8
1.2 DIE PSYCHISCHE ERKRANKUNG.....	9
1.2.1 <i>Allgemeine Informationen über die Schizophrenie</i> .....	9
1.2.2 <i>Symptome der Schizophrenie</i> .....	9
1.2.3 <i>Frühwarnzeichen und Verlauf der Schizophrenie</i> .....	11
1.2.4 <i>Ursachen der Schizophrenie</i> .....	12
1.2.5 <i>Erstellung der Diagnose</i> .....	14
1.2.6 <i>Behandlungsmöglichkeit der Schizophrenie</i> .....	14
<b>2. DIE ROLLE DER ANGEHÖRIGEN IN DER BEHANDLUNG DER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG</b> .....	<b>15</b>
2.1 DIE HISTORISCHE ROLLE DER ANGEHÖRIGEN.....	16
2.2 ZUR DERZEITIGEN BEHANDLUNGSSITUATION DER PSYCHISCH KRANKEN .....	19
2.2.1 <i>Die allgemeine Behandlungssituation</i> .....	19
2.2.2 <i>Das Arzt-Patienten-Verhältnis</i> .....	20
2.2.3 <i>Die Wahrnehmung der Angehörigen in der stationären Behandlung</i> .....	21
2.3 ERWARTUNGEN DER ANGEHÖRIGEN AN DIE BEHANDELNDEN ÄRZTE UND INSTITUTIONEN .....	24

<b>3. AUSWIRKUNGEN DER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG AUF DIE EHEGATTEN UND LEBENSPARTNER.....</b>	<b>26</b>
3.1. ALLGEMEINE HINFÜHRUNG ZUM THEMA .....	27
3.1.1 <i>Auswirkungen</i> .....	28
3.1.2 <i>Die Ehegatten/ Lebenspartner als Angehörige</i> .....	29
3.1.3 <i>Einflüsse auf das Empfinden der Auswirkungen der psychischen Erkrankung</i> .....	29
3.2 AUSWIRKUNGEN ZUM BEGINN DES KRANKHEITSEINBRUCHS .....	30
3.2.1 <i>Ohnmacht, Schock, Angst und Hilflosigkeit</i> .....	30
3.2.2 <i>Ärztliche Hilfe und Zwangseinweisung</i> .....	31
3.2.3 <i>Erstellung der ärztlichen Diagnose und weiterer Behandlungsverlauf</i> .....	33
3.2.4 <i>Solidarität</i> .....	34
3.3 AUSWIRKUNGEN IM KRANKHEITSVORLAUF UND MÖGLICHER CHRONIFIZIERUNG ..	35
3.3.1 <i>Die Lebensgestaltung und Zukunftsplanung;</i> .....	35
3.3.2 <i>Die Rollenverteilung und Helferpositionen</i> .....	36
3.3.3 <i>Soziale Isolation der Angehörigen</i> .....	38
3.3.4 <i>Finanzielle Situation</i> .....	39
3.3.5 <i>Angst vor einem erneuten psychotische Schub</i> .....	40
3.3.6 <i>Konflikte, Kommunikation und Aggression</i> .....	41
3.3.7 <i>Intimität, Vertrautheit und Emotionalität</i> .....	43
3.4 MÖGLICHE FOLGEN AUS DEM ZUSAMMENLEBEN FÜR DEN ANGEHÖRIGEN .....	44
3.4.1 <i>Chronische Anspannung und Überforderung, körperliche und psychische Auswirkungen</i> .....	45
3.4.2 <i>Trennung oder Weiterführung der Ehe / Partnerschaft?</i> .....	46
3.4.3 <i>Positive Aspekte der psychischen Erkrankung und Ressourcen der Angehörigen</i> .....	49
3.5 „RATSCHLÄGE FÜR ANGEHÖRIGE“ .....	50

<b>4. SELBSTSORGE ALS MITTEL ZUR BELASTUNGSREDUKTION UND BURN-OUT PRÄVENTION .....</b>	<b>52</b>
4.1 HINFÜHRUNG ZUM THEMA .....	52
4.2 DEFINITION DER SELBSTSORGE NACH MICHEL FOUCAULT .....	54
4.3 MERKMALE DER SELBSTSORGE NACH FOUCAULT .....	54
4.4 DIE SELBSTSORGE DER ANGEHÖRIGEN ALS MITTEL ZUR BURN-OUT PRÄVENTION UND BELASTUNGSREDUKTION .....	56
4.5 DIE INDIVIDUELLE SELBSTSORGE DER ANGEHÖRIGEN .....	58
<b>5 ANSÄTZE FÜR DIE SOZIALE ARBEIT .....</b>	<b>59</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>62</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>65</b>

## Einleitung

Mit psychisch kranken Menschen hatte ich erstmals in einem vierwöchigen Praktikum in einer Tagesstätte für ältere psychisch Kranke in Januar 2008 Kontakt und konnte dort erste Eindrücke sammeln. Während meiner beiden großen Praktika 2009 im Sozialpsychiatrischen Dienst und in der Tagesstätte für ältere psychisch Kranke hatte ich zwanzig Wochen lang intensiven Umgang zu psychisch Kranken Menschen. In dieser Zeit hatte ich nur selten Kontakt zu Angehörigen.

Angehörige sind mir hauptsächlich im Sozialpsychiatrischen Dienst begegnet. Diese suchten häufig verzweifelt das Amt auf und suchten nach Hilfe für ihr psychisch erkranktes Familienmitglied. Während meines Praktikums begegnete ich vielen psychisch kranken Menschen auch in ihrer Häuslichkeit. Dabei traf ich nur selten oder vereinzelt auf Angehörige, diese waren in der Regel Kinder. Wenn Ehegatten oder Lebensgefährten vorhanden waren, nahmen diese zum großen Teil nicht an Gesprächen mit den psychisch Kranken teil. Im Sozialpsychiatrischen Dienst habe ich nicht erlebt, dass ein Angehöriger aktiv durch die Sozialarbeiter in ein Beratungsgespräch einbezogen oder an einem Hausbesuch beteiligt wurde oder werden sollte. Nur wenn Angehörige selbst in das Gesundheitsamt kamen und um Beratung und Unterstützung baten, wurde ihnen diese gewährt.

In der Tagesstätte für ältere psychisch Kranke habe ich dann die Erfahrung gemacht, dass ein Großteil der Älteren keine Angehörigen mehr hatten. Kinder, Freunde und Bekannte haben über die Jahre den Kontakt abgebrochen, Ehegatten und Lebenspartner haben sich getrennt. Einige wenige Klienten hatten weiterhin regelmäßigen Kontakt zu ihren Kindern, während andere im Streit mit ihnen auseinander gegangen waren. Verheiratet oder in einer Beziehung befand sich keiner der Tagesstättenbesucher. Auch in der Tagesstätte habe ich nie einen Angehörigen angetroffen. Angehörigenabende und Gespräche waren zwar geplant, wurden aber seit zwei Jahren nicht mehr durchgeführt.

So stand in meiner Arbeit in beiden Praktika der psychisch Kranke im Mittelpunkt. Angehörige traten nur in den Vordergrund, wenn sie aktiv um Hilfe und Unterstützung baten oder diese einforderten. Insgesamt habe ich die Erfahrung gemacht, dass mit den Angehörigen nicht aktiv gearbeitet wurde.

Aus diesem Grund stellte sich für mich die Frage, welche Auswirkungen und Folgen hat die psychische Erkrankung auf den angehörigen Ehegatten oder Lebenspartner. Und können diese Auswirkungen und Folgen ein Grund sein, warum einige Angehörigen den Kontakt zu ihren psychisch Kranken abbrechen und andere nicht?

In dieser Diplomarbeit sollen die Auswirkungen und Folgen der psychischen Erkrankung auf den erwachsenen Angehörigen beleuchtet werden. Während meiner Literaturrecherche zu diesem Thema hat sich gezeigt, dass unter dem Begriff der „Angehörigen Schizophrener“ zum größten Teil, von Eltern von psychisch Kranken die Rede ist. Ich werde in dieser Diplomarbeit die Auswirkung auf die Ehegatten oder Lebenspartner, als Angehörige Schizophrener, in den Mittelpunkt stellen.

Dabei ist diese Diplomarbeit in fünf große Abschnitte unterteilt. Im ersten Teil, der Begriffsdefinitionen, geht es zunächst um die Angehörigen, um eine allgemeine Definition nach dem BGB, das relevante Soziale Umfeld und Synonyme für den Begriff „Angehörige“. Danach wird die psychische Erkrankung – die Schizophrenie – genauer beleuchtet. Neben allgemeinen Informationen über die Schizophrenie werden Symptome, Frühwarnzeichen, Verlauf, Ursachen sowie die Erstellung der Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten näher beschrieben.

Im zweiten großen Teil der Diplomarbeit geht es um die Rolle der Angehörigen in der Behandlung der psychischen Erkrankung. Dabei wird sowohl die historische als auch die heutige Rolle der Angehörigen näher erläutert. Des Weiteren geht es um die allgemeine Behandlungssituation, das Arzt-Patienten-Verhältnis, um die Wahrnehmung der Angehörigen in der stationären Behandlung, aber auch um die Erwartungen der Angehörigen an die behandelnden Ärzten.

Im dritten und größten Teil der Diplomarbeit geht es um die Auswirkungen, die die Schizophrenie auf die Angehörigen hat. Nach einer allgemeinen Hinführung zum Thema werden die Auswirkungen zu Krankheitsbeginn genauer beleuchtet. Unter anderem geht es um Ohnmacht, Schock, Angst und Hilflosigkeit, um Ärztliche Hilfe und die Zwangseinweisung, um die Erstellung der ärztlichen Diagnose, den weiteren Behandlungsverlauf und um die Solidarität.

Danach werden die Auswirkungen im Krankheitsverlauf und einer möglichen Chronifizierung erläutert. Dabei wird unter anderem auf die Lebensgestaltung und Zukunftsplanung, die Rollenverteilung, Soziale Isolation, die finanzielle Situation, die Angst vor einem erneuten psychotischen Schub, die Kommunikation und Aggressionen sowie auf Intimität, Vertrautheit und Emotionalität eingegangen.

Nachdem die Auswirkungen beschrieben wurden, werden die Folgen für die Angehörigen beleuchtet, die sich daraus ergeben können. Dazu gehören chronische Anspannung und Überforderung, körperliche und psychische Auswirkungen, die Trennung oder Weiterführung der Ehe/Partnerschaft, aber auch positive Aspekte der psychischen Erkrankung und Ressourcen der Angehörigen werden beschrieben.

Zum Schluss des dritten Teils wird die Frage untersucht, wie hilfreich „Ratschläge für Angehörige“ für den Ehegatten/Lebenspartner selbst sind.

Im vierten Teil geht es um die Selbstsorge nach M. FOUCAULT. Nach einer Einführung wird die Selbstsorge definiert und Merkmale beschrieben. Danach wird die Selbstsorge als Mittel zur Belastungsreduktion und Burn-Out Prävention untersucht. Zum Schluss wird die individuelle Selbstsorge der Angehörigen beschrieben.

Der fünfte und letzte Teil der Diplomarbeit beschäftigt sich mit Ansätzen für die Soziale Arbeit.

# 1. Begriffsdefinitionen

In diesem ersten Teil werden die Begriffe „Angehöriger“ und die „psychische Erkrankung“ genauer beleuchtet, da im weiteren Verlauf der Diplomarbeit auf diese Begriffe immer wieder Bezug genommen wird.

## 1.1 Die Angehörigen

Im Folgenden wird erläutert, was man unter einem Angehörigen versteht. Dabei wird ein Angehöriger einmal nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch definiert, zum anderen wird erläutert, welche Personen zum Sozialen Umfeld gehören. Danach wird beschrieben welche Synonyme es für Angehörige gibt und wie im Nachfolgenden der Begriff „Angehöriger“ in der Diplomarbeit verwendet wird.

### 1.1.1 Eine allgemeine Definition – nach dem BGB

Zum Angehörigen wird man laut § 1589 Abs. 1 BGB auf Grund von Verwandtschaftsverhältnissen. Wenn eine Person von „... der anderen abstammt, sind sie in gerader Linie verwandt“<sup>1</sup>. Da Großeltern – Eltern – Kinder von einander abstammen, sind sie blutsverwandt und somit automatisch Angehörige. Dazu gehören ebenso die Seitenlinien, zum Beispiel Geschwisterkinder usw.<sup>2</sup>

Die zweite Möglichkeit zu Angehörigen zu werden ist die Heirat. Durch die Eheschließung sind die Ehegatten laut § 1353 Abs. 1 S. 2 BGB „... einander zur ehelichen Lebensgemeinschaft verpflichtet; sie tragen für einander Verantwortung.“<sup>3</sup> Somit ist der Ehegatte für den jeweils anderen der Angehörige.

Durch die Heirat sind „Die Verwandten eines Ehegatten [...] mit dem anderen Ehegatten verschwägert.“<sup>4</sup> (§ 1590 Abs. 1 S. 1 BGB) Dadurch werden auch die Schwiegereltern, der Schwager und der Schwägerin zu Angehörigen.

---

<sup>1</sup> Beck 2009, S. 344

<sup>2</sup> Vgl. Bertelsmann 2003 Band 1, S. 67

<sup>3</sup> Beck 2009, S. 303

<sup>4</sup> Beck 2009, S. 344



## **1.1.2 Das relevante Soziale Umfeld**

Neben der Blutsverwandtschaft und der Schwägerschaft gibt es weitere Angehörige. So entspricht es heute einem sozialpsychiatrischen Prinzip, das relevante soziale Umfeld mit einzubeziehen. Damit sind Personen gemeint, die in einem besonderen, engen und persönlichen Verhältnis zu dem psychisch Kranken stehen. Dazu gehören insbesondere die Lebenspartner, aber auch Freunde oder Bekannte. Es können ebenfalls entfernte Verwandte (Cousin, Cousine) oder andere Personen sein, die im Leben des psychisch Kranken eine für ihn wichtige Rolle spielen. Dadurch können auch diese nicht verwandten Personen zu Angehörigen werden.<sup>5</sup>

## **1.1.3 Der ‚Angehörige‘**

Wenn im Verlauf der Diplomarbeit vom „Angehörigen“ gesprochen wird, bezieht sich dieser Begriff auf den Ehegatten oder unverheirateten Lebenspartner eines psychisch Kranken. Ausgangspunkt dabei ist, dass sich Ehegatte oder Lebenspartner und der psychisch Kranke vor dem Ausbruch der Erkrankung kennen gelernt haben. Kinder können in der Ehe oder Partnerschaft vorhanden sein, die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Kinder sind nicht Bestandteil dieser Diplomarbeit.

## **1.1.4 Synonyme für den Begriff „Angehörige“**

Es gibt zwei verschiedene Synonymgruppen für das Wort „Angehörige“. In der Ersten werden die Angehörigen als „Anhang, Blutsverwandte, Familienangehörige, Familienmitglieder, Verwandte, Verwandtschaft“<sup>6</sup> definiert. Bei diesen Synonymen spielt die Blutsverwandtschaft und die Abstammung eine Rolle.

In der zweiten Synonymgruppe wird der Angehörige als „Anhänger, ... Beteiligter,... Mitarbeiter,... Mitwirkender,...“<sup>7</sup> definiert. In diesen Synonymen wird den Angehörigen eine aktive und mitwirkende Rolle zugesprochen.

---

<sup>5</sup> Vgl. Haselmann 2008, S. 372 - 373

<sup>6</sup> Wermke / Kunkel-Razum / Scholze-Stubenrecht 2004, S. 77

<sup>7</sup> Wermke / Kunkel-Razum / Scholze-Stubenrecht 2004, S. 77

## **1.2 Die psychische Erkrankung**

Da die Einbeziehung aller psychischen Erkrankungen den Rahmen der Diplomarbeit sprengen würde, wird in diesem Abschnitt eine psychische Erkrankung – die Schizophrenie – genauer definiert. Auf diese wird in nachfolgenden Abschnitten wieder Bezug genommen, ohne sie fortlaufend explizit zu nennen. Es werden Symptome, Frühwarnzeichen, der Verlauf, die Ursachen, die Diagnoseerstellung sowie Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie kurz dargestellt.

### **1.2.1 Allgemeine Informationen über die Schizophrenie**

Die Schizophrenie ist eine häufig verbreitete psychische Erkrankung. Etwa jeder Hundertste erkrankt einmal im Leben daran.<sup>8</sup> Wobei das Haupterkrankungsalter zwischen der Pubertät und dem 35. Lebensjahr liegt. Während dieser Zeit liegt das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, bei 50%.<sup>9</sup>

Die Schizophrenie gehört zu den endogenen Psychosen. Der Begriff „Psychose“ ist ein Sammelbegriff für schwere psychische Erkrankungen. Endogen bedeutet, dass die Krankheit von innen kommt. Es haben keine äußeren Umstände zum Krankheitsbild geführt, weder Schicksalsschläge (zum Beispiel der Tod eines nahe stehenden Menschen), seelische Konflikte (z.B. mit Freunden oder Familie), noch schwere körperliche Erkrankungen sind Auslöser der Schizophrenie.<sup>10</sup>

### **1.2.2 Symptome der Schizophrenie**

Die Schizophrenie ist gekennzeichnet durch „...grundlegende und charakteristische Störungen vom Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuelle Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können.“<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Finzen / Hoffmann-Richter 2008, S. 26

<sup>9</sup> Vgl. Ohne Verfasser 2009, URL 1

<sup>10</sup> Vgl. Ohne Verfasser 2010, URL 2

<sup>11</sup> Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 111

Zu den wichtigsten Symptomen gehören Ich-Störungen, Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen und Gefühlsstörungen. Bei den Merkmalen der Ich-Störung kann der psychisch Kranke das Gefühl haben, dass Grenzen innerhalb seiner eigenen Person aufgelöst erscheinen. Er kann sich fremden Mächten ausgeliefert fühlen und den Eindruck haben, Gedanken und Gefühle würden ihm „abgezogen“. <sup>12</sup>

Die Denkstörungen lassen sich in formale und inhaltliche Denkstörungen untergliedern. Zu den formalen Denkstörungen gehören Symptome wie Sperrungen der Gedanken (Gedankenentzug), das Abreißen und Springen der Gedanken. Es können Neologismen (Wortneuschöpfungen) und Kontaminationen im Gesagten auftreten. Zur inhaltlichen Denkstörung gehört der Wahn, dieser ist die absolute Überzeugung von Dingen/Sachverhalten, die nicht wahr sein können. Dazu gehören Wahnvorstellungen, Wahnideen und Wahnbildungen. <sup>13</sup>

Bei den Wahrnehmungsstörungen kann der psychisch Kranke Schwierigkeiten haben, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden. Zusammengehöriges wird nicht mehr als zusammengehörig wahrgenommen. Der eigene Körper kann als fremd erlebt werden (Depersonalisation). Die Beziehungsstruktur zwischen Personen und der Umwelt sowie Menschen und Dingen untereinander werden verkannt; das bedeutet diese werden unwillkürlich, fremdartig und verändert wahrgenommen. Dann spricht man von Derealisation. Ein weiteres Merkmal der Wahrnehmungsstörungen sind Halluzinationen, die die fünf Sinne betreffen. Dazu zählen optische Halluzinationen (z.B. weiße Mäuse sehen), akustische (z.B. Stimmen hören, Gedankenlautwerden), olfaktorische (z.B. Gifte riechen, die aus den Wänden kommen), haptische (diese Sinnestäuschungen betreffen den Tastsinn) und gustatorische (dies betrifft den Geschmackssinn). <sup>14</sup>

Bei den Gefühlsstörungen (Affekten) kann es zur allgemeinen Verflachung und Verarmung der Gefühle kommen. Gefühlsäußerungen und Inhalte können auseinander fallen, sodass der geäußerte Affekt des psychisch Kranken Menschen

---

<sup>12</sup> Vgl. Bäuml 2008, 13 - 20

<sup>13</sup> Vgl. Finzen / Hoffmann-Richter 2008, S. 27 - 29

<sup>14</sup> Vgl. Ohne Verfasser 2010, URL 4

nicht zur Situation oder dem gesagtem passt. Weitere Merkmale der Gefühlsstörungen sind Symptome von Autismus, Stupor und Katatonie.<sup>15</sup>

### 1.2.3 Frühwarnzeichen und Verlauf der Schizophrenie

Frühwarnzeichen, können erste Hinweise auf eine ausbrechende Schizophrenie geben. Dazu gehören die Änderung der bisherigen Lebensgewohnheiten, die zunehmende Geräusch- und Lärmempfindlichkeit, ein Leistungsabfall und Konzentrationsstörungen. Der allmähliche soziale Rückzug, Interessenverlust, Misstrauen, Gereiztheit und unbestimmte Angst können ebenfalls Frühwarnzeichen einer Schizophrenie sein. Zudem können vermehrt Niedergeschlagenheitsgefühle und Schlaflosigkeit auftreten.<sup>16</sup>

Der Verlauf der Schizophrenie ist nicht linear, sondern lässt sich in fünf verschiedene Phasen einteilen, wie Abbildung 1. zeigt.

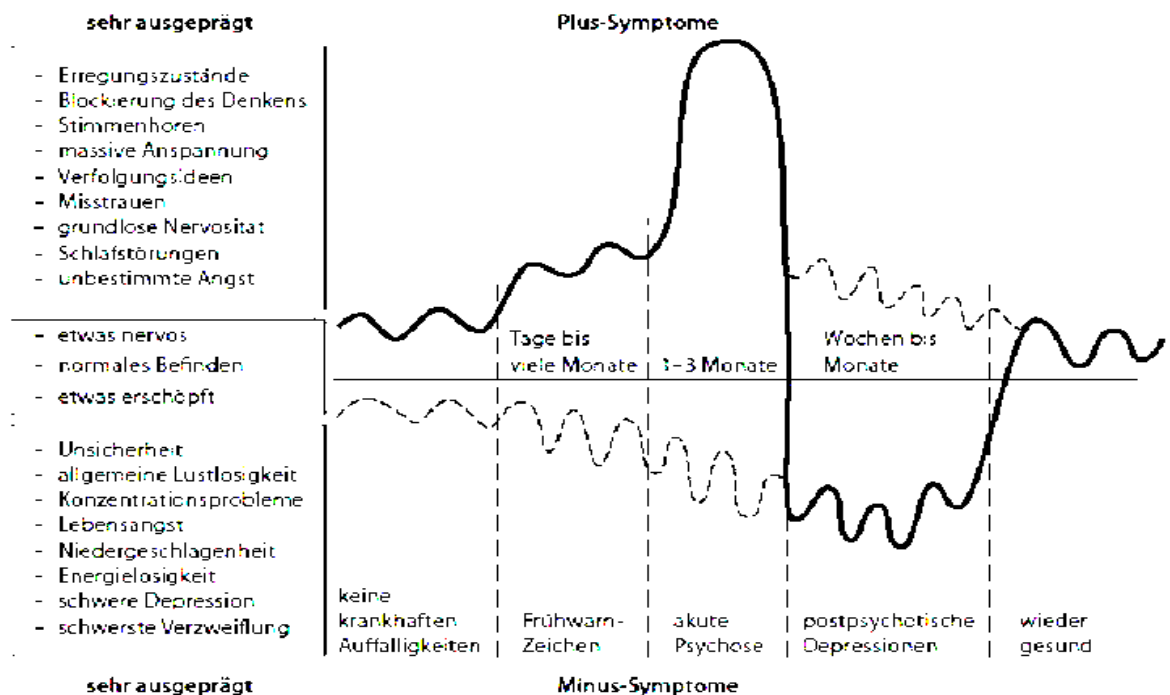


Abbildung. 1 Verlauf der Schizophrenie <sup>17</sup>

<sup>15</sup> Vgl. Ohne Verfasser 2010, URL 4

<sup>16</sup> Bäuml 2008, S. 10

<sup>17</sup> Bäuml 2008, S. 19 Abbildung

Die durchgezogene Linie sind die Symptome, die sehr ausgeprägt sind und im Vordergrund stehen. Die gestrichelte Linie besagt, dass auch noch andere Symptome auftreten können. Das bedeutet, dass mit den Plusssymptomen gleichzeitig auch Minussymptome auftreten können, aber nicht müssen. Die Phasen 2 (Frühwarnzeichen) und 4 (postpsychotische Depression) können über einen langen Zeitraum vorhanden sein. Dieser kann sich über wenige Tage oder Wochen bis zu vielen Monaten hinziehen. Die Phase der akuten Psychose kann zwischen Tagen und drei Monaten andauern. Der Verlauf einer Schizophrenie kann bei jedem Erkrankten unterschiedlich ausgeprägt sein und somit können die einzelnen Phasen individuell unterschiedlich lang und intensiv sein.<sup>18</sup>

#### **1.2.4 Ursachen der Schizophrenie**

Zur Entstehung der Schizophrenie gab es weltweit zahlreiche wissenschaftliche Bemühungen, die Ursache der Schizophrenie zu ermitteln. „Mit ziemlicher Sicherheit steht fest, dass dafür keine isolierte Einzelursache verantwortlich gemacht werden kann.“<sup>19</sup>

Man geht davon aus, dass es keine Einzelursache der Schizophrenie gibt, sondern dass zahlreiche unterschiedliche Einflüsse die Ursachen bilden, man spricht heute von der multifaktoriellen Genese.<sup>20</sup>

Einig ist man sich heute darüber, dass Fehlernährung, Vitaminmangel, eine ungesunde Lebensführung oder gar Erziehungsfehler keine Ursachen der Schizophrenie sind. Es gibt ebenfalls keine wissenschaftlichen Beweise dafür, dass es sich bei dieser psychischen Erkrankung um eine ansteckende Krankheit handelt.<sup>21</sup>

Durch die multifaktorielle Genese geht man heute davon aus, dass genetische Einflüsse, somatische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie eine Rolle spielen. Zu den genetischen Einflüssen ist zu sagen, dass es sich hierbei nicht um Vererbung handelt. In Familien und Zwillingsstu-

---

<sup>18</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 13 - 20

<sup>19</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 30

<sup>20</sup> Vgl. Ohne Verfasser 2010, URL 4

<sup>21</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 31 - 32

dien hat sich gezeigt, wenn bereits ein psychisch erkranktes Familienmitglied in der Familie vorhanden ist, die Wahrscheinlichkeit für die restlichen Familienmitglieder, ebenfalls zu erkranken, höher liegt, als in anderen („gesunden“) Familien. Ist ein Elternteil erkrankt, liegt die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, möglicherweise ebenfalls zu erkranken, bei 10-15%; sind beide Elternteile erkrankt, steigt das Risiko auf 45%. Bei anderen Familienmitgliedern oder Verwandten sinkt das Risiko auf deutlich unter 10% ab. Ist aber ein eineiiger Zwilling psychisch krank, liegt die Wahrscheinlichkeit für den zweiten Zwilling, ebenfalls zu erkranken, bei ca. 50%.<sup>22</sup>

Ein weiteres Modell, das zur Entstehung der Schizophrenie herangezogen wird, ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Hierbei wird davon ausgegangen, dass ein Mensch eine anlagebedingte Erkrankungsbereitschaft oder Verletzlichkeit (Vulnerabilität) besitzt. Der zweite Faktor in dem Modell ist Stress, der in Form von beruflichen und privaten Belastungen, einer körperlichen Erkrankung, seelischen Enttäuschungen, Streitigkeiten in der Familie oder dem sozialen Umfeld, akute Überforderungssituationen usw. auftreten kann. Wenn nun zur vorhandenen Vulnerabilität eines Menschen der Stress hinzukommt, kann es zur Überschreitung der persönlichen Belastungsgrenze kommen und somit zum Ausbruch einer Psychose. Da jeder Mensch eine unterschiedliche Vulnerabilität hat, kann bei einem Menschen bereits bei wenig Stress die Belastungsgrenze überschritten werden, während diese bei einer anderen Person nicht überschritten wird.<sup>23</sup>

Soziale Faktoren, wie die Familie, Freunde, Kollegen und andere Personen des sozialen Umfeldes spielen weniger bei der Entstehung der Schizophrenie eine Rolle. Sie können als Einflussfaktoren im Verlauf der psychischen Erkrankung eine erheblichere Rolle spielen. Bei der Entstehung von Schizophrenien können weitere Faktoren, wie die Dopaminhypothese, eine Rolle spielen. Diese sollen im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht weiter beleuchtet werden.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Vgl. Ohne Verfasser URL 3, 2010 // Vgl. Bäuml 2008, S.50 – 52;

<sup>23</sup> Vgl. Bäuml 2008, S.33 - 36

<sup>24</sup> Vgl. Ohne Verfasser URL 4, 2010

### **1.2.5 Erstellung der Diagnose**

„Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom... Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein.“<sup>25</sup>

Um die Diagnose Schizophrenie zu stellen, muss durch eine körperliche Untersuchung eine organische Ursache ausgeschlossen werden, zum Beispiel ein Gehirntumor oder eine schwere internistische Störung. Zu den körperlichen Untersuchungen zählen unter anderen Laboruntersuchungen (Blut, Urin), EKG, EEG, CCT, MRT und PET. Des Weiteren muss abgeklärt werden, ob die Psychose durch Drogenkonsum verursacht wurde.

Durch ein ausführliches ärztliches Gespräch mit dem psychisch Erkrankten, durch Verhaltensbeobachtungen, ergänzende Angaben von Bezugspersonen und Angehörigen, durch psychologische Testverfahren usw. kann eine Diagnose erstellt werden.<sup>26</sup>

Teilweise kann eine eindeutige Diagnose Schizophrenie und somit eine klare Abgrenzung zu anderen Störungen (beispielsweise zur schizoaffektiven Störung) schwierig sein.<sup>27</sup>

### **1.2.6 Behandlungsmöglichkeit der Schizophrenie**

Die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten sollen hier nur kurz aufgeführt und nicht weiter erläutert werden, da diese sonst den Rahmen sprengen.

Die Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie können in drei Bereiche unterteilt werden. Dazu zählen zum einem die medikamentösen Behandlungen durch Psychopharmaka, wie beispielsweise Neuroleptika. Zum anderen zählen dazu psychotherapeutische Behandlungsverfahren, wie die Behandlung durch Gespräche, die Vermittlung von Informationen und Beratung durch Psychoedukation, Verhaltenstherapeutische Verfahren, der Familientherapie und weiteren Verfahren. Zum dritten Bereich der Behandlung gehören psychosoziale und rehabilitative Maßnahmen. Hierbei geht es um gezielte Einflussnahme der Alltagssituation und Wiedereingliederung des Patienten in seine Wohn- und Ar-

---

<sup>25</sup> Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 113

<sup>26</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 23 - 27

<sup>27</sup> Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 115 - 116

beitswelt. Zu diesem Zweck gibt es soziotherapeutische Einrichtungen wie Tages- und Begegnungsstätten für psychisch Kranke, Sozialtherapeutische Wohngruppen oder Werkstätten für Behinderte.<sup>28</sup>

Neben Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten spielen Allgemeinärzte und Sozialpsychiatrische Dienste ebenso eine erhebliche Rolle in der Behandlung und Versorgung der psychisch Kranken.<sup>29</sup>

## **2. Die Rolle der Angehörigen in der Behandlung der psychischen Erkrankung**

In diesem Teil der Diplomarbeit geht es darum, welche Rolle die Angehörigen bei der Behandlung des psychisch Kranken historisch spielten und heute noch spielen. Es werden Situationen beschrieben, in denen sich die Angehörigen im 20. Jahrhundert und im Verlauf bis heute befinden. Vor welchen Problemen standen die Angehörigen damals und vor welchen stehen sie heute noch? Daraus ergeben sich ihre Wünsche und Erwartungen den Ärzten und Professionellen gegenüber.

Die Rolle, die die Angehörigen bei der heutigen Behandlung der psychischen Erkrankung spielen, ist weiterhin nicht eindeutig. Das folgende Zitat beschreibt die Situation in der sich die Angehörigen befinden sehr deutlich und soll als Einleitung auf das folgende Kapitel dienen.

„Ganz egal, wozu wir uns durchringen: es ist immer verkehrt. Angehörige handeln immer herrisch, überbehütend, mischen sich überall besserwisserisch ein; *gleichzeitig* verhalten sie sich [...] verantwortungslos, kümmern sich zu wenig, lassen die Kranken verkommen und schieben sie am Ende eiskalt in die Klappe ab...

Trotzdem sollen diese ungehörigen Angehörigen als therapeutische Hilfsgemeinschaft erhalten: Wir sollen die Patienten loslassen, aber auffangen. Doch wie das geht, das sagt keiner. Und wenn wir, von dieser

---

<sup>28</sup> Vgl. Bäuml 2008 S. 63 – 154 // Vgl. Obert 2008, S. 54 - 93

<sup>29</sup> Vgl. Obert 2008 S. 66 – 71



Aufgabe überfordert und entnervt, den Arzt oder andere professionelle Helfer um Rat fragen wollen, dann bekommen wir [...] die rote Karte vorgehalten: Schweigepflicht.“<sup>30</sup>

## **2.1 Die historische Rolle der Angehörigen**

Die historische Rolle der Angehörigen mit der Psychiatrie (vor allem der Eltern) ist mit leidvollen Erfahrungen und Schuldzuweisungen verbunden. Zu Beginn des 20. Jahrhundert hatten Angehörige keine aktive Rolle als ihre psychisch kranken Familienmitgliedern, oft als „Geisteskranke“ bezeichnet wurden und in psychiatrischen Anstalten, so genannten „Irrenhäusern“, untergebracht waren. Den Grundsatz der ambulanten Versorgung gab es zu diesem Zeitpunkt nicht, da das ambulante Versorgungssystem, neben den Familien, kaum existent war. Einige Jahrzehnte später wurden den Angehörigen aktivere Rollen zugesprochen, indem man vor allem Eltern als genetische Krankheitsüberträger und später (ca. 1940) im Zuge der Psychoanalyse als „Krankheitsverursacher“ der psychischen Erkrankung beschuldigte. In diese Zeit gehören Schlagworte wie „Pseudofanile“ oder „Tatort Familie“.<sup>31</sup>

Einige Jahre später unterstellte die Kommunikationstheorie (unter anderem BEATSON usw.) vor allem Müttern, durch bestimmte Kommunikationsmuster für die psychische Erkrankung ihres Kindes verantwortlich zu sein. Die Mutter sendet als „Täterin/Verursacherin“ ihrem Kind (dem „Opfer“) widersprüchliche Botschaften und versetzt es somit in eine ausweglose Situation (Beziehungsfalle). In diesem Zusammenhang spricht man von der Double-Bind-Theorie und dem Bild der schizophrenogenen Mutter. Diese Sichtweisen und Theorien des 20. Jahrhunderts haben den Angehörigen, vor allem Müttern, große Schuld aufgeladen. Diese Theorien und Sichtweisen sind heute eindeutig widerlegt und werden nicht mehr verwendet.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Straub 2008, S. 14

<sup>31</sup> Vgl. Haselmann 2008, S. 171

<sup>32</sup> Vgl. Probst 1992, S. 44 - 51

In den 60ern wurde eine Untersuchung in einem psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt, um unter anderem die Situation der Angehörigen und ihren Beweggründen für Kontaktabbrüche zum psychisch Kranken herauszufinden.

Die Schwester eines psychisch Erkrankten berichtet über die Besuchersituation:

*„Erstmal musste man sich beim Pförtner melden, sonst wäre man ja gar nicht hineingekommen. Es war überall ein Zaun herum und alles abgeschlossen. Beim ersten Mal hatte ich keine [...] Besucherkarte. Da musste ich erst nachweisen mit dem Personalausweis, dass ich die Schwester bin. Dann wurde auf der Abteilung angerufen, dass der Pfleger mich abholt. Man hat dann vor der Tür gewartet, bis genug Besucher zusammengekommen waren; dann kam der Pfleger von der Station und holte uns ab. Man wurde in das Besucherzimmer geführt, mein Bruder war schon drinnen. Der Pfleger hat gleich wieder hinter uns abgeschlossen und blieb dann neben der Tür stehen [...] es war irgendwie beklemmend. Wenn ich ehrlich sein soll, am Ende war ich froh wenn die Besuchszeit aus war.“<sup>33</sup>*

Dieses Verhalten seitens der behandelnden Ärzte und Pflegern den Angehörigen gegenüber spiegelt die damalige politische Situation wider. In einem Rundschreiben von 1962 heißt es, dass „... nur noch solche Besucher den Abteilungen zugeleitet werden, die im Verwandtschaftsverhältnis zu dem jeweiligen Patienten stehen.“<sup>34</sup>

In einem weiteren Schreiben zur Abfertigung von Besuchern 1968 heißt es:

*„Es ist mit sofortiger Wirksamkeit untersagt, Bekannte, Freunde oder wie sie sich auch immer nennen mögen, zum Besuch irgendwelcher Patienten zu lassen, es sei denn, es liege eine grundsätzliche Anweisung des Arztes vor.“<sup>35</sup>*

Die Besucher/ Angehörige wurden aus Sicht der Klinik als unangenehm und störend wahrgenommen. Das Besuchen der psychischen Kranken war nichts Normales oder Alltägliches, sondern eher die Ausnahme, wie die Untersuchung

---

<sup>33</sup> Becker / Kratzmann 1991, S. 36 - 37

<sup>34</sup> Becker / Kratzmann 1991, S. 37

<sup>35</sup> Becker / Kratzmann 1991, S. 37

beweist. Die Besuche der Angehörigen wurden von ihnen als zusätzliche und überflüssige Arbeitsbelastung für die Mitarbeiter empfunden.<sup>36</sup>

Die Untersuchung zu den Angehörigen (vor allen Eltern) zeigte außerdem, dass diese nur wenige Informationen über die psychische Erkrankung bekamen. Sie kannten häufig nach einer „Hospitalisierungszeit“ von 20 Jahren nicht einmal die Diagnose. Die Angehörigen waren der psychischen Erkrankung gegenüber resigniert eingestellt, was unter anderem an schlechten Prognosen der Ärzte und der Dauerunterbringung der psychisch Kranken lag. Der Kontakt zwischen Angehörigen und den behandelnden Ärzten lag teilweise bis zu 10 Jahre zurück. Häufig hatten Angehörige die Erfahrungen gemacht, dass die Ärzte unnahbar waren, keine Zeit hatten oder gar nicht anwesend waren. Viele der Befragten sahen keinen Grund, mit einem behandelnden Arzt zu sprechen auf Grund der negativen Erfahrungen, die sie über die Jahre gemacht hatten. Die Untersuchungen zeigten, dass sich zwei Gruppen von Angehörigen gebildet hatten. Die eine hatte regelmäßigen Kontakt zum psychisch Kranken und die zweite Gruppe hatte keinen Kontakt mehr. Beide Angehörigengruppen fühlten sich schuldig, allein gelassen und unverstanden.<sup>37</sup>

Die Untersuchungen zeigen ebenfalls, dass hauptsächlich Eltern schizophrener erkrankter Personen befragt wurden. Befragungen oder Untersuchungen der Ehepartner oder Lebensgefährte von psychisch Kranken lagen zu diesem Zeitpunkt kaum vor. Ein Artikel von MICHELS (1992) unterschied bei den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Eltern einerseits und auf Partner andererseits. Dieser Beitrag bezieht sich weniger auf die Situation in der stationären Behandlung, sondern auf die allgemeinen Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf Eltern und Partner der Kranken.

---

<sup>36</sup> Vgl. Becker / Kratzmann 1991, S.37

<sup>37</sup> Vgl. Becker / Kratzmann 1991, S.38 - 42

## **2.2 Zur derzeitigen Behandlungssituation der psychisch Kranken**

Historisch wurde der Familienangehörige als Verursacher von seinem psychisch erkrankten Familienmitglied abgegrenzt, um den Kranken zu schützen. Heute soll der Angehörige als kompetenter Gesprächspartner und so genannter ‚Co Therapeut‘ als fester Bestandteil bei der Behandlung der psychischen Erkrankung mit einbezogen werden.<sup>38</sup>

So kommt es heute noch dazu, dass die Begegnung zwischen professionellen Helfern und den Angehörigen für beide mit ambivalenten Gefühlen verbunden sind. Offene Ausgrenzung und Schuldzuweisungen begegnen Angehörige heute kaum mehr.<sup>39</sup>

Die politische Situation hat sich über die Jahre ebenfalls verändert. Heute hat der Staat eine Fürsorgepflicht für Kranke und Behinderte, diese ist in der Verfassung, dem Grundgesetz und den Sozialgesetzen, besonders SGB V, IX, VI und XII verankert. Durch diese Pflicht hat der Staat Leid und Not zu lindern, Familien zu schützen und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Dieser Schutz gilt auch psychisch kranken Menschen und ihren Familienangehörigen.<sup>40</sup>

### **2.2.1 Die allgemeine Behandlungssituation**

Ein Großteil der Behandlung der psychischen Erkrankung findet heute ambulant statt. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer hat sich über die Jahre deutlich verkürzt. Waren es früher drei Jahre, so liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer heute bei nur noch drei Monaten.<sup>41</sup>

Psychisch Kranke verbringen ein Grossteil ihrer Zeit in ihrer gewohnten Umgebung und in ihren Familien, da die psychiatrische Versorgung die natürlichen sozialen Einbindungen einer Familie oder Partnerschaft nicht ersetzen kann.

---

<sup>38</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 152

<sup>39</sup> Vgl. Bastiaan 2005, S. 13

<sup>40</sup> Vgl. Straub 2008, S. 197

<sup>41</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 64 - 65

Dadurch müssen gerade in der ambulanten Psychotherapie Wartezeiten von bis zu sechs Monaten in Kauf genommen werden.<sup>42</sup>

Akute psychotische Episoden werden stationär behandelt, während die psychiatrische Langzeitbehandlung und die Rehabilitation ambulant erfolgen sollen. Das bedeutet, dass die Angehörigen, neben Psychiatern, Psychotherapeuten, sozialpsychiatrischen Diensten und anderen Einrichtungen Teil der ambulanten Versorgung sind.<sup>43</sup>

### **2.2.2 Das Arzt-Patienten-Verhältnis**

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung der psychischen Erkrankung soll heute als eine Selbstverständlichkeit angesehen werden.<sup>44</sup>

Die Angehörigen kennen ihren psychisch Kranken häufig sehr lange, oft bevor die Schizophrenie zum ersten Mal ausbrach. Sie könnten somit durch ihre Erfahrungen mit dem Erkrankten und durch ihre Beobachtungen dem behandelnden Arzt hilfreich sein, bezüglich möglicher Symptome und Aufschluss über den Krankheitsverlauf geben. Dadurch kann dem Arzt zu einer stimmigen Diagnose verholfen werden.<sup>45</sup>

Doch das ‚Arzt-Patienten-Verhältnis‘ scheint der Einbeziehung der Angehörigen entgegengustehen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist von Hierarchie und Machtverhältnissen geprägt. Die Definitionsmacht ist hier klar verteilt, der Arzt diagnostiziert die Krankheit und bestimmt somit die (Be)Handlungsschritte und den therapeutischen Prozess. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass es selbst in der Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten dieses Hierarchie- und Machtverhältnis gibt. So findet häufig eine ‚singuläre‘ Interaktion des kranken Menschen mit dem Arzt (oder einer Gruppe Professioneller bei der Visite) in Form von ‚Frage-Antwort ...‘ statt. Der Arzt nimmt in dieser Situation die Rolle des Gesundheitsexperten ein und unterstellt dem Patienten den Wunsch, wieder gesund zu werden. Der Patient gestaltet diese Situation seinerseits mit. Aus Sicht des Arztes erweisen sich die Patienten häufig als widerspenstiger

---

<sup>42</sup> Vgl. Peghini 2008, S. 39 // Vgl. Jungbauer 2002, S. 53

<sup>43</sup> Vgl. Jungbauer 2005, S. 9

<sup>44</sup> Vgl. Hubschmidt 1992, S. 66 // Haselmann 2008, S. 372 – 373

<sup>45</sup> Vgl. Peghini 2008, S. 39

und unverständiger als erwünscht. Die Annahme der Krankheits- und Behandlungsdefinition durch den psychisch kranken Menschen erfolgt nicht unmittelbar. Dennoch haben die Patienten nicht die gleiche Definitionsmacht und so werden sie in diese vom Arzt definierten Rollen/Positionen gezwungen. Dieser Prozess ist mit Wirkungen über den Krankenhausaufenthalt hinaus verbunden.<sup>46</sup>

Ein psychisch Kranker beschreibt die Behandlungssituation, wie er sie empfand: *„Ihr hört uns nicht zu, ihr berücksichtigt unsere Bedürfnisse nicht, ihr behandelt uns, ohne mit uns zu verhandeln, ihr werdet viel zu schnell handgreiflich, ihr wendet viel zu rasch Zwang an.“*<sup>47</sup>

Im Arzt-Patienten-Verhältnis findet auch der Angehörige kaum Platz. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung der psychisch Kranken soll heute eine Selbstverständlichkeit sein, doch zeigen unzählige Artikel und Studien das Gegenteil. In diesen wird beschrieben, dass die Angehörigen weiterhin als Störfaktoren und Belastungen für das Arzt-Patienten-Verhältnis empfunden werden und somit nur bedingt in die Behandlung miteinbezogen werden.<sup>48</sup>

### **2.2.3 Die Wahrnehmung der Angehörigen in der stationären Behandlung**

Gerade während der kurzen stationären Klinikaufenthalten klagen Angehörige darüber, unzureichend in der Behandlung ihres erkrankten Familienmitglieds wahrgenommen und miteinbezogen zu werden. Dabei geht es besonders um drei Bereiche. Die Weitergabe von Informationen und die Aufklärung; die Gestaltung langfristiger Kooperation mit den Angehörigen und die generelle Haltung den Patienten und ihren Angehörigen gegenüber.<sup>49</sup>

Angehörige bemängeln, dass die Aufklärung und Weitergabe von Informationen beispielsweise über die Krankheit, die Therapie und Behandlungsmaßnahmen, die Einnahme und Wirkungsweise von verordneten Medikamenten häufig viel

---

<sup>46</sup> Vgl. Alheit / Hanses 2004, S 10 - 17

<sup>47</sup> Finzen / Hofmann-Richter 2008, S. 35

<sup>48</sup> Vgl. Hoffmann-Richter / Finzen 1996, S.19 // Vgl. Peghini 08, S. 39 //

Jungbauer /Wittmund/ Angermeyer 2005, S. 117 – 125 und weitere

<sup>49</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 118

zu kurz kommen, wichtige Sachverhalte werden unverständlich dargestellt oder sogar verschwiegen.<sup>50</sup>

Die Schweigepflicht kann hierbei eine Rolle spielen. Wenn der Patient seine Einwilligung zur Weitergabe von Informationen nicht erteilt, sind auch dem Arzt die Hände gebunden. Er darf dann personenbezogene Daten, das heißt Daten die den psychisch Kranken persönlich betreffen, selbst an den Angehörigen nicht weitergeben.<sup>51</sup>

Bei der Weitergabe von allgemeinen Informationen spielt die Schweigepflicht keine oder nur eine sehr geringe Rolle. Hierbei handelt es sich um Themen, wie allgemeine Ursachen und der Verlauf der psychischen Erkrankung, wie können Frühwarnzeichen eines Rückfalls aussehen, welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es, welche Wirkungen und Nebenwirkungen können Medikamenten haben, welche vorhandenen psychiatrischen Versorgungs- und Hilfsangebote gibt es im Umfeld des psychisch Kranken und seiner Familie. Diese allgemeinen Informationen und Auskünfte darf der Arzt den Angehörigen mitteilen, da sie sich nicht persönlich auf den psychisch Kranken beziehen.<sup>52</sup>

Die Vermittlung dieser Informationen kann auch in Form von Psychoedukation geschehen. Diese Art der Informationsvermittlung bedeutet häufig, dass ein Professioneller (zum Beispiel ein Arzt) dies vermittelt, aber in Form von einem Lehrer-Schüler-Verhältnis. Diese Art der ‚Wissensvermittlung‘ über die Krankheit, ist dann keine gleichberechtigte sondern hierarchisch.<sup>53</sup>

Angehörige sind enttäuscht und verärgert, wenn anfängliche Kooperation und die Zusicherung eines kontinuierlichen Informationsaustausches sich als ‚leere Versprechungen‘ erweisen. Sie fühlen sich bei der Behandlungsplanung des psychisch Kranken übergangen, obwohl es sie in erheblicher Weise mit beeinflusst. (Siehe **Punkt 3.**) Angehörige bemängeln die häufigen Personalwechsel und dass es somit kein festes Bezugspersonal als Ansprechpartner für sie und den psychisch Kranken gibt. Angehörige äußern häufig das Gefühl, dass die Professionellen ihren Problemen und Anliegen desinteressiert und gleichgültig

---

<sup>50</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 117 - 123

<sup>51</sup> Vgl. Groß 2006, S.17

<sup>52</sup> Vgl. Bastiaan 2005, S. 15

<sup>53</sup> Vgl. Haselmann 2008, S. 115

gegenüberstehen. Die Angehörigen fühlen sich mit ihren Problemen und in ihrer Not nicht ernst genommen.<sup>54</sup>

Des Weiteren fühlen sich die Angehörigen gedemütigt, „wenn sie wie Bittsteller um Gesprächstermine nachsuchen müssen und den Eindruck haben, den Ärzten nur lästig zu sein. Häufig fühlen sie sich [...] unfreundlich und von oben herab behandelt.“<sup>55</sup>

Ein Vertreter des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker äußert sich dazu.

*„Wir kennen die Gründe: das Zeitproblem, nicht ausreichende Vergütung durch die von den kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten Sätzen pro Quartal, das Complianceproblem – der Patient missachtet die Therapievorschläge seines Arztes [...] das ständige Ausgleichen zwischen widersprüchlichen Anforderungen. Dies führt zur Verschlechterung der Behandlungsstandards, was aber unter keinen Umständen zulasten eines unbedingt erforderlichen Gesprächsbedarfs führen darf.“<sup>56</sup>*

Ein Vertreter aus der Sozialpsychiatrie äußert sich dazu mit den Worten:

*„Angehörige benötigen unsere Hochachtung, weil sie als einzige oft länger als Freunde oder Arbeitskollegen oder [...] Professionelle einen dauerhaften Kontakt zum psychisch kranken Familienmitglied pflegen. Angehörige haben hohe persönliche und finanzielle Opfer zu tragen und müssen dringend entlastend werden. Deshalb sollten wir ihnen wohlwollend entgegenreten und versuchen, ihnen Angst und Schuldgefühle zu nehmen. Dann sind Angehörige auch bereit, professionellen Rat anzunehmen, wenn dieser Informationen statt Schuldvorwürfe enthält.“<sup>57</sup>*

Offene Ausgrenzung und Schuldzuweisungen begegnen Angehörige heute kaum mehr, diese tauchen in verdeckter Form auf. Beispielsweise „... wenn professionelle Helfer gar nicht oder nur widerwillig mit Angehörigen sprechen

---

<sup>54</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmann / Angermeyer 2005, S. 117 - 123

<sup>55</sup> Jungbauer / Wittmann / Angermeyer 2005, S. 123

<sup>56</sup> Peghini 2008, S. 38

<sup>57</sup> Bastiaan 2005, S. 15



oder wenn Gespräche der Unhöflichkeit geführt werden, wenn z.B. klare Fragen des Angehörigen mit einer Gegenfrage beantwortet werden.<sup>58</sup>

Heute werden die Angehörigen nicht mehr als Verursacher der psychischen Krankheit beschuldigt, sondern man unterstellt den Angehörigen, dass sie für den günstigen oder ungünstigen Verlauf in entscheidender Weise mitverantwortlich sind. Im diesem Zusammenhang geht es um die Expressed-Emotions. Hier wird unterstellt, dass durch stark ausgedrückte negative Gefühle (Wut, Streitigkeiten usw.) und Kritik der Krankheitsverlauf ungünstig beeinflusst wird und es somit sogar zu erneuten Rückfällen oder neuen Krankheitsschüben führen kann. Man nennt diese Gefühle „High-Expressed-Emotions“. Die „Low-Expressed-Emotions“ hingegen sind gelassener und zurückhaltende Gefühle und Einstellungen, wo man dem psychisch Kranken mit Vorsicht, Verständnis, Zurückhaltung und Wohlwollen begegnet. Durch Low-Expressed-Emotions können Rückfälle reduziert oder gar vermieden werden, der Krankheitsverlauf kann dadurch positiv beeinflusst werden. Aus der Sicht der Expressed-Emotions würden Angehörige dann aber wieder verantwortlich gemacht, wenn sich im psychischen Gesundheitszustand ihres Familienmitgliedes über längere Zeit keine Besserung einstellt.<sup>59</sup>

High-Expressed-Emotions können aber auch in Folge Jahrelanger Dauerbelastungen entstehen. (siehe dazu **Punkt 3.3.6** Aggression und Kommunikation.)

### ***2.3 Erwartungen der Angehörigen an die behandelnden Ärzte und Institutionen***

Die Angehörigen wollen an der Krankheitsbewältigung ihres psychisch erkrankten Familienmitgliedes beteiligt werden und mithelfen. Sie tun dies nicht aus dem Pflichtbewusstsein heraus, sondern aus Liebe zum kranken Menschen. Angehörige wollen mitentscheiden, was vor allen Dingen die Nachsorge betrifft, wenn der psychisch Kranke wieder bei ihnen zu Hause lebt.<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Walter 2001, S. 146

<sup>59</sup> Vgl. Walter 2001, S. 147

<sup>60</sup> Vgl. Straub 2008, S. 197 - 198

Die Aspekte, die die Angehörigen von den Ärzten erwarten, betreffen vorrangig den psychisch kranken Patienten. Dazu gehören eine erfolgreiche Behandlung durch gute Ärzte und Therapeuten, die Stärkung des Selbstbewusstseins des psychisch Kranken und das Vermitteln von Zuversicht durch individuelles eingehen auf die Belastungen des Patienten. Aspekte psychotherapeutischer Gespräche sollten einen ebenso großen Stellenwert einnehmen wie ausschließlich eine medikamentöse Behandlung.<sup>61</sup>

Wichtig ist für Patienten und ihre Angehörige ausführliche, individuelle und verständliche Aufklärung und Informationen über die Therapie, den Behandlungsverlauf, Medikamente, die Rückfallverhütung usw. zu erhalten. Gerade zum Erkrankungsbeginn werden diese als besonders hilfreich und entlastend empfunden, wenn diese Gespräche zeitnahe erfolgen.<sup>62</sup>

*„Ein Informationsdefizit kann beim Angehörigen zu Angst, Ratlosigkeit und Hoffnungslosigkeit im Umgang mit der Erkrankung sowie zu Schuldgefühlen und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit führen; sachliche Informationen dagegen geben Sicherheit und verringern Hoffnungslosigkeit.“<sup>63</sup>*

Neben den Informationen wünschen sich die Angehörigen konkrete Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit ihrem psychisch erkrankten Familienmitglied. Hierbei sind vor allem Verhaltensregeln gemeint und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten und Angebote in Alltagssituationen und Anforderungen. Die Angehörigen erwarten von den Ärzten und professionellen Helfern, dass sie sich mehr Zeit nehmen, für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, gemeinsame Gesprächstermine und die Behandlungsplanung in Absprachen mit den Angehörigen.<sup>64</sup>

Angehörige möchten nicht als Leidverursachende ausgegrenzt, sondern als Mitleidende akzeptiert und somit auch als solche beachtet werden. Daraus ergeben sich die Erwartung der Angehörigen, dass auch von professioneller Seite

---

<sup>61</sup> Vgl. Spieß u.a. 2004, S. 480-481

<sup>62</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmann / Angermeyer 2005, S. 118 – 120

<sup>63</sup> Spieß u.a. 2004, S. 481

<sup>64</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmann / Angermeyer 2005, S. 121 - 122

auf ihre Probleme und Anliegen (zum Beispiel Schuldgefühle) eingegangen wird.<sup>65</sup>

Denn vorhandene Schuldgefühle führen zu Wiedergutmachungsbemühungen bis hin zur Selbstaufgabe der Angehörigen. Eine Besserung des Gesundheitszustandes des psychisch Kranken kann so nicht entstehen. Im Gegenteil, dem Erkrankten bekommt es gar nicht gut, wenn er ständig das Gefühl hat, der andere opfert sich nur noch für ihn auf, so entsteht ein Teufelskreis.<sup>66</sup>

Die Angehörigen wünschen sich eine langfristige Kooperation mit festen Ansprechpartnern, wobei man den Angehörigen partnerschaftlich, emphatisch und verständnisvoll begegnen sollte. Die Angehörigen erwarten von den Ärzten, dass sie aktiv den Kontakt zu ihnen suchen und nicht, dass sie ständig um Termine nachsuchen müssen.<sup>67</sup>

Angehörige erwarten die Rücksichtnahme auf ihre, den Lebensumständen entsprechenden Unterstützungsmöglichkeiten. Das bedeutet darauf Rücksicht zu nehmen, ob sie praktisch, räumlich aber auch psychisch in der Lage sind, bei der Behandlung des psychisch Kranken mitzuwirken und ihnen keine Verantwortung aufzuladen, der sie nicht gewachsen sind.<sup>68</sup>

### **3. Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Ehegatten und Lebenspartner**

In diesem Kapitel geht es um Auswirkungen, die eine psychische Erkrankung auf den Ehegatten oder Lebenspartner haben kann. Es werden dabei unterschiedliche Aspekte und Auswirkungen der psychischen Erkrankung zu Krankheitsbeginn, im Krankheitsverlauf und bei einer möglichen Chronifizierung beleuchtet. Danach geht es um Folgen für die Angehörigen, die sich aus den Auswirkungen ergeben. Unter anderem werden Überforderung, körperliche und psychische Auswirkungen, die Trennung oder Weiterführung der Ehe/ Partner-

---

<sup>65</sup> Vgl. Spieß u.a. 2004, S. 481

<sup>66</sup> Vgl. Straub 2008, S. 196

<sup>67</sup> Vgl. Spieß u.a. 2004, S. 481

<sup>68</sup> Vgl. Straub 2008, S. 197 - 198

schaft beleuchtet. Neben negativen Folgen werden sowohl positive Aspekte der Schizophrenie als auch Ressourcen der Angehörigen beschrieben. Zum Schluss geht es um die Frage, wie hilfreich ‚Ratschläge für Angehörige‘ sind.

### **3.1. Allgemeine Hinführung zum Thema**

Unter anderem unterstellen HABERFELLNER und RITTMANNBERGER 1994, dass die Herkunftsfamilie der psychisch Kranken dauerhaft der wichtigste Sozialkontakt bleibt, da der psychisch Kranke durch seine Krankheitsbedingten Defizite dauerhaft nicht in der Lage ist, in einer stabilen Partnerschaft zu leben.<sup>69</sup> Dennoch wird heute davon ausgegangen, dass Ehen und Partnerschaften mit Schizophrenen häufiger existieren als angenommen. Neuere Untersuchungen unter anderem von SCHULZE MÖNKING et al. 1996; SALOKANGAS 1997; HÄFNER & AN DER HEIDEN 1999 lassen darauf schließen, dass „ca. 20 – 30% [...] in einer Partnerschaft lebt, nicht selten sogar über viele Jahre hinweg.“<sup>70</sup>

Psychisch erkrankte Frauen führen häufiger eine Ehe/Beziehung als männliche. Dabei wurde festgestellt, dass die psychisch kranken Personen, die in einer festen Partnerschaft leben, eine überdurchschnittlich günstige Krankheitsprognose haben. Eine intakte oder bestehende Beziehung kann einen protektiven Faktor bei der langfristigen Krankheitsbewältigung spielen.<sup>71</sup>

In den oben genannten Untersuchungen und der Fachliteratur zur Lebenssituation Angehöriger von Schizophrenen zeigt sich, dass sich diese fast ausnahmslos auf Eltern beziehen. Spezielle Untersuchungen zur Lebenssituation von Ehegatten oder Lebenspartner liegen bis heute nicht so umfassend vor wie bei den Eltern.

Neben den Untersuchungen von JUNGBAUER verweist der Artikel von T. MICHELS bereits 1992 auf typische Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf Eltern und den Ehepartnern. Dort ist ersichtlich, dass die Auswirkungen sich gerade zum Krankheitsbeginn in wesentlichen Merkmalen gleichen. Überein-

---

<sup>69</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 35 // Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 50

<sup>70</sup> Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 51

<sup>71</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 51

stimmungen gibt es auch im Krankheitsverlauf, dennoch zeigen sich dort ferner wesentliche Unterschiede.<sup>72</sup>

Auf Grund der geringen Anzahl an Literatur zu Auswirkungen auf Ehegatten und Lebenspartner, werden Aspekte der Auswirkungen auf die Eltern vereinzelt, auf die Partner übertragen werden.

### 3.1.1 Auswirkungen

Es gibt keine Definition für den Begriff ‚Auswirkung‘. Im Synonymwörterbuch finden sich unter dem Begriff ‚Auswirkung‘ unter anderem die Wörter Effekt, Wirkung, Konsequenz oder Folge.<sup>73</sup>

In der Fachliteratur wird in Bezug auf Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Angehörigen häufig von Belastungen und Stress gesprochen. Anfang 1966 differenzierten HOENIG und HAMILTON zwischen objektiven Belastungen (beobachtbare, negative Auswirkungen) und subjektiven Belastungen (erlebte negative Belastungen der Angehörigen.) Über die Zeit wurde diese Unterscheidung weiter differenziert und heute durch stresstheoretische Modelle ersetzt.<sup>74</sup>

Die Begriffe Belastungen und Stress sind negativ besetzt, positive Aspekte hingegen werden in der Fachliteratur kaum berücksichtigt oder sind nicht vorhanden. Mit dem Begriff ‚Auswirkungen‘ sollen mögliche negative und positive Aspekte der psychischen Erkrankung beleuchtet werden. Des Weiteren geht es bei den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Ehegatten/Lebenspartner nicht um ein Ursache-Wirkungsprinzip, sondern auch um Interaktionsprozesse. Das bedeutet, die Schizophrenie kann sich abhängig von den vorhandenen Kompetenzen, Bewältigungsstrategien und Ressourcen jedes Angehörigen unterschiedlich stark oder schwach auswirken. Aus diesem Grund wird im nachfolgenden Abschnitt ausdrücklich von Auswirkungen gesprochen.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Michels 1992, S. 72 - 99

<sup>73</sup> Vgl. Wermke / Kunkel-Rzum / Scholze-Stubenrecht 2004, S. 162 - 162

<sup>74</sup> Vgl. Jungbauer / Bischkopf / Angermeyer 2005, S. 20

<sup>75</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 27 - 33

### **3.1.2 Die Ehegatten/ Lebenspartner als Angehörige**

Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht hat keine wesentliche Bedeutung für den Grad der gefühlten Auswirkungen der psychischen Erkrankung (**Punkt 3.2 und 3.3**) auf die Angehörigen. Die soziale Schicht kann in Hinsicht auf finanzielle Belastungen und der Arbeitssituation beispielsweise der Arbeitslosigkeit der Angehörigen, von Bedeutung sein. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass weibliche Angehörige (Mutter, Ehefrau und Lebensgefährtin eines psychisch Kranken) größere negative Auswirkungen erleben, als männliche (Vater, Ehemann und Lebensgefährte), vor allem wenn sie im gleichen Haushalt leben. Hierbei ist die multiple Rollenanforderung der Frau von Bedeutung, da sie in der Regel die Hauptlast der Betreuung zu tragen hat. Dazu gehören unter anderem die Krankenbetreuung, Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung (wenn diese in der Ehe oder Partnerschaft vorhanden sind) sowie die Haushaltsführung.

Das Verwandtschaftsverhältnis oder die Beziehung, in denen Angehörige zum psychisch Erkrankten stehen, sind mit unterschiedlichen thematischen Inhalten verbunden. Der Einbruch einer psychischen Erkrankung ist bei Eltern als Angehörigen, mit Themen die sich auf die Eltern-Kind-Beziehung beziehen und unter anderem mit Schuldgefühlen verbunden. Im Gegensatz dazu stehen bei Ehegatten und Lebenspartnern Themen im Vordergrund, die sich auf die Paarbeziehung beziehen. Insbesondere Intimität, Lebensplanung und Zukunftsgestaltung, die Neuverteilung und Reorganisation der familiären Aufgaben und Rollen in der Beziehung spielen bei Ehegatten/Lebenspartnern eine zentrale Rolle. Die krankheitsspezifischen Auswirkungen der psychischen Erkrankung ähneln sich teilweise dennoch bei Eltern und Partnern als Angehörige.<sup>76</sup>

### **3.1.3 Einflüsse auf das Empfinden der Auswirkungen der psychischen Erkrankung**

Einfluss auf das Empfinden der Auswirkungen der psychischen Erkrankung können folgende Faktoren haben:

---

<sup>76</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 62

- Hat der Ehegatte / Lebenspartner, den psychisch Kranken bereits einige Zeit vor dem Krankheitsbeginn kennen gelernt?
- Ist die Ehe / Partnerschaft erst nach dem Eintreten der Schizophrenie zustande gekommen?
- In wieweit ist der Partner über die vorhandene psychische Erkrankung informiert?

Vor diesem Hintergrund vermag sich die psychische Erkrankung auf die Angehörigen in unterschiedlicher Weise auswirken. Von großer Bedeutung können auch Vorerfahrungen mit einer eigenen psychischen Erkrankung des Angehörigen sein, beispielsweise wenn der Partner ebenfalls schizophren erkrankt war oder noch ist.<sup>77</sup>

### **3.2 Auswirkungen zum Beginn des Krankheitseinbruchs**

In diesem Abschnitt soll der Einbruch der psychischen Erkrankung beschrieben werden und welche Auswirkungen diese auf den Ehepartner oder Lebensgefährten des Schizophrenen haben. Es wird ausdrücklich von Auswirkungen und nicht von Belastungen gesprochen, um positive und negative Aspekte beleuchten zu können.

#### **3.2.1 Ohnmacht, Schock, Angst und Hilflosigkeit**

Zu Beginn der psychischen Erkrankung zieht sich der ‚Erkrankte‘ möglicherweise ohne nachvollziehbaren Grund für die Angehörigen zurück und verhält sich dabei misstrauisch oder verängstigt. In anderen Fällen verhält sich die betreffende Person feindselig und aggressiv gegenüber ihren Angehörigen. Dabei kann es unter Umständen, neben verbalen Konflikten, auch zu körperlichen Angriffen und Sachbeschädigungen kommen. Der ‚Erkrankte‘ wird vom Ehepartner/Lebensgefährten stark verändert, fremd oder unheimlich wahrgenommen.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 54 - 55

<sup>78</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 37 - 38

Diese Frühwarnzeichen können sich über viele Wochen und Monate hinziehen, dabei abwechselnd verstärkt und schwächer auftreten und wahrgenommen werden.<sup>79</sup> (siehe **Punkt 1.2.2** und **1.2.3** Symptome und Verlauf)

Da die Angehörigen und Erkrankten anfänglich die Symptome von Ich-Störungen, Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen und Gefühlsstörungen nicht als Anzeichen einer psychischen Erkrankung erkennen, werden andere Erklärungen für die Verhaltensänderungen, wie eine körperliche Erkrankung oder Drogenkonsum, hinzu gezogen. Unter Umständen werden die Krankheitsmerkmale verharmlost oder verdrängt. Des Weiteren fehlen den Angehörigen häufig Informationen, um dem erkrankten Familienmitglied mit adäquate Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten zu versorgen.<sup>80</sup>

Der Einbruch der psychischen Erkrankung kann allgemein als „... extrem belastendes, ja katastrophales Ereignis“ seitens der Angehörigen erlebt werden.<sup>81</sup>

Da die auftretenden psychotischen Symptome ohne Vorwarnung auftreten und nicht eingeordnet werden können, sind die Angehörigen mit Gefühlen von Ohnmacht, Angst und Hilflosigkeit überwältigt.<sup>82</sup>

Gefühle sind subjektive Erregungszustände unterschiedlicher Thematik und wechselnder Intensität. Dazu gehören Freude, Ärger, Trauer, Entsetzen, Zorn, Besorgnis, Überraschung, Liebe, Hass, Aggression und Hoffnung.<sup>83</sup>

### **3.2.2 Ärztliche Hilfe und Zwangseinweisung**

Nach einiger Zeit haben sich die Verhaltensweisen und Symptome des Betroffenen so zugespitzt, dass dem Angehörigen klar wird, dass der Familienangehörige ärztliche Hilfe benötigt. Zu diesem Zeitpunkt haben Ehepartner/Lebensgefährten kaum Anhaltspunkte, wo sie Hilfe erhalten, um entsprechende Schritte zu unternehmen. Freunde und Bekannte werden um Rat gefragt, um sich nach einiger Zeit an einen Hausarzt zu wenden. Dieser kann den

---

<sup>79</sup> Vgl. Finzen / Hoffman-Richter 2008, S. 26

<sup>80</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 53

<sup>81</sup> Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 53

<sup>82</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 53 - 54

<sup>83</sup> Brockhaus Enzyklopädie 1989, S. 209



‚psychisch Kranken‘ an einen niedergelassenen Neurologen oder an eine psychiatrische Klinik überweisen.<sup>84</sup>

Besonders schwierig kann die Situation werden, wenn sich die Symptome schon sehr stark ausgeprägt haben und der ‚psychisch Kranke‘ keine Einsicht zeigt, dass er Hilfe benötigt. Wenn eine erhebliche Gefahr von Eigen- und/ oder Fremdgefährdung vorhanden ist, besteht die Möglichkeit der Zwangseinweisung. Das bedeutet für den psychisch Kranken, dass er gegen seinen Willen in eine Klinik eingewiesen werden kann. Dazu können unter anderem ein Arzt, ein Rettungswagen und Polizei zur Hilfe gezogen werden. Die gesetzlichen Bestimmungen finden sich in den jeweiligen Landesgesetzen des PsychKGs und dem BGB<sup>85</sup>

Die Situation der Zwangseinweisung können für die betroffenen Personen und die Angehörigen ein sehr dramatisches Ereignis sein, wenn der Erkrankte beispielsweise vom medizinischen Personal oder der Polizei überwältigt werden muss, möglicherweise medikamentös ruhig gestellt und dann ‚abtransportiert‘ wird. Der Einsatz vom medizinischen Rettungsdienst und der Polizei wird als besonders unangenehm und beschämend empfunden, vor allem gegenüber Nachbarn und Bekannten. Hinzu kommen Ängste und Stigmatisierungsbefürchtungen, die weitestgehend mit den verbreiteten Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken Menschen und der Psychiatrie zusammenhängen.<sup>86</sup>

In der psychiatrischen Klinik können die Sicherheitsmaßnahmen, die Beeinträchtigungen anderer Mitpatienten, aber auch bestimmte Behandlungsmaßnahmen (zum Beispiel Fixierung, medikamentöse Sedierung, Elektrokrampftherapie) von Angehörigen „... als unverständlich, unmenschlich und entwürdigend empfunden werden.“<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. Jungbauer, Angermeyer 2005, S. 38

<sup>85</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 156 - 157

<sup>86</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 39

<sup>87</sup> Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 54

### 3.2.3 Erstellung der ärztlichen Diagnose und weiterer Behandlungsverlauf

Die ärztliche Diagnose kann als Entlastung empfunden werden, weil das veränderte Verhalten des ‚erkrankten Familienmitgliedes‘ erstmals als Symptome einer psychischen Erkrankung - der Schizophrenie - erklärt werden kann. Die stationäre Unterbringung kann seitens der Angehörigen mit der Hoffnung verbunden sein, dass die psychische Erkrankung in absehbarer Zeit wieder geheilt wird. Andererseits kann die erste Begegnung mit dem psychiatrischen Versorgungssystem für die Angehörigen sehr belastend sein (zum Beispiel Situation einer Zwangseinweisung, wie oben beschrieben) wenn Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen eingeleitet werden.<sup>88</sup>

Die Einstellungen und Haltungen der Ärzte können ebenso entscheidend be- oder entlastend auf die Angehörigen wirken. Werden die Ehepartner oder Lebensgefährten in der Erstellung der Diagnose und in der Behandlung berücksichtigt, in dem man mit ihnen in Kooperation steht und sie über wichtigen Aspekte der psychischen Erkrankung aufklärt und informiert, kann diese Einbeziehung für die Angehörigen eine Entlastung darstellen.<sup>89</sup> (siehe dazu auch **Punkt 2.2** und **Punkt 2.3**).

Durch ein gemeinsames Gespräch mit dem betroffenen psychisch Kranken, seinen Angehörigen und einem behandelnden Arzt können wichtige Themen und Aspekte, die die Erkrankung und weitere Behandlungsschritte betreffen, aber auch Gefühle wie Verletztheit, Enttäuschung, Schamgefühle angesprochen werden. Dieses Gespräch sollte nicht unmittelbar nach einer Zwangseinweisung geschehen, sondern es sollte ein geeigneter Zeitpunkt gefunden werden, in dem der psychisch Kranke stabil ist und sich in der Lage fühlt in diesem Gespräch miteinbezogen zu werden.<sup>90</sup>

Werden die Angehörigen andererseits durch die Professionellen nicht oder unzureichend in die Behandlung ihres erkrankten Familienmitgliedes einbezogen, sind die Ehepartner oder Lebensgefährten weiterhin mit Gefühlen von Ohnmacht, Hilflosigkeit konfrontiert und belastet. Ein vertrauensvolles Verhältnis

---

<sup>88</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 38 - 39

<sup>89</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 119

<sup>90</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 156 - 157

zum behandelnden Arzt des psychisch Kranken kann so seitens der Angehörigen nicht entstehen.<sup>91</sup>

### 3.2.4 Solidarität

Der Begriff der Solidarität wird definiert als „ die wechselseitige Verbundenheit und Mitverantwortung der Mitglieder einer Gemeinschaft.“<sup>92</sup>

Die Solidarität der Ehegatten und Lebenspartner zum psychisch Erkrankten steht in enger Verbindung zu traditionellen und gesellschaftlichen Normen. Diese Normen sind oft religiös verankert und basieren vor allem bei der Ehe auf dem Idealbild der ‚unauflöselichen Ehe‘. Mit dem Eheversprechen beispielsweise bezeugen beide Ehegatten sich ‚auch in schlechten Zeiten‘ treu zu bleiben und bereit zu sein persönliche Opfer zu bringen. So ist es verständlich, dass der Einbruch der Schizophrenie für einige Angehörige als Ernstfall angesehen wird, indem das auf Gegenseitigkeit beruhende Solidaritätsversprechen eingelöst wird.<sup>93</sup>

Aus dem Gefühl der Verpflichtung dem Kranken gegenüber, unterstützt der Angehörige den Betroffenen mit allen ihm zur stehenden Mitteln. Diese Unterstützung kann seitens der Angehörigen mit großen persönlichen Belastungen verbunden sein.<sup>94</sup>

In der Partnerschaft spielt die empfundene Verpflichtung eine wichtige Rolle. Dazu zählt, wie viele Jahre die Partnerschaft bereits besteht und das gemeinsam Erlebte und Aufgebaute positiv gewertet wird. Partner beschrieben, dass sie den Einbruch der psychischen Erkrankung als ‚Prüfung‘ erlebten und die Partnerschaft in wesentlichen Aspekten neu definiert werden musste. Die Schizophrenie wurde in diesen Fällen, als sinnvolle Lebenserfahrung interpretiert. Diese Angehörigen sprachen davon, dass sie „... sogar gestärkt aus der ‚Prüfung‘ durch die Krankheit hervorgegangen“ sind.<sup>95</sup>

---

<sup>91</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 117 - 125

<sup>92</sup> Bertelmann Band 3 2003, S. 326

<sup>93</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 59

<sup>94</sup> Vgl. Michels 1992, S. 77

<sup>95</sup> Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 60

Bei Beginn der psychischen Erkrankung wird die Beziehung (Ehe oder Partnerschaft) seitens der Angehörigen nicht in Frage gestellt. „Trotz der zum Teil massiven Stressbelastung zeigen die Partner in dieser Phase meist besonders große Solidarität mit dem Erkrankten und weisen den Gedanken der Trennung weit von sich.“<sup>96</sup>

### **3.3 Auswirkungen im Krankheitsverlauf und möglicher Chronifizierung**

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Auswirkungen, die die Schizophrenie im Krankheitsverlauf und einer möglichen Chronifizierung auf die Angehörigen haben. Dabei soll auf die Lebensgestaltung und Zukunftsplanung, die Rollenverteilung, der Intimität, einer erneuten psychischen Krise (Rückfall), der Kommunikation, Aggression und finanziellen Belastungen eingegangen werden.

#### **3.3.1 Die Lebensgestaltung und Zukunftsplanung;**

Der Einbruch und im Verlauf der psychischen Erkrankung sind mit Einschnitten der Lebensgestaltung und der gemeinsamen Zukunftsplanung des psychisch Kranken und des Angehörigen verbunden. Wurde die Diagnose anfangs als Erleichterung empfunden, können gemeinsame Wünsche und Ansprüche an die Zukunft und den erkrankten Partner, seitens der Angehörigen als nicht mehr realisierbar oder in Frage gestellt werden. Die psychische Erkrankung kann seitens der Angehörigen als Bedrohung für die Beziehung zum Erkrankten erlebt werden.<sup>97</sup>

Nach Abklingen der Akutphase können die psychisch Kranken als deutlich beeinträchtigt und verändert wahrgenommen werden. Diese krankheitsbedingten Veränderungen betreffen das Temperament, die Stimmung und teilweise die gesamte Persönlichkeit des psychisch kranken Menschen. Durch die Rücksichtnahme auf die verringerte Belastbarkeit und veränderten Bedürfnissen des Erkrankten (zum Beispiel Rückzugsverhalten, Kontaktvermeidung usw.) erge-

---

<sup>96</sup> Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 46

<sup>97</sup> Vgl. Michels 1992, S. 74 - 75

ben sich Veränderungen und Einschnitte im Hinblick auf die Lebensgestaltung und Zukunftsplanung beider Ehegatten oder Lebenspartner. Diese betreffen gemeinsame Aktivitäten und Interessen, die Aufgaben- und Rollenverteilung im Zusammenleben, den Bereich der Intimität und weiteren Bereichen.<sup>98</sup>

Durch den veränderten Bedingungen des Zusammenlebens und den erweiterten Arbeitsaufgaben der Angehörigen werden anfangs eigene persönliche Wünsche, Ziele und Pläne zu Liebe des psychisch Kranken zurückgestellt oder gar nicht wahrgenommen. Diese können sich in beruflichen Kompromissen, gemeinsamen Unternehmungen, Isolation und ähnlichem äußern. Im weiteren Krankheitsverlauf können unter anderem Aggressionen auftreten auf Grund enttäuschter Erwartungen an die gemeinsame Zukunft und dem Zusammenleben.<sup>99</sup>

Die psychische Erkrankung hat vergleichsweise geringe Auswirkungen auf die Angehörigen, wenn es nach dem Abklingen der Akutphase zur vollständigen Remission kommt und der Erkrankte beispielsweise seine Berufstätigkeit wieder aufnehmen kann. So kommt es zur Normalisierung des Zusammenlebens zwischen den Ehegatten und Lebenspartnern.<sup>100</sup>

### **3.3.2 Die Rollenverteilung und Helferpositionen**

Die psychische Erkrankung hat erhebliche Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben. Sie zwingt Angehörige in verschiedenste Helferpositionen und führt zu Rollenverschiebungen in der Ehe oder Partnerschaft. Damit hat die psychische Erkrankung erhebliche Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung und den Alltag beider Partner.<sup>101</sup>

Der psychisch Erkrankte kann auf Grund von möglichen Antriebsproblemen, depressiven Verstimmungen und kognitiver Defiziten in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sein. Aus diesem Grund ist er ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage alltägliche Aufgaben im Haushalt und in der Familie zu bewältigen. Um den Lebensalltag aufrecht zu erhalten, übernehmen die Angehörigen in die-

---

<sup>98</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005 S. 40 – 45 // Vgl. Jungbauer 2002, S. 90 - 94

<sup>99</sup> Vgl. Michels 1992, S. 85 - 87

<sup>100</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 60

<sup>101</sup> Vgl. Michels 1992, S. 95 - 99

sem Fall die zusätzlichen Aufgaben und Pflichten. Daraus ergibt sich für den Ehegatten oder Lebenspartner ein erhöhtes Stressniveau durch vermehrte körperliche und geistige Anstrengungen, zusätzliche Verantwortung und Zeitdruck, insbesondere wenn der Angehörige gleichzeitig berufstätig ist. So müssen teilweise ungewohnte Tätigkeiten neu erlernt werden. Bei männlichen Angehörigen kann das bedeuten, dass diese ihre häuslichen Fertigkeiten erweitert werden müssen, zum Beispiel kochen, putzen und die Betreuung vorhandener Kinder. Weibliche Angehörige müssen sich hingegen unter Umständen handwerklichen und organisatorischen Herausforderungen stellen.<sup>102</sup>

Während eines psychotischen Schubs sind die psychisch Erkrankten in der Regel nicht in der Lage, die üblichen Aufgaben in der Partnerschaft und der Familie zu erfüllen. Durch Klinikaufenthalte muss der Angehörige viele Angelegenheiten und Pflichten alleine bewältigen. Dazu gehört neben der Krankenbetreuung, die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit, die Organisation und Bewältigung der Haushaltsarbeiten sowie der möglichen Kindererziehung. Die Kumulation der unterschiedlichen Anforderungen kann zu massiven Beeinträchtigungen der Befindlichkeit und Lebensqualität der Angehörigen führen. Als Überforderungen werden diese empfunden, je weniger der Angehörige die Möglichkeit hat, soziale oder familiäre Ressourcen zu mobilisieren und Teile der zu bewältigenden Aufgaben zu delegieren.<sup>103</sup>

Die Übernahme der zusätzlichen Aufgaben ist mit einer Verschiebung der Rollen in der Ehe oder Partnerschaft verbunden. Je mehr der psychisch Kranke als wenig belastbar, unselbständig und hilfsbedürftig wahrgenommen wird, übernimmt der Angehörige zunehmend die tragende beziehungsweise unterstützende Rolle.<sup>104</sup>

*„Die Hilfeleistungen reichen von praktischen Tätigkeiten, zum Beispiel in der Hausarbeit, über finanzielle Unterstützung bis hin zur vollständigen Pflege der Erkrankten.“<sup>105</sup>*

---

<sup>102</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 96 - 97

<sup>103</sup> Vgl. Jungbauer 2002, 86 - 87

<sup>104</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 45

<sup>105</sup> Michels 1992, S. 79

Die Angehörigen werden in die Rolle des Helfers - gar des Versorgenden - versetzt. Auf Grund einer möglichen Erwerbsminderung des Erkrankten kann der Partner in der Rolle des Alleinverdieners und somit Hauptversorgers der Ehe/Partnerschaft/Familie versetzt sein. Der Ehegatte oder Lebensgefährte muss ständig aktiv sein, da auf ihm die Verantwortung lastet. In einer anderen Rollenkonstellation kann der psychisch Kranke in die Rolle eines unselbständigen und hilfsbedürftigen Kindes zurückfallen, damit muss der Partner die zusätzlichen Anforderungen alleine bewältigen und sich teilweise um Angelegenheiten des Erkrankten kümmern, die dieser zuvor alleine bewältigen konnte. (Rollenkonstellation Mutter/ Vater – Kind) In einer weiteren Rollenkonstellation kann der Partner eine stark dominierende Rolle einnehmen und den Kranken versuchen zu lenken und zu beeinflussen, weil er seit Einbruch der psychischen Erkrankung in den Augen des Angehörigen beispielsweise kindisch, launisch, streitsüchtig oder gar aggressiv verhält. In dieser Rollen Konstellation ist der Angehörige der Betreuer/Erzieher und der Erkrankte soll erzogen werden.<sup>106</sup>

### **3.3.3 Soziale Isolation der Angehörigen**

Häufig kommt es im Verlauf der Schizophrenie zum Verlust des sozialen Netzes für den psychisch Kranken. Der bisherige Freundes- und Bekanntenkreis, unter anderem auf Grund von krankheitsbedingten Veränderungen der Persönlichkeit, Verunsicherung und Rückzugstendenzen des psychisch kranken Menschen, schrumpft oder geht gar verloren. Diese Isolation betrifft nicht ausschließlich den Erkrankten, sondern kann auch den Angehörigen mit einschließen.<sup>107</sup>

***„Isolation zu Zweit kann schlimmer sein als allein.“<sup>108</sup>***

Wenn vor Beginn der Schizophrenie ein gemeinsamer Freundeskreis des Paares bestand und sich diese nach Einbruch der Erkrankung Freunde und Bekannte abwenden, wird der Verlust dieser Kontakte als sehr schmerzlich erlebt, da damit Möglichkeiten gemeinsamer Freizeitgestaltung und Kontakte als Paar

---

<sup>106</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 103 - 105

<sup>107</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 57

<sup>108</sup> Dörner 1991, S. 72

zu anderen verloren gehen. Für den Angehörigen bedeutet das auch, das Ausgleichsmöglichkeiten und Gesprächspartner zum Ausgleich von Belastungen ebenfalls verloren gehen. Die Verunsicherung Außenstehender, beispielsweise durch Verständnislosigkeit oder Voreingenommenheit der psychischen Erkrankungen gegenüber, kann dazu führen, dass der Angehörige weniger Anstrengungen unternimmt seine sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten oder neue zu knüpfen.<sup>109</sup>

Die zusätzlichen zeitintensiven Arbeitsanforderungen und die veränderten Rollenverteilung der Angehörigen (siehe **Punkt 3.3.2**) führen dazu, dass oft die Zeit oder Gelegenheit für eigene erholsame und entspannende Aktivitäten fehlt. Das führt dazu, dass kaum Zeit für Freunde und Bekannte bleibt.<sup>110</sup>

Bestimmte Alltagssituationen sind für den psychisch Kranken mit starkem Stress verbunden, beispielsweise Familienfeiern, und die Gefahr eines Rückfalls erhöhen. Aus Erfahrung versuchen die Angehörigen derartige Stresssituationen zu vermeiden oder so zu gestalten, dass die Stressbelastungen für den psychisch Kranken möglichst gering ist. Im Umkehrschluss vermieden oder verzichteten Angehörige teilweise aus Liebe und Solidarität zum psychisch kranken Partner auf derartige Situationen und Feiern.<sup>111</sup>

### **3.3.4 Finanzielle Situation**

Die Schizophrenie gilt als kostenintensive psychische Störung. Während durch die ambulante Versorgung die gesetzlichen Krankenkassen entlastet werden, kann es dadurch zu einer Kostenverlagerung auf die Angehörigen kommen.

Zu den Kosten der Angehörigen gehören behandlungsbezogene Mehraufwendungen wie Zuzahlungen zu medizinischen oder therapeutischen Leistungen und lebenspraktische Unterstützungen wie Unterhalt, Miete, Hilfen im Haushalt, Fahrkosten usw. Während die lebenspraktischen Kosten vermehrt Eltern betreffen, sind die behandlungsbezogenen Kosten vermehrt bei den Partnern psychisch Kranker zu finden.<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 101 - 102

<sup>110</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 42

<sup>111</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 95

<sup>112</sup> Vgl. Jungbauer / Mory / Angermeyer 2005, S. 64 - 70



„Je schwerer ein Patient beeinträchtigt war, umso wahrscheinlicher war es, dass seine Angehörigen ihn finanziell im Bereich lebenspraktischer Ausgaben unterstützten.“<sup>113</sup>

Die finanzielle Situation im Haushalt lebender Angehörigen und den psychisch Kranken ist verschieden. Der Einbruch der Schizophrenie und der Krankheitsverlauf können in Bezug auf die finanzielle Belastungen unterschiedlich wahrgenommen werden. Während häufig Ehegatten und Lebenspartner berufstätig sind und somit über eigenes Einkommen verfügen, ist der psychisch Erkrankten nur noch teilweise berufstätig, bezieht möglicherweise Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente oder Krankengeld. War das Familieneinkommen vor Einbruch der Erkrankung vergleichsweise gering, kann die Rente des psychisch Kranken als bescheidenes, aber sicheres und regelmäßiges Einkommen der Familie angesehen werden. In den Fällen, in welchen der psychisch Erkrankte noch berufstätig ist, können Sorgen um eine ungewisse finanzielle Zukunft, zum Beispiel durch Arbeitsplatzverlust die Familie belasten. Damit gehen Befürchtungen einher, dass es zu einer Verschlechterung des gemeinsamen Lebensstandards kommen kann. Andere befragte Angehörige berichteten, dass ihnen durch die Schizophrenie keine Kosten entstanden sind.<sup>114</sup>

### **3.3.5 Angst vor einem erneuten psychotische Schub**

Im Krankheitsverlauf der Schizophrenie besteht im Alltag die Angst der Angehörigen vor erneuten psychotischen Schüben. Da diese Krisen sehr plötzlich und ohne Vorwarnung auftreten können, sind diese Rückfälle sehr gefürchtet, weil die Angehörigen sie als große Belastung erleben. Auf Grund früherer Erfahrungen mit der Schizophrenie und angeeigneten Wissen, sind die Angehörigen nun eher in der Lage sich um Hilfe von Außen zu bemühen.<sup>115</sup>

Im Alltag der Angehörigen bedeutet das, dass Ehegatten oder Lebenspartner den psychisch Kranken mit besonderer Aufmerksamkeit, in Bezug auf mögliche Verhaltensauffälligkeiten und Frühwarnzeichen beobachten, um rechtzeitig

---

<sup>113</sup> Jungbauer / Mory / Angermeyer 2005, S. 70

<sup>114</sup> Vgl. Jungbauer / Mory / Angermeyer 2005, S. 69 - 75

<sup>115</sup> Vgl. Jungbauer Angermeyer, S. 39

Hilfs- und Gegenmaßnahmen gegen den psychotischen Schub einleiten zu können.<sup>116</sup>

„Die Angehörigen entwickeln eine ausgeprägte Feinfühligkeit in ihrer Wahrnehmung der Kranken. Sie können kleinste Veränderungen in deren Zustand empfinden und sind in der Lage, den Ausbruch eines Schubs vorherzusagen.“<sup>117</sup>

Das beobachtete Verhalten ist für Angehörigen jedoch schwer einschätzbar, ob die gezeigte Veränderung krankheits- oder personenbezogen ist. Durch die kontinuierliche Wachsamkeit des Angehörigen auf Veränderungen des psychisch Kranken kann es zu erhöhten Spannungen zwischen den Partnern kommen, was auf beiden Seiten viel Kraft kostet. Des Weiteren können Sorgen und Befürchtungen seitens der Angehörigen auftreten, wenn Psychopharmaka nicht oder unregelmäßig eingenommen werden, oder unter Umständen eigenmächtig durch den Erkrankten abgesetzt werden. Das abrupte Absetzen der Medikamente kann zum erneuten psychotischen Schub führen.<sup>118</sup>

Nach Abklingen eines psychotischen Schubs werden die stabilen Krankheitsphasen für den Angehörigen als weniger belastend erlebt, dennoch wird eine erneute psychotische Krise als latente Bedrohung empfunden, da eigene Hilfsmöglichkeiten der Angehörigen in dieser Zeit sehr begrenzt sind.<sup>119</sup>

### **3.3.6 Konflikte, Kommunikation und Aggression**

Durch Belastungen im Beziehungsalltag kann es zu Konflikten zwischen den Partnern kommen. Gründe dafür können unter anderem die veränderte Lebenssituation des Erkrankten und der ständige enge Kontakt der Partner im Zusammenleben sein. Aus Sicht der Angehörigen birgt die krankheitsbedingte Veränderung der Persönlichkeit des Schizophrenen eine ebenso starke Quelle

---

<sup>116</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 95

<sup>117</sup> Michels 1992, S. 84 - 85

<sup>118</sup> Vgl. Jungbauer, Angermeyer, 2005, S. 41

<sup>119</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 55 - 56

für Konflikte. Vor diesem Hintergrund kann es vermehrt zu Meinungsverschiedenheiten und Wortgefechten kommen.<sup>120</sup>

Die Konflikte zwischen den Partnern können in Form und Intensität sehr stark variieren. Das Spektrum möglicher „... Konflikte reicht von unterschwelligem Spannungen und übellaunigen Wortwechsel über scharfe verbale Auseinandersetzungen bis hin zu massiven Drohungen und körperlichen Attacken“<sup>121</sup>

Besonders bei massiver Aggression oder tätlicher Gewalt seitens des Erkrankten sollte Hilfe geholt werden. Bei eigen- und fremdgefährdendem Verhalten des Schizophrenen sollten Angehörige einen Arzt, den Sozialpsychiatrischen Dienst, den Notarzt oder die Polizei verständigen. Auf Grund von Eigen- und Fremdgefährdung nach PsychKG kann der Erkrankte auch gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden.<sup>122</sup>

Konflikte können einerseits durch die krankheitsbedingten Veränderungen vom psychisch Kranken ausgelöst werden. „Die Angriffe, Anschuldigungen und Zurückweisungen werden von den Angehörigen als immer verletzender erlebt. Schwierig ist für sie, dass sie keinen Grund für diese oft direkt gegen ihre Person gerichteten Angriffe finden. [...] Die Angehörigen sind irritiert, auf der einen Seite wollen sie Verständnis zeigen, auf der anderen Seite sehen sie sich [...] angegriffen. Emotional sind sie betroffen und traurig, was sich bei wiederholter Zurückweisung in eine tiefe Verletzung steigert.“<sup>123</sup>

Die Expressed-Emotions Forschung unterstellt den Angehörigen besonders durch High-Expressed-Emotions beispielsweise den Krankheitsausbruch und im weiteren Krankheitsverlauf einen Rückfall zu begünstigen. Dabei wird weniger betrachtet, dass besonders die High-Expressed-Emotions auch eine Folge der empfundenen Belastungen und Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf den Angehörigen sein können. „Kritik und emotionales Überengagement können [...] als Indikator für eine durch massiven Stress gekennzeichnete In-

---

<sup>120</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 97

<sup>121</sup> Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005 S. 56

<sup>122</sup> Vgl. Dahm-Mory 2008, S. 179

<sup>123</sup> Michels 1992, S. 82

teraktion in der Familie betrachtet werden, welche sowohl vom Erkrankten als auch von dessen Angehörigen als sehr belastend empfunden wird.“<sup>124</sup>

Dennoch ist das Ausdrücken von Gefühlen und Empfindungen von beiden Partnern wichtig. Wenn besonders negative Gefühlsäußerungen ständig zurückgehalten werden, um Konflikte zu vermeiden oder den psychisch Kranken zu schonen, können diese sich aufstauen. Durch die aufgestauten Emotionen kann selbst ein kleiner Auslöser ‚das Fass zum Überlaufen‘ bringen. Die aufgestauten Gefühle brechen unter Umständen dann unkontrolliert heraus und können Situationen eskalieren lassen.<sup>125</sup>

Während eines psychotischen Schubs stehen sowohl der Betroffene als auch dessen Angehörige unter Stress. In dieser Zeit sollte seitens der Angehörigen besondere Rücksicht auf den psychisch Kranken genommen werden, um die Not des Erkrankten nicht noch zu verstärken. Die Angehörigen sollten in dieser Zeit verstärkt Verständnis zeigen und ihre negativen Gefühle und Empfindungen nicht mit den Betroffenen besprechen, um ihn nicht weiter zu überfordern. Damit die Angehörigen ihre Gefühle nicht verbergen müssen, sollten diese sich mit anderen austauschen und für sich Hilfe und Entlastung bei einer Angehörigengruppe, Freunden oder Familie suchen. Nach einer Krise sollte ein Austausch zwischen den Partner stattfinden, um Verletzungen und Kränkungen auf beiden Seiten anzusprechen. Die Erfahrungen aus der Krise können beiden Partner nutzen um zu lernen, was hilfreich oder besonders belastend war.<sup>126</sup>

### **3.3.7 Intimität, Vertrautheit und Emotionalität**

Die psychische Erkrankung verändert die Beziehung beider Partner in der Ehe oder Partnerschaft insbesondere im Hinblick auf Intimität, Sexualität und Nähe. Beispielsweise können Nebenwirkungen der Psychopharmaka nachhaltig die Sexualität des Erkrankten beeinträchtigen. Dabei können das sexuelle Interes-

---

<sup>124</sup> Jungbauer / Bischof / Angermeyer 2005, S. 24

<sup>125</sup> Vgl. Dahm-Mory 2008, S. 169

<sup>126</sup> Vgl. Dahm-Mory S. 175 - 186

se und das Lustempfinden durch Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente gedämpft seien.<sup>127</sup>

Eine langfristige Neuroleptikabehandlung ist mit einer erheblichen Gewichtszunahme verbunden. Der psychisch Erkrankte kann sich daher selbst als unattraktiv und vom Partner als nicht mehr begehrenswert oder gar als hässlich empfinden. Die unter Umständen starke Gewichtszunahme des Erkrankten kann sich wiederum auf die Beziehung auswirken.<sup>128</sup>

„Durch häufige krankheitsbedingte Missstimmungen, Spannungen und Unzufriedenheit, [...] durch lang anhaltende Konflikte und Kommunikationsstörungen kann es zu einer emotionalen Entfremdung zwischen den Partnern kommen.“<sup>129</sup>

Durch körperliche Angriffe oder Misshandlungen während eines akuten schizophrenen Schubs kann es zu traumatischen Erfahrungen der Angehörigen geführt haben. Auf Grund dieser Gewalterfahrungen kann es selbst nach Abklingen der Symptome nachhaltig zur Störung der sexuellen Beziehung führen oder zum völligen Erliegen dieser.<sup>130</sup>

Durch starke krankheitsbedingte Veränderung der Persönlichkeit, des Verhaltens des psychisch Kranken und durch Entfremdung, können Angehörige sich ihrem Partner nicht mehr nahe und verbunden fühlen und somit möglicherweise Trennungsimpulse haben.<sup>131</sup>

### ***3.4 Mögliche Folgen aus dem Zusammenleben für den Angehörigen***

Welche Folgen können sich aus dem Zusammenleben mit der psychischen Erkrankung für den Angehörigen ergeben? Dabei sollen nicht nur negative Auswirkungen wie chronische Anspannung, Überforderung, körperliche und psychische Auswirkungen und der Trennung eingegangen werden. Es sollen ebenso positive Gesichtspunkte beleuchtet werden, wie die Weiterführung der

---

<sup>127</sup> Vgl. Bäuml 2008, S. 111 - 113

<sup>128</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 57

<sup>129</sup> Jungbauer 2002, S. 100

<sup>130</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 100 - 101

<sup>131</sup> Vgl. Michels 1992, S. 74

Ehe/Partnerschaft und Ressourcen der Angehörigen zur Bewältigung der negativen Auswirkungen beleuchtet werden.

### **3.4.1 Chronische Anspannung und Überforderung, körperliche und psychische Auswirkungen**

Durch die Mehrfachbelastung von veränderter Rollenverteilung, von Haushaltsführung, Erwerbstätigkeit, Kindererziehung, die kontinuierliche Wachsamkeit auf krankheitsbedingte Veränderungen des psychisch Kranken, die ständige Angst vor einem erneutem psychotischem Schub usw. können, wenn diese über Jahre oder sogar Jahrzehnte besteht, zur erhöhten chronischen Anspannung und Überforderung des Angehörigen führen. Besonders wenn für den Ehegatten/Lebenspartner aus Zeitmangel kaum die Möglichkeit besteht, Gelegenheiten für erholsame und entspannende Aktivitäten wahrzunehmen. Auf Grund des anhaltenden Anspannungszustandes des Angehörigen kann es zur allgemeinen Schwächung seines Organismus und zu Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit kommen.<sup>132</sup>

*„Heute beherrscht mich die Krankheit [...] Sie bedrückt mich, sie würgt mich, ich spüre ihre Fesseln. Manchmal kommt der Gedanke hoch:*

*„Hau doch einfach ab, fliehe weit weg irgendwo hin!“*

*Aber dann spricht eine innere Stimme in mir. „Das kannst du doch nicht tun, einfach deine Familie im Stich lassen [...]“*

***Also bleibe ich und leide!“<sup>133</sup>***

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Ehegatten und Lebenspartnern reichen allgemein von „... Grübelei, innerer Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen.“<sup>134</sup>

Bei den Partnern der psychisch Kranken finden sich häufig Angsterkrankungen, depressive Erkrankungen und somatische Beschwerden, wie Magenschmerzen.

---

<sup>132</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 42

<sup>133</sup> Gottschling 1992, S. 12

<sup>134</sup> Jungbauer 2002, S. 34

Davon sind besonders weibliche Angehörige häufiger betroffen als männliche.<sup>135</sup>

Wenn zusätzlich zu den vorhandenen alltäglichen Belastungen weitere belastende Ereignisse oder Lebensumstände auftreten, kann das an die Grenzen der psychischen Belastbarkeit der Angehörigen führen. Zu den Ereignissen zählen unter anderem die eigene Arbeitslosigkeit, eine schwere körperliche Erkrankung oder Schicksalsschläge usw. In diesen Fällen kann es zu Erschöpfungszuständen und Burn-Out der Angehörigen führen.<sup>136</sup>

Auch wenn die chronische Anspannungssituation des Ehegatten/Lebenspartners durch einen längeren Klinikaufenthalt des psychisch Kranken für einige Zeit aufgehoben wird, kann es dann zu einem psychischen Zusammenbruch des Angehörigen kommen. Der eigene Lebensalltag, der durch den psychisch Kranken mit Struktur und Sinn erfüllt war, kann ohne den Erkrankten als ‚existenzielles Vakuum‘ empfunden werden.<sup>137</sup>

### **3.4.2 Trennung oder Weiterführung der Ehe / Partnerschaft?**

Die Solidarität zum Krankheitsbeginn kann sich im Krankheitsverlauf verändern und Trennungsimpulse seitens des Angehörigen können zu Tage treten. Im Gegensatz zu den Eltern besteht für Ehegatten oder Lebenspartner die Möglichkeit der Trennung und Scheidung vom psychisch Erkrankten. Eltern sind dazu häufig auf Grund von Solidarität, Schuldgefühlen und Wiedergutmachungsbestrebungen nicht in der Lage. Die erwogene Trennung der Partner des psychisch Kranken ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Zum einen können anfängliche Hoffnungen und Erwartungen auf Heilung der Schizophrenie der Angehörigen enttäuscht werden und der Bestand der Paarbeziehung ins Wanken kommen. Die zentrale Frage ob es zur Trennung oder Weiterführung der Ehe/Partnerschaft kommt, ist dabei in wieweit die grundlegenden Voraussetzungen, beispielsweise beidseitige Zufriedenheit in der Beziehung, Erwartungen einer gemeinsamen Zukunft, das dauerhafte Erbringen großer persönliche Opfer usw., noch gegeben sind. Im Verlauf der Schizophrenie kann es auf Grund von emotionaler Entfremdung, dem Rückzugsverhalten des Erkrankten,

---

<sup>135</sup> Vgl. Jungbauer / Mory / Angermeyer 2005, S. 110 - 112

<sup>136</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 105 - 106

<sup>137</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 43

andauernder Konflikte und Spannungen zum Verlust der gegenseitigen Liebe und Zuneigung gekommen sein.<sup>138</sup>

Des Weiteren ist entscheidend, ob der Angehörige sich bei häufigen und langandauernden psychotischen Krisen und den damit verbundenen Auswirkungen der psychischen Erkrankung (**Punkt 3.2 – 3.3**) nicht mehr gewachsen fühlt und seine eigene seelische oder körperliche Gesundheit befürchtet oder sogar feststellt, beispielsweise Burn-Out. Ein weiterer Faktor für Trennungsimpulse können Drohungen und vor allem körperliche Gewalt des psychisch Kranken während akuter Phasen der Erkrankung sein.<sup>139</sup>

Nach einer vollzogenen Trennung vom Ehegatten/Lebenspartner könnten sich Eltern des psychisch Kranken ihrerseits in der Pflicht fühlen, ihn zu unterstützen. Dann würden die Eltern Auswirkungen der psychischen Erkrankung spüren. Diese sind teilweise anders als bei Ehegatten oder Lebenspartnern, vor allem stehen bei Eltern Schuldgefühle im Vordergrund. Im Gegensatz zu Partnern besteht für Eltern die Option der Trennung nicht, da ihre Solidarität ihrem Kind gegenüber viel stärker ist, als die eines Partners.<sup>140</sup>

Auch Ehen und Partnerschaften (ob mit oder ohne eine psychische Erkrankung) sind Lebensformen, die nicht losgelöst von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen und zunehmender Individualisierung jedes Einzelnen sind. Mit dem Verblässen gesellschaftlicher Normen und Traditionen spielen heute besonders Individualisierung und Selbstverwirklichung eine große Rolle. So gibt es sinkende Eheschließungen bei ansteigenden Scheidungsraten sowie die Zunahme von Singlehaushalten. Eine Ehe oder Partnerschaft ist heute eine wählbare Lebensform, die jeder Einzelne im Zuge seiner Selbstverwirklichung zu jeder Zeit verändern kann. Somit ist die Ehe oder Partnerschaft nur eine unter vielen Möglichkeiten zu leben.<sup>141</sup>

---

<sup>138</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 128

<sup>139</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 58

<sup>140</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 43 - 45

<sup>141</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S.41 - 43



Die Weiterführung der Ehe/Partnerschaft hat ebenfalls etwas mit der empfundenen Verpflichtung zu tun. Gerade wenn die Beziehung seit vielen Jahren besteht und vieles gemeinsam aufgebaut wurde. Ein Verlassen des psychisch Kranken kann für den Partner bedeuten „ ... den Erkrankten in einer Situation im Stich zu lassen, in der dieser Hilfe und Unterstützung am dringendsten benötigt. Auf diesem Grund weisen viele Partner den Gedanken an eine Trennung [...] weit von sich.“<sup>142</sup>

Die unauflösliche Ehe kann ein Grund zur Weiterführung der Ehe sein. Eine Trennung oder Scheidung würde gegen religiöse Normen verstoßen. Ein weiterer Faktor kann eine moralische Verpflichtung sein, die ein Partner empfindet, weil er glaubt in irgendeiner Weise Schuld am Ausbruch der Schizophrenie zu sein, beispielsweise hätte er sich bei Krankheitsbeginn anders verhalten sollen oder er ist Schuld, dass sich die Erkrankung verschlimmert hat. Diese möglichen Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, führen zu Wiedergutmachungsbestrebungen. Die Aufrechterhaltung der Ehe oder Partnerschaft mit dem Schizophrenen, trotz großer persönlicher Auswirkungen und Belastungen, kann eine Art Entschädigung dafür sein.<sup>143</sup>

Eine Trennung muss nicht immer vom Angehörigen auf Grund der Auswirkungen der psychischen Erkrankung ausgehen, sondern auch der psychisch Kranke selbst kann eine Trennung vom Partner wünschen. Durch diesen Schritt kann eine neue, andersartige Beziehung zustande kommen, wenn es nach der Trennung nicht zum vollständigen Kontaktabbruch kommt. Durch diese Distanz kann sich zwischen den Partnern wieder mehr Akzeptanz und Verständnis für krankheitsbezogene Veränderungen ergeben. Die Angehörigen können von ihrer Helferrolle ablassen und die Verantwortung dem Erkrankten wieder selbst überlassen.<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> Jungbauer 2002, S. 130

<sup>143</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 130 - 131

<sup>144</sup> Vgl. Michels 1992, S. 92 - 95

### 3.4.3 Positive Aspekte der psychischen Erkrankung und Ressourcen der Angehörigen

Die Untersuchungen zu den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Partner zeigen, dass fast ausschließlich von Belastungen und Stress gesprochen wird, positive Aspekte hingegen werden selten beleuchtet.<sup>145</sup>

Einige befragte Angehörige Schizophrener halten ihre Ehe / Partnerschaft auch mit der Erkrankung für möglich und lebenswert. Dies steht häufig in Bezug zu kurzen und in großen Abständen auftretenden psychotischen Krisen. Diese werden als weniger gravierend erlebt. Somit ist für die Partnerschaft mit der Erkrankung zu bewältigen. Mit zunehmender gemeinsamer Krankheitserfahrung können Ehegatten und Lebenspartner die Schizophrenie besser einschätzen, notwendige Hilfe holen und adäquater auf den Erkrankten eingehen. Dadurch wird ein erneuter Schub weniger als Bedrohung und erlebter Kontrollverlust empfunden.<sup>146</sup>

Des Weiteren bewerten Angehörige die Auswirkungen der psychischen Erkrankung nicht ausschließlich negativ, wenn es auf Grund der psychischen Erkrankung zur Neudefinition der Beziehung gekommen ist, sich grundlegende Aspekte der Ehe oder Partnerschaft (gegenseitige Zuneigung, Gemeinsamkeit, Respekt, Verständnis usw.) durch die Schizophrenie aber kaum verändert haben. Weiterhin wird die Erkrankung positiv bewertet, wenn die nötige Rücksichtnahme und veränderte Bedürfnisse des psychisch Kranken seitens des Angehörigen nicht als Problem oder Belastung empfunden werden. Sind trotz der Schizophrenie weiterhin intakte Persönlichkeitsbereiche vorhanden sind, sodass Gemeinsamkeiten und Kommunikation zwischen den Partnern zukünftig bestehen kann? Liebenswerte Eigenschaften des psychisch Kranken können Einschränkungen aufwiegen, die mit der Erkrankung verbunden sind.<sup>147</sup>

Werden neben der Erkrankung auch auf positive und intakte Aspekte des Zusammenlebens der Ehe / Partnerschaft geachtet wird, kann dies ein Gegenge-

---

<sup>145</sup> Vgl. Jungbauer / Bischkopf / Angermeyer 2005, S. 26

<sup>146</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 58 - 59

<sup>147</sup> Vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005, S. 46

wicht zur Erkrankung bilden und einen wichtigen Teil zur Stabilisierung des psychischen Zustandes des Erkrankten beitragen.<sup>148</sup>

Einige befragte Angehörige bewerteten ihre Partnerschaft zum schizophren erkrankten Partner als positiv oder neutral, da sie teilweise desinteressiert der psychischen Erkrankung gegenüberstanden. Beispielsweise kannten sie nicht einmal die Diagnose. Krankheitsbedingte Veränderungen werden heruntergespielt oder als normale Probleme bewertet. Bei einem auftretenden Schub wird die Zuständigkeit an dem Erkrankten und den zuständigen behandelnden Ärzten delegiert.<sup>149</sup>

Wenn der Angehörige seine Grenzen wahrnimmt und sich Ausgleiche und Entlastung schafft, können „Soziale und familiäre Ressourcen [...] als protektiver Faktor für die seelische Gesundheit der Angehörigen aufgefasst werden.“<sup>150</sup>

Von Vorteil können ebenfalls eigene Erfahrungen des Angehörigen mit einer psychischen Erkrankung sein. Daraus können ein anderes Verständnis und die Rücksichtnahme auf die veränderten Bedürfnisse geschehen. Die psychische Erkrankung wird weniger als Bedrohung und Belastung seitens der Angehörigen erlebt.<sup>151</sup>

### **3.5 „Ratschläge für Angehörige“**

Wie hilfreich sind die ‚Ratschläge für Angehörige‘ für den Angehörigen selbst? Aus den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Angehörigen (siehe **Punkt 3.2, 3.3, 3.4**) heraus, benötigen und erwarten Angehörige, neben der Behandlung des psychisch Kranken Patienten, ebenfalls eigene Unterstützung und Beratung. Um nicht nur die Versorgung des psychisch Kranken in der Häuslichkeit weiterhin gewährleisten zu können, sondern auch um nicht selbst medizinische und psychologische Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen.<sup>152</sup>

---

<sup>148</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 121

<sup>149</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 134 - 135

<sup>150</sup> Jungbauer / Bischkopf / Angermeyer 2005, S. 23

<sup>151</sup> Vgl. Jungbauer / Wittmund / Angermeyer 2005, S. 57

<sup>152</sup> Vgl. Michels 1992, S. 90 – 92

Die ‚Ratschläge für Angehörige‘ sind im Grunde unterstützende Behandlungsmaßnahmen für den günstigen Verlauf der psychischen Erkrankung, die durch den Angehörigen bereitgestellt und umgesetzt werden sollen. Dazu gehören unter anderem eine einfache Kommunikation; das Verständnis und Toleranz der Angehörigen dem Kranken gegenüber; die Vermeidung von Überforderungen, Kritik, Konflikten und Druck. Die Angehörigen sollen Ausdauer, Gelassenheit und Geduld bewahren, dem Kranken Schutz bieten und die Unterstützung und Stärkung von gesunden Anteilen fördern. Die Regeln für Angehörige beruhen unter anderem auf den Low-Expressed-Emotions. Dadurch sollen Rückfälle der psychischen Erkrankung verhindert und mögliche Heilung gefördert werden. Die Belastungen der psychischen Erkrankungen auf den Angehörigen werden vereinzelt in den Ratschlägen wahrgenommen, aber selten wird der Angehörige selbst in den Ratschlägen berücksichtigt.<sup>153</sup>

In den zehn Leitlinien für Angehörige von SCHERRMANN und WALTER gibt es keinen Punkt, der den Angehörigen und seine Belastungen und Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf ihn berücksichtigt.<sup>154</sup>

In den Leitlinien des BUNDESVERBANDES DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER wird der Angehörige einmal im letzten Punkt berücksichtigt und mit den Worten aufgefordert: „Und schließlich: Sorgen Sie gut für sich selbst! ... gönnen sie sich auch mal etwas Gutes!“<sup>155</sup>

Die Ratschläge für Angehörige sind somit vorrangig für den Umgang und der Kommunikation mit dem psychisch Kranken ausgelegt und weniger als eine Unterstützung für den Angehörigen selbst gedacht.

Die Angehörigen müssen sehr belastbar sein, um mit der psychischen Krankheit leben zu können. Er kann aber dem psychisch Kranken nur unterstützen und helfen, wenn er an seinen Bemühungen nicht selber zerbricht, sondern rechtzeitig seine eigene Überforderung und Überlastung erkennt. Er muss gegen diese Entlastungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien schaffen oder entwickeln.<sup>156</sup>

---

<sup>153</sup> Vgl. Scherrmann / Walter 1996, S. 152 – 153 // Vgl. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker URL 6

<sup>154</sup> Vgl. Scherrmann / Walter 1996, S. 152 – 153

<sup>155</sup> Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker URL 6

<sup>156</sup> Vgl. Scherrmann / Walter 1996, S. 151 - 153

*„Es gleicht einer Kunst, den richtigen Weg zu finden zwischen diesen oft sich scheinbar gegenseitig ausschließenden Prinzipien [...]“ „zwischen Nähe und Distanz, zwischen Überpräsenz und Vernachlässigung, zwischen Über- und Unterforderung, zwischen Toleranz und Selbstschutz.“<sup>157</sup>*

Ein guter Angehöriger zu sein, alles im Griff haben zu wollen, ist ein Anspruch, den ein Ehegatte oder Lebenspartner besser nicht haben sollten. „Übertriebene Selbstverpflichtung setzt [...] unter Druck, sie bringt uns an den Rande der nervlichen und psychischen Erschöpfung und lässt uns innerlich ausbrennen.“<sup>158</sup>

## **4. Selbstsorge als Mittel zur Belastungsreduktion und Burn-Out Prävention**

In diesem Abschnitt der Diplomarbeit geht es um die Selbstsorge nach MICHEL FOUCAULT. Wie kann die Sorge um sich die Ehegatten und Lebenspartner befähigen, die Auswirkungen der psychischen Erkrankung zu reduzieren und ein sich ausgebrannt fühlen, verhindern. Dies wird im nachfolgendem erläutert.

### **4.1 Hinführung zum Thema**

Es gibt verschiedene Angebote und Hilfen für die Angehörigen psychisch Kranker, dazu gehören unter anderem die Angehörigenselbsthilfegruppe, die Psychoedukation, die Kooperation und der Austausch mit behandelnden Ärzten, die Wissensaneignung durch entsprechende Fachliteratur usw. In diesen Angeboten geht es nicht hauptsächlich um den Angehörigen selbst, sondern um Unter-

---

<sup>157</sup> Schermann / Walter 1996, S. 152

<sup>158</sup> Straub 2008, S. 193

stützung des Angehörigen im Umgang mit dem psychisch Kranken. Aufgrund der unterschiedlichsten Einflüsse, Auswirkungen und Belastungen der psychischen Erkrankung auf die Ehegatten und Lebenspartner, ist es wichtig das der Angehörige sich nicht ausschließlich um die Belange des psychisch Kranken kümmert, sondern auch um das eigene Wohlergehen. Wenn der Angehörige an seinen Bemühungen den Erkrankten zu unterstützen zerbricht oder sich über die Jahre ausgebrannt fühlt, wird der Angehörige vom Rehabilitationsassistent zum Rehabilitationskonsument. Der Ehegatte oder Lebenspartner muss dann unter Umständen selbst professionelle oder ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.<sup>159</sup>

*„Je mehr der Angehörige bei der Betreuung des psychisch Kranken Verantwortung übernimmt – übernehmen zu müssen glaubt oder aus Selbstüberschätzung an sich zieht-, umso weniger Selbstbestimmung bleibt ihm. Gefangen in eigenen Ansprüchen ... kümmert er sich schließlich um alles, verliert das Gefühl für sich selbst und seine Belastungsgrenzen.“<sup>160</sup>*

„Es gibt eine Menge an ‚Selbst-Wörtern‘, die die Notwendigkeit für sich selbst Sorge zu tragen, betonen: Selbsterkenntnis, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Selbstwertgefühl, Selbstbesinnung und auch Selbstbestimmung.“<sup>161</sup>

Die Selbstsorge kann den Angehörigen unterstützen dem psychisch Kranken weiterhin zu begleiten, ohne das der Ehegatte oder Lebensgefährte sich ausgebrannt fühlt oder durch die Betreuung körperliche oder psychische Auswirkungen verspürt.

---

<sup>159</sup> Vgl. Schermann / Walter 1996, S. 151 – 153 //

Vgl. Jungbauer / Mory / Angermeyer 2005, S. 106 - 116

<sup>160</sup> Straub 2008, S. 195 - 196

<sup>161</sup> Straub 2008, S. 189 - 190

## **4.2 Definition der Selbstsorge nach MICHEL FOUCAULT**

*„Kümmere dich um dich selbst!“<sup>162</sup>*

Die Selbstsorge ‚Le souci de soi‘ ist die Sorge um sich und wurde vom französischen Philosophen und Psychologen MICHEL FOUCAULT (1926 - 1984) geprägt. FOUCAULT greift bei der Selbstsorge auf verschiedene Philosophen unter anderem aus der Antike und der Kaiserzeit zurück. ‚Le souci de soi‘ ist das letzte Werk von Foucault, das er vor seinem Tod (1984) fertig stellte.<sup>163</sup>

Dabei geht es in der Selbstsorge um die *„... Sorge um sich, in dem Sinne, das eigene Leben gestalterisch in die Hand zu nehmen, in einem kontinuierlichen Prozess des Kümmerns um sich selbst und um das eigene Wohlergehen, beständig den eigenen Lebensstil, das Verhältnis zu sich selbst und zu den anderen zu strukturieren und auf diese Weise mit Hilfe der Selbstsorge die ‚eigene Existenz als Kunstwerk‘ hervorzubringen...“<sup>164</sup>*

## **4.3 Merkmale der Selbstsorge nach FOUCAULT**

FOUCAULT zeigt, dass die Sorge um sich bereits in zahlreichen philosophischen Lehren Anwendung fand, dabei bezieht er sich auf Philosophen von Sokrates bis zur Kaiserzeit. Zur Selbstsorge in den ersten beiden nachchristlichen Jahrhunderten gehörte unter anderem die Askese, besonders die Übung zwischen wichtigen und unwichtigen Dingen des Lebens zu unterscheiden. Des weiteren gehörte das Schreiben von Briefen und das Gespräch mit Freunden oder Lehrern und das entschlüsseln von Träumen zur Sorge um sich. Die Einteilung der Zeit galt schon damals als wichtigstes Thema der Selbstsorge. Dabei wurde eine bestimmte Zeit des Tages am Morgen oder am Abend reserviert, um sich eine Auszeit zunehmen, um sich von den Alltagsbeschäftigungen zurückzuziehen. Foucaults Ziel war es anhand der Antiken Quellen zu zeigen, dass die Menschen schon in der damaligen Zeit Selbstsorge betrieben haben und dass jeder Menschen Selbstsorge betreiben muss. Die Beispiele aus der Antike

---

<sup>162</sup> Foucault 1993, S. 13

<sup>163</sup> Vgl. Gussone / Schiepek 2000, S.108 - 112

<sup>164</sup> Vgl. Haselmann 2008, S. 116

können Anstöße für die eigene Selbstsorge geben, sind aber keine Kopiervorlage für die heutige Zeit.<sup>165</sup>

Nach FOUCAULT gehört zur Selbstsorge „... *sich um sich zu kümmern, die Verantwortung für die Gestaltung des eigenen Lebens nicht in fremde Hände zu legen und sich nicht von außen diktierten Moralvorstellungen zu orientieren. Der sorgfältige Umgang mit der eigenen Lust ist eingebettet, in die intensiven Bemühungen, der eigenen Existenz in allen Lebensvollzügen ein unverwechselbares Gesicht zu verleihen. Das betrifft Körperpflege, Ernährungsweise, Wissenserwerb, Arbeit, Ausgestaltung der Beziehungen zu anderen, sei es im Privatleben oder in der Politik, bis hin zur Haltung gegenüber dem eigenen Tod.*“<sup>166</sup>

Die Selbstsorge darf dabei nicht als egozentrisch verstanden werden. Egozentrisch würde bedeuten, „das eigene Ich in den Mittelpunkt allen Geschehens stellen.“<sup>167</sup>

Denn die Selbstsorge bezieht sich nicht ausschließlich auf ein Individuum, sondern berührt auch die Beziehungen zu anderen Mitmenschen, dazu gehören Familienmitglieder, Freunde, Kollegen und andere. In dem sich ein Mensch mit sich selbst beschäftigt, für sich selbst gut sorgt, wird er fähig sich mit anderen zu beschäftigen. Weil die Person gut für sich Sorge trägt, kann sie um Umkehrschluss dann der Gemeinschaft und den anderen dienen und diese in ihrer Selbstsorge unterstützen. So wird auch die Macht die einer über den anderen ausübt, kontrolliert und reguliert.<sup>168</sup>

Umgekehrt benötigt der Selbstsorgende auch den Anderen, der als Unterstützer dient. Dieser kann ein Freund oder ein Lehrer sein, der als wohlwollendes Gegenüber bei der eigenen Selbstsorge durch seine rücksichtslose Offenheit unterstützt. „Der Begleiter soll den, der sich ihm anvertraut, unterstützen, indem er ihm Verhaltensmodell ist, ihm Wissen, Haltungen und Prinzipien übermittelt und ihn in der Bemeisterung von Widrigkeiten anleitet. Ausschlaggebend ist aber

---

<sup>165</sup> Vgl. Gussone / Schiepek 2000, S. 113 - 126

<sup>166</sup> Gussone / Schiepek 2000, S.113

<sup>167</sup> Bertelmann Band 1 2003, S. 357

<sup>168</sup> Vgl. Haselmann 2008, S. 117



nicht, dass der Meister etwas weiß, was sein Schüler nicht weiß. Er soll ihn vielmehr dabei unterstützen, sich selbst zu formen.“<sup>169</sup>

Zum Schluß kann jeder Mensch prüfen ob er selbst mit seiner Selbstsorge eine gute Wahl getroffen hat. Er kann sich die Frage stellen, ob er mit dem Gedanken der 'ewigen Wiederkehr des selben' so weiterleben möchte oder sich vorstellen kann, sein bisherig gestaltetes Leben noch einmal ganz genauso zu leben.<sup>170</sup>

#### **4.4 Die Selbstsorge der Angehörigen als Mittel zur Burn-Out Prävention und Belastungsreduktion**

*„Hellhörig sollte jeder werden, wenn er seine Familiensituation so beschreibt: Wenn es meinem psychisch Kranken gut geht, geht es mir gut! Das ist ein gefährlicher Ausspruch, der bedeutet, dass Angehörige ... ihr ganzes Sein und ihren Lebensinhalt vom Wohlergehen des psychisch Kranken Menschen abhängig machen.“<sup>171</sup>*

*„Können Sie es sich relativ unbekümmert gut gehen lassen, sich etwas leisten während der Kranke leidet, traurig ist ... ?*

##### **Darf man das?**

*Können Sie zu Bekannten oder zu Veranstaltungen gehen, Kontakte pflegen ...? Oder können Sie ihn (den psychisch Kranken) einfach allein lassen und andere Leute besuchen?“<sup>172</sup>*

Diese beiden Zitate drücken aus, das ein Angehöriger sich erst um sich sorgen kann und darf, wenn es seinem psychisch Kranken gut geht. Dieses beschriebene Verhalten kann zum Burn-Out der Angehörigen führen. Während professionelle Helfer in ihrem Kontakt zu psychisch Kranken eine 40 Stunden Woche sowie Anspruch auf Regeneration und Urlaub haben, benötigen Angehörige

---

<sup>169</sup> Gussone / Schiepek 2000, S.133

<sup>170</sup> Vgl. Haselmann 2008, S. 117

<sup>171</sup> Straub 2008, S. 201 - 202

<sup>172</sup> Ziepert 1999, URL 7

ebenfalls Auszeiten für sich. Ehegatten und Lebenspartner haben täglich intensiven Kontakt zum psychisch Kranken, oft über Jahre hinweg. Der Angehörige muss rechtzeitig seine Grenzen erkennen und für Entlastung sorgen, um seine Energiereserven nicht aufzubrechen und auszubrennen.<sup>173</sup>

Im Sinne der Selbstsorge müssen Ehegatten und Lebenspartner sich mit ihren eigenen Bedürfnissen in allen Bereichen des Privatlebens befassen. Dabei geht es insbesondere darum sich Zeit und Freiräume zu schaffen für die eigene Selbstsorge. Der Kontakt und die Beziehungen zu anderen können Selbstsorge sein. Weitere Aspekte sind unter anderem der Umgang mit den eigenen Gefühlslagen, der Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Grenzen. Mit Hilfe der Selbstsorge soll der Angehörige sich mit sich und seinen Kräften selbstsorgend umgehen, aber ebenso seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und dementsprechend handeln. Durch die Selbstsorge kann der Angehörige befähigt werden, sich nicht als ohnmächtiges Opfer der Strukturen oder Institutionen zu definieren, sondern nach Wegen suchen, aktiv Umstände zu beeinflussen. Wenn der Ehegatte oder Lebenspartner gut für sich sorgt, kann er auch weiterhin den psychisch Kranken unterstützen, ohne sich ausgebrannt zu fühlen. Somit kann die Selbstsorge als Mittel zur Burn-Out Prävention verstanden werden.<sup>174</sup>

„Darum geht es. Innezuhalten und zu akzeptieren, [...] unterscheiden zu lernen zwischen **Mein** und **Dein**, meinem Schmerz und deinem Schmerz, meinen Wünschen und deinen Wünschen, meinen Vorstellungen vom Leben und den deinen, meinen Möglichkeiten zu leben und den deinen. Dir die Verantwortung für dein Leben zu lassen und die Verantwortung für das meine selber zu tragen – *nicht umgekehrt*, indem ich mein Wohlergehen von deinem Wohlergehen (und -verhalten) abhängig mache und dir damit auch noch die Sorge um mich auflade!“<sup>175</sup>

---

<sup>173</sup> Vgl. Hoffmann / Hofmann 2008, S. 2 - 25

<sup>174</sup> Vgl. Gussone / Schiepek 2000, S. 140 -142

<sup>175</sup> Heim 1991, S. 189

## **4.5 Die Individuelle Selbstsorge der Angehörigen**

FOUCAULT gibt in seinem Konzept der Selbstsorge keine konkreten Handlungsanleitungen oder Vorschläge wie die Sorge um sich gestaltet werden soll. Jeder Einzelne muss für sich individuelle Selbstsorge betreiben.<sup>176</sup>

In den Untersuchungen zu den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Ehegatten und Lebenspartner stellte sich heraus, dass es unterschiedliche Möglichkeiten der Selbstsorge gibt. Zum einen sind es individuelle Methoden der Angehörigen zur kurzfristigen Erleichterung und Entlastung, zum anderen gibt es langfristige Bemühungen zur regelmäßigen Erholung und Regeneration. Die Überschreitung der eigenen Belastungsgrenze, aber auch chronische Überforderungsgefühle können wichtige Erfahrungen der Ehegatten oder Lebensgefährten sein, mehr für sich selbst, als ausschließlich für den psychisch Kranken zu sorgen.<sup>177</sup>

Zur individuellen Selbstsorge der Angehörigen können entlastende Gespräche zählen, diese können in ihrer Form variieren. Zum einen können diese ärztliche, psychotherapeutische oder seelsorgerische Gespräche mit Professionellen sein. Zum anderen können es gemeinsame Treffen und Gespräche mit Freunden, Familienangehörigen, Verwandten oder Arbeitskollegen sein.<sup>178</sup>

Das Schaffen individueller Freiräume vom Alltag kann als individuelle Selbstsorge der Angehörigen verstanden werden, diese kann langfristig entlastend wirken. Dazu zählen regelmäßige Freizeitaktivitäten ohne den erkrankten Partner beispielsweise ein Einkaufsbummel, Gartenarbeit, die Teilnahme an Volkshochschulkursen oder Ausflüge usw. Unter Umständen kann auch eine Auszeit des Angehörigen vom psychisch Kranken in Form einer vorübergehenden Trennung oder eines Urlaubs ohne den psychisch Kranken Selbstsorge sein. Die zeitweilige Kontaktvermeidung kann sowohl für den Angehörigen als auch den Erkrankten als erholsam erlebt werden.<sup>179</sup>

---

<sup>176</sup> Vgl. Gussone / Schiepek 2000, S. 139 // Vgl. Haselmann 2008, S. 118

<sup>177</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 122

<sup>178</sup> Vgl. Jungbauer / Mory / Angermeyer 2005, S. 130

<sup>179</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 123

„Indem wir uns für den Kranken aufopfern, verlieren wir uns selbst, das macht uns für den Kranken bedeutungslos und gibt ihm keinen Halt.“<sup>180</sup>

Durch die jahrelange Betreuung des psychisch Kranken und das Zurückstellen eigener Bedürfnisse kann es eigenen gesundheitlichen Folgen oder Beschwerden geführt haben. Daher können regelmäßige gesundheitsförderliche und erholsame Aktivitäten wie Entspannungstrainings, Physio- oder Psychotherapie eine Form der Selbstsorge sein.<sup>181</sup>

„Auch die eigene Berufstätigkeit kann eine langfristige Möglichkeit sein, Distanz zu den alltäglichen Belastungen des Zusammenlebens zu schaffen und neue Kraft zu schöpfen.“<sup>182</sup>

Individuelle Selbstsorge eines Ehegatten oder Lebensgefährten bedeutet:

*„Pass auf deine Gesundheit auf in deinem Interesse und in dem  
deines Kranken“*<sup>183</sup>

## **5 Ansätze für die Soziale Arbeit**

Im letzten Teil der Diplomarbeit geht es um Ansätze und Unterstützungsmöglichkeiten der Soziale Arbeit für die Ehegatten und Lebenspartner der schizophran erkrankten Menschen.

Besonders in Bezug auf die Erwartungen der Angehörigen an die behandelnden Ärzte finden sich hier Ansätze für die Soziale Arbeit. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung des psychisch Krankensoll heute einem Sozialpsychiatrischen Prinzip entsprechen und eine Selbstverständlichkeit sein. Ehegatten/ Lebenspartner bemängeln gerade in der stationären Behandlung die Weitergabe von Informationen und die Aufklärung. Des Weiteren geht es um die Gestaltung langfristiger und kontinuierlicher Kooperationen, sowie um ver-

---

<sup>180</sup> Straub 2008, S. 196

<sup>181</sup> Vgl. Jungbauer 2002, S. 123

<sup>182</sup> Jungbauer 2002, S 123

<sup>183</sup> Straub 2008, S. 202

fügbare Ansprechpartner und die generelle Haltung von Ärzten/ Professionellen den Patienten und ihren Angehörigen gegenüber. Die Umsetzung der Einbeziehung der Angehörigen scheint nicht in der Realität nicht immer gegeben, wie Punkt 2.2.3 und 2.3 zeigen. Daher ist an einer langfristigen, intensiven und partnerschaftlichen Kooperation stationär als auch ambulant zwischen psychisch Kranken, behandelnden Ärzten/ Professionellen und den Angehörigen weiter zu arbeiten.

Ehegatten und Lebenspartner bemängeln, dass Angehörigengruppen sich zum großen Teil an Bedürfnisse der Eltern psychisch Kranker orientieren. Angebote speziell für Partner oder Geschwister psychisch kranker Menschen sind kaum vorhanden. Ein Ansatz für die Soziale Arbeit wäre, verschiedene Angehörigengruppen einmal speziell für Eltern oder Partner oder Geschwister oder Kinder psychisch Kranker einzurichten, um gerade auf spezifische Problemlagen der unterschiedlichen Adressaten adäquater eingehen zu können.

In Bezug auf die ‚Ratschläge für Angehörige‘, werden diese einerseits von den Angehörigen für den täglichen Umgang mit dem psychisch Kranken gefordert, sie sind aber nur einseitig auf den psychisch Kranken anzuwenden. Die Ratschläge sollten erweitert werden und auch den Angehörigen stärker mit einbeziehen. Dabei müssen die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf den Ehegatten/ Lebensgefährten in den Ratschlägen ebenso berücksichtigt werden, wie die veränderten Bedürfnisse des psychisch Kranken. Es sollte sich in den Ratschlägen nicht ausschließlich nur auf den psychisch Kranken bezogen werden.

Der Angehörige kann durch die psychische Erkrankung und die veränderten Lebensbedingungen eigene Bedürfnisse vernachlässigen oder gar nicht mehr wahrnehmen. Wird der Ehegatte/ Lebenspartner auch von professioneller Seite vergessen, führt dies unter Umständen zum Burn-Out des Angehörigen. Dieser benötigt dann selber professionelle und fachärztliche Hilfe. Daher sollten sich nicht nur die ‚Ratschläge für Angehörige‘, sondern generell die Angebote für Angehörige ausschließlich um den psychisch Kranken und den Umgang mit ihm befassen. Angebote wie die Angehörigengruppe und Psychoedukation haben als Hauptgesprächsthemen den psychisch Kranken und die Schizophrenie. E-

hegatten/ Lebenspartner müssen im Sinne der Selbstsorge Raum erhalten, ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche in den Mittelpunkt stellen zu können, ohne diese vom Wohlergehen ihres psychisch kranken Familienmitgliedes abhängig zu machen.

Das Thema der Selbstsorge wird hauptsächlich mit professionellen und helfenden Berufen in der Sozialen Arbeit (beispielsweise Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten) in Verbindung gebracht. Angehörige werden als Co-Therapeuten bezeichnet und sind Teil des ambulanten Versorgungssystems. Man sollte sie in dieser Rolle stärker wahrnehmen und Selbstsorge bei Angehörigen stärker anregen und aktiv durch Angebote fördern (zum Beispiel Gespräche mit Professionellen usw).

## Zusammenfassung

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass es viele Untersuchungen zu den Auswirkungen der Schizophrenie auf die Eltern der Betroffenen gibt. Spezielle und umfassende Untersuchungen für Partner sind hingegen bis heute begrenzt vorhanden. Dennoch leben schizophrene erkrankte Menschen in Ehen und Partnerschaften. Daher sollten mit Hilfe dieser Diplomarbeit die Auswirkungen und Folgen der psychischen Erkrankung auf die angehörigen Ehegatten/ Lebenspartner beleuchtet werden.

Ehegatten und Lebenspartner psychisch kranker Menschen sind mit dem Einbruch einer Schizophrenie in erheblichem Maße mit betroffen. Zu Krankheitsbeginn sind sie durch die krankheitsbedingten Veränderungen des Schizophrenen mit Gefühlen von Ohnmacht, Angst, Schock und Hilflosigkeit betroffen, da die auftretenden Frühwarnzeichen und Symptome nicht als Erkrankung wahrgenommen werden. Der erste Kontakt mit der Psychiatrie oder einer Zwangseinweisung werden als dramatisches Ereignis wahrgenommen und sind mit Ängsten und Stigmatisierungsbefürchtungen verbunden. Die Diagnose Schizophrenie wird von Angehörigen als Entlastung empfunden, da das veränderte Verhalten des erkrankten Familienmitgliedes dadurch erklärt wird. Im Kontakt zwischen den Angehörigen und den behandelnden Ärzten des psychisch Kranken zu Krankheitsbeginn und im weiteren Behandlungsverlauf bemängeln Angehörige die Weitergabe von verständlichen Informationen und Aufklärung über die Erkrankung, sowie die Gestaltung der Kooperation und der generellen Haltung ihnen gegenüber. Diese Aspekte können sich entscheidend be- oder entlastend auf die Ehegatten/ Lebenspartner auswirken. Zum Krankheitseinbruch ist die Solidarität des Ehegatten oder Lebensgefährten sehr groß. Gedanken an eine Trennung vom psychisch Kranken werden nicht gehegt.

Im Krankheitsverlauf und einer möglichen Chronifizierung wirkt sich die psychische Erkrankung in Bezug auf die Lebensgestaltung und Zukunftsplanung der Angehörigen aus. Dabei werden eigene gemeinsame Aktivitäten und Interessen der Partner, aber auch eigene Wünsche, Pläne und Ziele des Angehörigen zurückgestellt. Durch krankheitsbedingte Veränderungen kommt es zu einer ver-

änderten Rollenverteilung, indem der Angehörige zusätzliche Aufgaben, Pflichten und Verantwortung übernimmt. Dabei kann der Ehegatte/ Lebenspartner unterschiedliche Helferpositionen einnehmen unter anderem auch als finanzieller Unterstützer. So kann es auf Grund von Zeitmangel, veränderter Rollenverteilung und zusätzlichen Arbeitsanforderungen zur Isolation des Angehörigen kommen.

Da der Krankheitsverlauf in Phasen verläuft haben Angehörige Angst vor erneuten psychotischen Schüben, da ihre Unterstützungsmöglichkeiten während dieser Zeit begrenzt sind. Sie beobachten darauf hin den Erkrankten auf krankheitsbedingte Veränderungen und Frühwarnzeichen. Das ständige Beobachten des psychisch Kranken durch den Angehörigen können erhöhte Spannungen und Konflikte zur Folge haben. Diese könne sich über die Zeit zuspitzen und in ihrer Form variieren, sie reichen von verbalen Auseinandersetzungen bis zu tätlicher Gewalt. Die Konflikte und Spannungen können unter anderem krankheitsbedingt durch den psychisch Kranken ausgelöst werden, des weiteren können sie durch aufgestaute Gefühle, Stress und Überforderung des Angehörigen ausgelöst sein.

Krankheitsbedingte Veränderungen des psychisch Kranken, die Medikamenteneinnahme, aber auch Konflikte oder Gewalt wirken sich in erheblicher Weise auf die intime, emotionale Beziehung und Vertrautheit von Ehegatten/ Lebenspartner aus.

Dauert die Schizophrenie viele Jahre an, kann es als Folge seitens der Angehörigen zu chronischer Anspannung, Überforderung, sowie körperlichen und psychischen Auswirkungen kommen. Diese können sich bis zu Erschöpfungszuständen und Burn-Out des Ehegatten/ Lebenspartner entwickeln.

Unter anderem können in diesem Zusammenhang Trennungsimpulse seitens der Angehörigen auftreten. Eine Trennung oder Weiterführung der Ehe/ Partnerschaft ist jeweils abhängig von krankheitsbedingten Veränderungen der Persönlichkeit des psychisch Kranken, sowie der Solidarität und Individualisierungsprozessen des Angehörigen. Eine Trennung wird nicht immer vollzogen. Einige Angehörige empfinden ihre Ehe/ Paarbeziehung auch mit der Schizophrenie als lebenswert. Mit zunehmender Krankheitserfahrung und Bewältigungsressourcen beider Partner kann es zur Neudefinition der Beziehung



kommen und die Schizophrenie wird weniger als Bedrohung oder Belastung erlebt.

Mit Hilfe der Selbstsorge nach FOUCAULT sollen Ehegatten/ Lebenspartner eigene Bedürfnisse wahrnehmen und für sich gut sorgen. In dem sie sich um sich kümmern, können sie ihrem angehörigen psychisch Kranken weiterhin eine Hilfe und Unterstützung sein, ohne Gefahr des Ausbrennens. So kann die Selbstsorge als Mittel zur Belastungsreduktion und Burn-Out Prävention verstanden werden.

Ansätze für die Soziale Arbeit finden sich vor allem in Bezug auf die Kooperation zwischen behandelnden Ärzten und professionellen Helfern und den Angehörigen. Des Weiteren sind ‚Ratschläge für Angehörige‘ nicht weitreichend genug und müssen neben dem psychisch Kranken selbst, den Ehegatten/ Lebenspartner und die Auswirkungen und Folgen der psychischen Erkrankung auch auf ihn stärker berücksichtigen.

Indem ich mich intensiv mit den Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung – der Schizophrenie – auf den angehörigen Ehegatten/ Lebenspartner befasst habe, ist mir bewusst geworden, wie wichtig es ist neben der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, ihre Angehörigen ebenso zu berücksichtigen. Es ist wichtig Angehörigen aktiv mit einzubeziehen (auch ohne vorherige Aufforderung), ihnen Unterstützung und Beratung anzubieten, aber sie gleichzeitig in ihrer Selbstsorge zu unterstützen und diese zu fördern.

Wenn intensiv mit dem psychisch Kranken, seinen Angehörigen und seinem Sozialen Umfeld gearbeitet wird, können vollständige Kontaktabbrüche, oft aus Unverständnis der Krankheit gegenüber, wie ich sie in der Tagesstätte für ältere psychisch Kranke erlebt habe, vermieden werden.

Abschließend ist zu sagen, das professionelle Helfer weiter sensibilisiert werden müssen, neben den Belangen der psychisch Kranken auch die Angehörigen und das Soziale Umfeld zu berücksichtigen und diese in Behandlungsprozesse aktiv mit einzubeziehen.

## Literaturverzeichnis

### A:

**Alheit P. / Hanses A.:** Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Homfeldt, H. G. / Merten, R. / Schulze-Krüdener, J. (Hg.): Grundlagen der Sozialen Arbeit. Baltmannsweiler 2004, S. 8 - 28

### B:

**Bastiaan, P.:** Vom Sündenbock zum Partner. In: Psychosoziale Praxis. Nr. 4 2005, S. 13 – 15

**Beck:** Bürgerliches Gesetzbuch. München 2009

**Becker, H. / Katzmann, K.:** Missachtung durch die Institutionen. In: Dörner, K. / Egetmeyer, A. / Koenning, K. (Hg.): Freispruch der Familie: Angehörige, Patienten und der Psychiatrie. Bonn 1991, S. 33 - 45

**Bertelsmann:** Lexikon. Band 1 Gütersloh/ München 2003, S. 1 – 607

**Bertelsmann:** Lexikon. Band 2 Gütersloh/ München 2003, S. 1 – 607

**Bertelsmann:** Lexikon. Band 3 Gütersloh/ München 2003, S. 1 - 607

**Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker:** URL 6:

[http://www.psychiatrie.defamilienselbsthilfe/rat/article/Zehn\\_Regeln\\_fuer\\_Angehoerige.html](http://www.psychiatrie.defamilienselbsthilfe/rat/article/Zehn_Regeln_fuer_Angehoerige.html) [Stand 04.02.2010]

**Bäumli, J.:** Psychosen aus dem schizophrenen Formkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, Ein Leitfaden für professionelle Helfer, Eine Einführung für interessierte Laien. Heidelberg 2008

**Bäumli, J.:** Psychotherapie. In: Deger-Erlenmaier, H. / Titze, E. / Walter, K. (Hg.): Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Bonn 1996, S. 55 – 74

**Brockhaus:** Enzyklopädie. Band 8 Auflage 19. Mannheim 1989

**D:**

**Dahm-Mory, C.:** Basis Kommunikation. Kommunikationstechniken im Umgang mit Betroffenen. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2008, S. 157 - 188

**Deger-Erlenmeier, H. / Walter, K.:** Selbsthilfe: die Angehörigengruppe. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Bonn 2001, S. 156 – 163

**Deger-Erlenmeier, H. / Walter, K. / Lisofsky, B. :** Die Angehörigenbewegung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Bonn 2001, S. 164 – 173)

**F:**

**Foucault, M.:** Freiheit und Selbstsorge Buch. Frankfurt 1993

**Finzen, A. / Hoffmann-Richter, U.:** Die häufigsten psychischen Krankheiten. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2008, S. 25 - 53

**G:**

**Gottschling, W.:** Die Welt schien in Ordnung. In: Deger-Erlenmaier, H. (Hg.):

Wenn nichts mehr ist, wie es war... . Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Bonn 1992, S. 12 - 18

**Groß, K.:** Wie lässt sich der status der Angehörigen in Kliniken verbessern? In: Psychosoziale Umschau. Vol. 19 Nr. 2 2006, S. 17 - 19

**Gruber, A.:** Einsamkeit und Schuldgefühle. In: Dörner, K. / Egetmeyer, A. / Koenning, K. (Hg.): Freispruch der Familie: Angehörige, Patienten und der Psychiatrie. Bonn 1991, S. 19 - 23

**Gussone, B. / Schiepek, G.:** Die Sorge um sich. Burn-out Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen. Tübingen 2000

**H:**

**Haselmann, S.:** Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert?. Göttingen 2008

**Heim, S.:** Sich um nichts mehr kümmern? – Kann man das als Mutter, darf man das als Mutter?!. In: Dörner, K. / Egetmeyer, A. / Koenning, K. (Hg.): Freispruch der Familie: Angehörige, Patienten und der Psychiatrie. Bonn 1991, S. 187 - 190

**Heim, S.:** Unermüdlich und allzeit bereit – Wie hilfreich sind selbstlose Angehörige? In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2008, S. 12 - 24

**Hoffmann-Richter / Finzen A.:** Die häufigsten psychischen Krankheiten In: Deger-Erlenmaier, H. / Titze, E. / Walter, K. (Hg.): Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Bonn 1996, S. 11 – 34

**J:**

**Jungbauer, J.:** Zur Rolle der Angehörigen in der psychiatrischen Rehabilitation.

In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 9 – 18

**Jungbauer, J / Angermeyer, M.:** Subjektive Belastungen von Eltern und

Partnern schizophrener Patienten. In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 35 - 49

**Jungbauer, J. / Bischof, J. / Angermeyer, M.:** Belastungen von

Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 19 - 34

**Jungbauer, J. / Mory, C. / Angermeyer, M.:** Finanzielle Belastungen von

Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 64 - 78

**Jungbauer, J. / Mory, C. / Angermeyer, M.:** Ist die Betreuung eines

schizophrenen Familienmitglieds mit einem Gesundheitsrisiko verbunden? In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 106 – 116

**Jungbauer, J. / Mory, C. / Angermeyer, M.:** Zum Unterstützungsbedarf von

Partnern schizophrener Patienten. In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 126 - 134

**Jungbauer, J. / Wittmund, B. / Angermeyer, M.:** Die übersehenen Angehöri-

gen: Partner schizophrener Patienten. In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 50 - 63

**Jungbauer, J. / Wittmund, B. / Angermeyer, M.:** Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen: Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung? In: Jungbauer, J. (Hg.): Unser Leben ist jetzt anders. Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten. Bonn 2005, S. 117 - 125

#### **K:**

**Koenning, K.:** Zur Lebenssituation der Familien psychisch Kranker. In: Dörner, K./ Egetmeyer, A. / Koenning, K. (Hg.): Freispruch der Familie: Angehörige, Patienten und der Psychiatrie. Bonn 1991, S. 24 - 32

**Lisofsky, B.:** Jetzt tu' ich was für mich. Psychoedukation und Selbsthilfe. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2008, S. 153 - 156

#### **M:**

**Michels, A.:** Mein Gott irgend etwas muss ich falsch gemacht haben. Wie Angehörige ihr Leben meistern. In: Deger-Erlenmaier, H. (Hg.): Wenn nichts mehr ist, wie es war... . Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Bonn 1992, S. 72 - 100

#### **O:**

**Obert, K.:** Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn 2008, S. 54 - 93

**Ohne Verfasser: URL 1:** <http://www.terrapie.de/html/schizophrenie.html>  
[Stand 07.07.2009]

**Ohne Verfasser: URL 2**

<http://www.psychologie-nfo.org/Depressionen/Schizophrenie/schizophrenie.html>  
[Stand: 04.02.2010]

**Ohne Verfasser: URL 3:**

[http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische\\_Storungen/Schizophrenie/schizophrenie.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/Schizophrenie/schizophrenie.htm) [Stand 04.02.2010]

**Ohne Verfasser: URL 4:**

[http://www.psychiatriegespraech.de/psychische\\_krankheiten/schizophrenie/schizophrenie\\_diagnostik.php](http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/schizophrenie/schizophrenie_diagnostik.php) [Stand: 03.05.2010]

**Ohne Verfasser URL 5: ICD 10**

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnose/icd10/htmlgcm2010/chapter-v.htm> [Stand 04.05.2010]

**P:**

**Peghini, P.:** Ein gutes und spannungsfreies Verhältnis zum behandelnden Arzt.  
In: Psychosoziale Umschau. Vol. 23 Nr. 4 2008 S. 39

**Probst, P.:** Wege aus der Entmündigung – der Schuldbegriff in der Schizophrenie-Literatur. In: Deger-Erlenmaier, H. (Hg.): Wenn nichts mehr ist, wie es war... . Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Bonn 1992, S. 44 - 59

**S:**

**Scherrmann, E. T. / Walter K.:** 8. Leitlinien für Angehörige im Umgang mit

psychisch Kranken In: Deger-Erlenmaier, H. / Titze, E. / Walter, K. (Hg.):  
Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker.  
Bonn 1996, S. 151 – 155

**Schermann, T. / Walter, K.:** Leitlinien für den Umgang mit psychisch Kranken.  
In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit  
psychisch Kranken leben. Bonn 2001, S. 149 - 155

**Sellhorst, R.:** Akzeptanz oder Ablehnung der Hilfe In: Deger-Erlenmaier, H. /  
Titze, E. / Walter, K. (Hg.): Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Ange-  
hörige psychisch Kranker. Bonn 1996, S. 83 - 86

**Spieß, H. u.a.:** Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer  
Patienten in stationärer Behandlung. In: Der Nervenarzt. Vol. 75 Nr. 5  
2004, S. 475 -482

**Stark, K. / Stark, I.:** Ohnmacht und Angst. In: Dörner, K. / Egetmeyer, A. /  
Koening, K. (Hg.): Freispruch der Familie: Angehörige, Patienten und  
der Psychiatrie. Bonn 1991, S. 13 – 18

**Straub, E.:** Und wer fragt nach mir? Angehörige zwischen Verantwortung und  
Selbstbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kran-  
ker (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige.  
Bonn 2008, S. 189 - 202

**W:**

**Walter; K.:** Krankheit und Schuld. In: Bundesverband der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit psychisch Kranken leben. Bonn 2001,  
S. 144 - 148

**Weltgesundheitsorganisation:** Internationale Klassifikation psychischer  
Störungen – ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 7.  
Auflage, Bern 2010



**Wermke, M. / Kunkel-Razum, K. / Scholze-Stubenrecht, W.:** Duden. Das Synonymwörterbuch. Mannheim u.a. 2004

**Z:**

**Ziepert, M.:** Angehörige zwischen Liebe und Abgrenzung. In: Psychosoziale Umschau. 1999 URL 7: [http://www.psychiatrie.de/data/pdf/05/01/00/bapk\\_angehoerige\\_2000\\_ziepert.pdf](http://www.psychiatrie.de/data/pdf/05/01/00/bapk_angehoerige_2000_ziepert.pdf)