

JOHANNES JUNGBAUER

Partner schizophrener Patienten



JOHANNES JUNGBAUER

Partner schizophrener Patienten

Belastungslagen
Bewältigungsstrategien
Lebensentwürfe

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143179

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Jungbauer, Johannes: Partner schizophrener Patienten : Belastungslagen,
Bewältigungsstrategien, Lebensentwürfe /Johannes Jungbauer. –

Bonn : Psychiatrie-Verl., 2001

(Forschung für die Praxis - Hochschulschriften)

Zugl.: , Univ., Diss., 2001

ISBN 3-88414-317-4

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2001

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

1 Einleitung	11
2 Die Krankheit Schizophrenie	15
2.1 Epidemiologie	15
2.2 Ursachen, Symptomatik und Krankheitsverlauf	15
2.3 Behandlung und Rehabilitation	18
3 Zum Stand der Angehörigenforschung	20
3.1 Vorbemerkung	20
3.2 Ergebnisse der »Expressed Emotion«-Forschung	20
3.3 Studien zu sozialen Netzwerken schizophrener Menschen	23
3.4 Studien zu Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker	27
3.4.1 Belastungskonzepte	27
3.4.2 Aspekte des Belastungserlebens	28
3.4.3 Einflussfaktoren für objektive und subjektive Belastungen	30
3.4.4 Zusammenhänge zwischen objektiven Belastungsfaktoren, Belastungserleben und Belastungsbewältigung	32
3.4.5 Gesundheitliche Belastungsfolgen	34
3.4.6 Belastungsreduktion durch Angehörigenarbeit	35
3.5 Zusammenfassende Bewertung des Forschungsstands	37
4 Theoretische Aspekte und Perspektiven	40
4.1 Vorbemerkung	40
4.2 Soziologische Aspekte	42
4.3 Zeitgeschichtliche Aspekte	44
4.4 Entwicklungspsychologische Aspekte	45

4.5	Austauschtheoretische Aspekte	47
4.6	Stresstheoretische Aspekte	51
4.7	Rehabilitationswissenschaftliche Aspekte	53

5 Forschungskonzept und Methode der vorliegenden Untersuchung 55

5.1	Thematische und methodologische Vorüberlegungen	55
5.2	Das narrative Interview als methodischer Zugang	56
5.3	Zum Vorgehen bei der Rekrutierung und Datenerhebung	58
5.4	Aufbereitung und Auswertung der Interviews	60
5.5	Datenauswahl und theoretisches Sampling	67
5.6	Stationen der Theoriegenerierung	70
5.7	Diskurs in der Forschergruppe	72

6 Ergebnisse 74

6.1	Zur Ergebnisdarstellung: Eine Leseanleitung	74
6.2	Beschreibung der Gesamtstichprobe	76
6.3	Akute Belastungen in psychotischen Krankheitsphasen	78
6.3.1	Vorbemerkung	78
6.3.2	Der Erkrankungsbeginn: Schock, Angst und Hilflosigkeit	78
6.3.3	Erstmals miterlebte psychotische Krisen	81
6.3.4	Belastungen bei nicht schubhaftem Erkrankungsbeginn	83
6.3.5	Akute Belastungen im weiteren Erkrankungsverlauf	84
6.3.6	Kumulation von Belastungen während psychotischer Krisen	86
6.3.7	Exkurs: Kritik an Psychiatrie und Ärzten	87
6.3.8	Zusammenfassung	89
6.4	Veränderungen und Belastungen im Beziehungsalltag	90
6.4.1	Vorbemerkung	90
6.4.2	Veränderungen des Verhaltens und der Persönlichkeit des erkrankten Partners	90
6.4.3	Veränderungen in der Lebenssituation des Erkrankten	92
6.4.4	Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich psychotischer Rückfälle	94
6.4.5	Erhöhte Arbeitsbelastung im Alltag	96
6.4.6	Konflikte und Streit	97
6.4.7	Beeinträchtigungen der gemeinsamen Freizeitgestaltung	98
6.4.8	Beeinträchtigungen der Sexualität	99

6.4.9	Verlust von sozialen Kontakten	101
6.4.10	Ambivalenzen im Umgang mit dem erkrankten Partner: Nicht-Wollen oder Nicht-Können?	102
6.4.11	Veränderungen des partnerschaftlichen Rollengefüges	103
6.4.12	Gesundheitliche Belastungsfolgen	105
6.4.13	Zur Variabilität chronischer Belastungslagen	106
6.4.14	Zusammenfassung	107
6.5	Bewältigungsstrategien	109
6.5.1	Vorbemerkung	109
6.5.2	Informationsbeschaffung	110
6.5.3	Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems und Unterstützung der Behandlung	112
6.5.4	Mobilisierung familialer Unterstützungsressourcen	113
6.5.5	Strategien des gemeinsamen Krisenmanagements	114
6.5.6	Krankheitsangepasste Gestaltung des Beziehungsalltags	116
6.5.7	Kognitive Normalisierung	117
6.5.8	Neubewertung der Erkrankung	120
6.5.9	Fokussierung auf intakte Aspekte der Partnerschaft	121
6.5.10	Belastungsbezogene Bewältigungsstrategien	122
6.5.11	Zusammenfassung	124
6.6	Krankheitsdeutungen und gemeinsame Lebensentwürfe	126
6.6.1	Vorbemerkung	126
6.6.2	Die Schizophrenie des Partners als biografischer Einschnitt	126
6.6.3	Trennungsimpulse	127
6.6.4	Solidarität und Verpflichtung	129
6.6.5	Partnerschaft trotz und mit der Schizophrenie	132
6.6.6	Zusammenfassung	136
7	Diskussion	138
7.1	Zusammenfassende Bewertung der Untersuchungsergebnisse	138
7.2	Theoriebezüge und Implikationen für die weiterführende Studien	142
7.3	Schlussfolgerungen für die psychosoziale Praxis	147
	Literaturverzeichnis	152

Anhang A: 28 Fallportraits	165
Fallportrait 1 (Interview 002): »Ich muss umlernen. Ich kann nicht och noch auf der Strecke bleiben.«	165
Fallportrait 2 (Interview 109): »Mit dem Krankenhaus und dem Therapieplan bin ich nicht zufrieden.«	167
Fallportrait 3 (Interview 171): »Es gab viele Situationen, wo wirklich mein Leben in Gefahr war.«	169
Fallportrait 4 (Interview 116): »Dass ich eine Liebe verloren habe, ist das Erschütterndste daran.«	171
Fallportrait 5 (Interview 008): »Unser Verhältnis hat sich überhaupt nicht verändert, höchstens zum Positiven noch.«	172
Fallportrait 6 (Interview 121): »Wir machen nicht viel. Wir liegen viel in unserer Freizeit, das entspannt uns.«	174
Fallportrait 7 (Interview 009): »Ich habe auch ein eigenes Leben. Die Anpassung muss nicht bis zur Aufopferung gehen.«	176
Fallportrait 8 (Interview 036): »Manchmal muss ich sie anlärren, sonst krieg ich überhaupt nischt zu essen.«	177
Fallportrait 9 (Interview 167): »Ich habe mich im Gedankenlesen geübt. Die Krankheit macht's notwendig, dass man seinen Partner genau beobachtet.«	178
Fallportrait 10 (Interview 032): »Die Krankheit hat ihn total verändert – und demzufolge och die Familie, mich und ebend och's ganze Umfeld.«	181
Fallportrait 11 (Interview 138): »Jetzt ist es ja vorbei. Es kann sein, dass er dieses Jahr schon wieder arbeiten gehen kann.«	183
Fallportrait 12 (Interview 176): »Sein Schub war keine so große Überraschung für mich.«	185
Fallportrait 13 (Interview 140): »Ich weiß nicht, ob ich eine Trennung psychisch durchgestanden hätte.«	186
Fallportrait 14 (Interview 050): »Meine Bedürfnisse und sein Ruhebedürfnis auf einen Nenner zu bringen ist gar nicht so leicht.«	188
Fallportrait 15 (Interview 013): »Man lebt immer mit der Gefahr, dass sie urplötzlich wieder mal ein Tief hat.«	189
Fallportrait 16 (Interview 040): »Das packt man ja kaum, das alles alleine zu machen.«	191
Fallportrait 17 (Interview 037): »Ich dachte früher, ein Christ muss dort stehen bleiben, wo ihn der Herrgott in der Ehe hingestellt hat.«	192

Fallportrait 18 (Interview 033): »Ich hab sie ja nicht nur für's Bett geheiratet, sondern auch, dass sie sich um den Haushalt kümmert.«	195
Fallportrait 19 (Interview 155): »Ich wollte ihn nicht verlieren, weil es ist Liebe im Spiel – auch heute noch.«	196
Fallportrait 20 (Interview 095): »Wir leben eigentlich ganz normal.«	199
Fallportrait 21 (Interview 010): »Wenn ihre psychische Erkrankung durchbricht, müssen wir bissel nach dem Arzt rennen und so. Ansonsten – ganz normales Leben.«	201
Fallportrait 22 (Interview 143): »Ich fühle mich teilweise machtlos. Möchte gerne helfen, aber wie?«	202
Fallportrait 23 (Interview 070): »Mein Mann ist auch froh, dass er in so 'ner Familie drin ist, wo sich alle bissel helfen.«	203
Fallportrait 24 (Interview 031): »Weil ich auch betroffen bin, versteh ich ihn und kann drauf eingehen.«	206
Fallportrait 25 (Interview 026): »Am schlimmsten ist es, wenn alle beide durchhängen. Das ist nicht in den Griff zu kriegen.«	207
Fallportrait 26 (Interview 035): »Wir tun uns gegenseitig stützen und geben uns gegenseitig Kraft.«	208
Fallportrait 27 (Interview 062): »Ich verrate meinen Mann niemals, für keine Millionen.«	209
Fallportrait 28 (Interview 076): »Irgendwie passen wir zusammen wie ein Paar alte Pantoffeln.«	211
 Anhang B: Schematische Darstellung des Theoretischen Samplings	 214

Nur wenn wir uns mehr der Frage zuwenden, wie psychisches Kranksein in den westlichen Kulturen gegenwärtig verstanden wird, gelebt werden kann und wie andere mit psychisch kranken Menschen umgehen, gewinnen wir die Voraussetzungen für den Dialog und können eine Brücke zwischen Wissenschaft und Alltagspraxis bauen.

(M. ZAUMSEIL & M. C. ANGERMEYER, 1997, S. 12)

1 Einleitung

Mit der zunehmenden Verlagerung der psychiatrischen Versorgung in den ambulanten Bereich hat die Bedeutung der Angehörigen für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen erheblich zugenommen. So wird heute der weitaus größte Teil schizophrener Patienten nach relativ kurzer Zeit wieder nach Hause, und dies heißt in vielen Fällen: in die Familie entlassen (RÖSSLER, FÄTKENHEUER & LÖFFLER, 1993). Gleichzeitig sind im Zuge der Psychiatriereform auch die Aufnahmeraten der psychiatrischen Kliniken angestiegen – ein Phänomen, das häufig mit dem Begriff der »Drehtürpsychiatrie« beschrieben wird. Diese Entwicklung legt die Vermutung nahe, dass sich die Angehörigen mit der Aufgabe, die Rehabilitation schizophrener Patienten zu einem wesentlichen Anteil mitzutragen, häufig überfordert fühlen (SEELHORST, 2000).

Die mit der Betreuung eines schizophrenen Menschen verbundenen Belastungen, die im alltäglichen Zusammenleben entstehenden Probleme und das Leid der Angehörigen sind in der psychiatrischen Fachliteratur vielfach thematisiert worden (zum Überblick vgl. BARONET, 1999; JUNGBAUER, BISCHKOPF & ANGERMEYER, 2001a; LOUKISSA, 1995; MAURIN & BOYD, 1990; ROSE, 1996). Eine eingehende Literaturanalyse zeigt allerdings, dass es bislang nur sehr wenige Publikationen speziell zur Lebenssituation von Ehe- und Lebenspartnern schizophrener Menschen gibt. Sowohl in der Forschungs- als auch in der Ratgeberliteratur zur Situation von Angehörigen werden meist die Probleme und Belastungen der Eltern thematisiert, nur sehr selten dagegen diejenigen der Partner. Dieses Ergebnis ist umso überraschender, als zu den spezifischen Belastungen von Partnern anderer psychiatrischer Patienten (z. B. mit Depressionen, Suchterkrankungen oder Altersdemenzen) eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen vorliegen.

Warum sind die Partner schizophrener Patienten in der Forschung bislang weitgehend unbeachtet geblieben? Ein Grund dafür könnte die von Wissenschaftlern vertretene Auffassung sein, dass schizophrene Menschen aufgrund ihrer spezifischen Beeinträchtigungen nur selten dazu in der Lage sind, in einer Beziehung¹ zu leben. Aufgrund der krank-

1 Die Begriffe »Beziehung« und »Partnerschaft« werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Sie sind hier als Sammelbezeichnungen für heterosexuelle eheliche und nicht-eheliche Lebensgemeinschaften zu verstehen. Zur weiteren Explikation dieser Begriffe vgl. BECK-GERNSHEIM (1998) sowie BIERHOFF & GRAU (1999).

heitsbedingten Einschränkungen im Alltag, die sich natürlich auch auf den jeweiligen Partner auswirken, mag es zudem als unwahrscheinlich angesehen werden, dass sich jemand *freiwillig* dazu entschließt, mit einem schizophrenen Menschen dauerhaft zusammenzuleben (vgl. Kapitel 3.3). Möglicherweise wirkt sich hier jedoch auch eine jahrzehntelange Forschungstradition aus, deren Erkenntnisinteresse in erster Linie auf krankheitsverursachende und -aufrechterhaltende Bedingungen in der *Herkunftsfamilie* des Betroffenen bezogen ist (vgl. Kapitel 3.2). Darüber hinaus erscheint es denkbar, dass es in der Forschungspraxis schwieriger ist, die Partner schizophrener Menschen für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung zu gewinnen als deren Eltern.

Die Idee zu der vorliegenden Studie entstand während meiner Mitarbeit in dem Forschungsprojekt »Gesundheitliche und finanzielle Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen«, das zwischen 1998 und 2001 an der Universität Leipzig durchgeführt wurde. Im Rahmen dieser Tätigkeit habe ich u. a. 49 Ehe- und Lebenspartner schizophrener Menschen befragt und die für dieses Thema relevante Forschungsliteratur bearbeitet. Nachdem über Partnerschaften schizophrener Menschen bislang nur wenig geforscht wurde, erschien es mir sehr reizvoll, mich im Rahmen einer eigenen Untersuchung mit diesem Thema auseinander zu setzen und ein weitgehend unbekanntes Gebiet der Schizophrenieforschung zu erkunden. Die Rahmenstudie eröffnete mir zudem die Möglichkeit, mich dem Thema unter Anwendung qualitativer, »sinnverstehender« Forschungsmethoden anzunähern – ein Zugang, der m. E. für das Thema und die Zielsetzung der Untersuchung besonders gut geeignet ist. Wie FLICK (1997) herausgearbeitet hat, sind *subjektive Alltagsvorstellungen* und *biografische Deutungen*, wie sie sich in Erzählungen und Alltagsbeschreibungen manifestieren, ein wichtiger Schlüssel für das Verständnis der Situation von psychisch Kranken und ihrer Angehörigen. Biografische Erzählungen haben eine wichtige Funktion für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Identität mit und trotz der psychischen Erkrankung des Partners; sie bilden eine Basis für das Verstehen der eigenen Erfahrungen und der eigenen Situation. Das narrative Interview ist gleichsam die »natürliche« Methode zur Generierung solcher Erzählungen und Alltagsbeschreibungen; die Analyse der so entstandenen Texte bietet einen adäquaten Zugang für das Verständnis subjektiver Sinnstrukturen und Konstruktionen, die sich einem systematischen »Abfragen« (etwa im Rahmen von standardisierten Interviews oder Fragebogeninstrumenten) verschließen würden.

Zugleich dürfte ein qualitativ-verstehender Forschungsansatz am ehesten die Chance bieten, eine Brücke zwischen der wissenschaftlichen Untersuchung psychischen Krankseins und der Alltagspraxis zu bauen. Wie ZAUMSEIL und ANGERMEYER (1997) konstatieren, besteht eine Kluft zwischen dem biomedizinischen Modell und dem pragmatischen Management psychischer Störungen einerseits und der individuellen und sozialen Wirklichkeit der Betroffenen andererseits. Um diese Kluft zu überwinden, ist es nach Auffassung der Autoren unabdingbar, neben der naturwissenschaftlichen Forschung die Untersuchung der *kulturbestimmten Wirklichkeit psychischen Krankseins* voranzutreiben, wie sie sich vor allem in subjektiven Alltagsvorstellungen und Erzählungen zeigt.

Die Zielsetzung der vorliegenden Studie war es daher, unter Zuhilfenahme qualitativer Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu rekonstruieren, wie die Studienteilnehmer die psychische Erkrankung ihres Partners und den gemeinsamen Beziehungsalltag erleben. Was bedeutet es für einen Menschen, wenn der Ehe- oder Lebenspartner an einer Schizo-

phrenie erkrankt? Wie wird die Schizophrenie des Partners in den gemeinsamen Lebensalltag und in die eigene Lebensplanung integriert? Welche spezifischen Probleme und Einschränkungen treten im Zusammenleben mit einem schizophrenen Patienten auf, und wie versuchen die Partner, diese krankheitsbedingten Belastungen zu bewältigen? Diese Fragen umreißen Themenbereiche, auf die ich im Rahmen dieser Arbeit ausführlich eingehen werde.

Dieses Buch basiert auf einer überarbeiteten Fassung meiner Dissertation, die im Sommer 2001 unter dem Titel »Leben mit einem schizophrenen Partner« an der Freien Universität Berlin angenommen wurde (JUNGBAUER, 2001). Der vorliegende Text gliedert sich in einen theoretischen und in einen empirischen Teil: Das Anliegen des Theorieteils (Kapitel 2 bis 5) ist eine forschungsbezogene und methodologische Standortbestimmung; er wird eröffnet mit einer kompakten Darstellung epidemiologischer, nosologischer und rehabilitativer Aspekte der Schizophrenie, soweit dies für das weitere Verständnis der Arbeit notwendig erscheint (Kapitel 2). Das 3. Kapitel beinhaltet einen Überblick über die für das Thema der Untersuchung relevante Forschungsliteratur. Dazu gehört auch eine theoretische Verortung des Themas auf der »wissenschaftlichen Landkarte«, die es erlaubt, sinnvoll an bestehende Forschungstraditionen anzuknüpfen (Kapitel 4). Im Hinblick auf das Thema und die Methode der Arbeit werden sich dann einige methodologische und forschungspraktische Überlegungen anschließen. Dabei werde ich insbesondere auf das Vorgehen bei der Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenauswertung eingehen (Kapitel 5).

Im empirischen Teil der Arbeit (Kapitel 6 und Anhang) werden die Analysen und Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargestellt. Ausgehend von detaillierten Einzelfallanalysen sollen Phänomene und Zusammenhänge herausgearbeitet werden, die für Partnerschaften mit schizophrenen Patienten spezifisch sind. Im Mittelpunkt von Kapitel 6 stehen die vielfältigen Belastungen und Veränderungsprozesse, die in diesen Partnerschaften auftreten, sowie unterschiedliche Strategien im Hinblick auf die Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen. Ferner werde ich in diesem Kapitel auch auf unterschiedliche Krankheitsdeutungen und Lebensentwürfe der Partner eingehen. Den Abschluss der Arbeit bildet eine zusammenfassende Diskussion der Untersuchungsergebnisse (Kapitel 7). Dabei werde ich u. a. einige Ansatzpunkte für die Konzeption professioneller Unterstützungsangebote skizzieren, die speziell für Partner schizophrener Patienten hilfreich sein können.

Um den gesamten Auswertungsprozess für den Leser nachvollziehbar zu machen, habe ich versucht, die Arbeitsschritte der qualitativen Analyse sorgfältig zu explizieren und zu dokumentieren. Die zusammenfassenden Fallrekonstruktionen (»Fallportraits«) wurden im Anhang platziert, um ein komfortables Querlesen zwischen theoretischer Generalisierung und Einzelfallanalysen zu ermöglichen. Gleichzeitig gestattet diese Form der Ergebnisdarstellung dem interessierten Leser einen direkten und erfahrungsnahen Zugang zum Thema, und es ist durchaus möglich, die Lektüre des Buchs mit den Fallportraits zu beginnen.

»Schreiben ist eine verdammt introvertierte Angelegenheit« – diese lakonische Bemerkung von Alfred Andersch² beschreibt auch meine eigenen Erfahrungen während der

2 Süddeutsche Zeitung vom 22./23.10.1990

Arbeit an dieser Untersuchung. Wissenschaftliche Forschung lebt jedoch glücklicherweise auch von kommunikativen Prozessen, von Austausch, Auseinandersetzung, Kritik und Anregung. An dieser Stelle möchte ich mich deshalb bei all jenen bedanken, die in dieser Hinsicht zu einem Gelingen des vorliegenden Buchs beigetragen haben. An erster Stelle sei dabei Herr Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer genannt, der mich als Projektleiter der o. g. Rahmenstudie zur Bearbeitung eines spannenden und praxisrelevanten Themas ermutigt hat. Herrn Prof. Dr. Dieter Kleiber bin ich für die kollegiale und unbürokratische Betreuung meiner Dissertation zu großem Dank verpflichtet. Bedanken möchte ich mich natürlich auch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Angehörigenprojekts sowie bei den Teilnehmerinnen des qualitativen Forschungsscolloquiums: Frau Dipl.-Psych. Jeannette Bischof, Frau Dr. Peggy Liebelt, Frau Dipl.-Psych. Uta Löbig, Frau Dipl.-Psych. Johanna Trosbach, Frau Dipl.-Psych. Claudia Mory, Frau Manja Musikowski, Herrn Dr. Hans-Ulrich Wilms, Frau Dr. Bettina Wittmund und Frau Anka Zimmer. Wertvolle Anregungen im Hinblick auf die qualitative Methodik der Untersuchung verdanke ich Herrn Prof. Dr. Fischer-Rosenthal. Dem Psychiatriekoordinator der Stadt Leipzig, Herrn Thomas Seyde, schulde ich Dank für seine informativen Hinweise zu wendebedingten Veränderungen der Situation psychisch Kranker in den neuen Bundesländern. Für Denkanstöße im Hinblick auf die Überarbeitung des Manuskripts bin ich Frau Dr. Gabriele Wilz sowie Frau Prof. Dr. Auckenthaler sehr dankbar. *Last but not least* möchte ich Frau Dipl.-Psych. Kirsten Stelling danken, ohne deren Unterstützung und interessierte Anteilnahme ich mir dieses Buch gar nicht vorstellen könnte. Sie hat meine Arbeit in ihrem gesamten Entstehungsprozess begleitet und war mir in vielen fachlichen Diskussionen eine kritische und kompetente Gesprächspartnerin. Dafür und für alles andere: Vielen, vielen Dank!

2 Die Krankheit Schizophrenie

2.1 Epidemiologie

Die Schizophrenie ist eine aus klinischer Sicht relativ häufige psychische Erkrankung; nach den Alterspsychosen ist sie mit einem Anteil von 4,6 % der psychiatrischen Erst-erkrankungen die häufigste Psychose. Das »Life-time-Risiko« beträgt etwa ein Prozent, d. h. einer von 100 Menschen erkrankt irgendwann in seinem Leben an einer Schizophrenie. Die Schätzungen für die Jahresprävalenz liegen je nach der Enge bzw. Weite der Diagnosekriterien zwischen 0,2 und 0,4 % (REY & THURM, 1994). Da schizophrene Psychosen meist chronisch verlaufen, sind die Inzidenzraten deutlich niedriger als die Prävalenzraten. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen beläuft sich in Deutschland auf etwa 10 bis 20 Fälle pro 100.000 Einwohner (HÄFNER, 1993; HÄFNER & AN DER HEIDEN, 1997). In Leipzig, einer mittleren Großstadt mit ca. 480.000 Einwohnern, sind nach einer Schätzung von SEYDE (1998) zwischen 1.100 und 2.200 Personen an Schizophrenie erkrankt; dabei ist von etwa 100 Neuerkrankungen pro Jahr auszugehen.

Das Erkrankungsrisiko ist für Männer und Frauen etwa gleich hoch, doch zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Alters bei der Erstaufnahme: Männer kommen im Durchschnitt etwa fünf Jahre früher als Frauen erstmalig wegen einer Schizophrenie in eine psychiatrische Behandlungseinrichtung. Ob es sich hierbei um »echte« Unterschiede im Erkrankungsalter oder um Unterschiede der Latenzperiode zwischen Erkrankungsbeginn und erstem Behandlungskontakt handelt, ist jedoch bisher noch nicht geklärt (FRANZEN, 1994).

Schizophrene Patienten finden sich häufiger in den unteren sozialen Schichten und leben oft in städtischen Wohngebieten mit schwieriger Sozialstruktur. Eine kausale Beziehung zwischen Schichtzugehörigkeit und Erkrankungsrisiko ist jedoch nach heutigem Forschungsstand mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen; vielmehr wird dieser Befund mit der so genannten »downward drift«-Hypothese erklärt, nach der schizophrene Menschen aufgrund ihrer psychischen und sozialen Behinderungen häufiger in niedrigere soziale Schichten abrutschen bzw. seltener in höhere soziale Schichten aufsteigen als Nicht-Erkrankte aus einer Referenzpopulation (HÄFNER & AN DER HEIDEN, 1997; REY & THURM, 1994).

2.2 Ursachen, Symptomatik und Krankheitsverlauf

Trotz intensiver wissenschaftlicher Bemühungen sind die Ursachen der Schizophrenie bislang nicht vollständig erforscht. Als gesichert gilt heute, dass keine isolierte Einzelursache, sondern ein multifaktorielles Bedingungsgefüge für die Entstehung der Erkrankung verantwortlich ist. Das auf NÜECHTERLEIN und DAWSON (1984) zurückgehende

Vulnerabilitäts-Stress-Modell besagt, dass eine genetische oder früh erworbene Vulnerabilität im Zusammenspiel mit körperlichen und psychosozialen Faktoren zu einer Störung im Neurotransmittersystem und damit zum Ausbruch einer Schizophrenie führt. Dabei spielen chronische oder akute Stressbelastungen eine besonders wichtige Rolle (vgl. BÄUML, 1994).

Schizophrene Psychosen sind meist durch das Nebeneinander von gesunden und veränderten Bereichen im Erleben und Verhalten der Betroffenen gekennzeichnet. Während die positiven Symptome (»Plus-Symptome«) produktive, für Außenstehende häufig nicht nachvollziehbare Erlebens- und Verhaltensweisen umfassen (z. B. Halluzinationen, Wahn-erlebnisse und Erregtheit), sind negative Symptome (»Minus-Symptome«) mit dem Verlust psychischer Funktionen und Fähigkeiten verbunden (z. B. Verarmung des Gefühlslebens, Antriebslosigkeit, Rückzugsverhalten). Grob desorganisiertes und katatonisches Verhalten wurden traditionell ebenfalls den Positivsymptomen zugeordnet, bilden aber nach moderner Auffassung eigenständige Symptomgruppen. Obgleich die grundlegenden kognitiven Fähigkeiten bei schizophrenen Erkrankungen intakt bleiben, treten oft kognitive Leistungseinbußen auf. Insbesondere in den akuten schizophrenen Episoden oder unter dem Einfluss von Negativsymptomen sind die Erkrankten oft verwirrt und desorientiert; dabei können Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses auftreten (WELTGESUNDHEITSORGANISATION, 1993; SAß, WITTCHEN & ZAUIDIG, 1998). Aufgrund der vielfältigen schizophrenen Symptome und Krankheitsverläufe wird häufig von »den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis« gesprochen (BÄUML, 1994). Die Vielfalt schizophrener Symptome wird in der Regel durch die Bildung von Untergruppen bzw. nach klinischen Kernsyndromen geordnet. REY und THURM (1994) unterscheiden beispielsweise vier Hauptsyndrome der Schizophrenie:

- Die *paranoid-halluzinatorische Form* ist das häufigste Kernsyndrom der Schizophrenie. Sie zeichnet sich durch das überdauernde Auftreten von Wahnsymptomen (häufig Verfolgungswahn) und begleitender Halluzinationen aus (insbesondere das Hören kommentierender, dialogischer oder imperativer Stimmen). Darüber hinaus kommen häufig Ich-Störungen vor, bei denen sich die Patienten durch Lenkungs- und Beeinflussungserlebnisse des eigenen Körpers oder der eigenen Gedanken massiv bedroht fühlen können. Die Fülle dieser veränderten Erlebnisweisen rufen bei den Betroffenen häufig große Angst, Fassungslosigkeit und starkes Misstrauen gegenüber der sozialen Umwelt hervor.
- Die *hebephrene Form* beinhaltet eine relativ kleine Untergruppe der Schizophrenie. Sie beginnt meist schon in der frühen Jugend und zeichnet sich in erster Linie durch auffallende Denkstörungen mit Veränderungen im affektiven Bereich aus. Die Patienten wirken häufig unangebracht heiter und unbekümmert (»läppisch«), ohne sich dabei wirklich freuen zu können. Ihr Verhalten wirkt oft maniert, sprunghaft und unvorhersehbar. Wahnideen und Halluzinationen sind hingegen eher flüchtig bzw. schwach ausgeprägt.
- Bei der *katatonen Form* stehen Beeinträchtigungen der Psychomotorik im Vordergrund. Die Patienten verharren häufig ungewöhnlich lange in unnatürlichen und bizarren Körperstellungen, die sie willentlich nicht verändern können (»katatoner Stupor«). Die Bewegungsstarre kann zuweilen aber auch in extreme Erregungszustände mit fieberhaftem Bewegungsdrang umschlagen. Ein häufiges Symptom der katatonen Schizo-

phrenie ist ferner die sog. wächserne Biegsamkeit der Gliedmaßen (»Flexibilitas cerea«), bei der von außen auferlegte Körperhaltungen sehr lange beibehalten werden.

- Als *Schizophrenia simplex* wird eine langsame psychotische Entwicklung bezeichnet, bei der typische schizophrene Symptome wie z. B. Wahn, Halluzinationen oder Katatonie nur schwach ausgeprägt sind. Die Störung entwickelt sich oft »schleichend« über viele Jahre hinweg. Der Erkrankte verliert allmählich an Leistungsvermögen, Kontaktfähigkeit und Initiative. Aufgrund der wenig charakteristischen Symptome wird die Diagnose jedoch nur selten gestellt.

Im Hinblick auf die Diagnostik der Schizophrenie weist FINZEN (2000) darauf hin, dass durch die Vielfalt möglicher Symptome sowie durch die Tatsache, dass jeweils nur einige davon auftreten, eine klare Abgrenzung des Krankheitsbildes erschwert wird. Zudem sind viele Symptome nicht spezifisch für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern überschneiden sich mit Symptomen »benachbarter« psychischer Erkrankungen in vielfältiger Weise. So ist z. B. die Abgrenzung zu den *schizoaffektiven Störungen*, die neben schizophrenen Symptomen sehr ausgeprägte affektive Beeinträchtigungen (Depression, Manie, Ängste) beinhalten, in der klinischen Praxis oft mit Unsicherheiten behaftet. Hinzu kommt, dass die derzeit üblichen Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV psychische Erkrankungen generell als *kategoriale Störungen* auffassen, deren Vorhandensein aufgrund bestimmter Kriterien entweder bestätigt oder abgelehnt werden muss. Empirische Studien legen aber die Vermutung nahe, dass jenseits der schizophrenen Kernsyndrome abgeschwächte Erkrankungsformen existieren, die sich diagnostisch nur schwer erfassen und von anderen Krankheitsbildern abgrenzen lassen. STEINERT (1998) sieht deshalb in der Schizophrenie eher eine *dimensionale Störung*, die am Rand der markanten Kernsyndrome an Schärfe verliert und fließende Übergänge zum psychisch Gesunden hat. Was den Erkrankungsverlauf anbelangt, so beginnen die meisten Schizophrenien zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr; Spätschizophrenien (um das 50. Lebensjahr) treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Der Krankheitsbeginn kann sehr plötzlich erfolgen, indem innerhalb einer sehr kurzen Zeitspanne psychotische Symptome wie z. B. Halluzinationen, Denkstörungen oder Wahngedanken einsetzen. Von einem »schleichenden« Krankheitsbeginn wird gesprochen, wenn der akuten Erkrankungsepisode eine Phase mit leichteren psychischen Veränderungen vorausgeht (z. B. Nachlassen der Leistungsfähigkeit in Beruf oder Ausbildung, Kontaktstörungen, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen). Dieses unspezifische »Prodromalstadium« kann sich unter Umständen über Monate bis Jahre hinziehen, ehe sich die o. g. typischen Symptome der Schizophrenie zeigen (AN DER HEIDEN & HÄFNER, 2000; FINZEN, 2000).

Der Verlauf schizophrener Psychosen ist sehr variabel. In den meisten Fällen wechseln akut psychotische Episoden mit stabilen Phasen, in denen es zu einer vollständigen oder zumindest partiellen Remission der produktiv-psychotischen Symptome kommt. Nach dem Abklingen eines akuten schizophrenen Schubs können depressiv gefärbte Erschöpfungszustände auftreten, in denen sich die Betroffenen ausgebrannt, niedergeschlagen und nicht voll leistungsfähig fühlen. Dieses »postremissive Erschöpfungssyndrom« kann ein halbes Jahr und länger andauern, bevor sich die Patienten wieder erholen; in anderen Fällen kann dieser Zustand allerdings auch in eine schwere Depression übergehen (BÄUML, 1994). Ein Teil der Patienten leidet auch unter dauerhaften Residualzuständen, die mit chroni-

schen Negativsymptomen wie z. B. psychomotorischer Verlangsamung, Antriebschwäche, Affektverflachung und kognitiven Defiziten verbunden sind (WELTGESUNDHEITSORGANISATION, 1993). Ferner kommt es im Krankheitsverlauf häufig zu einem deutlichen Verlust sozialer Kompetenzen (AN DER HEIDEN & HÄFNER, 2000).

Nach Angaben von BÄUML (1994) heilt bei etwa 10 bis 20 % der Erkrankten die Schizophrenie nach dem ersten Schub vollständig aus; bei 40 bis 60 % ist trotz rezidivierender schizophrener Episoden ein Leben auf einem relativ stabilem Funktionsniveau möglich. Bei 20 bis 30 % der Patienten verschlechtert sich der Zustand jedoch bis hin zu überdauernden psychischen und sozialen Behinderungen. MARNEROS (1995) kommt aufgrund seiner katamnestischen Langzeitstudie zu einer etwas pessimistischeren Einschätzung hinsichtlich der Chancen für eine vollständige Wiederherstellung: Bei strengen Diagnose- und Remissionskriterien (»restitutio ad integrum«) sei lediglich bei ca. 7 % der Erkrankten eine vollständige Ausheilung nach dem Abklingen der ersten schizophrenen Episode zu erwarten.

2.3 Behandlung und Rehabilitation

Lange Zeit galt die Schizophrenie als kaum beeinflussbare Erkrankung mit schlechter Prognose und schwersten sozialen Beeinträchtigungen. Dies änderte sich erst in den 50er Jahren, als mit dem Chlorpromazin das erste Neuroleptikum in die psychiatrische Behandlung eingeführt wurde. Durch die medikamentöse Therapie gelang es erstmals, die besonders belastenden produktiven Symptome (z. B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen und schwere Denkstörungen) wirksam abzubauen und das Risiko für schizophrene Rezidive deutlich zu senken. Die Neuroleptika gerieten zeitweise in Verruf, weil sie zum Teil ohne begleitende therapeutische Maßnahmen als bloßes Mittel der Disziplinierung missbraucht wurden; ferner stellen die unerwünschten Nebenwirkungen (z. B. Zittern, Bewegungsunruhe; Müdigkeit und Benommenheit) bis heute ein schwieriges Problem dar. Gleichwohl stellt die neuroleptische Behandlung einen unverzichtbaren Grundpfeiler der modernen Schizophrenietherapie dar. Ziel der medikamentösen Behandlung ist es, längerfristig die produktiven psychotischen Symptome zu unterbinden oder doch zumindest zu kontrollieren, ohne den Patienten sozial und emotional handlungsunfähig zu machen. In diesem Zusammenhang stellt insbesondere die Entwicklung der sog. atypischen Neuroleptika (z. B. Clozapin) einen weiteren wesentlichen Fortschritt für viele schizophrene Patienten dar, weil diese im Gegensatz zu den Standardneuroleptika deutlich weniger Nebenwirkungen aufweisen (FINZEN, 1998).

Eine wichtige Verbesserung im Hinblick auf die Therapie und die Rehabilitation schizophrener Patienten stellt ferner der Ausbau der psychiatrischen Standardversorgung in den letzten beiden Jahrzehnten dar. Heute existiert in den meisten Regionen Deutschlands ein breites Spektrum an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, ferner eine Vielzahl komplementärer, »lebensweltlicher« Unterstützungsangebote in den Wohngemeinden der Betroffenen.

Trotz dieser Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung, aufgrund derer es heute meist möglich ist, die akuten Krankheitsphasen zu verkürzen und die Rückfallhäufigkeit erheblich zu senken, kommt es bei etwa der Hälfte der Betroffenen zu überdauernden psychi-

schen Behinderungen (SCHAUB et al., 1997). Diese führen in etwa 60 % der Fälle zu einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit (HÄFNER, 1998). Im Alltag erschweren psychische und soziale Defizite, wie z. B. die verringerte emotionale Belastbarkeit sowie die häufig auch zwischen den akuten Episoden persistierende Negativsymptomatik eine selbstständige Lebensgestaltung. Schizophrene Patienten bedürfen daher in besonderem Maße rehabilitativer Hilfen, um die Folgen ihrer Erkrankung zu bewältigen. Dabei sind – neben der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung – die komplementären Angebote auf der Ebene der sozialen Wiedereingliederung, des betreuten Wohnens, der beruflichen Rehabilitation und der Freizeitgestaltung von besonderer Bedeutung. In diesem Zusammenhang wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass eine zu große Abhängigkeit der Erkrankten von psychosozialen und rehabilitativen Angeboten vermieden werden sollte. Als wichtiger Grundsatz einer gemeindenahen Versorgung schizophrener Menschen gilt daher, dass die familiären und sozialen Ressourcen (Familie, Freunde, Nachbarn) so zu unterstützen sind, dass eine weitestgehend unabhängige, selbstständige Lebensführung des Betroffenen und seiner Familie möglich wird (SEYDE, 1998).

Zusammenfassend kann man festzustellen, dass durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und erweiterte Versorgungsangebote die Krankenhausaufenthalte schizophrener Menschen vermindert und die Prognose für den weiteren Krankheitsverlauf deutlich verbessert werden konnten. Aufgrund dieser insgesamt sehr positiven Entwicklungen ist es heute vielen schizophrenen Patienten möglich geworden, trotz ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen und Behinderungen ein relativ selbstständiges und sozial integriertes Leben außerhalb von stationären Einrichtungen zu führen. Dazu gehört nicht zuletzt ist die Möglichkeit, trotz der schizophrenen Erkrankung eine Partnerschaft eingehen und leben zu können. Diese Möglichkeit kann für chronisch psychisch Kranke ein wichtiger Aspekt sozialer Einbindung und »Normalität« sein, auf den ich im Rahmen dieser Arbeit noch ausführlich eingehen werde.

3 Zum Stand der Angehörigenforschung

3.1 Vorbemerkung

Im folgenden Kapitel werde ich versuchen, einen Überblick über den für das Thema der vorliegenden Untersuchung relevanten Forschungsstand zu geben. Im Hinblick auf die sozialen Beziehungen schizophrener Menschen lassen sich m. E. drei bedeutende Forschungstraditionen unterscheiden: Die Forschungsarbeiten zum »Expressed Emotion«-Konzept (vgl. Kapitel 3. 2) befassen sich mit den Zusammenhängen zwischen Merkmalen des Familienklimas und erneuten Klinikeinweisungen bzw. Rückfällen des Patienten. In der Netzwerkforschung (vgl. Kapitel 3. 3) wird darüber hinaus versucht, die sozialen Beziehungen schizophrener Menschen im Überblick zu erfassen und mögliche Zusammenhänge zwischen Netzwerkcharakteristika und Erkrankungsmerkmalen zu dokumentieren. Diesen beiden Forschungsrichtungen ist eine *patientenzentrierte Perspektive* gemeinsam, d. h. ihr Erkenntnisinteresse bezieht sich in erster Linie auf die Auswirkungen sozialer und familialer Beziehungen auf den Erkrankungsverlauf und Erkrankungsprognose des Betroffenen. Im Gegensatz dazu steht die *angehörigenzentrierte Perspektive* der Forschungsarbeiten, die sich mit den Auswirkungen psychischer Krankheit auf des familiäre Umfeld befassen (»caregiver burden studies«; vgl. Kapitel 3. 4). Im Mittelpunkt dieser Studien stehen die erkrankungsbedingten Belastungen und Beeinträchtigungen der Angehörigen sowie Möglichkeiten der Belastungsreduktion.

3.2 Ergebnisse der »Expressed Emotion«-Forschung

Für die Angehörigen schizophrener Menschen interessierte sich die Schizophrenieforschung lange Zeit vor allem im Hinblick auf deren (mit-)verursachende Rolle bei der Krankheitsgenese. Das Verhalten der Familienmitglieder – insbesondere der Mutter – wurde als eine unmittelbare Ursache für die Entstehung der Schizophrenie gesehen. Kausale Zusammenhänge zwischen Familiendynamik und Schizophrenie waren seit der frühen 40er Jahren ein wichtiger Gegenstand sozialpsychiatrischer Forschung; ihren Höhepunkt hatte diese Forschungsrichtung in den 50er und 60er Jahren. Ihre prominentesten Vertreter waren der Psychoanalytiker Theodor Lidz und der Ethnologe Gregory Bateson. Ihre Konzepte vom »Double-bind« (z. B. BATESON et al., 1969) und von der »schizophrenogenen Mutter« (z. B. LIDZ & LIDZ, 1949) sind weit über die psychiatrische Forschung hinaus bekannt geworden.

Wie FINZEN (2000) rückblickend feststellt, haben diese Konzepte nicht nur zu einem erweiterten Verständnis schizophrener Verhaltens und schizophrener Kommunikation beigetragen, sondern auch großes Leid über viele Familien gebracht, indem sie in fataler Weise das Verhältnis zwischen gesunden Eltern und schizophrenem Kind als »Täter-Opfer-Be-

ziehung« interpretierten. Den Eltern, insbesondere den Müttern schizophrener Menschen wurde so eine Sündenbockrolle zugewiesen. Obgleich die These, dass »falsches« Elternverhalten einen wesentlichen Faktor für die Genese der Schizophrenie darstellt, mittlerweile von der Forschung weitgehend aufgegeben ist, sind Reste dieser Ätiologiekonzepte im therapeutischen Alltag noch heute zu spüren (ANGERMEYER, 1984a; DEGER-ERLENMAIER, 1994).

Als gesichert gilt heute indessen, dass die Art und Weise, wie Familienmitglieder miteinander umgehen, für den *Verlauf* von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis von erheblicher Bedeutung ist. Den bedeutendsten methodischen Beitrag leistete hierbei zweifellos die Forschungsgruppe um George W. Brown mit der Entwicklung des Konzepts der »Expressed Emotion« (EE), was sich in Anlehnung an ANGERMEYER (1984b) vielleicht am treffendsten als *emotional Engagement* übersetzen lässt. Brown und seine Mitarbeiter konnten 1962 erstmals zeigen, dass die emotionale Atmosphäre in der Familie ein wichtiger Indikator für die Prognose schizophrener Patienten sein kann (BROWN et al., 1962). Die Grundlage für die Einschätzung des emotionalen Engagements einer Familie bildet ein semistrukturiertes Interview, das so genannte »Camberwell Family Interview« (CFI), das mit den wichtigsten Angehörigen (»key relatives«) durchgeführt wird und in dessen Mittelpunkt die psychische Krankheit und deren Auswirkungen auf die Familie stehen. Anhand der Tonbandaufzeichnungen wird nach einem standardisierten Verfahren der Grad der zum Ausdruck kommenden Feindseligkeit dem Patienten gegenüber, die Anzahl der kritischen Bemerkungen über diesen sowie das Ausmaß an emotionaler Über-Involviertheit bzw. Überprotektion eingeschätzt. Aus diesen Komponenten wird dann ein Index der Expressed Emotion gebildet. Dabei werden neben dem Inhalt des Gesprächs auch paraverbale Signale (z. B. Tonfall, Sprechtempo) berücksichtigt. Es wird davon ausgegangen, dass die in den Interviews gezeigten Haltungen auch die Alltagsinteraktion zwischen Angehörigen und Patienten bestimmen (zur Durchführung und Auswertung des CFI vgl. KÖTTGEN et al., 1984). Wie BROWN et al. (1962) nachweisen konnten, war für schizophrene Kranke, die nach der Krankenhausbehandlung in Familien mit einem hohen Grad an emotionalem Engagement (»High Expressed Emotion«) zurückkehrten, das Rückfallrisiko deutlich höher als für Kranke in Familien, die vergleichsweise wenig emotional engagiert waren (»Low Expressed Emotion«). Dieses Ergebnis konnte in der Folge mehrfach repliziert werden (z. B. BROWN, BIRLEY & WING, 1972; LEFF & VAUGHN, 1981; VAUGHN et al., 1982).

Heute ist die wichtige Bedeutung des »Expressed Emotion«-Konzeptes im Hinblick auf die Erkrankungsprognose der Schizophrenie weithin anerkannt. So fanden BEBBINGTON und KUIPERS (1994) in ihrer Metaanalyse von 25 empirischen Untersuchungen »überwältigende« Belege für einen engen Zusammenhang zwischen emotionalem Engagement und schizophrenem Rückfallrisiko. Gleichwohl gibt SCHARFETTER (1995) zu bedenken, dass ein solcher Zusammenhang nicht bei *allen* schizophrenen Patienten feststellbar sei, sondern in erster Linie bei jungen Männern, die noch im Elternhaus leben. Bei anderen Beziehungskonstellationen hält der Autor eine vorsichtigeren Einschätzung für angemessen. Weiterhin weisen VAUGHN und LEFF (1989) darauf hin, dass beispielsweise der Zusammenhang zwischen emotionalem Engagement und Rückfallrisiko bei *Ehepartnern* schizophrener Patienten nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte. Wie die Autoren bemerken, wurde bei den untersuchten Ehepartnern überprotektives oder überkritisches

Verhalten, wie es Eltern von Patienten häufig zeigen, relativ selten beobachtet – und selbst wenn dies der Fall war, so konnten daraus keine Prognosen hinsichtlich des Krankheitsverlaufs abgeleitet werden.

In diesem Zusammenhang sind neuere Forschungsarbeiten interessant, in denen »Expressed Emotion« als Ausdruck einer komplexen Interaktion zwischen dem Erkrankten und seiner Familie verstanden, die zugleich Rahmenbedingung und Folge der Erkrankung darstellen kann (vgl. BARROWCLOUGH & PARLE, 1997; BUDD, OLES & HUGHES, 1998; KAVANAGH, 1992; SMITH et al., 1992). So zeigen etwa die Befragungsergebnisse von SCAZUFCA und KUIPERS (1996), dass Angehörige mit stark ausgeprägtem emotionalem Engagement gleichzeitig besonders starke Belastungen erleben. Dieser enge Zusammenhang war in der genannten Studie unabhängig von den Symptomen und vom Verhalten des schizophrenen Patienten nachweisbar. Die Autoren kommen aufgrund ihrer Ergebnisse zu dem Schluss, dass Belastungserleben und Expressed Emotion zwei Seiten der selben Medaille darstellen: »EE and burden both measure aspects of the relationship between relatives and patients. [Our] findings suggest that EE and burden of care are more dependant on relatives appraisal of the patient condition than on the actual deficits.« (SCAZUFCA & KUIPERS, 1996, 580)

Einen Schritt weiter geht SCHERRMANN (1995), der aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse vermutet, dass ein hoher Grad an Expressed Emotion als Indikator für eine durch massiven Stress gekennzeichneten Interaktion in der Familie gelten kann, welche sowohl vom Erkrankten als auch von dessen Angehörigen als sehr belastend empfunden wird. Emotionales Überengagement kann nach Auffassung des Autors als Anzeichen für ein misslungenes bzw. misslingendes Bewältigungsverhalten hoch belasteter Angehöriger aufgefasst werden, welches wiederum ungünstig auf den Erkrankten zurückwirken kann.³ Vor diesem Hintergrund hält es SCHERRMANN (1995) für wichtig, bei der Planung poststationärer Behandlungsmaßnahmen den Angehörigen psychisch Kranker mehr Aufmerksamkeit zu widmen als bisher. Die Bereitstellung gezielter Unterstützungsangebote, z. B. individuelle Angehörigenberatung oder Angehörigengruppen, könne nach seiner Auffassung eine Entlastung der Angehörigen bewirken und zu einer für den Patienten günstigen Veränderung des Familien- und Beziehungsklimas beitragen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ausprägung des in der Herkunftsfamilie des Patienten herrschenden emotionalen Engagements relativ verlässliche Vorhersagen hinsichtlich des Krankheitsverlaufs zulässt. Während ein hoher Grad an emotionalem Engagement mit einem erhöhten Rückfallrisiko einhergeht, scheint ein niedriger Grad an emotionalem Engagement Rückfälle zwar nicht zu verhindern, aber immerhin zeitlich zu hinauszögern (WATZL, NIEDERMEIER & COHEN, 1995).⁴ Festzuhalten ist allerdings auch, dass dieser Zusammenhang bei den Ehepartnern schizophrener Menschen nicht eindeu-

3 Zu einer ähnlichen Auffassung kommen SCAZUFCA & KUIPERS (1999), die einen engen Zusammenhang zwischen hohen EE-Werten und dysfunktionalem Copingverhalten nachweisen konnten (vgl. Kapitel 3. 4 in dieser Arbeit).

4 Gleichwohl ist die aus dieser Erkenntnis vordergründig abgeleitete These, dass eine hohe Ausprägung der »Expressed Emotion« die *Ursache* für einen ungünstigen Krankheitsverlauf darstellt, empirisch nicht zu belegen. SCHULZE MÖNKING (1993) warnt in diesem Zusammenhang eindringlich davor, hohes emotionales Engagement als Synonym für »problematisches Angehörigenverhalten« aufzufassen.

tig nachgewiesen wurde. Wie VAUGHN & LEFF (1989) vermuten, spielen hierbei möglicherweise Selektionseffekte eine Rolle:

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ist der Anteil der Verheirateten unter den Personen, bei denen eine Schizophrenie diagnostiziert worden ist, bekannterweise niedrig. Vielleicht zeugt allein schon die Tatsache, dass der Patient verheiratet ist, von einer guten prämorbidem Persönlichkeit und damit von einer günstigeren Prognose für eine Wiederherstellung nach einem schizophrenen Schub. (VAUGHN & LEFF, 1989, S. 192)

3.3 Studien zu sozialen Netzwerken schizophrener Menschen

Aufgrund zahlreicher epidemiologischer Studien gilt heute als gesichert, dass ein intaktes soziales Unterstützungssystem einen *protektiven Faktor* im Hinblick auf die seelische Gesundheit darstellt (BADURA, 1981; SEGRAVES, 1980; SCHMOLDT, POPE & HIBBARD, 1989). Insbesondere bei der Bewältigung schwerer Lebenskrisen und chronischer Erkrankungen kann die enge Vertrauensbeziehung zu einer anderen Person eine überaus wichtige psychosoziale Ressource darstellen: »Die Qualität dieser spezifischen Beziehung zu einer Person, der man volles Vertrauen schenkt, auf deren Verständnis man jederzeit rechnen kann und an die man sich jederzeit mit persönlichen Problemen wenden kann, scheint demnach ein besonderer Schutzfaktor zu sein« (BADURA, 1981, S. 23). Dass ein intaktes soziales Netzwerk auch auf den Krankheitsverlauf schizophrener Patienten positive Auswirkungen haben kann, ist bereits mehrfach empirisch belegt worden (z. B. GOLDSTEIN & CATON, 1983; HELL & FÜRER, 1987; MÜLLER et al., 1986; SCHULZE-MOENKING, 1996; SALOKANGAS, 1997). Trotz z. T. erheblicher methodischer Unterschiede dieser Studien lässt sich als Fazit festhalten, dass die Prognose für den Patienten günstiger ist, wenn er über ein funktionierendes soziales Unterstützungssystem verfügt.

In einem Überblicksartikel hat ANGERMEYER (1995) eine Vielzahl von Forschungsbe-funden zu sozialen Netzwerken schizophrener Menschen zusammengetragen. Zusammenfassend stellt er fest, dass Netzwerke schizophrener Patienten typischerweise die folgenden Charakteristika aufweisen:

- Gemessen an Normalpersonen, aber auch an anderen psychiatrischen Patienten (wie Alkoholkranken oder Patienten mit depressiven Syndromen) ist das Netzwerk schizophrener Menschen kleiner. Defizite bestehen aber nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht: Schizophrene Kranke erleben durch ihre Beziehungspartner weniger soziale Unterstützung.
- Die zwischenmenschlichen Beziehungen der Erkrankten sind häufig kurzlebig und sehr störanfällig. Im Krankheitsverlauf kommt es häufig zu einem Schrumpfungsprozess des sozialen Netzwerks.
- Der Anteil der Familienangehörigen im sozialen Netzwerk ist vergleichsweise groß; die Zahl externer, die Familiengrenzen überschreitender Beziehungen entsprechend gering. Meist handelt es sich bei den Familienangehörigen um die Eltern der Patienten.
- Bei Patienten mit längerer Krankengeschichte rekrutieren sich die Personen eines Netzwerks zu einem nicht geringen Teil aus Mitpatienten oder Menschen mit anderen psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen.

- Schizophrene verfügen selten über multiplexe Beziehungen, d. h. Beziehungen, die gleichzeitig mehrere Funktionen erfüllen wie z. B. die Bereitstellung emotionaler *und* instrumenteller Unterstützung (z. B. konkrete Hilfen bei der Alltagsbewältigung).
- Die Beziehungen schizophrener Kranker sind häufig asymmetrisch, d. h. es mangelt ihnen an Reziprozität – das *quid pro quo* zwischen den Beziehungspartnern ist gestört. Oft leben Patienten in einseitiger Abhängigkeit von den Eltern oder anderen zentralen Personen, auf deren Unterstützung sie in hohem Maße angewiesen sind

Die hier dargestellten Defizite in den sozialen Netzwerken schizophrener Menschen und die häufig zentrale Rolle der Herkunftsfamilie sind vielfach empirisch bestätigt worden. So kommen HABERFELLNER und RITTMANNBERGER (1994) in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass zwar die meisten schizophrenen Menschen ihre Kontakte als ausreichend erleben; bemerkenswert ist jedoch, dass die sozialen Netzwerke der Befragten zu 54 % aus anderen psychiatrischen Patienten oder aus Betreuungspersonen bestanden. Auch in dieser Stichprobe spielte die Herkunftsfamilie eine zentrale Rolle für die Beziehungsressourcen der Betroffenen. »Bei näherer Betrachtung nach einzelnen Lebensbereichen zeigt sich, dass sich die Mehrzahl der Kontakte auf die Herkunftsfamilie, Freunde, Bekannte und auf den professionellen Bereich konzentriert. Es ist wenig überraschend [sic!], dass in der von uns untersuchten Population Ehepartner bzw. Lebensgefährten und eigene Kinder wenig Rolle spielen.« (HABERFELLNER & RITTMANNBERGER, 1994, S. 182) JOHNSON (2000) erklärt sich den geringen Anteil von Partnern in seiner Interviewstudie damit, dass schizophrene Menschen aufgrund des relativ frühen Erkrankungsbeginns und ihrer krankheitsbedingten Defizite möglicherweise nur selten in der Lage sind, dauerhaft in einer festen Beziehung zu leben: Umgekehrt hält er es für wahrscheinlich, dass sich Ehepartner früher oder später vom Patienten trennen, weil – anders als Eltern – die Beziehung zum Patienten keine unbedingte lebenslange Verantwortlichkeit bedeutet:

The small proportion of marriages seems related to the period of life (late adolescence, early 20s) at which the overt signs of mental illness occur. Most people with a significant mental illness probably remain single. Experience suggests that IMs with a mood disorder may be able to sustain marital relationships. However, those with a thought disorder often offer so little emotional support and are so limited in their social functioning that spouses, lacking the sense of affiliation and responsibility usually in a parent, cannot sustain the relationship. (JOHNSON, 2000, 128)

MELCOP (1996) untersuchte in einer qualitativen Interviewstudie die sozialen Beziehungen schizophrener Menschen in ihren lebensgeschichtlichen Bezügen. Da diese Studie eine der wenigen Arbeiten⁵ ist, die sich – neben anderen Beziehungsformen – eingehend mit dem Thema der Partnerschaft befasst, möchte ich die Ergebnisse Melcops im Folgenden etwas ausführlicher darstellen:

Die herausragende Bedeutung der Beziehung zu den eigenen Eltern auf der einen Seite und zu ebenfalls Betroffenen auf der anderen Seite wird durch die Ergebnisse des Autors im Wesentlichen bestätigt. Der Einschätzung von HABERFELLNER und RITTMANNBERGER (1994), dass Ehe und Partnerschaft für die Sozialkontakte schizophrener Menschen eine

5 Der an tiefenpsychologischen und paardynamischen Aspekten des Themas interessierte Leser sei an dieser Stelle auf die Monografie von HELL (1982) hingewiesen.

untergeordnete Rolle spielen, ist nach Auffassung Melcops insofern zuzustimmen, als auch die Befragten seiner Untersuchungsstichprobe nur verhältnismäßig selten in Ehen oder Partnerschaften leben. Dieser Befund ist aus seiner Sicht zum einen dadurch erklärbar, dass viele Befragte bedingt durch eine früh im Lebenslauf ausbrechende Schizophrenie niemals eine Partnerschaft angeknüpft haben; zum anderen komme es in den zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns bestehenden Partnerschaften sehr häufig zur Trennung:

In den gelebten Partnerschaften findet häufig eine anfängliche Kooperation zwischen Partnern und Professionellen statt, die Partner erhalten zusätzliche Verantwortlichkeiten. Dies ändert sich jedoch im weiteren Verlauf. Entweder trennen sich die Partner oder die Betroffenen werden in ihren eigenen Trennungsbemühungen unterstützt. Die Tendenz zum Abbruch setzt sich damit fast regelhaft durch. (MELCOP, 1996, S. 185)

Zugleich stellt der Autor fest, dass – unabhängig von der realen Existenz einer Partnerschaft – die Partnerschaftsthematik in den Lebensgeschichten Schizophrener häufig einen breiten Raum einnimmt. In diesem Zusammenhang ergaben sich bei der Auswertung des Interviewmaterials folgende deskriptive Kategorien:

- 1) Unerfüllter Wunsch nach einem geliebten Partner
- 2) Lebenssituation nach einer Trennung vom Partner
- 3) Partnerschaft zwischen Betroffenen
- 4) Weitergeführte Partnerschaft
- 5) Partnerschaft mit einem neuen Partner ohne psychiatrische Erfahrung

Ad 1) Unerfüllter Wunsch nach einem geliebten Partner. Für einen sehr großen Teil schizophrener Menschen avanciert der unerfüllte Partnerwunsch zu einem zentralen Lebenskonflikt. Das Zusammenleben mit einem Wunschpartner wird häufig stark idealisiert und nicht zuletzt dadurch umso unrealistischer. Oft werden vergebliche Versuche unternommen, diesen Konflikt zu lösen; der Wunsch nach einem Partner wird jedoch mit zunehmender Erkrankungsdauer immer weniger konkret in eine Kontaktsuche umgesetzt. In der Identitätskonstruktion zeigt sich die Schwierigkeit des Arrangements mit dem Alleinleben ohne den idealisierten oder gewünschten Partner. Spätmoderne Identitätsangebote wie »Single« oder »kreativer Außenseiter« fließen punktuell in Selbstdarstellungen ein, eine subjektive Entlastung der negativen Selbstwahrnehmung ist damit jedoch nicht verbunden.

Ad 2) Lebenssituation nach einer Trennung vom Partner. Für einen anderen Teil der Erkrankten, deren Partnerschaft nach einer Krisenphase in die Brüche gegangen ist, bekommt das Partnerschaftsthema einen sehr negativen Stellenwert und wird weitgehend aus der eigenen Lebensgeschichte ausgeklammert. Der Wunsch nach einer Partnerschaft ist in dieser Gruppe eher schwach ausgeprägt; die Betroffenen finden sich zunehmend mit einer Situation ab, in der ein Partner keine konkrete oder nur eine geringe Rolle spielt, ohne sich dabei grundsätzlich für eine neue Partnerschaft zu verschließen. Die Trennungserfahrung wird häufig zum Ausgangspunkt für die verstärkte Hinwendung zu anderen sozialen Beziehungen, z. B. zu den Eltern, Bekannten oder auch Haustieren.

Ad 3) Partnerschaft zwischen Betroffenen. Partnerschaften zwischen Personen, die beide psychisch krank sind, werden häufig im psychiatrischen Kontext angeknüpft. Die eigene psychische Erkrankung wird hier zur Voraussetzung für bescheidenere bzw. realistischere

Partnerwünsche und spiegelt manchmal den Versuch einer Kompensation eigener Einschränkungen dar. Lebensgeschichtlich kann der gleichfalls betroffene Partner zu einer dominanten Kraft in der eigenen Lebensgestaltung werden. In der Regel wird der gesamte Alltag gemeinsam verbracht. Die Kommunikation zwischen den Partnern nimmt die Form eines lockeren Austauschs über Alltägliches an. Der jeweils andere wird als ebenfalls Leidender geschätzt, geachtet und toleriert; oft wird das besondere Verständnis betont, das ihm hinsichtlich der Erkrankung und der dadurch bedingten Behinderung entgegengebracht wird. Diese Beziehungen stellen für einen Teil der Betroffenen eine Möglichkeit dar, sich vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte zu stabilisieren.

Ad 4) Weitergeführte Partnerschaft. Nur in seltenen Fällen wird nach Einschätzung von MELCOP (1996) eine vor der Ersterkrankung bestehende Partnerschaft dauerhaft weitergeführt: »In diesem Fall kommt es in eher untypischer Weise nicht zur Trennung vom Partner als Charakteristikum in der Phase der Krise.« (MELCOP, 1996, S. 179) Diese Konstellation ist nach Einschätzung des Autors vermutlich sehr konfliktreich, mag aber selbstwertsteigernd für den nicht-betroffenen Partner sein. Die Motive für eine mögliche Trennung liegen eher auf der Seite des nicht-betroffenen Partners. Der Erkrankte selbst sieht sich im Zusammenhang mit seiner krankheitsbedingten Lebenskrise als »Opfer«, während der Partner eine dominierende und gleichzeitig fürsorgende Rolle übernimmt.

Ad 5) Paarbeziehung mit einem neuen Partner ohne psychiatrische Erfahrung. Auch diese Konstellation ist nach Auffassung des Autors eher untypisch. Eine neue Partnerschaft zu einem nicht ebenfalls Betroffenen kommt nach seinen Befragungsergebnissen nur in seltenen Ausnahmefällen zustande und scheint am ehesten bei einem sehr günstigen Krankheitsverlauf möglich zu sein, der ein sozial integriertes Leben mit relativ geringer Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsangebote zulässt.

Zusammenfassend stellt MELCOP (1996) fest, dass das Thema »Partnerschaft« in den Lebensgeschichten schizophrener Menschen einen breiten Raum einnimmt; dies gelte auch und gerade dann, wenn – wie dies meist der Fall ist – die Betroffenen keinen Partner haben. Paarbeziehungen sind nach den Ergebnissen des Autors noch am ehesten mit einem ebenfalls psychisch kranken Partner möglich und haben dann auch Aussicht auf eine zeitliche Persistenz. Als »untypische Nebenlinien« seien dagegen die nach der Erkrankung dauerhaft weitergeführten Partnerschaften und die neuen Partnerschaften zu einem Nicht-Betroffenen zu bewerten:

Als eher untypische Formen partnerschaftlichen Lebens finden sich in Ausnahmefällen die Partnerschaft mit einem neuen Partner ohne psychiatrische Erfahrung und die weitergeführte Partnerschaft. Für die Partnerschaft mit einem neuen Partner scheinen eine besonders gute Bewertung durch Professionelle und keine Anbindung an ambulante Angebote wichtige Voraussetzungen zu sein. Für die weitergeführte Partnerschaft können [...] ungewöhnlich starke Motive des nicht-betroffenen Partners materieller oder ideeller Art und die Einbindung in einen größeren Familienkreis konstitutiv sein. Die weitergeführte Partnerschaft weist tendenziell dauerhaft erhebliche Ungleichheiten auf und stabilisiert die Unlösbarkeit zentraler Identitätskonflikte des Betroffenen. Gleichzeitig bietet sie ihm jedoch einen wichtigen Rest verbliebener gesellschaftlicher Normerfüllung. (MELCOP, 1996, S. 186)

Inwieweit die Einschätzung MELCOPS (1996) zutrifft, dass längerfristig weitergeführte Partnerschaften und neue Partnerschaften zu einem »gesunden« Partner seltene Ausnah-

mefälle darstellen, ist m. E. diskutabel: In einer Reihe neuerer Untersuchungen ergaben sich Anhaltspunkte dafür, dass ein zwar verhältnismäßig geringer, aber durchaus beachtlicher Prozentsatz schizophrener Menschen in solchen Ehen oder Partnerschaften lebt (STROMWALL & ROBINSON, 1998; KILIAN et al., 2001; SALOKANGAS, 1997; SCHULZE MÖNKING, STAROSTE & BUIKER-BRINKER, 1996; THARA & SRINIVASAN, 1997).

So zeigte sich z. B. in der katamnesticen Studie von SCHULZE MÖNKING, STAROSTE & BUIKER-BRINKER (1996) erwartungsgemäß, dass die Herkunftsfamilie für viele Patienten dauerhaft den wichtigsten Sozialkontakt darstellt – nach acht Jahren lebten 40 % der befragten Patienten immer noch bei den Eltern und wurden durch diese erheblich unterstützt. Gleichwohl lebten immerhin rund 20 % der Befragten immer noch mit dem ursprünglichen (Ehe-)Partner zusammen. Bei günstigem Krankheitsverlauf war bei dieser Gruppe sogar die günstigste Arbeits- und Sozialintegration innerhalb der Stichprobe zu beobachten.

Zu einem ähnlichen Befund kommt SALOKANGAS (1997) in einer in Finnland durchgeführte Längsschnittstudie. Hinsichtlich der Wohnsituation schizophrener Menschen berichtet der Autor, dass die meisten der von ihm befragten Patienten (47 %) dauerhaft bei den Eltern lebten; 27 % lebten allein oder in nicht-familialen Lebenszusammenhängen und etwa 26 % lebten mit einem (gesunden) Ehe- oder Lebenspartner. Aufgrund seiner Längsschnittanalyse kommt SALOKANGAS (1997) zu dem Schluss, dass das familiäre Umfeld von großer Bedeutung für den Krankheitsverlauf bzw. die Rehabilitation schizophrener Patienten sei. Positive Veränderungen im Hinblick auf die Notwendigkeit klinischer Behandlungen und das allgemeine Funktionsniveau seien bei denjenigen Patienten am deutlichsten ausgeprägt, die mit einem Partner zusammenleben. Dabei seien positive Wechselwirkungen zwischen dem sozialen Netzwerk einerseits und dem Gesundungs- bzw. Rehabilitationsprozess andererseits anzunehmen:

Particularly in patients living with their spouse, it is possible that the close and often confiding relationship with a (healthy) spouse helps the patients to maintain their family interaction at a rather high level despite their illness. Spouses may also play a critical role in maintaining connections with extra-family members and friends during the first and most severe months of the illness. (SALOKANGAS, 1997, 466)

3.4 Studien zu Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker

3.4.1 Belastungskonzepte

In der Forschung zu sozialen Netzwerken und zum »Expressed Emotions«-Konzept sind die Angehörigenbeziehungen schizophrener Menschen vor allem im Hinblick darauf betrachtet worden, welche Auswirkungen diese Beziehungen auf den Patienten haben. In einem Wechsel der Perspektive wurde indessen etwa seit Mitte der 50er Jahre in den USA und in England damit begonnen, die Auswirkungen psychischer Krankheit – insbesondere der Schizophrenie – auf das familiäre Umfeld der Patienten zu untersuchen. Bereits in diesen frühen Studien konnten z. T. einschneidende Veränderungen und Einschränkungen des Familienlebens dokumentiert werden (vgl. z. B. CLAUSEN & YARROW, 1955; GRAD

& SAINSBURY, 1968). Dabei waren HOENIG und HAMILTON (1966; 1969) die ersten Autoren, die zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren differenzierten. Als *objektive Belastung* (»objective burden«) bezeichneten sie alle beobachtbaren bzw. unmittelbar »greifbaren« negativen Auswirkungen der psychischen Erkrankung, wie z. B. Störungen des Familienalltags, notwendige Betreuungsleistungen oder finanzielle Kosten und Ausfälle. Als *subjektive Belastung* (»subjective burden«) definierten sie dagegen das Ausmaß, in dem sich Angehörige durch diese Situation tatsächlich belastet fühlen bzw. einschätzen.

Die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven krankheitsbezogenen Belastungsfaktoren war außerordentlich einflussreich für die weitere Erforschung der Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker und ist bis heute in Gebrauch (vgl. JUNGBAUER, BISCHOPF & ANGERMEYER, 2001; BARONET, 1999). Da es sich hierbei um spezifische, d. h. eng mit der psychischen Erkrankung verknüpfte Belastungskonzepte handelt, wurde von einigen Autoren vorgeschlagen, zusätzlich die *allgemeine Stressbelastung* (»distress«) der Angehörigen zu berücksichtigen:

The distinction between distress and burden is important and should not be used interchangeably. Distress is related to more general measures of family members' mental health, psychological morbidity, or life strain. The difference between distress and burden is that distress is not specifically attributed to the presence of the patient, but to one's overall life situation. (MAURIN & BOYD, 1990, 99)

Diese zusätzliche Differenzierung wurde also eingeführt, weil davon auszugehen ist, dass eine Vielzahl von Faktoren zum Belastungserleben der Angehörigen beiträgt: Neben den Beeinträchtigungen, die mit der psychischen Krankheit eines nahe stehenden Menschen verbunden sind, können weitere, nicht krankheitsbedingte Belastungsfaktoren eine wichtige Rolle für die allgemeine Stressbelastung spielen. Dieser Aspekt ist zugleich der Ausgangspunkt für eine stresstheoretische Betrachtung erlebter Belastungen und möglicher Belastungsfolgen.

In einer Reihe neuerer Arbeiten wurde dafür plädiert, die »klassischen« Belastungskonzepte durch differenzierte stresstheoretische Modelle zu ersetzen (z. B. CHWALISZ & KISLER, 1995; HATFIELD, 1997; JOYCE et al., 2000; MAGLIANO et al., 1998). Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung wird die Defizitorientierung des Belastungsbegriffs zunehmend zugunsten einer komplexeren interaktiven Sicht aufgegeben, wobei Ressourcen, Bewältigungspotenziale und Entwicklungsmöglichkeiten der Familien stärker als zuvor berücksichtigt werden (DOORNBOS, 1996; GREENBERG et al., 1994, HORWITZ et al., 1996; PICOT et al., 1997; COOK et al., 1997). Auf diesen Aspekt soll weiter unten noch ausführlicher eingegangen werden (vgl. Kapitel 4. 6 und 4. 7).

3. 4. 2 Aspekte des Belastungserlebens

In der Literatur wird eine Vielzahl unterschiedlicher Belastungen beschrieben, die Angehörige psychisch Kranker erleben. Im Folgenden seien die m. E. wichtigsten Aspekte dieses Belastungserlebens zusammengefasst:

Innere Anspannung und Stress. Das Belastungserleben von Angehörigen psychisch Kranker wurde in vielen Untersuchungen relativ allgemein als Stress definiert, der im Extremfall mit Überlastung und Überforderung einhergehen kann (z. B. NOH & TURNER, 1987;

SOLOMON & DRAINE, 1995a; b). Während der akuten Erkrankungsphasen erleben die Angehörigen die eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit besonders stark (DEGER-ERLENMAIER, 1994; DÖRNER, EGEMAYER und KÖNNING, 1997). Im alltäglichen Zusammenleben mit dem Patienten sehen sich die Angehörigen häufig in einer ausweglosen Situation gefangen, der sie sich auf Dauer nicht gewachsen fühlen (POTASZNIK & NELSON, 1984; SIMON, 1994; THOMPSON & DOLL, 1982).

Schuld- und Schamgefühle. Besonders die Eltern schizophrener Patienten erleben häufig massive Schuldgefühle, die mit depressiven Verstimmungen einhergehen können. Die Befürchtung, die Schizophrenie des Sohns oder der Tochter möglicherweise durch falsche Erziehung oder durch Fehlverhalten im familialen Umgang verursacht zu haben, erleben viele Eltern als quälende Belastung (LOUKISSA, 1995). FINZEN (2000) erinnert in diesem Zusammenhang daran, dass nicht zuletzt die psychiatrische Forschung mit ihren Konzepten von der »schizophrenogenen Mutter« und vom »double bind« zu entsprechenden Schuldzuweisungen beigetragen hat (vgl. Kapitel 3. 2). Scham- und Peinlichkeitsgefühle können entstehen, wenn sich der Erkrankte in öffentlichen Situationen auffällig verhält. Die soziale Stigmatisierung schizophrener Erkrankungen trägt zusätzlich zur Verunsicherung von Angehörigen bei und kann zur Vermeidung sozialer Kontakte und Aktivitäten führen.

Ärger. Insbesondere dann, wenn Angehörige die schizophrenen Symptome und Verhaltensweisen nicht einer psychischen Erkrankung, sondern der Absicht bzw. der mangelnden Selbstkontrolle des Patienten zuschreiben, können Ärgergefühle entstehen. Dieser Ärger bezieht sich häufig auf die Negativsymptome der Schizophrenie, wie z. B. Antriebslosigkeit, Apathie und sozialer Rückzug (PROVENCHER & MUESER, 1997).

Ängste und Sorgen. In den akuten Erkrankungsphasen ist die Befürchtung, der Erkrankte könne Selbstmord begehen, besonders belastend für die Angehörigen. Ängste beziehen sich oft auch auf eine als ungewiss erlebte Zukunft: Während bei den Eltern der Erkrankten die Sorge im Mittelpunkt steht, wer nach dem eigenen Tod die Betreuung des erkrankten Kindes übernehmen wird, ist bei Ehe- und Lebenspartnern der gemeinsame Lebensplan in Frage gestellt (MANNION, MUESER & SOLOMON, 1994).

Verantwortung und Verpflichtung. Subjektive Belastungen können auch dadurch entstehen, dass es Angehörige als schwierig erleben, die Grenzen ihrer Verantwortlichkeit abzustecken (KARP & WATTS-ROY, 1999). In der Beziehung zum erkrankten Angehörigen gilt es zu entscheiden, für welche Lebensbereiche Verantwortung übernommen werden kann und wo Grenzen gesetzt werden müssen – möglicherweise auch, wann eine Distanzierung vom Erkrankten notwendig ist. Wie die Autoren vermuten, spielt dabei auch eine Rolle, ob es sich um Ehepartner, Eltern oder Kinder handelt:

Additional caregiving research must [...] be attentive how men and women, spouses, parents, children and siblings of sick people operate with different symbolic universes of obligation. Persons occupying different statuses engage in identical caring situations (monitoring medications, intervening during a crisis, arranging for hospitalisations, and so on), but likely experience them in fundamentally different ways. (KARP & WATTS-ROY, 1999, 488)

3.4.3 Einflussfaktoren für objektive und subjektive Belastungen

Der Schweregrad und die Häufigkeit schizophrener Symptome und devianter Verhaltensweisen werden in vielen Studien als wichtiger Faktor für den Grad der objektiven Belastung Angehöriger beschrieben (PERLICK et al., 1992; PROVENCHER, 1996; RUNIONS & PRUDO, 1983). Weniger eindeutig ist hingegen, welche Verhaltensweisen von den Angehörigen als wie belastend erlebt werden. In diesem Zusammenhang wurde zwischen den Auswirkungen positiver und negativer Symptome der Erkrankten unterschieden. Wie bereits erwähnt, umfassen die positiven Symptome der Schizophrenie produktive bzw. übersteigerte Erlebens- und Verhaltensweisen, während negative Symptome mit dem Verlust normaler Funktionen und Fähigkeiten verbunden sind (vgl. Kapitel 2. 2). In einer Reihe von Studien wurde dargelegt, dass die negativen Symptome des Erkrankten für die Angehörigen meistens subjektiv belastender sind als die positiven Symptome (FADDEN et al., 1987; SCHENE, 1990). In einer Untersuchung von PROVENCHER und MUESER (1997) ergab sich hingegen, dass negative Symptome nicht unbedingt eine größere subjektive Belastung darstellen als positive Symptome. Wie die Autoren hervorheben, hängt es von individuellen Bewertungs- und Attributionsprozessen (z. B. Verantwortlichkeitszuschreibungen) ab, inwieweit die Angehörigen Verhaltensweisen des Erkrankten als belastend erleben; ferner ist offenbar auch von Bedeutung, in welchem Ausmaß die Angehörigen über Krankheitswissen und Bewältigungsstrategien verfügen (MUESER, VALENTINER & AGRESTA, 1997).

Wie BARONET (1999) aufgrund ihrer Metaanalyse von 28 quantitativen Untersuchungen feststellt, spielen soziodemographische Faktoren offenbar eine relativ geringe Rolle für die Belastung von Angehörigen psychisch Kranker. Bereits HOENIG und HAMILTON (1966) hatten berichtet, dass Alter, Bildung und Schichtzugehörigkeit das Ausmaß der erlebten Belastung kaum beeinflussen. Dieser Befund wurde auch in einer Reihe neuerer Untersuchungen bestätigt (JONES et al., 1995; SOLOMON & DRAINE, 1995; SONG et al., 1997). Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht hat keine wesentliche Bedeutung für den Grad der subjektiven Belastung, obwohl sich natürlich hinsichtlich einiger objektiver Belastungsfaktoren (z. B. finanzielle Belastungen, Arbeitslosigkeit) z. T. erhebliche Differenzen feststellen lassen (THOMPSON und DOLL, 1982). Während NOH und TURNER (1987) fanden, dass Angehörige mit niedrigem Bildungsniveau größere Belastungen erleben als Angehörige mit hohem Bildungsniveau, konnte dies in anderen Untersuchungen nicht bestätigt werden (NOH & AVISON, 1988; REINHARD, 1994; SOLOMON & DRAINE, 1995). Insgesamt ist die Befundlage uneindeutig (BARONET, 1999); es ist jedoch davon auszugehen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status als »Indexvariable« für weitere potenzielle Belastungsfaktoren (z. B. materielle Unsicherheit, beengte Wohnverhältnisse, Größe des sozialen Netzes etc.) betrachtet werden kann.

In einer Vielzahl von Studien wurde übereinstimmend berichtet, dass weibliche Angehörige größere Belastungen erleben als männliche Angehörige, insbesondere, wenn sie im gleichen Haushalt mit dem psychisch Kranken zusammenleben (z. B. BENANZON & COYNE, 2000; JONES & JONES, 1994; JONES, ROTH & JONES, 1995; SENNEKAMP, 1995). Dieser Befund ist wohl der Tatsache geschuldet, dass Frauen (und hier insbesondere die Mütter) in den meisten Fällen die wichtigste Bezugsperson für den Erkrankten sind bzw. bleiben. Aus diesem Grund haben Frauen in der Regel die Hauptlast der Betreuung zu

tragen. In diesem Zusammenhang ist anzunehmen, dass sich Belastungsfaktoren durch multiple Rollenanforderungen (z. B. Krankenbetreuung, Erwerbstätigkeit, Kindererziehung, Haushaltsführung) bei Frauen besonders ungünstig kumulieren. So erleben Ehepartnerinnen schizophrener Patienten die Erkrankung ihres Partners dann als besonders belastend, wenn sie gleichzeitig kleine Kinder zu betreuen haben (NOH & AVISON, 1988). Im Hinblick auf die Frage, ob das Verwandtschaftsverhältnis bzw. die Art der persönlichen Beziehung zum Erkrankten das Belastungserleben der Angehörigen beeinflusst, ist die Befundlage heterogen. So ergaben sich in der Studie von GIBBONS et al. (1984) hinsichtlich der Belastungsdimensionen »subjective burden« und »distress« keine signifikanten Differenzen zwischen Eltern, Ehepartnern oder anderen Bezugspersonen. Dagegen fand WASOW (1985) in ihrer qualitativen Untersuchung Belege dafür, dass die psychische Erkrankung einer nahe stehenden Person von Eltern, Ehepartnern und Kindern durchaus unterschiedlich wahrgenommen wird. Die psychische Erkrankung stellt eine Verlust-erfahrung dar, die mit beziehungsspezifischen Belastungsaspekten einhergeht: Während die psychische Erkrankung des Sohns oder der Tochter für Eltern mit dem Verlust vieler Zukunftshoffnungen und -perspektiven verbunden ist, wird die psychische Erkrankung des Ehepartners häufig als Verlust der gelebten bzw. erlebbaren Gegenwart empfunden. Eine ähnliche Auffassung vertreten MANNION, MUESER und SOLOMON (1994), die darauf hinweisen, dass gleiche *Belastungsthemen* für Eltern und Partnern schizophrener Menschen jeweils sehr unterschiedliche *Bedeutungen* haben können. Dies gelte etwa im Hinblick auf die von Angehörigen häufig geäußerten Zukunftssorgen und -ängste:

The burdens associated with marriage to a mentally ill partner [...] include maintaining a sense of partnership, raising children, running a household, managing finances and maintaining a social life with a mate whose illness often involves chronic or episodic psychosis, impulsivity, unreliability, self-absorption, lethargy and social withdrawal. [...] Parents and spouses also have some very real differences in their concern about the future. Although both groups share worries about the future, parents are usually more concerned with who will take over their caretaking responsibilities, whereas spouses are more concerned with whether they should remain in the marriage. (MANNION, MUESER & SOLOMON, 1994, 180/181)

Ein Vergleich der möglicherweise spezifischen Belastungssituationen verschiedener Angehöriger psychisch Kranker wird m. E. dadurch erschwert, dass bei schizophrenen Patienten meist deren Eltern als »Angehörige« befragt wurden, bei depressiven Patienten dagegen deren Ehepartner. Häufig ergibt sich so der Vergleich zwischen Eltern schizophrener und Ehepartnern depressiver Patienten. In vielen Publikationen ist zudem lediglich von »Angehörigen psychisch Kranker« die Rede, ohne dass zwischen der Erkrankungsgruppe einerseits und der Beziehung andererseits differenziert wurde. Insgesamt sind daher bislang nur vorsichtige Aussagen darüber möglich, inwieweit die Art der Beziehung zu einem schizophrenen Patienten das Belastungserleben beeinflusst.

3.4.4 Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren, Belastungserleben und Belastungsbewältigung

Bereits die Analyse der von HOENIG und HAMILTON (1969) erhobenen Befragungsdaten ergab, dass zwar in 81 % der untersuchten Familien objektive Belastungsfaktoren feststellbar waren, gleichwohl fühlten sich nur 11 % der Befragten schwer belastet (60 % erlebten eine mittelstarke, 29 % überhaupt keine Belastung). Diese deutliche Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Belastung wurde in späteren Studien bestätigt. So zeigten die Ergebnisse von THOMPSON und DOLL (1982), dass sich lediglich 7 % der Varianz des Belastungserlebens von Angehörigen durch objektive Belastungsfaktoren erklären ließen. NOH und TURNER (1987) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass nur subjektive, nicht aber objektive Belastungen signifikant mit dem psychischen Wohlbefinden der Angehörigen zusammenhängen. Sie folgern daraus, dass sich objektive Belastungsfaktoren nur in dem Maße negativ auf das psychische Wohlbefinden der Angehörigen auswirken, in dem sie überhaupt als Einschränkung bzw. Belastung *wahrgenommen* werden. Gleichwohl ist in einigen Studien mit Partnern depressiver Patienten eine enge Korrelation zwischen subjektiven und objektiven Belastungsfaktoren festgestellt worden (BENANZON & COYNE, 2000; COYNE et al., 1987).

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen legen die Hypothese nahe, dass die Relation zwischen Belastungsfaktoren und Belastungserleben durch weitere Faktoren moderiert wird, die sich auswirken *können*, aber nicht müssen. Einen wesentlichen Fortschritt stellen in diesem Zusammenhang Forschungsarbeiten dar, die stresstheoretische Konzepte aufgreifen. So formulierten NOH und AVISON (1988) ein Modell für die Entstehung von Stressbelastungen bei Angehörigen psychisch kranker Menschen. Dieses Modell berücksichtigt neben Merkmalen der Krankheitssymptomatik und der Familienkonstellation insbesondere die Bedeutung von Risikofaktoren (z. B. belastende Lebensereignisse) und psychosozialen Ressourcen. Die Autoren weisen der (erlebten) sozialen Unterstützung und der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (»mastery«) eine besonders wichtige Bedeutung für das Belastungs- bzw. Entlastungserleben zu. Soziale und personale Ressourcen können somit als protektiver Faktor für die seelische Gesundheit der Angehörigen aufgefasst werden.

In einer Untersuchung von BUDD, OLES und HUGHES (1998) ergab sich ein enger Zusammenhang zwischen objektiven Belastungsfaktoren, dem Belastungserleben und den Bewältigungsstrategien von Angehörigen. Dabei zeigte sich, dass ein dysfunktionaler Umgang mit dem Patienten und den erkrankungsbedingten Problemen (z. B. resignative, kritische und überprotektive Verhaltensweisen) mit einer erhöhten emotionalen Belastung einhergeht; umgekehrt ist ein konstruktiver und freundlicher Bewältigungsstil offenbar mit geringeren Belastungen verbunden. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen SOLOMON und DRAINE (1995a; 1995b), die in einer Interviewstudie das adaptive Bewältigungsverhalten Angehöriger untersuchten. Bei der Auswertung der Befragungsdaten zeigten sich enge Beziehungen zwischen der Effektivität des Bewältigungsverhaltens sowie personalen und sozialen Ressourcen auf der einen Seite und dem Belastungserleben auf der anderen Seite. Ein größeres Repertoire an adaptiven Bewältigungsstrategien war in der Regel bei denjenigen Angehörigen vorhanden, die gleichzeitig über mehr soziale Unterstützung verfügten und zuversichtlich waren, ihre schwierige Lebenssituation bewältigen zu können. Anders als NOH und AVISON (1988) sind die Autoren der Auffassung, dass

nicht in erster Linie generalisierte, sondern vielmehr *spezifische* (d. h. auf den Umgang mit der psychischen Erkrankung bezogene) Selbstwirksamkeitserwartungen wichtig für Belastungserleben und -bewältigung sind: »Regardless of belief in the ability to control situations in general, the strain of having a mentally ill relative was affected by the family members' sense of confidence in their ability to manage the consequences of their relatives' illness.« (SOLOMON & DRAINE, 1995b, 425)

Die wichtige Bedeutung von personalen und sozialen Ressourcen für das Belastungserleben konnte auch im internationalen Vergleich bestätigt werden. In ihrer europaweiten Befragung von Angehörigen schizophrener Menschen stellten MAGLIANO et al. (1998) fest, dass Belastungen durchgängig dann besonders stark erlebt wurden, wenn wenig soziale Unterstützung vorhanden war und die eigenen Bewältigungskompetenzen vergleichsweise schwach ausgeprägt waren.

Um die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien von Angehörigen schizophrener Patienten differenziert erfassen zu können, hatten die Autoren im Vorfeld der erwähnten Befragung ein spezifisches Fragebogeninstrument entwickelt, den *Family Coping Questionnaire* (MAGLIANO et al., 1996). Durch eine Faktorenanalyse wurden drei übergeordnete Hauptfaktoren ermittelt, welche den weitaus größten Teil der Gesamtvarianz innerhalb der Fragebogenskalen erklärten: (1) *Problemorientierte Bewältigungsstrategien*, (2) *emotionale Bewältigungsstrategien* und (3) *die Aufrechterhaltung eigener sozialer Interessen*. Dieses Resultat bestätigt nach Ansicht der Autoren grundsätzlich die auf LAZARUS und FOLKMAN (1984) zurückgehende Unterscheidung zwischen problemorientierten und emotionsbezogenen Stressbewältigungsstrategien. Während der erste Faktor gezielte Aktivitäten zur Veränderung situativer und persönlicher Umstände beinhaltet (z. B. durch Informationssuche, das Bemühen um eine soziale Einbeziehung des Kranken sowie positive Kommunikation), ist der zweite Faktor durch Versuche gekennzeichnet, die eigene emotionale Belastungsreaktion zu regulieren (Vermeidung des Kontakts, Ausübung von Zwang oder aber ein resignatives Sich-Abfinden). Der dritte Faktor, der die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Aktivitäten und Interessen umfasst, nimmt nach Auffassung von MAGLIANO et al. (1996) eine Mittelstellung ein, da sein Einfluss auf das Wohlbefinden sowohl instrumentell als auch emotional modulierend sein könne.

Im Hinblick auf emotionale Bewältigungsversuche wie Kontaktvermeidung, Ausübung von Zwang und Resignation fanden MAGLIANO, VELTRO, GUARNERI und MARASCO (1995) einen signifikanten korrelativen Zusammenhang zu seelischen Beschwerden wie Depressions- und Angstsymptomen. Ob bzw. inwieweit es sich dabei um Belastungsfolgen aufgrund misslingender Copingbemühungen handelt, muss bei der Interpretation dieses Zusammenhangs allerdings offen bleiben, da psychische Beschwerden und Symptome sowohl die Ursache als auch die Folge ineffektiver Bewältigungsversuche sein können.

In einer Reihe neuerer Arbeiten wurde die traditionelle Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren zugunsten differenzierter stresstheoretischer Modelle aufgegeben. So unternahmen BARROWCLOUGH und PARLE (1997) im Rahmen ihrer Längsschnittstudie den interessanten Versuch, die Konzepte von Belastungserleben, Bewertungsprozessen und Expressed Emotion miteinander in Beziehung zu setzen. Dabei greifen die Autoren die von LAZARUS und FOLKMAN (1984; 1991) vorgenommene Unterscheidung zwischen *primären* und *sekundären Bewertungsprozessen* auf: Während sich primäre Bewertungsprozesse auf die wahrgenommene Bedrohung durch die Symp-

tome und das Verhalten des Erkrankten beziehen, beinhalten sekundäre Bewertungsprozesse die Einschätzung der eigenen Kompetenzen im Hinblick auf die Bewältigung der Situation. Die Ergebnisse der Studie stützen die Hypothese, dass Bewertungsprozesse, Belastungserleben und Expressed Emotion eng miteinander verknüpft sind: Diejenigen Angehörigen, die sich am meisten durch die Erkrankung belastet fühlten und ihre eigenen Einflussmöglichkeiten am pessimistischsten einschätzten, zeigen danach mit hoher Wahrscheinlichkeit feindseliges, kritisches oder überprotektives Verhalten.

SCAZUFCA und KUIPERS (1999) stellten bei Angehörigen schizophrener Patienten einen engen Zusammenhang zwischen dem Grad der erlebten Belastung, hohen EE-Werten und dysfunktionalen Copingstrategien fest. Ausgehend von stresstheoretischen Überlegungen vermuten die Autoren, dass das Belastungserleben und die eingesetzten Copingstrategien eng mit individuellen Bewertungsprozessen zusammenhängen. Wird die Situation als unabänderlich bzw. unkontrollierbar eingeschätzt, so werden einerseits höhere Stressbelastungen erlebt, andererseits werden mit geringerer Wahrscheinlichkeit problemorientierte Copingstrategien eingesetzt. Dysfunktionale Copingstrategien und Verhaltensweisen (z. B. Vermeidung, Ablenkung, Abreagieren) sowie Feindseligkeit gegenüber dem Erkrankten können so als Ausdruck eines hohen Grades an erlebter Belastung aufgefasst werden.

3.4.5 *Gesundheitliche Belastungsfolgen*

Vor allem in englischen und amerikanischen Studien wurden viele Befunde zusammengetragen, die einen hohen Grad an subjektiver Belastung insbesondere bei Angehörigen schizophrener Menschen belegen. Trotz dieser beachtlichen Forschungstradition besteht bis heute weitgehend Unklarheit darüber, inwieweit bzw. in welchen Bereichen die Angehörigen als *Folge* erlebter Belastungen ihrerseits gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden und womöglich selbst ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Um gesundheitliche Konsequenzen erlebter Belastungen zu dokumentieren, führten ANGERMEYER, MATSCHINGER und HOLZINGER (1997) eine postalische Befragung durch. Die Ergebnisse dieser Erhebung belegen nach Auffassung der Autoren, dass Angehörige psychisch kranker Menschen in der Tat als Risikogruppe für seelisch-körperliche Erkrankungen angesehen werden müssen: Etwa ein Drittel der Befragten fühlte sich durch die Betreuung des Erkrankten sehr stark, ein weiteres Drittel mäßig stark belastet. Unter den negativen Auswirkungskungen rangieren an erster Stelle gesundheitliche Beeinträchtigungen. Rund neun von zehn Angehörigen klagten vor allem über psychische Beschwerden wie Grübeleien, innere Unruhe, Reizbarkeit oder Mattigkeit sowie Schlafstörungen.

Ausgehend von diesen Befragungsergebnissen halten es die Autoren für dringend geboten, Möglichkeiten und Angebote zur Entlastung Angehöriger zu schaffen. Wie sie einräumen, ist bei der Interpretation der skizzierten Ergebnisse trotzdem ein gewisser Vorbehalt angebracht. So stellt die untersuchte Stichprobe – Mitglieder eines Angehörigenverbandes – eine selektierte Gruppe dar, deren Angaben nicht ohne weiteres auf die Gesamtheit der Angehörigen psychisch Kranker generalisierbar sind. Hinzu kommt, dass Eltern (und hier wiederum Mütter psychisch erkrankter Söhne) in der Untersuchung deutlich überrepräsentiert sind, während (Ehe-)Partner eine sehr kleine Gruppe bilden. Im Hinblick auf die spezifische Belastungssituation von Ehe- und Lebenspartnern psychisch kranker Menschen können aufgrund der von ANGERMEYER, MATSCHINGER und HOLZINGER (1997) vorgelegten Ergebnisse daher nur sehr vorsichtige Aussagen gemacht werden.

Seit längerem bekannt ist in diesem Zusammenhang, dass die Prävalenz seelischer Beschwerden und Symptome bei Partnern psychiatrischer Patienten erhöht ist – insbesondere, wenn es sich dabei um Frauen handelt (vgl. KREITMAN, 1962; 1964; METHORST & DIEKSTRA, 1987). Worauf diese erhöhte Prävalenz zurückzuführen ist, ist bislang nicht eindeutig geklärt. Im Wesentlichen werden in diesem Zusammenhang zwei unterschiedliche Hypothesen diskutiert: Die *assortive-mating-theory* geht davon aus, dass bei der Partnerwahl Selektionsprozesse wirksam werden, die das Zusammenfinden von Personen bewirken, die bereits von vorneherein für bestimmte psychische Fehlentwicklungen disponiert sind (vgl. z. B. WATERS et al., 1985). Demgegenüber nimmt die *pathogenic-interaction-theory* an, dass eine psychische Erkrankung negative Eskalationsprozesse in der ehelichen Interaktion bewirkt, welche das seelische Wohlbefinden des jeweils Anderen beeinträchtigt – mit unter Umständen weiteren ungünstigen Rückkoppelungen auf beide Partner (zusammenfassend: METHORST & DIEKSTRA, 1987). Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass diese Hypothesen insbesondere bei Paaren diskutiert und überprüft wurden, bei denen einer der beiden Partner an einer Depression erkrankt war (vgl. z. B. BENANZON & COYNE, 2000; JOHNSON & JACOB, 1997; SPANGENBERG & THERON, 1999). Im Hinblick auf Partnerschaften schizophrener Menschen liegen – wie bereits erwähnt – bislang ohnehin nur sehr wenige Studien vor.

3.4.6 Belastungsreduktion durch Angehörigenarbeit

Wie LAM (1991) in seinem Überblicksartikel feststellt, ist in der psychiatrischen Praxis die Angehörigenarbeit meist als *therapeutisches Instrument* konzipiert: In Ergänzung zur medikamentösen Behandlung des Patienten werden psychoedukative Gruppen für Angehörige meist als weiterer Baustein der ambulanten psychiatrischen Versorgung angesehen, mit dessen Hilfe Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen der Angehörigen dahingehend beeinflusst werden sollen, dass die Rehabilitationschancen für den Patienten erhöht werden bzw. das Risiko eines Rückfalls vermindert wird. Dennoch wird in den letzten Jahren zunehmend auch die Auffassung vertreten, dass die Aufgabe der Angehörigenarbeit vorrangig darin besteht, den betroffenen Familien Unterstützung anzubieten und sie bei der Bewältigung ihrer Sorgen und Nöte zu begleiten. Es geht es dabei also zunächst um *Hilfestellung*, *Entlastung* und möglicherweise auch um die *Mobilisierung von Selbsthilfepotenzialen* (ANGERMAYER, 1984b; DEGER-ERLENMAIER et al., 1994; DÖRNER et al., 1997). Die heute existierenden vielfältigen Beratungs- und Unterstützungsangebote für Angehörige schizophrener Patienten befinden sich somit in einem Spannungsfeld zwischen patienten- und angehörigenzentrierten Zielsetzungen.

In einer Reihe von Studien wurde nachgewiesen, dass professionell angeleitete Angehörigengruppen von den Teilnehmern in der Regel als hilfreich erfahren werden (zusammenfassend: LOUKISSA, 1995). In diesem Zusammenhang weisen BÄUML et al. (1991) darauf hin, dass auch Gruppenangebote, die primär auf eine Unterstützung bei der medikamentösen Behandlung der Patienten abzielen, einen deutlichen Entlastungseffekt für Angehörige haben können. Die zentrale Rolle der Informationsvermittlung in Angehörigengruppen ergibt sich nach Ansicht der Autoren nicht nur aus dem Ziel einer »Compliance-Schulung«, sondern auch aus dem dringenden Wunsch vieler Angehöriger nach Informationen über die Schizophrenie und über geeignete Behandlungsmöglichkeiten. Wie BÄUML et al. (1991) zusammenfassend feststellen, können durch solche Angehörigen-

gruppen ein besseres Verständnis der Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten des Patienten sowie eine deutliche Verbesserung des subjektiven Befindens erreicht werden. Auch SCHERRMANN et al. (1992) plädieren dafür, die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen in den Mittelpunkt der Angehörigenarbeit zu rücken. Die Autoren evaluierten Gruppenangebote für Angehörige schizophrener Patienten mit und ohne strukturierte Informationsvermittlung. Dabei zeigte sich, dass Angehörige die Teilnahme an einer informationszentrierten Gruppe im Durchschnitt als entlastender und hilfreicher erleben als die Teilnahme an einer reinen Gesprächsgruppe. Der entlastende Effekt der Informationsvermittlung geht nach Auffassung der Autoren auf kognitive Veränderungsprozesse zurück: Durch Informationen über die Entstehung und den Verlauf der schizophrener Psychosen können beispielsweise irrationale Schuldgefühle abgebaut werden. Die verbesserte Kenntnis krankheitsbedingter Symptome und Verhaltensweisen vermag über eine Modifikation von Attributionsmustern Ärger- und Angstgefühle zu reduzieren. Folgt man der Argumentation von SCHERRMANN et al. (1992), so kann Psychoedukation als erweiterter therapeutischer Ansatz aufgefasst werden, der emotionale Entlastungsprozesse durch kognitive Umstrukturierungen bewirkt.

STROMWALL und ROBINSON (1998) erachten gezielte Unterstützungsangebote für die (Ehe-)Partner schizophrener Menschen als sinnvoll und notwendig, weil die üblichen psychoedukativen Angebote zu stark auf die Bedürfnisse von Eltern schizophrener Patienten zugeschnitten seien:

With some exceptions [...] psychoeducational programs for families are primarily oriented to clients' families of origin. The egalitarian nature of the partnership relationship and its voluntary commitment suggests that partners' needs are different from those of parents of adult children with schizophrenia. Although basic principles of illness management, communication, and problem-solving may remain the same, the social support component of psychoeducational programs can be enhanced by specific programs for partners. (STROMWALL & ROBINSON, 1998, 387)

Weil die spezifischen Bedürfnisse von Partnern in heterogen zusammengesetzten Angehörigengruppen offenbar nicht hinreichend berücksichtigt werden können, haben MANNION, MUESER und SOLOMON (1994) das Konzept des *Spouse Coping Skills Workshop* entwickelt. Neben der Vermittlung eines krankheitsspezifischen Basiswissens stellt das Workshopkonzept die Erörterung beziehungsrelevanter Themen in den Vordergrund. Bei der Evaluation der durchgeführten Workshops zeigte sich eine stark verminderte Abbrecherquote der Partner gegenüber den zuvor durchgeführten Angehörigengruppen mit heterogener Teilnehmerzusammensetzung. Insbesondere im Hinblick auf das eigene Belastungserleben und die Einstellungen zum Erkrankten konnte bei den befragten Teilnehmern eine »dramatische« Entspannung festgestellt werden. Die positiven Effekte des Workshops erwiesen sich auch in einer Nachbefragung im Abstand von einem Jahr als weitgehend stabil. Zusammenfassend halten MANNION, MUESER und SOLOMON (1994) fest, dass Partner psychisch kranker Menschen die Teilnahme an einem speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Beratungs- und Unterstützungsangebots im Vergleich zu einer »gemischten« Angehörigengruppe als weitaus hilfreicher erleben. Eine wichtige Rolle dürfte dabei nach Auffassung der Autoren die erlebte soziale Unterstützung seitens der anderen Workshopteilnehmer sein, die in einer reinen Partnergruppe offenbar in sehr viel höherem Maß vorhanden ist.

3. 5 Zusammenfassende Bewertung des Forschungsstands

Wie die in den vorangegangenen Kapiteln zusammengetragenen Forschungsergebnisse zeigen, gibt es bislang nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über Partnerschaften schizophrener Menschen. In der Netzwerkforschung geht man davon aus, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen schizophrener Menschen in aller Regel sehr kurzlebig und störanfällig sind; aus diesem Grund wird angenommen, dass Partnerschaften noch stärker als andere soziale Beziehungen entweder gar nicht erst geknüpft werden oder im Verlauf der Erkrankung auseinandergehen. MELCOP (1996; 1997) kommt in seiner qualitativen Studie zu dem Ergebnis, dass die Partnerschaftsthematik für die meisten schizophrenen Menschen zwar eine überaus wichtige Rolle spielt, dass aber nur wenige Patienten tatsächlich in einer stabilen Partnerschaft leben. Diese Einschätzung wird allerdings durch einige neuere Untersuchungsergebnisse relativiert. So konnten z. B. SALOKANGAS (1997) und SCHULZE MÖNKING et al. (1996) in ihren Längsschnittstudien dokumentieren, dass ein – gemessen an den Befunden der Netzwerkforschung – durchaus beachtlicher Prozentsatz schizophrener Menschen über viele Jahre hinweg in Ehen und Partnerschaften zu leben imstande ist.

Im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Untersuchungen sind insbesondere die US-amerikanischen und englischen *caregiver burden studies* von Bedeutung. In zahlreichen Untersuchungen sind die hier die Belastungen und Beeinträchtigungen von Angehörigen psychisch Kranker eindrucksvoll dokumentiert worden. Dennoch ziehen JONES und JONES (1994) eine recht zurückhaltende Bilanz der bisherigen Forschung: »Although a great deal of research has attempted to assess caregiver burdens of those caring for the chronically mentally ill, many questions remain unanswered due to unresolved methodological issues.« (JONES & JONES, 1994, 75) Theoretische und methodologische Unklarheiten sind zunächst im Hinblick auf die Operationalisierung der verwendeten Belastungskonzepte und der Validierung der Untersuchungsinstrumente festzustellen. Hinzu kommt, dass nicht selten unterschiedliche Belastungskonzepte miteinander vermengt werden, etwa die spezifischen Konzepte von objektiver und subjektiver *krankheitsbezogener Belastung* (»burden«) und das globale Konzept der *allgemeinen Stressbelastung* (»distress«). In einigen Studien werden die aus erlebten Belastungen resultierenden psychosomatischen Beeinträchtigungen der Angehörigen ebenfalls als »Belastung« bezeichnet, obwohl es sich eher um *Belastungsfolgen* handelt. Obleich eine »saubere« Unterscheidung dieser Belastungskonzepte insofern erschwert wird, als von vielfältigen Wechselwirkungen auszugehen ist, erscheint eine klare Differenzierung der Begriffe und Konzepte doch unabdingbar – insbesondere, wenn untersucht werden soll, wie subjektive Belastungen entstehen und unter welchen Umständen Angehörige psychisch kranker Menschen als Konsequenz erlebter Belastungen gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden. Viel versprechend erscheinen in diesem Zusammenhang neuere Untersuchungsansätze, die das theoretische und konzeptuelle Inventar der Stress- und Bewältigungsforschung aufgreifen. Innerhalb dieser theoretischen Rahmung können nicht nur die Belastungen und Defizite, sondern auch die Ressourcen und die u. U. positiven Aspekte der Betreuungssituation angemessener berücksichtigt werden, als dies bisher der Fall war (DOORNBOS, 1996; GREENBERG et al., 1994; HORVITZ et al., 1996; vgl. auch Kapitel 4. 6 dieser Arbeit).

Eine differenzierte Betrachtung der Situation von Angehörigen schizophrener Menschen

wird m. E. dadurch erschwert, dass in vielen Untersuchungen *erkrankungsspezifische Beziehungsstrukturen* der Patienten außer Acht gelassen wurden. Wohl aufgrund der Tatsache, dass bei schizophrenen Patienten die Herkunftsfamilie meist den wichtigsten Sozialkontakt darstellt (HABERFELLNER & RITTMANNBERGER, 1994), wurden – wie bereits erwähnt – in dieser Erkrankungsgruppe meist Eltern als »Angehörige« befragt, nur selten dagegen Ehepartner. Dagegen spielt bei depressiven Patienten die Ehe bzw. Partnerschaft sowie die eigene Familie offenbar eine weitaus wichtigere Rolle, so dass hier viel häufiger (Ehe-)Partner als Angehörige befragt wurden (vgl. z. B. BENANZON & COYNE, 2000; COYNE et al., 1987; JOHNSON & JACOB, 1997). In vielen Untersuchungen zur Situation von Angehörigen psychisch Kranker ergibt sich so der nicht unproblematische Vergleich zwischen Eltern schizophrener und Ehepartnern depressiver Patienten: »The majority of researchers selected a single family member as the respondent [...]. In most instances, the single family member has been the mother of a schizophrenic patient or the spouse of a depressed patient.« (MAURIN & BOYD, 1990, 103) Im Hinblick auf spezifische Belastungen von Partnern schizophrener Patienten sind aufgrund der bislang vorliegenden Studien nur sehr vorsichtige Aussagen möglich, ebenso hinsichtlich möglicher Unterschiede im Belastungserleben von Eltern und Partnern.

Ein weiteres Problem der Angehörigenforschung besteht darin, dass die Studienteilnehmer vieler Untersuchungen für die Gesamtheit der Angehörigen psychisch Kranker nicht repräsentativ sein dürften. Wie JONES und JONES (1994) bemängeln, wird bei der Auswahl von Untersuchungssamples in der Regel nach Maßgabe von pragmatischen und ökonomischen Erwägungen verfahren; randomisierte Studiendesigns finden sich hingegen relativ selten. Häufig werden die Studienteilnehmer aus Mitgliedern von Selbsthilfegruppen und Betroffeneninitiativen rekrutiert. Derartige Stichproben stellen jedoch eine stark selektierte Gruppe dar, die sich wahrscheinlich vor allem aus Personen mit höherem Bildungsniveau, Bereitschaft zu sozialem Engagement und vergleichsweise guter finanzieller Situierung zusammensetzt. Möglicherweise ist bei Mitgliedern eines Angehörigenverbandes auch ein höherer Leidensdruck vorhanden, der sich in einem aktiveren Hilfesuchverhalten manifestiert. Auch die Stärke der erlebten Verantwortlichkeit dem Erkrankten gegenüber mag hier eine Rolle spielen. Insgesamt spricht jedenfalls viel für die Vermutung, dass in den vorliegenden Studien bestimmte Gruppen von Angehörigen systematisch unterrepräsentiert sind. Die Ergebnisse dieser Studien sind daher nicht ohne weiteres auf die Gesamtheit der Angehörigen psychisch Kranker generalisierbar.

Ein grundsätzliches Defizit der meisten bislang vorliegenden Studien zu sozialen Beziehungen schizophrener Menschen besteht ferner in der »stiefmütterlichen Behandlung der Sinnebene« (KLUSMANN & ANGERMEYER, 1989). Die in der psychologischen Forschung bis heute vorherrschenden standardisierten und quantifizierenden Methoden erlauben es meist nur in sehr begrenztem Umfang, die *subjektiven Bedeutungen* zu erfassen, welche die soziale Wirklichkeit der befragten Angehörigen ja letztendlich ausmachen. Wie MAURIN und BOYD (1990) kritisch anmerken, bewirken die oftmals stark vereinfachenden Operationalisierungen der meisten Untersuchungen eine Simplifizierung der komplexen interaktionalen Belastungen und Beziehungen von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Um subjektive Sinnzusammenhänge zu analysieren, um familiäre Beziehungen und die »Einbindung« der psychischen Erkrankung in den Lebensalltag der Betroffenen adäquat nachzuzeichnen, wird daher in letzter Zeit zunehmend die Anwendung qualitativer,

»sinnverstehender« Forschungsstrategien gefordert und realisiert (vgl. z. B. ANGERMEYER & ZAUMSEIL, 1997; RICHTER, 1997; ROSE, 1996; ZAUMSEIL & LEFERINK, 1997).

Dieses methodologische Desiderat ist für die vorliegende Untersuchung umso relevanter, als sie mit ihrer Fragestellung weitgehend unerforschtes Terrain betritt. Hier ist eine qualitative Forschungsstrategie insofern angemessen, als sie ein exploratives, hypothesengenerierendes Vorgehen bei einer weitgehenden Offenheit dem Untersuchungsgegenstand gegenüber ermöglicht (vgl. MAYRING, 1996). Im Hinblick auf die Rekonstruktion *subjektiver Alltagsvorstellungen* über psychische Krankheit können qualitative Verfahren sogar als Forschungsmethode der Wahl gelten (FLICK, 1997). Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, aufgrund von Alltagsbeschreibungen und Erzählungen zu rekonstruieren, wie die Studienteilnehmer die psychische Erkrankung ihres Partners und den gemeinsamen Beziehungsalltag erleben; ferner, welche Bezüge zwischen diesen Erfahrungen und dem eigenen Leben hergestellt werden.

4 Theoretische Aspekte und Perspektiven

4.1 Vorbemerkung

Das oben erwähnte Prinzip der *Offenheit dem Untersuchungsgegenstand gegenüber* wird von HOFFMANN-RIEM (1980) als zentrale Grundregel der interpretativen Sozialforschung beschrieben. Das Offenheitsprinzip steht nach Auffassung der Autorin im Widerspruch zu der häufig geübten Forschungspraxis, *vor* der empirischen Untersuchung theoretisch abgeleitete Hypothesen zu formulieren, die dann »nur noch« am Gegenstand überprüft werden. Im Gegensatz zu hypothesentestenden Forschungsstrategien zielt der qualitative Forschungsprozess meist darauf ab, das untersuchte Phänomen im Licht eines theoretischen Rahmens zu erklären, der erst *im Verlauf* der induktiv-interpretativen Analyse entsteht. »Offenheit« beinhaltet dabei die Forderung, dass weder theoretische Vorstrukturierungen und Hypothesen noch methodische Festlegungen den Blick auf wesentliche Aspekte des zu untersuchenden Themas versperren dürfen.

Andererseits warnt MAYRING (1996) vor dem Missverständnis, das Offenheitsprinzip im Sinne einer »Theoriefeindlichkeit« aufzufassen. Vielmehr bleibt die Berücksichtigung von Theorien und Wissensbeständen, die für das zu untersuchende Thema relevant sein können, auch im Rahmen qualitativer Forschungsstrategien ein wichtiges Erkenntnismittel. STRAUSS und CORBIN (1996) weisen in diesem Zusammenhang insbesondere darauf hin, dass die Fachliteratur die theoretische Sensibilität des qualitativ arbeitenden Forschers dadurch anregen kann, dass sie Konzepte und Ideen anbietet, die sich bei der Datenerhebung und Datenauswertung Gewinn bringend nutzen lassen. Darüber hinaus ist es nach Abschluss der qualitativen Analyse möglich, Theoriebezüge im Sinne eines ergänzenden Gültigkeitsnachweises zu verwenden. Indem auf bereits vorliegende themenrelevante Konzepte und Theorien verwiesen wird, kann die Angemessenheit der Befunde validiert und ggf. das Besondere an den Untersuchungsergebnissen besser herausgearbeitet werden.

Eine theoretische Verortung des Themas »Leben mit einem schizophrenen Partner« ist vor diesem Hintergrund auch dann sinnvoll, wenn aus inhaltlichen und methodologischen Gründen auf die Formulierung deduktiv abgeleiteter und empirisch zu überprüfender Hypothesen verzichtet wird. Deshalb möchte ich im folgenden Kapitel die Fragestellung der Untersuchung unter theoretischen Gesichtspunkten umreißen und einige Ansatzpunkte für die spätere Theoriegenerierung bereitstellen. Die Funktion dieses Kapitels ist es allerdings *nicht*, einen erschöpfenden Überblick über alle grundsätzlich existierenden bzw. denkbaren theoretischen Bezüge zu geben und diese entsprechend ihrer vermuteten Relevanz zu gewichten. Streng genommen bleibt dadurch die getroffene Auswahl von theoretischen Perspektiven selektiv – sie dient in erster Linie dazu, Hinweise auf forschungsbezogene und gesellschaftliche Implikationen der untersuchten Fragestellung zu geben, die mir besonders bedeutsam erscheinen.

Aus der Perspektive des Psychologen können dabei *intra-* und *interdisziplinäre Aspekte* des Themas unterschieden werden: Interdisziplinäre Bezüge sind vor allem hinsichtlich historischer und gesellschaftlicher Kontextfaktoren gegeben, die sich auf das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Menschen auswirken können. Dabei sind gesellschaftliche Modernisierungsprozesse von besonderer Bedeutung, weil sich diese einerseits in veränderten biografischen Mustern und Sozialbeziehungen, andererseits in einem veränderten gesellschaftlichen Umgang mit der Erkrankung »Schizophrenie« niederschlagen (Kapitel 4. 2). Ferner dürften zeitgeschichtliche und politische Rahmenbedingungen im Hinblick auf die spezifische Situation von Partnern psychisch kranker Menschen in Ostdeutschland relevant sein (Kapitel 4. 3).

Innerhalb der Psychologie sind m. E. insbesondere entwicklungspsychologische, sozialpsychologische und klinisch-psychologische Aspekte des zu untersuchenden Themas interessant. Aus der Sicht der sozialpsychologischen Beziehungsforschung wäre beispielsweise zu fragen, wie der Zusammenhalt und die Beziehungszufriedenheit in einer Partnerschaft mit einem schizophrenen Menschen einzuschätzen ist (Kapitel 4. 4). Aus entwicklungspsychologischer Sicht sind hingegen die spezifischen Entwicklungsbedingungen und Entwicklungsrisiken innerhalb dieser Partnerschaften zu betrachten (Kapitel 4. 5). Klinisch-psychologische und rehabilitative Aspekte sind schließlich im Hinblick auf die Entstehung und die möglichen Folgen psychischer Beeinträchtigungen von Partner schizophrener Patienten von Bedeutung, ferner im Hinblick auf geeignete psychologische Interventionsstrategien (Kapitel 4. 6 und 4. 7).

4.2 Soziologische Aspekte

Die Beziehung zu einem schizophrenen Partner ist eine Lebensform, die nicht losgelöst von gesellschaftlichen und kulturellen Bezügen betrachtet werden kann. Aus soziologischer Sicht sind dabei vor allem gesellschaftliche Modernisierungsprozesse von Bedeutung, die mit der Herauslösung der Menschen aus traditionellen Sozialformen und Orientierungen einhergehen und zu weitreichenden Veränderungen von Biografien und Identitäten geführt haben (vgl. BECK, 1994; BECK & BECK-GERNSHEIM, 1994; BECK, GIDDENS & LASH, 1996; BECK-GERNSHEIM, 1998; KEUPP, 1994).

Nach Auffassung von BECK (1995) besteht der qualitative Unterschied zwischen traditionaler und moderner Biografie vor allem in einer zunehmenden *Individualisierung* von Lebensläufen. Das Verblässen gesellschaftlicher Normen und Traditionen hat nicht nur die Möglichkeit eröffnet, ein »eigenes Leben« zu führen, das Entscheidende an dieser Entwicklung ist, dass die Vorgaben der spätmodernen⁶ Gesellschaft die Selbstorganisation des Lebenslaufs und die Selbstthematization der Biografie geradezu erzwin-

6 In Anlehnung an ZAUMSEIL (1997) soll unter »Spätmoderne« die gegenwärtige Phase der Moderne verstanden werden. Den Begriff »Postmoderne« soll vermieden werden, weil er in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen und Bedeutungen verwendet wird und dadurch eher zur Verwirrung beiträgt. Die von BECK (1995; 1997) entwickelten Begriffe »reflexive Moderne« bzw. »zweite Moderne« möchte ich hier ebenfalls nicht aufgreifen, weil sie m. E. eine sehr viel ausführlichere Darstellung soziologischer Diskurse erfordern würden.

gen. Die spätmoderne *Normal*biografie wird so zur *Wahl*biografie, die vielfältige Chancen der Selbstverwirklichung, aber auch Risiken des Scheiterns beinhaltet.

Dieser Trend zur Individualisierung von Lebensentwürfen kennzeichnet zunehmend auch das Binnenverhältnis sozialer Beziehungen. Bezogen auf die Lebensform der Ehe bzw. Partnerschaft bedeutet dies einen Wandel »von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandtschaft« (BECK-GERNSHEIM, 1994): Anders als früher sind Partnerwahl und Ehe nicht mehr in erster Linie von ökonomischen Zwängen oder gesellschaftlichen Normen bestimmt. Eine längerfristige Partnerschaft gilt heute zunehmend als eine unter vielen denkbaren Lebensformen; sie erfordert anders als früher eine bewusste Entscheidung, möglicherweise sogar eine Rechtfertigung.

Wie SCHNEEWIND (1999) darlegt, haben sich die Muster des Ehe- und Familienlebens in den letzten vier Jahrzehnten stark verändert. Obwohl die traditionelle »Zwei-Kind-Familie« in Deutschland immer noch der vorherrschende Familientyp ist, sind Anzeichen für eine Erosion traditioneller Bindungen und Lebensformen erkennbar: Die abnehmende Heiratsneigung bei steigenden Scheidungsziffern, sinkende Geburtenraten, die Zunahme nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften und bewusst allein lebender Personen (»Singles«) signalisieren eine zunehmende Individualisierung von Partnerschaft und Familie. Eine Reihe soziologischer Analysen hat gezeigt, dass dieser Trend innerhalb der Gesellschaft unterschiedlich weit vorangeschritten ist. BURKART und KOHLI (1992) vermuten, dass dabei insbesondere die Milieuzugehörigkeit und die Lebenssituation (auf dem Land oder in der Stadt) eine wichtige Rolle spielen:

Die Ehe ist in vielen sozialen Milieus immer noch der Normalfall, und Elternschaft ist trotz der allmählichen Akzeptanz von Kinderlosigkeit immer noch ein Leitwert. Die traditionellen Formen des Ehelebens und der Geschlechterverhältnisse widerstehen in manchen Milieus noch ziemlich gut dem Individualisierungsdruck. [...] Auch wenn es richtig ist, dass heute mehr als je zuvor eigenständige Überlegungen und Entscheidungen erforderlich sind – wir sind davon überzeugt, dass in den einzelnen Milieus Wertvorstellungen vorhanden sind, die einen großen Einfluss auf die individuellen Entscheidungen ausüben. Die Wahlmöglichkeiten und die vorstellbaren »Lebensentwürfe« im Dorf oder in einem Arbeiterviertel sind ganz andere als jene in Schwabing, Kreuzberg oder in der Hafensstraße. (BURKART & KOHLI, 1992, S. 24/25)

In dem Maße, wie Partnerschaft, Ehe und Familie als wählbare Lebensformen wahrgenommen werden, nimmt ihre Bedeutung für die eigene Identität zu. Spätmoderne Zweierbeziehungen sind häufig mit vielfältigen Hoffnungen und Glückserwartungen der jeweiligen Partner verknüpft. Je mehr Bezüge gesellschaftlicher Stabilität und Sicherheit entfallen, desto mehr richtet sich das Bedürfnis, dem eigenen Leben Sinn und Verankerung zu geben, auf die Partnerschaft. Die Ehe wird so zunehmend zu einer wichtigen Instanz für die soziale Konstruktion der Wirklichkeit und zu einem »Anker der inneren Identität« (BECK-GERNSHEIM, 1990).

Die gesellschaftlichen Individualisierungs- und Modernisierungsprozesse der letzten Jahrzehnte haben sich auch in veränderten Identitäten und Sozialbeziehungen psychisch kranker Menschen niedergeschlagen. In diesem Zusammenhang konstatieren ZAUMSEIL und LEFERINK (1997) eine *Modernisierung der Schizophrenie*: »Schizophrenie« bedeutet heute nicht nur deshalb etwas anderes als früher, weil sich die Behandlung psychisch Kranker und das Verständnis ihrer Probleme im Zuge medizinischer, pharmakologischer und so-

zialer Fortschritte gewandelt haben. Zugleich haben sich die Diskurse und Interpretationen, die sich um die Erkrankung »Schizophrenie« ranken, verändert. Solche kulturellen Deutungen psychischer Krankheit unterliegen einem gesellschaftlichen Transformationsprozess und sind unmittelbar für den einzelnen Patienten relevant: *Schizophren zu sein* bedeutet für Betroffene heute etwas anderes als noch vor wenigen Jahrzehnten; ebenso, *sich als schizophren zu verstehen* und entsprechend *behandelt zu werden*. Ebenso dürfte es heute etwas anderes bedeuten als früher, mit einem schizophrenen Ehepartner zusammenzuleben und sich selbst als der Partner eines chronisch psychisch kranken Menschen zu definieren. Gerade, weil die Paarbeziehung in der Spätmoderne zu einer zentralen Instanz für die soziale Konstruktion der eigenen Wirklichkeit geworden ist, geht es für Partner schizophrener Menschen darum, die psychische Erkrankung des Partners in die eigene Identität und Biografie zu integrieren, womit wiederum bestimmte Formen der Krankheitsdeutung verbunden sein dürften.

Die mit den beschriebenen Modernisierungsprozessen einhergehende größere individuelle Verantwortlichkeit für die eigene Lebensgestaltung dürfte für Partner schizophrener Menschen spezifische Chancen und Risiken beinhalten: Auf der einen Seite könnten sich größere Spielräume für die Gestaltung eines »eigenen« Lebens und Zusammenlebens trotz der Einschränkungen durch die Schizophrenie eröffnen. Auf der anderen Seite ist es denkbar, dass die spätmodernen Anforderungen an Individualität und Selbstverantwortlichkeit die Situation der Ehepartner erschweren kann, indem die Bewältigung von krankheitsbedingten Schwierigkeiten eher als in der eigenen Verantwortung stehend wahrgenommen wird (LEFLEY, 1998).

Wenn die These von BECK-GERNSHEIM (1994) zutrifft, dass das Leben in einer Partnerschaft heute zunehmend positive Begründungen und Rechtfertigungen voraussetzt, so dürfte dies für die Partnerschaft mit einem psychisch kranken Menschen in besonderem Maße gelten. Positive Begründungen mögen unter bestimmten Umständen möglich sein und eine überdauernde Partnerschaft gewährleisten; wenn eine Paarbeziehung dagegen angesichts krankheitsbedingter Probleme auf Dauer nicht (mehr) gerechtfertigt werden kann, ist eine Trennung wahrscheinlich. Ausgehend von austauschtheoretischen Überlegungen ließe sich hier sogar die etwas zugespitzte Frage stellen, warum bzw. unter welchen Bedingungen Partnerschaften mit schizophrenen Menschen *überhaupt* geknüpft und aufrechterhalten werden (auf diesen Aspekt möchte ich im Kapitel 4. 4 ausführlich eingehen).

Im Hinblick auf die Entscheidung, mit einem psychisch kranken Ehepartner zusammenzuleben, gibt es möglicherweise auch milieu- und wohnortspezifische Unterschiede. So ist im Anschluss an die Überlegungen von BURKART und KOHLI (1992) zu erwarten, dass in sozialen Milieus, in denen die Orientierung an traditionellen familialen Leitbildern noch stärker ausgeprägt ist, die Schwelle für eine Beendigung der Partnerschaft höher ist. Für die Aufrechterhaltung einer »traditionellen« Partnerschaft mag es hinreichend sein, wenn die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen des Zusammenlebens kein extremes Ausmaß annehmen; wird die Partnerschaft hingegen als frei wählbare Lebensform wahrgenommen, so bedarf ihre Aufrechterhaltung *positiver Begründungen und Rechtfertigungen*. Der Wohnort dürfte außerdem insofern von Bedeutung sein, als sich in der Großstadt bekanntermaßen eine größere Toleranz gegenüber abweichenden und alternativen Lebensformen findet, die auch psychisch Kranken und ihren Partnern entgegenkommen könnte.

4.3 Zeitgeschichtliche Aspekte

Einen besonderen Akzent erhält die vorliegende Untersuchung durch den Umstand, dass Studienteilnehmer aus dem Stadtgebiet von Leipzig befragt worden sind. Mit der deutsch-deutschen Vereinigung trafen ja nicht nur unterschiedliche Strukturen der psychiatrischen Versorgung aufeinander, sondern auch sehr unterschiedliche gesellschaftlich-kulturell überformte Lebensentwürfe, Werthaltungen und Ausprägungen der Modernisierung (HEITMANN, 1997; WOLLE, 1998). Trotz der sich seit Beginn der 90er Jahre rasch angleichenden äußeren Lebensverhältnisse sind in den neuen Bundesländern bis heute spezifisch »ostdeutsche Strukturen und Phänomene« zu beobachten (vgl. ENGLER, 1999).

Vor allem die mit der Übernahme westlicher Gesellschaftsstrukturen zunehmende Individualisierung sozialer Risiken wird von vielen Ostdeutschen mit Unbehagen und Verunsicherung registriert; ENGLER (1995) spricht in diesem Zusammenhang von der »unge wollten Moderne« in den neuen Bundesländern. So wurde etwa nach dem Zusammenbruch der DDR-Arbeitsgesellschaft die Arbeitslosigkeit und die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes für viele Menschen in den neuen Bundesländern zu einer ungewohnten, z. T. existenzbedrohenden Erfahrung. Etwa ein Drittel der ostdeutschen Bevölkerung verlor nach der Wende ihren angestammten Arbeitsplatz; über 75 % der Menschen im erwerbsfähigen Alter machten zwischen 1989 und 1994 zumindest einmal Erfahrungen mit Arbeitsbeschaffungs-Maßnahmen, Kurzarbeit oder einem anderem »Beschäftigungsersatz«⁷. Einer Studie von VOGEL (1999) zufolge betrachtet nur ein Drittel der Ostdeutschen den Bruch ihrer bisherigen Arbeitsbiografie als Chance für einen beruflichen Neuanfang. Ein weiteres Drittel fühlte sich bei der Suche nach einem Arbeitsplatz blockiert – etwa durch in der DDR erworbene, heute jedoch nutzlose berufliche Fähigkeiten und Qualifikationen; das letzte Drittel glaubt, sich mit dem definitiven Ende ihres Erwerbslebens abfinden zu müssen.

Für die Situation schizophrener Menschen und ihrer (Ehe-)Partner sind neben den Veränderungen des Arbeitsmarkts die veränderten Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens von Bedeutung. Bis 1989 lag das gesamte Sozial- und Gesundheitswesen der DDR in staatlicher Hand. Sowohl die Kosten für die medizinische und rehabilitative Versorgung als auch materielle Leistungen (z. B. Renten) wurden aus staatlichen Mitteln finanziert. Auch für die Gewährleistung der Grundbedürfnisse chronisch Kranker und Schwerbeschädigter (z. B. die Bereitstellung einer Wohnung und die Reintegration bzw. der Verbleib in der Erwerbstätigkeit) waren staatliche Organe zuständig. Konkret bedeutete dies u. a., dass die Betriebe über Rehabilitations- und Arbeitsgesetze angewiesen wurden, geschützte Arbeitsplätze für chronisch Kranke bereitzustellen. In aller Regel erfolgte eine reguläre tarifliche Entlohnung bei voller rechtlicher Gleichstellung des schwerbeschädigten Arbeitnehmers (HEITMANN, 1997). Diese Regelung hatte zur Folge, dass in der DDR schizophrene Menschen trotz ihrer erkrankungsbedingten Leistungsdefizite häufig in einen »normalen« betrieblichen Alltag integriert waren.

Als nach der Wende dieser sehr umfangreiche und ausdifferenzierte geschützte Arbeitsmarkt zusammenbrach, verloren viele chronisch psychisch Kranke ihre Tätigkeiten; gleichzeitig setzte eine Welle von Berentungen ein. Aufgrund der Regelung im deutschen Eini-

7 vgl. Süddeutsche Zeitung vom 6.9.1999

gungsvertrag, dass hinsichtlich der Renteneinstiegsklauseln für eine Übergangszeit noch DDR-Richtlinien galten, war Anfang der 90er Jahre der Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente verhältnismäßig einfach zu erreichen. Dies führte dazu, dass der Anteil der Rentenempfänger unter psychisch Kranken in den neuen Bundesländern heute etwa doppelt so hoch ist wie in den alten Bundesländern (SEYDE, 1999). Obgleich sich dieser hohe Anteil der Rentenempfänger langfristig wieder auf West-Niveau einpendeln dürfte, ist heute für psychisch Kranke in den neuen Bundesländern eine andere wirtschaftliche und soziale Situation gegeben als in den alten Bundesländern. Es erscheint plausibel, dass sich diese Rahmenbedingungen auch auf die Ehen und Partnerschaften der Betroffenen auswirken und möglicherweise zu spezifisch ostdeutschen Phänomenen im Zusammenleben mit einem schizophränen Partner führen.

4.4 Entwicklungspsychologische Aspekte

Aus entwicklungspsychologischer Sicht können Partnerschaften als intime Beziehungssysteme aufgefasst werden, die sich im gemeinschaftlichen Lebensvollzug entwickeln bzw. weiter entwickeln (SCHNEEWIND, 1999). Dabei lassen sich spezifische Phasen der Beziehungsentwicklung unterscheiden: Partnerwahl, Partnerschaft und Elternschaft sind meist als wichtige Entwicklungsaufgaben des frühen Erwachsenenalters beschrieben worden (OLBRICH & BRÜDERL, 1998). Doch auch im mittleren und höheren Erwachsenenalter, »wenn Ehen älter werden« (JAEGGI & HOLLSTEIN, 1986) bleibt die Beziehung zum Partner ein wichtiger Faktor für die Wahrnehmung der eigenen Identität und Lebensqualität. Dabei können sich die Rollenanforderungen, aber auch die Problem- und Konfliktbereiche innerhalb einer Partnerschaft über die Lebensspanne hinweg erheblich verschieben (WELTER-ENDERLIN, 1995).

BRANDSTÄDTER, BALTES-GÖTZ und HEIL (1990) beschreiben Partnerschaften als »Entwicklungsnischen«, in denen sich Entwicklung der (Ehe-)Partner auf Individual- und Paarebene vollzieht. Die Beziehung zum Partner ist in der Regel mit spezifischen Anforderungen und Ressourcen verbunden, die die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und -interessen teils erweitern, teils einschränken. Wenn man sich vom Partner in seinen eigenen Entwicklungsinteressen unterstützt fühlt, ist die Beziehungszufriedenheit meist besonders groß; zu Konflikten und Krisen kommt es hingegen, wenn die Entwicklungsinteressen der Partner nicht oder nicht mehr miteinander kompatibel sind.

Vor diesem entwicklungspsychologischen Hintergrund betrachtet, beinhaltet das Zusammenleben mit einem schizophränen Partner vermutlich sehr spezifische Entwicklungsbedingungen. Als Entwicklungshindernis erscheint zunächst der frühe Erkrankungsgipfel der Schizophrenie zwischen dem zweiten und dem dritten Lebensjahrzehnt, der mit den für das frühe Erwachsenenalter charakteristischen Entwicklungsaufgaben der Partnerschaft und der Elternschaft zusammenfällt. So mag die psychische Erkrankung des Partners als tief greifende Veränderung der Beziehung empfunden werden, die die eigenen Entwicklungsinteressen und -möglichkeiten einschränkt und eine Beendigung der Partnerschaft wünschenswert erscheinen lässt. Andererseits ist es denkbar, dass die mit einer Schizophrenie verbundenen Konflikte und Passungsprobleme durch Umstrukturierungen der Partnerschaft gemeinsam gelöst werden können und dass die Partnerschaft stabilisiert

fortgeführt wird. Nicht von vorneherein auszuschließen ist ferner die Möglichkeit, dass die Partnerschaft mit einem chronisch psychisch Kranken trotz krankheitsbedingter Einschränkungen als Bereicherung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten erlebt wird. Erkrankungsbedingte Probleme im Hinblick auf familiäre Übergänge und Entwicklungsaufgaben stehen auch im Mittelpunkt der Überlegungen von STROMWALL und ROBINSON (1998). Unter Zugrundelegung eines die gesamte Lebensspanne umfassenden Familienentwicklungsmodells betrachten die Autoren mögliche Auswirkungen der Schizophrenie auf die Übernahme familialer Rollen, insbesondere im Hinblick auf Partnerschaft und Elternschaft. Diese mit einer Schizophrenie verbundenen möglichen Entwicklungsprobleme sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Partnerschafts- und familienbezogene Entwicklungsprobleme aufgrund einer schizophrenen Erkrankung (in Anlehnung an STROMWALL & ROBINSON, 1998)

Entwicklungsstufe	erkrankungsbedingte Probleme
Allein stehende junge Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> – erschwerte Ablösung von den Eltern – Schwierigkeiten bei einer selbstständigen Lebensführung – Probleme beim Anknüpfen intimer Beziehungen und beim Aufbau einer Partnerschaft
Junge Paare ohne Kinder	<ul style="list-style-type: none"> – Probleme und Belastungen im Zusammenleben der Partner – Entfremdung der Partner und frühe Trennung
Familien mit kleinen Kindern	<ul style="list-style-type: none"> – Probleme bei der Erfüllung familialer Aufgaben (z. B. Haushaltsführung, Erziehung) – Größere Verantwortungsübernahme des gesunden Partners – Mögliche Entwicklungsrisiken für die Kinder
Familien mit heranwachsenden Kindern	<ul style="list-style-type: none"> – Betreuung/Unterstützung durch Ehepartner und Kinder – Enttäuschte Hoffnungen des Partners auf Entlastung – Entfremdung in der Beziehung zu den Kindern – Jugendliche müssen vorzeitig erwachsene Familienrollen übernehmen
Familie mit erwachsenen Kindern	<ul style="list-style-type: none"> – Fortgesetzte Notwendigkeit der Unterstützung durch Ehepartner und Kinder – Erschwerte Ablösung der erwachsenen Kinder von den Eltern

Nach Auffassung von STROMWALL und ROBINSON (1998) ist die entwicklungspsychologische Perspektive sehr hilfreich für ein ganzheitliches Verständnis schizophrener Menschen und ihrer Probleme. Eine weitgehend befriedigende Erfüllung partnerschaftlicher und familialer Rollenanforderungen könne darüber hinaus als wichtige Zielsetzung psychiatrischer Interventionen angesehen werden. In diesem Zusammenhang halten die Autoren entwicklungsbezogene Unterstützungsangebote für schizophrene Menschen und deren (Ehe-)Partner für notwendig und sinnvoll:

Improving the ability of those with schizophrenic disorders to handle their roles as partners and parents through specific interventions may ease stress, foster more permanent relationship, and reduce the possibility of relapse. A focus on clients' family life-cycle stages broadens outcome beyond overt symptomatology, general social skills, and employment. Competent functioning in family roles is as important to clients as more traditional psychiatric outcomes. (STROMWALL & ROBINSON, 1998, 586)

Auch im Forschungskontext einer *klinischen Entwicklungspsychologie* (OERTER, 1999) können Paarbeziehungen schizophrener Menschen im Hinblick auf individuelle und familiäre Folgen abweichender Entwicklungsverläufe analysiert werden. Sowohl für chronisch psychisch Kranke als auch für deren Ehepartner sind zunächst spezifische *Risikofaktoren* zu betrachten, welche die »normale« Entwicklung der Partner beeinträchtigen und möglicherweise zu pathologischen Fehlentwicklungen führen können. Neben den erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen selbst könnten beispielweise mangelnde soziale Kompetenzen oder ungünstige Bewältigungsstrategien der Partner derartige Entwicklungsrisiken beinhalten. Auf der anderen Seite mag es *Schutzfaktoren* geben, die Fehlentwicklungen verhindern oder zumindest abmildern können, etwa ein unterstützendes soziales Umfeld oder ein aktives Problemlöseverhalten. Im Anschluss an die Überlegungen von OERTER (1999) ist ferner davon auszugehen, dass auch die individuelle *Vulnerabilität* bzw. *Resilienz* (i. S. einer konstitutionellen Robustheit) eine wichtige Rolle dafür spielt, ob sich die Entwicklungsrisiken, die das Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner beinhaltet, tatsächlich in pathologischen Fehlentwicklungen niederschlagen.

4.5 Austauschtheoretische Aspekte

Wie ANGERMEYER (1995) aufgrund austauschtheoretischer Überlegungen vermutet, sind schizophrene Menschen auf dem »freien Beziehungsmarkt« mit einem besonderen Problem konfrontiert: Die Bilanz zwischen Geben und Nehmen, das »quid pro quo«, dürfte häufig zu Ungunsten der Kranken ausfallen. Die zu erwartende negative Kosten-Nutzen-Bilanz in der Beziehung zu einem schizophrenen Menschen führe dazu, dass Partnerschaften entweder gar nicht erst geknüpft werden oder mit hoher Wahrscheinlichkeit früher oder später auseinander gehen. Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung unter anderem der Frage nachgegangen werden soll, inwieweit diese Annahme tatsächlich zutrifft, sollen in diesem Kapitel einige austauschtheoretische Grundgedanken dargelegt werden. In Anlehnung an Prozesse im Wirtschaftsleben gehen austauschtheoretische Modelle von einer Angebot-Nachfrage-Situation in sozialen Beziehungen aus (WALTER, 1993). Diese Modelle interpretieren auch das Zusammenleben in Partnerschaften primär als Austausch von Ressourcen und Belohnungen. Bei der Partnerwahl wird nach einer Kalkulation der Kosten und Nutzen der attraktivste Partner ausgewählt, also derjenige, der am meisten Schönheit, Status, Geld, Intelligenz oder andere Ressourcen zu bieten hat. Der Nutzen wird dabei durch den Wert der Leistung bestimmt, die man erhalten möchte; die Kosten ergeben sich aus dem Aufwand, diese Leistung zu organisieren und die Beziehung zu der betreffenden Person aufrechtzuerhalten. Die Kalkulation der Kosten wird dabei durch

bestimmte Rahmenbedingungen und Zwänge beeinflusst, sodass Beziehungsentscheidungen je nach sozialer Situation und individuellem normativem Hintergrund unterschiedlich ausfallen können (»rational choice« vs. »constraint choice«, vgl. DIEWALD, 1991). Für die sozialpsychologische Beziehungsforschung ist die sog. »Interdependenztheorie« von THIBAUT & KELLEY (1959; KELLEY & THIBAUT, 1978) besonders einflussreich gewesen. Diese Theorie geht davon aus, dass für die Aufnahme, den Fortbestand und den Entwicklungsverlauf von sozialen Beziehungen nicht in erster Linie das tatsächliche oder erwartete »Nettoergebnis« entscheidend ist, sondern vielmehr dessen relative Stellung zu unterschiedlichen Vergleichsstandards. Diese wiederum hängen z. B. mit Erfahrungen zusammen, die eine Person mit verschiedenen Beziehungspersonen macht oder in der Vergangenheit gemacht hat und bestimmen die »Ergebnisqualität«, die der Person ihrer Ansicht nach zusteht.

Mit diesem Modell kann jedoch letztlich nicht erklärt werden, wie es zu dem Aufbau von Austauschbeziehungen kommt. Vielmehr wäre es nach dem skizzierten Modell ja vorstellbar, dass eine Person sich zu jedem Zeitpunkt neue Austauschpartner sucht, wenn dies nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten günstig erscheint. Unterstützungsbeziehungen (als solche sind Paarbeziehungen in diesem Zusammenhang zu verstehen) lassen sich erst dann erklären, wenn von der Existenz einer Reziprozitätsnorm ausgegangen wird: Man nimmt an, dass Reziprozität (Gegenseitigkeit, Gleichwertigkeit der Leistungen) in Beziehungen eine soziale Norm darstellt und das Prinzip einer Ausgeglichenheit von Leistung und Gegenleistung bzw. von Geben und Nehmen sozial erwünscht ist. Weniger, aber dafür intensivere Beziehungen, wie z. B. zwischen (Ehe-)Partnern und anderen Familienmitgliedern können sich so langfristig als »effektiver« und »kostengünstiger« erweisen als viele kurzfristige Kontakte (WALTER, 1993). Da allerdings selten von einer vollständigen Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung ausgegangen werden kann, werden in Bezug auf Paarbeziehungen weiter gefasste Definitionen des Reziprozitätsbegriffs diskutiert. So führt NYE (1979, zit. nach WALTER, 1993) den Begriff der »generalisierten Reziprozität« für Familienbeziehungen ein, und ANTONUCCI & AKIYAMA (1987) sprechen im Hinblick auf enge persönliche Beziehungen von einer »lebenslaufbezogenen Reziprozität«: So werden in lang andauernden Paarbeziehungen Zeiten, in denen eine Person in der Beziehung mehr Unterstützung gab als ihr Partner, mit in die Beurteilung der Gegenseitigkeit der Beziehung einbezogen. Die Autoren bezeichnen die so erworbenen Unterstützungsreserven als »support-bank«.

Im Hinblick auf die austauschtheoretische Analyse von Paarbeziehungen stellt das *Investitionsmodell* (»investment model«) von RUSBULT (1980; RUSBULT & ARRIAGA, 1997) eine wichtige Weiterentwicklung dar. Zum einen werden die für die Bindung und den Zusammenhalt innerhalb einer Paarbeziehung entscheidenden Bedingungen genauer spezifiziert; zum anderen stellt insbesondere das Konzept der in eine Partnerschaft eingebrachten Investitionen eine wichtige theoretische Erweiterung dar. Aufgrund einer Reihe von Untersuchungsergebnissen kann das Investitionsmodell zudem als empirisch gut abgesichert gelten (vgl. RUSBULT, 1983; DUFFY & RUSBULT, 1986; RUSBULT, JOHNSON & MORROW, 1986; RUSBULT & BUUNK, 1993; RUSBULT, DIRGOTAS & VERETTE, 1994). Da sich das Modell von Rusbult m. E. gut auf die psychologische Betrachtung von Paarbeziehungen übertragen lässt, in denen ein Partner psychisch erkrankt ist, sollen im Folgenden dessen wichtigste Begriffe erläutert werden.

Als zentrales Konzept von Rusbults Modell kann das *commitment* innerhalb einer Beziehung gelten. Dieses umfasst sowohl die Absicht, eine aktuell bestehende Partnerschaft aufrechtzuerhalten (kognitiver Aspekt) als auch die empfundene Bindung an den Partner (emotionaler Aspekt). Gleichwohl betont die Autorin die Notwendigkeit, die theoretischen Konzepte von »commitment« und »Beziehungszufriedenheit« strikt auseinander zu halten, da Letztere nur eine von drei Determinanten des commitment darstelle: Nach Rusbults Auffassung hängt das commitment eines Beziehungspartners nicht nur von der Beziehungszufriedenheit, sondern auch von der Bewertung möglicher Beziehungsalternativen und vom Umfang der vorgenommenen Investitionen in die bestehende Partnerschaft ab.

- Für die *Beziehungszufriedenheit* sind – analog zum Interdependenzmodell von THIBAUT & KELLEY (1959) – Belohnungen, Kosten und die Höhe des Vergleichsniveaus entscheidend. Das Vergleichsniveau ergibt sich insbesondere aus anderen bzw. früheren Beziehungserfahrungen des jeweiligen Partners sowie aus Beobachtungen von Beziehungen anderer Personen. Je günstiger vor diesem Hintergrund die Kosten-Nutzen-Bilanz in der eigenen aktuellen Beziehung ausfällt, desto höher dürfte die Beziehungszufriedenheit und das commitment des betreffenden Beziehungspartners sein.
- Die *Bewertung potenzieller Alternativen* hängt davon ab, welche tatsächlichen oder vorstellbaren Alternativen einer Person zur Verfügung stünden, wenn sie die aktuell bestehende Beziehung beenden würde. Diese Alternative kann z. B. in der Aufnahme einer anderen Partnerschaft oder in der Entscheidung, allein zu leben bestehen. Je günstiger der Vergleich der aktuellen Partnerschaft zu solchen Alternativen ausfällt, desto ausgeprägter dürfte das commitment des jeweiligen Partners sein.
- Unter *Beziehungs-Investitionen* versteht Rusbult Faktoren, die das Beenden einer Beziehung »kostspielig« machen, weil sie im Fall einer Trennung verloren gehen. Dabei lassen sich zwei Kategorien von Beziehungs-Investitionen unterscheiden: sog. »intrinsische« Investitionen, wie z. B. die in eine Partnerschaft eingebrachte Zeit, Mühe und Emotion, sowie »extrinsische« Investitionen, wie z. B. gemeinsame Freunde, Aktivitäten, Erinnerungen, materielle Dinge oder Ereignisse, die in besonderer Weise mit der Partnerschaft verknüpft sind. Diese Beziehungs-Investitionen können im Falle einer Trennung nicht ohne weiteres zurückgenommen oder von der Beziehung »abgezogen« werden. Aus diesem Grund erhöhen Beziehungs-Investitionen das commitment einer Person und halten sie umso stärker in der Partnerschaft, je höher die Verluste bei einer Beendigung der Beziehung eingeschätzt werden.

Das Investitionsmodell sagt voraus, dass bei hohem Zufriedenheits- und Investitionsniveau bei gleichzeitig geringer Zahl bzw. Qualität von Beziehungsalternativen das commitment eines Beziehungspartners besonders hoch ist und daher der Fortbestand der Beziehung sehr wahrscheinlich ist. Dagegen müsste sich die umgekehrte Ausprägung bzw. eine entsprechende Veränderung der drei Modellparameter destabilisierend auf eine Partnerschaft auswirken und eine Trennung wahrscheinlicher machen.

Selbst wenn man berücksichtigt, dass austauschtheoretische Modelle in ihrer vereinfachenden Anlehnung an ökonomische Prozesse lediglich einen bestimmten Aspekt sozialer Beziehungen beleuchten, so können sie doch einen wichtigen Beitrag für das Verständnis von Paarbeziehungen leisten. Dies gilt auch und besonders im Hinblick auf Partnerschaften, in denen mindestens einer der beiden Partner an einer Schizophrenie erkrankt ist.

Im Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner sind aufgrund austauschtheoretischer Überlegungen zunächst eine Reihe von Problemen wahrscheinlich. Wenn der Wert eines potenziellen Beziehungspartners u. a. danach bemessen wird, welche Vorteile für einen selbst die Beziehung voraussichtlich bringt, so dürften schizophrene Menschen vergleichsweise unattraktive Partner sein: So muss man z. B. bereit sein zu riskieren, durch das bisweilen bizarre oder aus dem Rahmen fallende Verhalten des Erkrankten in unangenehme oder peinliche Situationen gebracht zu werden. Ferner muss man darauf gefasst sein, dass der schizophrene Partner früher oder später erneut eine psychotische Episode erleiden kann und dass man selbst gefordert sein wird, ihm in dieser sehr belastenden Krisenzeit zur Seite zu stehen. Nicht zuletzt ist mit dem Risiko zu rechnen, dass das Stigma der psychischen Krankheit des Partners auch auf einen selbst abfärbt. Aufgrund dieser hohen Kosten könnte vermutet werden, dass Partnerschaften zu schizophrenen Menschen nur relativ selten geknüpft bzw. über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden (vgl. ANGERMEYER, 1995).

Gleichwohl ist es auch vorstellbar, dass eine Beziehung trotz der Schizophrenie des Partners weitergeführt wird. Aus austauschtheoretischer Sicht könnten dabei unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen: Möglicherweise werden die gestiegenen Kosten des gesunden Partners in dessen Augen von anderen Faktoren aufgewogen, sodass die Gesamtbilanz insgesamt akzeptabel ausfällt und die Beziehungszufriedenheit hinreichend hoch bleibt. Denkbar ist natürlich auch, dass die Alternativen zur aktuellen Beziehung – so belastend diese möglicherweise empfunden wird – als *noch* unattraktiver bewertet werden. Aufgrund der Annahmen des Investitionsmodells wäre es ferner plausibel, dass diejenigen Partnerschaften, die erst *nach* Erkrankungsbeginn geknüpft werden, stabiler sind als jene, in deren Verlauf eine Schizophrenie neu auftritt – eine starke Veränderung eines oder mehrerer Modellparameter dürfte ja eher in denjenigen Partnerschaften auftreten, in denen die ursprünglichen Beziehungsbedingungen durch die Schizophrenie in Frage gestellt werden. So ist beispielsweise anzunehmen, dass sich eine bis dato ausgewogene bzw. günstige Kosten-Nutzen-Bilanz (»quid pro quo«) drastisch zu Ungunsten des gesunden Beziehungspartners verschiebt, wenn der andere Partner an einer Schizophrenie erkrankt. Ausgehend von austauschtheoretischen Annahmen dürfte sich ein solches Ungleichgewicht destabilisierend auf eine Partnerschaft auswirken und auf lange Sicht zu einer Trennung führen.

Auf der anderen Seite können austauschtheoretische Modelle erklären, warum Partnerschaften zu einem erkrankten Menschen aufrechterhalten werden, *obwohl* möglicherweise die Beziehungszufriedenheit sehr gering ist und Alternativen zu dieser Beziehung eine erhebliche Entlastung bedeuten würden. Beispielsweise wäre es unter Zugrundelegung des Investitionsmodells von RUSBULT (1980) denkbar, dass eine Trennung mit zu hohen persönlichen Kosten und »Investitions-Verlusten« verbunden wäre. In diesem Zusammenhang könnte auch von Bedeutung sein, dass vom erkrankten Partner im Lauf der Beziehung Unterstützungsreserven (»support-bank«, vgl. ANTONUCCI & AKIYAMA, 1987) aufgebaut wurden, welche nun die für den gesunden Partner ungünstige Kosten-Nutzen-Bilanz ausgleichen können. Bleibt man bei dieser Vorstellung, so dürften diese Unterstützungsreserven allerdings nach einem gewissen Zeitraum aufgezehrt sein, falls das Ungleichgewicht in der Beziehungsbilanz dauerhaft bestehen bleibt.

4.6 Stresstheoretische Aspekte

Wie bereits in Kapitel 3.3 dargelegt wurde, sind in den letzten beiden Jahrzehnten zahlreiche Untersuchungen zu den Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker durchgeführt worden. Die meisten der vorliegenden Forschungsarbeiten rekurrieren auf das »klassische« Belastungskonzept von HOENIG und HAMILTON (1966), die zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren unterscheiden. In neueren Arbeiten werden zunehmend auch differenzierte stresstheoretische Konzepte herangezogen, um das Belastungserleben und die Belastungsbewältigung von Angehörigen zu untersuchen. So plädieren beispielsweise CHWALISZ und KISLER (1995) dafür, stresstheoretische Forschungskonzepte und entsprechende Messinstrumente für die Angehörigenforschung zu nutzen:

It would be more efficient for caregiver burden researchers to measure caregivers' experience of their situation in terms of perceived stress, rather than using any of the popular burden scales. Moreover, this relatively »young« area of research in caregiver burden may benefit from the wealth of knowledge that has been gained over the years in the area of stress and coping. Processes and principles that have been identified by stress researchers may be used to organize caregiver burden research into a more coherent body of knowledge. (CHWALISZ & KISLER, 1995, 96)

Auch im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit sind m. E. stresstheoretische Aspekte sehr bedeutsam. In Anlehnung an das transaktionale Stressmodell von LAZARUS und FOLKMAN (1991; FOLKMAN & LAZARUS, 1991) können die erkrankungsbedingten Symptome und Defizite des Patienten als *Stressoren* aufgefasst werden, die beim (Ehe-)Partner des Patienten zu körperlichen, kognitiv-emotionalen und behavioralen *Stressreaktionen* führen können. Inwieweit Stress erlebt wird, hängt danach entscheidend von kognitiven Prozessen in Form von bewertenden Wahrnehmungen, Gedanken und Schlussfolgerungen ab. *Primäre Bewertungen* beziehen sich darauf, ob die schizophrene Erkrankung und die damit verbundenen Schwierigkeiten als Bedrohung oder Verlust wahrgenommen werden, *sekundäre Bewertungen* beziehen sich dagegen auf die Einschätzung eigener Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten im Hinblick auf die erkrankungsbedingten Probleme. Ferner ist im Anschluss an das Modell von LAZARUS und FOLKMAN (1991) anzunehmen, dass durch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Schizophrenie des Partners adaptive Veränderungsprozesse stattfinden können, die zu *Neubewertungen* führen und eine Modifikation der ursprünglichen primären bzw. sekundären Bewertung bewirken.

Hinsichtlich der Bewertung von krankheitsbedingten Belastungen dürfte ferner von Bedeutung sein, inwieweit die Schizophrenie vom Partner als einschneidendes *kritisches Lebensereignis* (FILIPP, 1981) erlebt wird, und ob außer der schizophrenen Erkrankung noch andere potenziell belastende Ereignisse oder Lebensumstände vorliegen, die unter Umständen zu einer Kumulation unterschiedlicher Stressoren führen. Weiterhin ist die Häufigkeit und Intensität von kleinen *Alltagsbelastungen* zu betrachten, die im Zusammenleben mit einem schizophrenen Ehepartner entstehen, sowie die Art und Weise, wie diese »daily hassles« von den Partnern verarbeitet werden.

In diesem Zusammenhang dürften vor allem die *Bewältigungsstrategien* bedeutsam sein, die Partner unternehmen, um mit den krankheitsbedingten Belastungen fertig zu werden.

Bewältigung (»coping«) im Sinne von LAZARUS und FOLKMAN (1991) umfasst nicht nur Verhaltensweisen, die eine aktive Meisterung der mit der Schizophrenie einhergehenden Probleme ermöglichen, sondern auch alle Reaktionen, die auf ein Aushalten, Tolerieren und auch Vermeiden oder Verleugnen von Stressbelastungen abzielen. Obwohl der heutige Stand der Bewältigungsforschung stark durch dieses recht weite Bewältigungskonzept geprägt ist, wird der Begriff »Bewältigung« in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen verwendet. Noch wenig Einigkeit besteht über Konzepte wie z. B. Belastungsverarbeitung, Problemlösung, Anpassung, Abwehr, Krankheitsverarbeitung oder Krisenbewältigung. Aufgrund der Heterogenität der zugrunde liegenden theoretischen Konzepte fehlt bislang eine allgemein akzeptierte Taxonomie des Bewältigungsverhaltens (vgl. SALEWSKI, 1997; GREVE, 1997).

Um Bewältigungsstrategien inhaltlich weiter zu differenzieren, sind unterschiedliche Systematisierungsvorschläge gemacht worden: So differenzieren z. B. CARVER, SCHEIER und WEINTRAUB (1989) hinsichtlich der Funktion des Bewältigungsverhaltens: Während *problemfokussierte Bewältigung* lösungsorientierte Aktivitäten und die Suche nach praktischer sozialer Unterstützung beinhaltet, ist *emotionsfokussierte Bewältigung* z. B. durch Akzeptieren, Leugnung oder religiösen Glauben gekennzeichnet. Unter *dysfunktionaler Bewältigung* (»less useful coping«) fassen die Autoren Verhaltensweisen wie Vermeidung, Rückzug und Gefühlsausbrüche zusammen. LAUX und WEBER (1990) unterscheiden hingegen bezüglich der Reaktionsebene zwischen *aktionalen* und *intrapyschischen Bewältigungsformen*: Zu den aktionalen Bewältigungsstrategien zählen sie neben problem-lösungsorientierten Handlungen auch so heterogene Verhaltensweisen wie aktives Vermeidungs- oder Fluchtverhalten, Suche nach sozialer Unterstützung, Entspannung und der Konsum von Genussmitteln. Dagegen beinhalten intrapsychische Bewältigungsformen »verdeckte« Wahrnehmungs-, Denk- und Interpretationsprozesse. Die Autoren unterscheiden hier zwischen defensiven (z. B. Leugnung), evasiven (z. B. Bagatellisierung, Ablenkung), positiv konnotierten (z. B. positive Neubewertung) und selbstzentrierten (z. B. Selbstbeschuldigung) Formen intrapsychischer Bewältigung.

Speziell im Hinblick auf die Belastungsbewältigung in Paarbeziehungen hat BODENMANN (1997; 2000) mit seinem systemisch-transaktionalen Bewältigungsmodell eine interessante konzeptuelle Erweiterung vorgeschlagen. Danach wird Stress als systemisches Phänomen aufgefasst, das nicht nur eine einzelne Person, sondern auch deren Beziehungspartner und unter Umständen auch den weiteren sozialen Kontext betrifft. Innerhalb von Partnerschaften können daher drei unterschiedliche Formen der Stressbewältigung unterschieden werden: Während *individuelle Copingstrategien* der Partner unabhängig voneinander ablaufen, beziehen sich *dyadische Copingstrategien* auf gemeinschaftliche Bewältigungsbemühungen, bei denen sich die Partner auf ein gemeinsames Ziel hin orientieren. Darüber hinaus können *beziehungsübergreifende Copingstrategien* eingesetzt werden, bei denen außerhalb der Partnerschaft nach sozialer Unterstützung gesucht wird. Darüber hinaus geht der Autor von komplexen Wechselwirkungen zwischen diesen Bewältigungsprozessen auf unterschiedlichen Systemebenen und der Belastungswahrnehmung des einzelnen Partners aus.

Schließlich sind unter einer stresstheoretischen Perspektive auch *protektive Faktoren* zu berücksichtigen, die Ehepartnern als Ressourcen bei der Auseinandersetzung mit erkrankungsbezogenen Stressoren dienen können und die dazu beitragen, dass die eigene

körperliche und seelische Gesundheit trotz bestehender Belastungen aufrechterhalten wird. In diesem Zusammenhang können personale und soziale Ressourcen einen förderlichen Einfluss auf die Belastungsbewältigung haben. Eine wichtige soziale Ressource ist vermutlich der *soziale Rückhalt* (»social support«) des betreffenden Ehepartners. Folgt man den Ergebnissen von SCHWARZER und LEPPIN (1989), so dürfte insbesondere der qualitative Aspekt der *Unterstützungszufriedenheit* bedeutsam für eine gelingende Belastungsbewältigung sein. Als wichtige personale Ressource können hingegen generalisierte *Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen* des Partners angesehen werden. Die optimistische Erwartung, erkrankungsbedingten Probleme in den Griff zu bekommen und eine positive Entwicklung aktiv beeinflussen zu können, dürfte sich ebenfalls günstig auf die (Mit-)Bewältigung der erkrankungsbedingten Schwierigkeiten auswirken (vgl. SCHWARZER, 1994; SCHRÖDER & SCHWARZER, 1997; TAYLOR, 1993).

4.7 Rehabilitationswissenschaftliche Aspekte

Mit der Psychiatriereform und dem Aufbau gemeindenaher ambulanter Angebote hat die Bedeutung familialer Ressourcen für die psychiatrische Versorgung zugenommen. Im Zuge einer zunehmenden *Medikalisierung* konzentriert sich die Psychiatrie heute zunehmend auf die medizinische Behandlung akuter Störungen, während für die kontinuierliche Betreuung und die Rehabilitation chronisch psychisch Kranker ambulante und komplementäre Einrichtungen sowie – falls vorhanden – die Angehörigen der Betroffenen »zuständig« sind. Die Einbeziehung in den psychischen und sozialen Rehabilitationsprozess der Patienten ist für die Angehörigen mit einer *Proto-Professionalisierung* verbunden, die die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Familie als Rehabilitationsinstanz aufwirft (FORSTER, 1997; 1998).

Gerade weil heute chronisch psychisch Kranke die meiste Zeit ihres Alltags in ihrem Wohngebiet und in ihrer Familie verbringen, ist davon auszugehen, dass kein noch so gutes Angebot der psychiatrischen Versorgung die natürlichen sozialen Einbindungen in Familie und Partnerschaft ersetzen kann (SEYDE, 1998). In diesem Zusammenhang könnte beispielsweise eine bestehende Partnerschaft als *protektiver Faktor* im Hinblick auf den Erkrankungsverlauf und den Rehabilitationsprozess schizophrener Menschen betrachtet werden. Dabei ist zu vermuten, dass das spezifische Rehabilitationspotenzial einer Partnerschaft von unterschiedlichen Faktoren abhängt, wie z. B. den jeweiligen erkrankungsbedingten Einschränkungen des Patienten, den individuellen Merkmalen der Partnerschaft sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der im Beziehungsalltag auftretenden Probleme. Auf der anderen Seite kann das Zusammenleben mit einem schizophrenen Menschen mit gravierenden Stressbelastungen einhergehen, die unter Umständen auch ein Gesundheitsrisiko darstellen können (vgl. Kapitel 3. 3). Wenn es zutrifft, dass Partner psychiatrischer Patienten aufgrund erhöhter Belastungen häufiger körperlich oder seelisch erkranken, so stellt dies eine Schwächung des familialen Rehabilitationspotenzials dar, welche sich wiederum ungünstig auf den Erkrankungsverlauf des Patienten auswirken kann. Auf der anderen Seite verursachen belastungsbedingte Erkrankungen von erwerbstätigen Partnern ihrerseits volkswirtschaftliche Kosten, z. B. Mehrausgaben für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder Produktivitäts-

ausfälle im Arbeitsleben. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es somit denkbar, dass sich die von Angehörigen erlebten Belastungen in doppelter Hinsicht negativ auf die Folgekosten psychischer Erkrankungen auswirken können.

Die Möglichkeiten und Grenzen einer Paarbeziehung für die Rehabilitation schizophrener Menschen sind aufgrund des bereits erwähnten Forschungsdefizits im Hinblick auf solche Partnerschaften schwer einzuschätzen. Aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht erscheint es daher sinnvoll, das supportive Potenzial, aber auch die spezifischen Belastungen und Belastungsfolgen sowie den Unterstützungsbedarf von Partnern schizophrener Menschen zu dokumentieren. Auf dieser Grundlage könnten Vorschläge für die Entwicklung geeigneter partnerbezogener Unterstützungsstrategien und Rehabilitationskonzepte abgeleitet werden. In diesem Zusammenhang ist es z. B. denkbar, dass geeignete Unterstützungsangebote sowohl zu einer emotionalen Entlastung der (Ehe-)Partner als auch zu einer verbesserten Rückfallprophylaxe und Rehabilitation der Patienten beitragen können (vgl. SCHERRMANN et al., 1992; STROMWALL & ROBINSON, 1998).

5 Forschungskonzept und Methode der vorliegenden Untersuchung

5.1 Thematische und methodologische Vorüberlegungen

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, zu rekonstruieren, wie Ehe- und Lebenspartner schizophrener Menschen Partner ihren Beziehungsalltag erleben und bewältigen. Was bedeutet es für das eigene Leben, wenn der Ehe- oder Lebenspartner an einer Schizophrenie erkrankt? Wie wird das Zusammenleben mit und trotz der Schizophrenie des Partners empfunden? Wie werden die Erfahrungen des Unverständlichen, des Anders-Seins, der Krankheit »verarbeitet«? Der Ausgangspunkt für die Beantwortung dieser Fragen ist somit die *subjektive Lebenswirklichkeit* der Partner. Um die unterschiedlichen Aspekte des »Lebens mit einem schizophrenen Partner« angemessen untersuchen zu können, habe ich mich für eine qualitative Forschungsstrategie entschieden. Damit greife ich die in den letzten Jahren zunehmend erhobene Forderung auf, bei der Untersuchung psychischer Krankheit und der damit zusammenhängenden sozialen Phänomene deutende, sinnverstehende Methoden einzusetzen (FLICK, 1997; RICHTER, 1997; ROSE, 1996; ZAUMSEIL & ANGERMEYER, 1997).

Die vorliegende Arbeit ist daher in theoretischer und methodischer Hinsicht dem *qualitativen Denken* verpflichtet (MAYRING, 1996). Dies bedeutet zunächst, dass sich die Planung und Durchführung der Untersuchung nicht am naturwissenschaftlich-quantitativen Paradigma der deduktiven Geltungsbegründung orientierte. Das Ziel der Untersuchung war nicht die *Theorieverifizierung*, sondern die *Theoriegenerierung*. Im Gegensatz zu quantitativen Verfahren, bei denen *ex ante* Hypothesen aus der Theorie abgeleitet und in operationalisierter Form empirisch überprüft werden, zielte meine Untersuchung auf die Bildung emergenter, d. h. erst im Verlauf der Forschungsprozesses entstehender Konzepte und Hypothesen ab (vgl. GLASER & STRAUSS, 1998). Aus diesem Grund wurde die Fragestellung zwar unter theoretischen Aspekten umrissen (vgl. Kapitel 4), aber nicht im Sinne von zu überprüfenden Hypothesen ausgearbeitet. Die Zielsetzung der Arbeit war es vielmehr, die sich in der Untersuchung zeigenden Phänomene im Licht eines theoretischen Rahmens zu erklären, der erst im Verlauf der induktiv-interpretativen Analyse entwickelt und schrittweise vervollständigt werden sollte.

Die Orientierung am qualitativen Denken bedeutet ferner, dass bei der Auswahl der Datenquellen (Sampling) nicht der Aspekt der Repräsentativität im Vordergrund stand. Die quantitative Forschungslogik basiert ja meist auf der Bildung einer zufällig ausgewählten und als repräsentativ erachteten Stichprobe mit dem Ziel, die Ergebnisse im Hinblick auf die interessierende Gesamtpopulation zu generalisieren. Im Gegensatz dazu wurde in der vorliegenden Untersuchung die Auswahl der Datenquellen im Verlauf der Analyse nach Maßgabe der »theoretischen Relevanz« für das zu analysierende Phänomen vorgenommen. GLASER und STRAUSS (1998) haben in diesem Zusammenhang den Begriff »theo-

retisches Sampling« geprägt. Auf die konkrete Anwendung dieser Methode werde ich im Kapitel 5. 5 zurückkommen.

Die qualitative Forschungsstrategie dieser Arbeit impliziert weiterhin, dass keine Häufigkeiten ausgezählt wurden, um die Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse zu belegen. Obwohl es grundsätzlich auch im Rahmen qualitativer Auswertungen sinnvoll sein kann, Quantifizierungen vorzunehmen (etwa durch die Überführung trennscharf definierter Kategorien in Nominaldaten), habe ich aufgrund inhaltlicher und methodischer Erwägungen auf diese Möglichkeit verzichtet. Das Ziel meiner Arbeit war es in erster Linie, Kategorien herauszuarbeiten, die über ein »konzeptionelles Ordnen« hinausgehen und einen *theoretischen Erklärungswert* für die untersuchte Fragestellung haben (STRAUSS & CORBIN, 1996). Aus diesem Grund habe ich mich für ein interpretatives Auswertungsverfahren entschieden, bei dem sequenzielle Einzelfallanalysen mit der fortschreitenden Formulierung theoretischer Generalisierungen kombiniert werden. Im Kapitel 5. 4 sollen die einzelnen Schritte dieses Auswertungsverfahrens anhand eines Interviewausschnitts ausführlich erläutert werden.

5. 2 Das narrative Interview als methodischer Zugang

Die Forschungsperspektive der vorliegenden Arbeit kann als *alltagsorientierte Sichtweise der Schizophrenie* charakterisiert werden (vgl. ZAUMSEIL und LEFERINK, 1997; LEFERINK, 1997). Diese fokussiert auf das »Leben mit der Schizophrenie«, das Mit-Erleben und Mit-Erleiden bestimmter Symptome und krankheitsbedingter Einschränkungen im gemeinsamen Lebensalltag. In diesem Zusammenhang geht es u. a. um die Frage, inwieweit es gelingt, einen krankheitsangemessenen Lebensstil zu entwickeln, der z. B. bestimmte Bewältigungsstrategien und Alltagsarrangements umfasst. Ferner ist unter einer alltagsorientierten Perspektive zu untersuchen, wie die Erkrankung des Partners in das eigene Selbstkonzept integriert wird und welche Formen der Krankheits-Deutung damit verbunden sind.

Wie FLICK (1997) herausgearbeitet hat, sind Erzählungen ein wichtiger Schlüssel für das Verständnis derartiger Alltagsvorstellungen und biografischer Deutungen:

Erzählungen sind Konstruktionen, die einen Rahmen für die Interpretation, Einordnung und das Verstehen von Erfahrungen anbieten. [...] Sie haben eine wichtige Funktion bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Identität und für die Herstellung von Sinn im eigenen Leben mit und trotz der Krankheit – kurz, eine Basis für das Verstehen der eigenen Situation. Die eigene Lebensgeschichte wird zur Interpretationsfolie für das Unverständliche an den eigenen Erfahrungen in und mit der Krankheit oder an den Reaktionen der anderen auf sie. (FLICK, 1997, S. 41/42)

Zu einer ähnlichen Auffassung kommt MEUTER (1995), der unter Bezugnahme auf philosophische und soziologische Diskurse den Begriff der *narrativen Identität* analysiert. Die eigene Identität ist danach nicht einfach gegeben, sondern muss (immer wieder neu) durch Erzählen hergestellt werden. Biografische Erzählungen haben insofern eine fundamentale Orientierungsfunktion für das Individuum, als Ereignisse, Erleben und Handeln

nicht nur für den Zuhörer, sondern auch für den Erzählenden selbst in eine verstehbare Linie gebracht werden. Durch diese »narrative Verknüpfung« kann der Handlungs- und Sinnzusammenhang für den Erzählenden gewahrt oder neu hergestellt werden.

Ausgehend von diesen Überlegungen erscheint die Analyse biografischer Erzählungen und Alltagsbeschreibungen gut geeignet, um die subjektive Lebenswirklichkeit von Partnern schizophrener Menschen zu rekonstruieren. Um solche Erzählungen und Alltagsbeschreibungen zu generieren, wurde in der vorliegenden Untersuchung die Methode des *narrativen Interviews* eingesetzt.

Das narrative Interview stellt eine besondere Form des offenen Interviews dar (vgl. GLINKA, 1998; RIESSMAN, 1993; WIEDEMANN, 1986). Dabei wird der Interviewpartner darum gebeten und darin unterstützt, seine eigenen Erlebnisse und Erfahrungen in Form einer Stegreiferzählung wiederzugeben. Der Grundgedanke dieses Vorgehens ist, dass es subjektive Bedeutungsstrukturen gibt, die sich einem systematischen »Abfragen« – etwa im Rahmen eines standardisierten Interviews oder Fragebogenverfahrens – verschließen würden, im freien Erzählen über bestimmte Ereignisse hingegen zutage treten. Das narrative Interview macht sich dabei den Umstand zunutze, dass Erzählungen auch im Alltag der meisten Menschen eine wichtige Rolle spielen und daher ein »natürliches, in der Sozialisation eingeübtes Diskursverfahren« darstellen (WIEDEMANN, 1986, S. 24). In den freien Erzählungen des Interviewpartners werden zum einen übergreifende Handlungs- und Ereigniszusammenhänge sichtbar, wie sie von diesem subjektiv erlebt wurden. Zum anderen kann aufgrund der erzählten Inhalte und der Art und Weise, wie etwas erzählt wurde, auf die individuelle Verarbeitung und Bewertung von Erfahrungen geschlossen werden.

HERMANN (1995) beschreibt das Vorgehen bei einem narrativen Interview als eine Folge von Aufgaben, die sich dem Interviewer stellen: In der *Einstiegsphase* besteht die Aufgabe des Interviewers darin, den Interviewpartner über die Besonderheiten des narrativen Interviews zu informieren. Wenn der Interviewer den Eindruck hat, dass der Interviewpartner seine Aufgabe im Gespräch verstanden hat und mit ihr einverstanden ist, erfolgt die »Redeübergabe«: Der Interviewer bittet den Interviewpartner, über das interessierende Thema zu erzählen. Damit beginnt die *Phase der Haupterzählung*: Während der Studienteilnehmer die Rolle des Erzählers übernimmt, ist der Interviewer hauptsächlich Zuhörer. Er soll in dieser Phase versuchen, sich in die Geschichte »hineinzuhören«, die Perspektive des Interviewpartners zu verstehen und ihm dies im Sinne eines »aktiven Zuhörens« bzw. durch entsprechende non- und paraverbale Zeichen (z. B. »Mhm«, Nicken etc.) zu signalisieren. Generell ist in dieser Interviewphase nach den Prinzipien des Aktiven Zuhörens zu verfahren. Kommt der Erzähler ans Ende seiner Geschichte, so macht er dies in aller Regel durch eine Koda oder Schlussbetrachtung deutlich. Dies leitet im Allgemeinen die *Nachfragephase* ein, in der der Interviewer den Interviewpartner bitten kann, unklar gebliebene Passagen seiner Erzählung zu präzisieren. In einer abschließenden *Bilanzierungsphase* können dem Interviewpartner zusätzliche Fragen gestellt werden, die auf eine zusammenfassende Bewertung des Erzählten abzielen.

Das Vorgehen bei den narrativen Interviews der vorliegenden Untersuchung lehnt sich im Wesentlichen an den von HERMANN (1995) beschriebenen Ablauf an, wurde aber in einigen Punkten modifiziert. Im folgenden Kapitel soll noch etwas genauer beschrieben werden, wie bei der Kontaktaufnahme und der Durchführung der narrativen Interviews vorgegangen wurde.

5.3 Zum Vorgehen bei der Rekrutierung und der Datenerhebung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte über stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Einrichtungen in Leipzig. In einem ersten Schritt wurden Mitarbeiter dieser Einrichtungen gebeten, diejenigen schizophrenen Patienten über die geplante Befragung zu informieren, die verheiratet waren oder in einer festen Partnerschaft lebten. Dabei wurde das Zusammenleben im gleichen Haushalt als Einschlusskriterium festgelegt, weil dies als Indikator für einen nennenswerten Grad an »Mit-Betroffenheit« und eine gewisse zeitliche Persistenz der Partnerschaft erachtet wurde. Wenn die Patienten mit der Befragung ihres Partners einverstanden waren, so erfolgte in einem zweiten Schritt die telefonische Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmern. Dieses erste Telefongespräch umfasste Informationen über das Thema, die Zielsetzung und die praktische Durchführung der Studie. Die Partner wurden darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme freiwillig sei und dass persönliche Informationen streng vertraulich behandelt würden; ferner wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von DM 50,- pro Befragungstermin in Aussicht gestellt. Wenn die Partner mit den Modalitäten der Befragung einverstanden waren, so wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews wurden in aller Regel im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt; wenn die Studienteilnehmer dies nicht wünschten, so bestand auch die Möglichkeit, das Gespräch in einem Raum der Universitätsklinik zu führen.

Die Befragung selbst begann mit dem narrativen Interview. Dabei ging es zunächst um die *Erzählstimulierung*, d. h. der Studienteilnehmer wurde in einer Eingangsfrage gebeten, über seine Situation im Zusammenhang mit der Erkrankung zu berichten:

- Was hat sich für Sie seit der Erkrankung Ihres Partners verändert?

Der Interviewer griff während der nun folgenden Erzählungen und Schilderungen so wenig wie möglich lenkend ein, außer in Situationen, in denen der rote Faden des Gesprächs völlig verloren zu gehen drohte. Die Gesprächsanteile des Interviewers waren daher gering und beschränkten sich in der Regel auf unterstützende bzw. Verständnis signalisierende Bemerkungen. Wenn längere Gesprächspausen eintraten oder ein Erzählthema abgeschlossen wurde, wurde der Interviewpartner durch weitere Fragen zur Fortführung seiner Erzählung animiert:

- »Was beschäftigt Sie zur Zeit am meisten?«
- »Gab es in letzter Zeit etwas, was Sie besonders belastet hat?«⁸

Bei Interviewpartnern, die zu sehr abstrakten oder argumentativen Darstellungen ihrer Lebenssituation neigten, hatte der Interviewer die Möglichkeit, durch *narrative Vertiefungsfragen* (FISCHER-ROSENTHAL, 1999) konkrete Erzählungen und Situationsbeschreibungen zu generieren. In einer Modifikation des »klassischen« narrativen Interviews, das Nachfragen erst nach Abschluss der Haupterzählung zulässt, waren diese bei Bedarf direkt im Anschluss an entsprechende Äußerungen des Studienteilnehmers möglich:

8 Auf diese drei »Einstiegsfragen« hatten sich die Projektleiter der Angehörigenprojekte im Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen geeinigt, um eine projektübergreifende Kooperation bei der Auswertung qualitativer Interviews zu erleichtern (vgl. ANGERMEYER et al., 2000; BALCK & DINKEL, 1999; VON CRAMON et al., 2000; sowie VON KARDORFF & SCHÖNBERGER, 2000).

- »Können Sie mir über diese Zeit (z. B. Erkrankungsbeginn des Partners) noch etwas mehr erzählen?«
- »Sie erwähnten vorhin Situation x (z. B. Konflikt in der Familie), können Sie mir diese noch einmal genauer schildern?«
- »Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern, in der Sie dieses Gefühl hatten, ... (z. B. mit Ihren Kräften am Ende zu sein)?«

Die inhaltliche Strukturierung und der zeitliche Umfang der narrativen Interviews hing insgesamt weitgehend vom jeweiligen Studienteilnehmer ab. Die Gespräche dauerten im Durchschnitt etwa eine halbe Stunde; die Dauer des längsten Interviews betrug 75 Minuten, die des kürzesten zehn Minuten. Sämtliche Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Der unmittelbare Informationsgehalt der Interviewaufnahmen variierte stark, weil die Auskunftsbereitschaft der Studienteilnehmer sehr unterschiedlich ausgeprägt war. In einigen Interviews finden sich deshalb nur fragmentarische Informationen über die Lebensgeschichte und die Lebenssituation der betreffenden Studienteilnehmer.

Nach Beendigung des narrativen Interviews wurden einige Fragebögen, in denen soziodemografische Daten, finanzielle Belastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen erfasst wurden, im Beisein des Interviewers ausgefüllt. Das Ausfüllen dieses relativ umfangreichen Fragebogenpakets nahm in der Regel die meiste Zeit des Interviewkontakts in Anspruch. Psychische Beeinträchtigungen und Symptome der Studienteilnehmer wurden mit einer modifizierten Version des von der WHO entwickelten *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) erhoben. Das CIDI ist ein standardisiertes Interview zur Erfassung aktueller und lebenszeitbezogener psychischer Störungen im Erwachsenenalter gemäß der Kriterien des ICD-10 und DSM-IV. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine computerisierte Version des Instruments eingesetzt (DIA-X M-CIDI). In Anlehnung an das von WITTCHEN (1998) vorgeschlagene Vorgehen wurde dabei ein zweistufiges Design gewählt: Während des ersten Interviewkontakts wurde den Studienteilnehmern ein Screening-Fragebogen mit 13 sog. Stammfragen vorgelegt, die sich auf aktuelle und frühere psychische Beeinträchtigungen beziehen und mit »Ja« oder »Nein« zu beantworten sind. In denjenigen Fällen, in denen mindestens eine der Screening-Fragen positiv beantwortet wurde, wurde ein weiterer Termin zur Durchführung eines vollständigen klinischen Interviews vereinbart (DIA-X M-CIDI, Laptop-Version; vgl. WITTCHEN, 1998).

Beim Ausfüllen der Fragebögen und auch während des klinischen Interviews in einem zweiten Interviewkontakt fühlten sich die Studienteilnehmer häufig zu weiteren Erzählungen und Alltagsbeschreibungen angeregt, die im Rahmen des narrativen Interviews noch nicht aufgetaucht waren. In einigen Fällen waren Studienteilnehmer auch erst nach dem Abschalten des Aufnahmegeräts dazu bereit, über bestimmte Themen zu sprechen. Um auch diese Informationen dokumentieren und verwerten zu können, wurde im Anschluss an die Interviews ein sog. *Kontaktprotokoll* angefertigt (GLINKA, 1998): Dabei wurden die im Verlauf des Interviewkontakts gemachten Beobachtungen und weitere nicht in der Interviewaufnahme enthaltene Informationen so genau wie möglich festgehalten. In Anlehnung an das Vorgehen der Grounded Theory wurden darüber hinaus alle theorierelevante Hypothesen, Konzepte und Interpretationen, die während des Datenerhebungsprozesses

auftauchen, in separaten *Memos* notiert (WIEDEMANN, 1986). Die Kontaktprotokolle und *Memos* dienen nicht nur einer Kontextualisierung des erhobenen Interviewmaterials, sondern werden im weiteren Verlauf der Datenauswertung als eigenständige wichtige Datenquelle betrachtet.

5.4 Aufbereitung und Auswertung der Interviews

Die Bearbeitung des vorliegenden Interviewmaterials erfolgte unter Anwendung eines im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelten Verfahrens⁹, das auf methodische Prinzipien der *strukturalen biografischen Fallanalyse* (FISCHER-ROSENTHAL, 1995; 1996) und der *Grounded Theory* (GLASER & STRAUSS, 1998; STRAUSS & CORBIN, 1996) rekurriert. Es handelt sich dabei um eine Auswertungsmethode, die auf eine schrittweise interpretative Erschließung des Interviewmaterials abzielt. Die Auswertung der Interviews lief nach einer systematischen Prozedur ab, bei der sämtliche Verfahrensschritte dokumentiert wurden. Mit diesem regelgeleiteten Vorgehen waren zwei methodische Ziele verbunden: Erstens sollte während des Auswertungsprozesses ein rascher und gezielter Wechsel zwischen unterschiedlichen Abstraktions- und Interpretationsebenen und damit eine ökonomische Rücküberprüfung der Ergebnisse ermöglicht werden. Zweitens sollte durch die ausführliche Explikation und Dokumentation des Vorgehens gewährleistet werden, dass der Auswertungsprozess in allen seinen Schritten nachvollzogen werden kann. Auf diese Art und Weise wurden die für qualitative Untersuchungen zentralen Gütekriterien der *methodischen Regelgeleitetheit* und der *Verfahrensdokumentation* berücksichtigt (vgl. MAYRING, 1996).

Die Aufbereitung und Auswertung des Interviewmaterials lässt sich durch folgende fünf Schritte beschreiben (vgl. Abbildung 5, S. 67):

1. *Transkription*. Der erste Arbeitsschritt bestand in einer exakten Verschriftung der vorliegenden Interviewaufnahmen. Durch die Transkription wurde eine vollständige Textfassung der geführten Interviews hergestellt. Wichtige Informationen über das Wortprotokoll hinaus (z. B. Auffälligkeiten der Sprache wie Pausen, Betonungen, Lachen u. Ä.) wurden nach den von FISCHER-ROSENTHAL (1996) vorgeschlagenen Transkriptionsregeln vermerkt. Die so entstandenen Texte stellten die Grundlage für die weitere Auswertung dar. Der folgende Ausschnitt vermittelt einen Eindruck von dem transkribierten Interviewmaterial:

⁹ Die Auswertungsmethode der vorliegenden Untersuchung wurde u. a. in Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau Dipl.-Psych. Jeannette Bischkopf entwickelt, die sich in ihrer Dissertation mit der Lebenssituation von Partnern depressiver Patienten beschäftigt (BISCHKOPF, 2000).

006 I: Ja, Frau K., vielleicht können Sie mal ein bisschen darüber erzählen, was sich für Sie
007 verändert hat seit der Erkrankung Ihres Mannes.
008 A: (1) Na eigentlich fast alles.
009 I: Fast alles.
010 A: S ganze Leben, hm.
011 I: Ja.
012 A: (2) Ja, hm.
012 I: Können Sie mal bisschen darüber berichten?
014 A: / Hm ((lachend)), was soll ich n da groß erzählen? ((Lachen)) (1) S ist (2) mh (3)
015 s ist gar nicht so einfach da was zu erzählen.
016 I: Ja. Wo anfangen, ne?
017 A: Wo anfangen, hm. Also, dass die Krankheit eben halt, ihn total
018 verändert hat und, eben demzufolge och de Familie. Kinder, mich und ebend
019 I: Ja Mhm
020 och- und s ganze Umfeld.
021 I: Ja.
022 A: Das hat sich alles halt verändert. Obwohl s halt wie gesagt jetzt schon wieder (1) sich,
023 (2) normalisiert. Ne? So wie früher wird s zwar sicher nie wieder werden, weil
024 I: Mhm
025 bei ihm eine Persönlichkeitsveränderung stattgefunden hat durch die Krankheit.
026 I: Ja.
027 A: Und s ist manchmal sehr schwer, für mich und für de Kinder damit klar zu
028 kommen. S ist nicht einfach. (1) Ja s ist ((Seufzen)) man wollt s, man will s eben
029 halt nicht wahrhaben was de Krankheit angerichtet hat.
030 I: Hm (1) das war schon 'n richtiger Schicksalsschlag für Sie.
031 A: Ja. Mittlerweile, er ist als
032 gesund- sagen wir mal, als gesunder Mensch zur Kur gefahren- / ist ja gut komm
033 ((Hundebellen)) Nimm den mal mit raus ((in andere Richtung gesprochen)) und äh
034 und kam nach 14 Tagen, ich sag mal als todkranker Mann wieder nach Hause. Ohne
035 mich zu informieren, (1) ham sie ihn mir nach Hause gebracht. (1) Total verändert.

Abbildung 1: Transkribierter Interviewausschnitt (Interview 032, Einstiegsphase)

2. *Sequenzierung*. Das Ziel dieses Arbeitsschrittes war es, die Materialfülle des vorliegenden Interviewtranskripts zu reduzieren und gleichzeitig eine Strukturierung des gesamten Textes in seiner sequenziellen Reihenfolge vorzunehmen. Dabei wurde das transkribierte Interview zunächst in kleine Textabschnitte zerlegt. Die Setzung einer neuen Sequenz erfolgte bei Themenwechseln sowie bei deutlichen Wechseln in den Ebenen der Sachverhaltsdarstellung. Die gefundenen Sequenzen wurden in tabellarischer Form aufbereitet, wobei folgende Prinzipien der Textbearbeitung zur Anwendung kamen:

- *Auslassung*: Bedeutungsgleiche und irrelevante Texteinheiten innerhalb einer Interviewsequenz wurden weggelassen.
- *Zusammenfassung*: Umfangreiche Erzählpassagen und Schilderungen wurden in kom-

primierter Form wiedergegeben, wobei die bedeutungstragenden Aussagen erhalten bleiben sollten.

- *Selektion*: Einzelne Textbestandteile (nach Möglichkeit wörtliche Zitate des Interviewpartners) wurden bei der Darstellung der Sequenzierung unverändert wiedergegeben, wenn sie wesentliche Sachverhalte in treffender oder kompakter Form repräsentierten.

STRAUSS und CORBIN (1996) machen darauf aufmerksam, dass die mit der Selektion und Reduktion von Textmaterial verbundenen Entscheidungen immer auch bereits erste theoretische Aussagen über den zu untersuchenden Gegenstand beinhalten. Somit erweisen sich die Grenzen zwischen Datenaufbereitung und Datenauswertung auch bei dem oben skizzierten Vorgehen als fließend. Im vorliegenden Zusammenhang hatte die Interviewsequenzierung jedoch in erster Linie die Funktion eines Aufbereitungsverfahrens: Es sollte ein kompaktes, überschaubares »Corpus« des geführten Interviews geschaffen werden, das eine strukturierte Ausgangsbasis für weitere Analysen bietet und zugleich eine systematisierte Rücküberprüfung der später gewonnenen Erkenntnisse am Ausgangsmaterial ermöglicht (vgl. MAYRING, 1996; SUEDMERSEN, 1983).

3. *Sequenzielle Interpretation und Explikation*. Der Grundgedanke dieses Arbeitsschritts war es, zusätzliches Material an die sequenzierten Textabschnitte heranzutragen, um diese zu erläutern, zu erklären oder auszudeuten. Erste Deutungsentwürfe ergaben sich durch interpretierende Paraphrasen einzelner Textbestandteile unter Einbeziehung theoretischer Begriffe und Abstraktionen. Weiteres Explikationsmaterial boten »interne« Bezüge im Textumfeld der zu interpretierenden Interviewsequenz sowie »externe«, über den Text des Interviews hinausgehende Kontextinformationen (z. B. über den Interviewpartner und die Gesprächssituation). Die fallbezogenen Interpretationen und Abstraktionen, die sich auf das Textmaterial und auf theoretische Vorannahmen stützten, wurden in Form von kurzen theoretischen Memos festgehalten. Dabei sollten nach Möglichkeit bereits vorläufige Hypothesen im Hinblick auf die später vorzunehmende Fallrekonstruktion generiert werden (vgl. Abbildung 2).

Die obige Beschreibung legt möglicherweise die Auffassung nahe, dass die Interviewsequenzierung und die Interpretation der Interviewsequenzen zwei streng getrennte Arbeitsschritte darstellen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die gewählte Forschungsmethode sah vielmehr grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt der Auswertung die Möglichkeit vor, theoriebezogene Memos und Hypothesen zu formulieren. Konkret bedeutet dies, dass Sequenzierung und Interpretation nicht als grundsätzlich zeitlich aufeinander folgende, sondern als z. T. parallele, einander überschneidende und aufeinander verweisende Auswertungsschritte zu betrachten sind.

Sequenz	Thema	offenes Kodieren/Explikation
008–029	<ul style="list-style-type: none"> – »Fast alles«, »das ganze Leben« hat sich verändert – »Die Krankheit hat ihn total verändert und demzufolge auch die Familie, Kinder, mich und eben auch's ganze Umfeld« – sehr schwer für Familie, damit klarzukommen – »So wie früher wird's nie wieder werden« – »Man will's nicht wahrhaben manchmal, was die Krankheit angerichtet hat« 	<ul style="list-style-type: none"> – Schizophrenie = tiefer biografischer Einschnitt; »kritisches Lebensereignis« – verheerende Auswirkung auf sämtliche Lebensbereiche – Beeinträchtigung der Sozialbeziehungen – gravierende Veränderungen hinsichtlich Familienstruktur und partnerschaftlicher Rollenverteilung – Neudefinition der Beziehung zum erkrankten Partner notwendig
031–036	<ul style="list-style-type: none"> – als gesunder Mensch zur Kur gefahren und als todkranker Mann wieder nach Hause gekommen 	<ul style="list-style-type: none"> – Krankheitsbeginn traf Partnerin völlig unvorbereitet wie eine Naturkatastrophe
031–036	<ul style="list-style-type: none"> – »Ohne mich zu informieren, haben sie ihn mir nach Hause gebracht, total verändert« 	<ul style="list-style-type: none"> – Fassungslosigkeit angesichts der »totalen« Wesensveränderung – Empörung, weil keine Information von ärztlicher Seite erfolgte; Kritik; Unterstellung ärztlicher Inkompetenz im Umgang mit Angehörigen
036–043	<ul style="list-style-type: none"> – während der Kur beginnende Verfolgungsideen, Misstrauen: erst gedacht, er macht Spaß; »hatte mich schon gewundert« – Ärztin angerufen, diese »hat sofort gemerkt, was los ist« 	<ul style="list-style-type: none"> – Wahnsymptome des Partners wurden als bizarr und verwirrend erlebt, aber zuerst nicht ernst genommen – Zunehmende Hilflosigkeit/Ratlosigkeit – Erleichterung nach Klinikeinweisung
045–051	<ul style="list-style-type: none"> – »ab dem Zeitpunkt wurde probiert, probiert, probiert« – Eine Einweisung nach der anderen, kein Medikament hat angeschlagen – Klinikaufenthalt ein ganzes Jahr 	<ul style="list-style-type: none"> – Verabreichung unterschiedlicher Medikamente als zusätzliche Verunsicherung; Misstrauen den Ärzten gegenüber; Verdacht: Versuchskaninchen? Falsche Behandlung? – Erkrankungsverlauf wird rückblickend als sehr schwer wahrgenommen

Abbildung 2: Sequenzanalyse (Ausschnitt aus Interview 032)

4. *Bündelung und Generalisierung.* Die unterschiedlichen Themen und Aspekte, die sich bei der sequenziellen Analyse des Interviews nach und nach herauschälten, wurden im Anschluss in »thematischen Feldern« zusammengefasst. Dabei wurden inhaltlich eng zusammenhängende, unter Umständen im Interview weit verstreute Textsequenzen und die sich darauf beziehenden Explikationen in gebündelter Form wiedergegeben. Das Er-

gebnis dieses Arbeitsschritts war eine inhaltlich strukturierte Übersicht über die im Interviewtext vorkommenden Themen und die darauf bezogenen interpretativen Aspekte.

<i>Themenfeld 1: Belastungen und Überforderungsgefühle</i>	
Sequenz	Thema/Explikation
008–029	Probleme, die Folgen der Erkrankung/Persönlichkeitsveränderung zu akzeptieren; »Man will's nicht wahrhaben manchmal, was die Krankheit angerichtet hat«
053–054	Gefühl, selbst massiv belastet zu sein; glücklicherweise sind Kinder schon alt genug und keine <i>zusätzliche</i> Belastung
056–065	Jahr des Klinikaufenthalts: »harte Zeit, die mich och sehr viele Nerven gekostet hat« Grenzen der Belastbarkeit waren erreicht; »och beim Arzt gewesen und Medikamente genommen«; durch schweren Stress selbst »kurz vorm Black-out«
068–072	Mehrfachbelastung führte zu Überforderungsgefühlen und massivem Alltagsstress
072–083	Trauer und Mitgefühl mit dem Partner
152–189	Im Alltag: Vermittlungsbemühungen im Vater-Sohn-Konflikt kosten viel Kraft
219–248	Mehrfachbelastung Beruf – Familie – Erkrankung des Partners; oft Gefühl, der Belastung nicht gewachsen zu sein; »Situationen, wo ich manchmal fast am Verzweifeln bin«
350–362	Wechselhaftigkeit und Unangemessenheit der Stimmungen des Patienten: anstrengend und z. T. peinlich für Partnerin
383–386	fühlt sich allein gelassen, Wunsch nach mehr Hilfe und Unterstützung; Resignation

<i>Themenfeld 2: Persönlichkeitsveränderungen des erkrankten Partners</i>	
Sequenz	Thema/Explikation
008– 029	Folgen der Schizophrenie: »totale« Persönlichkeitsveränderung; irreparable Schädigungen der Partnerschaft, des Familienlebens sowie externer Sozialbeziehungen
072–083	Mitgefühl mit dem Partner, der sich nichts mehr zutraut; Trauer über den Verlust des selbstbewussten und kompetenten Partners, auf den sie früher stolz war
152–189	Pedanterie/Perfektionismus und Reizbarkeit durch Krankheit immer schlimmer geworden
253–276	besonders in Konfliktsituationen: »Dann ist er ä total anderer Mensch«
278–311	Laienpsychologische Theorie für verändertes Verhalten des Partners: Kindheitstrauma + Erkrankung führt zu verstärktem Konfliktverhalten
350–362	aktuelle Wechselhaftigkeit und Unangemessenheit der Stimmungen des Patienten: anstrengend und z. T. peinlich für Partnerin.
362–380	»Humor und Lachen sind ganz weg bei ihm«; befindet sich nur noch in einer düsteren Welt, nicht einfach ihn da raus zu holen.

Abbildung 3: Bündelung in thematischen Felder (Interview 032, Ausschnitt)

Die thematischen Felder stellen Strukturierungsdimensionen dar, bei denen eine inhaltliche Überlappung mit anderen thematischen Feldern durchaus möglich ist. So kann z. B. eine definierte Interviewsequenz gleichzeitig zwei unterschiedlichen thematischen Feldern zugeordnet werden. Dies ist ein wichtiger Unterschied zu inhaltsanalytischen Verfahren, bei denen ein Kategoriensystem so konstruiert sein muss, dass eine *eindeutige* Zuordnung des zergliederten Textmaterials zu den Kategorien immer gewährleistet ist (vgl. MAYRING, 1996). Das im Rahmen der vorliegenden Untersuchung angewandte Auswertungsverfahren ist in dieser Hinsicht weniger »exakt«, bietet aber den wichtigen Vorteil, dass einander überlappende thematische Felder die Komplexität und Mehrdeutigkeit des Textmaterials differenzierter abbilden können als scharf voneinander abgegrenzte Kategorien, die zwangsläufig inhaltliche oder sinnhafte Verkürzungen der Interviews mit sich bringen.

5. Zusammenfassende Fallrekonstruktion. In einer Integration der bisher geleisteten Auswertungsschritte wurde der untersuchte Einzelfall in Form eines kompakten »Fallportraits« rekonstruiert. Dabei wurden alle vorliegenden Informationen und Zwischenergebnisse (Interviewanalysen, Kontaktprotokolle, Memos, Fragebogendaten) in einer Gesamtinterpretation des Falles zusammengeführt. Die zusammenfassende Fallrekonstruktion zielte insbesondere auf eine strukturierte Darstellung biografischer und alltagsbezogener Deutungen des Studienteilnehmers ab, die für dessen »Leben mit einem schizophrener Partner« bedeutsam sind. Beim Verfassen der Fallportraits wurden die herausgearbeiteten thematischen Felder miteinander in Beziehung gesetzt und nochmals am Ausgangsmaterial des transkribierten Interviews überprüft. Einer Empfehlung von STRAUSS und CORBIN (1996) folgend, wurden dabei nicht nur die Interviewtranskripte erneut durchgesehen, sondern auch die jeweiligen Tonbänder abgehört. Besonders treffende Äußerungen der Interviewteilnehmer wurden im originalen Wortlaut in das Fallportrait integriert. Abschließend wurde versucht, in einer prägnanten *Headline* – möglichst unter Verwendung eines Zitats oder eines Ausdrucks des Interviewpartners – ein inhaltliches Kondensat des analysierten Interviews zu formulieren. Die *Headline* sollte retrospektiv den thematischen Kern eines individuellen Falles benennen und angesichts der relativ großen Datenmengen dabei helfen, den Überblick über die untersuchten Fälle zu bewahren (JAEggi & FAAS, 1993).

Fallportrait/Interview 032

**»Die Krankheit hat ihn total verändert –
und demzufolge auch die Familie, mich und eben auch's ganze Umfeld«**

Frau K. ist 43 Jahre alt; mit ihrem erkrankten Ehemann (42) ist sie seit 1980 verheiratet. Das Paar hat zwei Kinder im Alter von 15 und 17 Jahren. Bis zur Erkrankung erlebte Frau K. das Familienleben und die Beziehung als sehr befriedigend und harmonisch; sie war stolz auf ihren Mann, der in ihren Augen selbstbewusst, humorvoll und handwerklich begabt war. Die gesellschaftlichen Umbrüche der deutschen Wiedervereinigung hatten beide Partner beruflich unbeschadet überstanden: Frau K. wurde als Angestellte von einem großen Dienstleistungsbetrieb übernommen, Herr K. fand schon bald eine Beschäftigung als Kraftfahrer, mit der er sehr zufrieden war. Aufgrund des Doppelverdienstes gab es keine finanziellen Sorgen, und die Familie konnte ihre privaten Lebensvorstellungen weitgehend verwirklichen. Vor ca. vier Jahren erkrankte Herr K. während eines Kuraufenthalts an Schizophrenie. Seitdem war er mehrfach und jeweils für mehrere Monate in stationärer psychiatrischer Behandlung. Seine Berufstätigkeit musste Herr K. aufgeben; heute bezieht er eine Erwerbsunfähigkeits-Rente.

Für Frau K. bewertet die schizophrene Erkrankung ihres Ehepartners rückblickend als tiefen biografischen Einschnitt, ja eine Lebenskatastrophe: »Fast alles« hat sich für sie seither verändert. Noch heute ist Frau Körner erschüttert über die erkrankungsbedingten Veränderungen in Partnerschaft und Familienleben: »Es ist manchmal sehr schwer für mich und die Kinder, damit klarzukommen, 's ist nicht einfach. Man will's eben nicht wahrhaben manchmal, was die Krankheit angerichtet hat.«

Zunächst waren es *Belastungen während des Erkrankungsbeginns* und des langen Klinikaufenthalts ihres Mannes, welche Frau K. als sehr »harte Zeit« erlebte, die sie »viel Nerven gekostet« hat. Zu der zeitaufwändigen und nervenaufreibenden Betreuung des erkrankten Partners kamen die ohnehin vorhandenen Anforderungen von Beruf, Kindererziehung und Haushalt. Frau K. hatte in dieser Zeit das Gefühl, der Situation nicht mehr gewachsen zu sein. Als Folge der *multiplen Belastungen* erlebte Frau K. innerhalb kurzer Zeit mehrere Panikattacken und war wochenlang krankgeschrieben. Es erscheint plausibel, dass ihre seit ihrer Kindheit bestehende Neigung zu Angst und Vermeidungsverhalten in dieser Belastungsphase akut zum Ausbruch kam (Agoraphobie, Angstanfälle). Die seelische Krise und die Panikattacken ließen Frau K. befürchten, selbst psychisch zu erkranken: »Ich hatte schon Angst, selber überzuschnappen!«

Nach dem Abklingen der akuten Symptomatik ihres Mannes erlebt Frau K. vielfältige negative Veränderungen und *Belastungen im alltäglichen Zusammenleben*. Ihren Mann nimmt Frau K. als durch die Krankheit »total anderen Mensch« wahr. Es gelingt ihr kaum noch, ihn aus seiner »düsteren Welt herauszuholen«. Der frühere Humor und die Fröhlichkeit sind verschwunden, dafür nimmt Frau K. zunehmend unsympathische Züge an ihrem Mann wahr, wie etwa launische und unberechenbare Stimmungen, Pedanterie, Rechthaberei und cholerische Ausbrüche. Zusätzlich wird das Zusammenleben durch das Ende von Herrn K.s Arbeitsbiografie belastet: Zum einen bringt die mehr zu Hause verbrachte Zeit auch ein erhöhtes Konfliktpotenzial zwischen den Familienmitgliedern mit sich; zum anderen erlebt Herr K. oft Langeweile und Sinnverlust sowie depressive Verstimmungen.

Abbildung 4: Fallportrait mit Headline (Interview 032, Ausschnitt)



Abb. 5: Arbeitsschritte bei der Interviewauswertung

Die zeitgleich zu der fallrekonstruktiven Auswertung der Interviews stattfindende theoretische Analyse war mit dem Ziel verbunden, aufgrund des vorliegenden Materials (Fallrekonstruktionen, thematische Feldanalysen, Kontaktprotokolle) zu allgemein gültigen Aussagen im Hinblick auf phänomenspezifische Zusammenhänge zu gelangen. Auf diesen Aspekt der *theoretischen Generalisierung* werde ich im Kapitel 5. 6 ausführlicher zurückkommen.

5.5 Datenauswahl und theoretisches Sampling

Wie bereits im Kapitel 5. 1 erwähnt wurde, habe ich mich bei der Auswahl der zu analysierenden Interviews an den Prinzipien des *theoretischen Samplings* orientiert. Dieses Verfahren ist eine zentrales methodisches Konzept in der von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelten *Grounded Theory* (vgl. GLASER & STRAUSS, 1998; STRAUSS & CORBIN, 1996; WIEDEMANN, 1995). Im Gegensatz zu Formen des repräsentativen Samplings findet beim theoretischen Sampling die Auswahl von Fällen, Datenquellen oder Er-

eignissen nicht *vor*, sondern *während* der Untersuchung statt. Datenerhebung und Auswertung finden daher in der Regel parallel statt und sind eng miteinander verschränkt. Die grundlegende Operation des theoretischen Samplings besteht darin, dass Entscheidungen über die Fallauswahl in Abhängigkeit vom jeweiligen Stand der Datenanalyse getroffen werden.

Aufgrund des quantitativen Forschungsdesigns der Rahmenstudie mussten jedoch ein Kompromiss hinsichtlich des Samplings gefunden werden. So erfolgte die Auswahl von Interviewpartnern, wie im Kapitel 5.1 beschrieben wurde, nach Maßgabe der ex ante definierten Einschlusskriterien und der angestrebten Stichprobengröße. Durch diese Vorgaben war die von GLASER und STRAUSS (1998) geforderte *Flexibilität* bei der Datenerhebung stark eingeschränkt. Ein »quasi-theoretisches« Sampling war daher nur nach Abschluss der Erhebung und innerhalb des vorliegenden Datenpools möglich.

STRAUSS und CORBIN (1996) befürworten eine solche Modifikation des »klassischen« Vorgehens, wenn aus forschungspraktischen Gründen die übliche Form des theoretischen Samplings nicht realisiert werden kann:

Wir meinen, dass Forscher intensives theoretisches Sampling [auch] *innerhalb* ihrer tatsächlichen Daten durchführen können und sollten. Indem sie das tun, stellen sie Vergleiche auf theoretischer Basis an, um dann wie üblich ihre Konzepte zu entwickeln. Diese Verfahren arbeiten gewissermaßen so, als ob ein Interview-Pool sich immer weiter entwickelt oder als ob Interviewpartner entweder überlegt ausgewählt oder als bedeutsam für die Untersuchung erkannt worden wären. (STRAUSS & CORBIN, 1996, S. 164)

Die Auswahl der zu analysierenden Interviews orientierte sich an der von STRAUSS und CORBIN (1996) vorgeschlagenen Verfahrensregel, nach der zu Beginn des theoretischen Samplings eine maximale Variabilität anzustreben ist, um so ein breites Spektrum an themenrelevanten Kategorien zu generieren. Im weiteren Verlauf der Analyse liegt der Schwerpunkt des Samplings dagegen auf der weiteren Explikation, Verdichtung und Sättigung der gefundenen Kategorien.

Konkret bedeutete dies, dass auf der Grundlage der vorliegenden Kontaktprotokolle zunächst möglichst unterschiedliche Fälle und Konstellationen für eine Analyse ausgewählt wurden. Beispielsweise handelte es sich bei dem ersten analysierten Fall um eine weibliche Studienteilnehmerin, die ihren schizophrenen Partner vor etwa zehn Jahren »mit seiner Krankheit geheiratet« hatte. Im Mittelpunkt dieses Interviews standen die über viele Jahre hinweg erlebten Alltagsbelastungen des Zusammenlebens und die gravierenden Auswirkungen dieser Belastungen auf die eigene Gesundheit (Fallportrait 1/Interview 002). Im Sinne eines kontrastierenden Vergleichs wurde für die zweite Fallanalyse ein männlicher Studienteilnehmer ausgewählt, dessen Partnerin sechs Monate zuvor ihren ersten schizophrenen Schub erlitten hatte. Thematische Schwerpunkte dieses Interviews waren der erst kurz zurückliegende Schock des Erkrankungsbeginns sowie die Bemühungen des Partners, die neue Situation zu bewältigen und alle verfügbaren Hilfemöglichkeiten auszuschöpfen (Fallportrait 2/Interview 109).

In einer späteren Phase der Auswertung ging es hingegen darum, bereits vorliegende Auswertungskategorien zu spezifizieren und miteinander in Beziehung zu setzen. Deshalb wurde das Sampling im Verlauf der Untersuchung zunehmend von der Zielsetzung geleitet, die Gültigkeit von Kategorien in ähnlich gelagerten Fällen zu überprüfen und

Variationen der Kategorie aufzudecken. Das zentrale Kriterium für die Auswahl eines Interviews war hier die *theoretische Relevanz* für die zu entwickelnde Theorie über das »Leben mit einem schizophrenen Partner«. Auch dieses Prinzip sei anhand eines konkreten Beispiels erläutert: Im Verlauf der Analyse zeigte sich, dass einige Studienteilnehmer trotz massiver Beziehungsprobleme und Belastungen den Gedanken an eine Trennung von ihrem erkrankten Partner nicht in Erwägung zogen, ja sogar weit von sich wiesen (vgl. z. B. Interviews 002; 062; 155, 171). Um das sich hier herauskristallisierende Themenfeld zu spezifizieren und hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zu anderen Kategorien zu überprüfen, wurden gezielt weitere Interviews für eine Analyse ausgewählt, in denen zwar schwere Belastungen berichtet wurden, eine Trennung vom Partner aber explizit ausgeschlossen wurde.

Das Sampling innerhalb des zur Verfügung stehenden Interviewpools wurde nun solange fortgesetzt, bis sich eine *theoretische Sättigung* im Hinblick auf die Kategorienbildung abzeichnete:

Die Anzahl analysierbarer Fälle lässt sich in einer Studie mit dem Ziel einer theoretischen Verallgemeinerung [...] erst ex post, also nach dem Abschluss der Analyse bestimmen; sie ist erreicht, wenn kein neuer Typus mehr rekonstruiert, mithin von einer theoretischen Sättigung gesprochen werden kann. (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL, 1997, S. 151)

Theoretische Sättigung ist nach Auffassung von STRAUSS und CORBIN (1996) dann erreicht, wenn

1. keine neuen oder bedeutsamen Daten mehr in Bezug auf eine Auswertungskategorie aufzutauchen scheinen;
2. die Kategorienbildung *dicht* ist, insoweit als alle wesentlichen erachteten Aspekte des Phänomens (Variation; Ursachen und Folgen; intervenierende Bedingungen) berücksichtigt wurden;
3. die Beziehungen zwischen den verschiedenen Kategorien differenziert ausgearbeitet und überprüft sind.

Ein exaktes Kriterium für die theoretische Sättigung der entwickelten Auswertungskategorien ist naturgemäß schwer festzulegen. Wann kann z. B. davon ausgegangen werden, dass eine befriedigende Dichte der Kategorien und ihrer Verknüpfungen erreicht ist? Wann können die Kategorien der theoretischen Verallgemeinerung als hinreichend validiert gelten? Die Entscheidung, zu welchem Zeitpunkt das theoretische Sampling abzuschließen ist, muss letztlich vom Forscher selbst getroffen werden. Wie MAYRING (1996) in diesem Zusammenhang kritisch bemerkt, sind die besten und einleuchtendsten Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung wertlos, wenn sie vorwiegend auf subjektiven Entscheidungen beruhen, die nicht überprüft werden können. Ich habe deshalb versucht, die einzelnen Schritte der Datenauswahl und -auswertung argumentativ zu begründen und zu dokumentieren, um sie so für Außenstehende transparent zu machen. Darüber hinaus stellte der Diskurs in der Forschungsgruppe einen wichtigen Baustein für eine intersubjektive Überprüfung der getroffenen Entscheidungen dar (vgl. Kapitel 5. 7).

5.6 Stationen der Theoriegenerierung

Während des in den beiden vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Auswertungsprozesses kristallisierte sich nach und nach ein theoretischer Bezugsrahmen für das »Leben mit einem schizophrenen Partner« heraus. Dieser sollte nun schrittweise erweitert und ausgearbeitet werden. Bei der Theoriegenerierung wurde dazu prinzipiell im Sinne einer *komparativen Kasuistik* verfahren, die durch die vergleichende Analyse unterschiedlicher Einzelfälle zu phänomenspezifischen Erkenntnissen gelangen will (vgl. JÜTTEMANN, 1998). Entscheidend für das Vorgehen der vorliegenden Untersuchung ist die enge Verschränkung von Datenauswahl, Einzelfallanalyse und theoretischer Verallgemeinerung. Diese Verschränkung lässt sich durch Abb. 6 veranschaulichen.

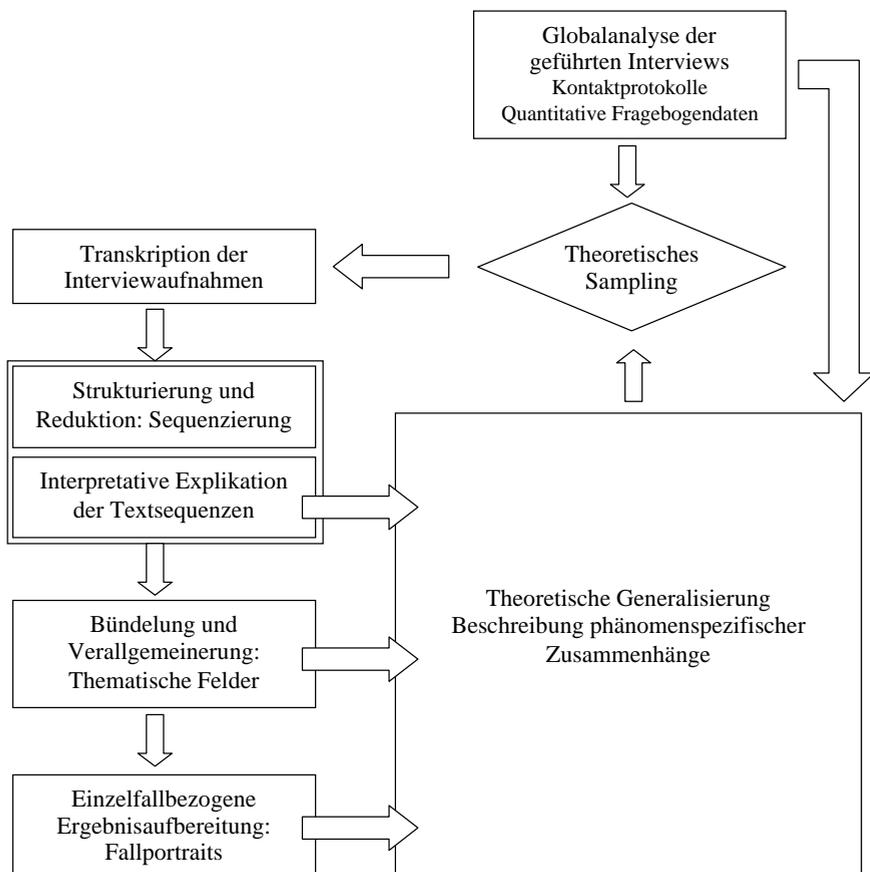


Abb. 6: Schematische Darstellung des Vorgehens bei der Theoriegenerierung

Aus dem Schema geht hervor, dass bereits bei der *Explikation* einzelner Interviewsequenzen – also in einer relativ frühen Phase der Interviewauswertung – erste Beiträge zu einer theoretischen Generalisierung geleistet wurden. So ergaben sich während der ersten vorgenommenen Sequenzanalyse (Interview 002) zahlreiche Konzepte und Kategorien, bei denen eine theoretische Relevanz für die Fragestellung angenommen werden konnte (z. B. Stress und Belastung; Stigmatisierungsbefürchtungen; Adaptationsprozesse). In gleicher Weise stellte die Bündelung der Sequenzen in größere thematische Felder (z. B. Normalisierung des Beziehungsalltags, akute Überforderungsgefühle) interessante Ansatzpunkte für eine theoretische Verallgemeinerung bereit.

Bereits nach der Analyse des ersten Interviews lag also reichhaltiges Material für die Formulierung phänomenspezifischer Zusammenhänge vor, die freilich noch einen sehr vorläufigen und ergänzungsbedürftigen Charakter hatte und deren Gültigkeit anhand weiterer Fallanalysen zu überprüfen war (vgl. FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL, 1997). So ergab die Analyse des ersten betrachteten Falls (Interview 002) u. a. folgende theoretische Verallgemeinerung:

In Beziehungen mit einem schizophrenen Menschen können Solidarität und Verpflichtung eine besondere Bedeutung gewinnen. Dabei spielt die Orientierung an traditionellen Wertvorstellungen hinsichtlich Ehe und Partnerschaft eine zentrale Rolle. Eine Trennung würde für den Partner bedeuten, den Erkrankten in einer Situation im Stich zu lassen, in der dieser Hilfe und Unterstützung am dringendsten benötigt. Aus diesem Grund weisen Partner den Gedanken an eine Trennung auch im Falle erheblicher und lange andauernder Belastungen weit von sich. Sie empfinden auch längerfristig die Verpflichtung, zum Erkrankten zu stehen und eine entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Die Erkenntnis, dass der Einsatz für den psychisch kranken Partner auf Dauer einen hohen persönlichen und gesundheitlichen Preis fordert, kann allerdings zu einem Zurückschrauben des eigenen Engagements und zu einem Bemühen um Entlastung führen.

Abbildung 7: Theoretische Verallgemeinerung im Anschluss an eine Fallrekonstruktion

In dem analysierten Fall hatte die Studienteilnehmerin ihren Mann im Wissen um dessen psychische Krankheit geheiratet; daher konnte davon ausgegangen werden, dass sie zum Zeitpunkt der Eheschließung Belastungen und Einschränkungen des Beziehungsalltags zumindest teilweise antizipierte. Im Hinblick auf den zu entwickelnden Theoriebaustein stellte sich an diesem Punkt die Frage, ob die Grenzen der Verantwortlichkeit anders definiert werden, wenn der Partner erst im Verlauf der Beziehung an einer Schizophrenie erkrankt. Im weiteren Verlauf der Datenauswahl und -analyse sollten daher u. a. Fälle miteinander verglichen werden, bei denen die Schizophrenie des Partners vor bzw. während der Ehe ausgebrochen war.

5.7 Diskurs in der Forschungsgruppe

An diesem Punkt der Untersuchung wurden auch diskursive Elemente in den Auswertungsprozess mit einbezogen. In einem vierzehntägig stattfindenden Forschungscolloquium mit vier bis acht Wissenschaftlern wurde die Auswertung der Interviews kontinuierlich begleitet und reflektiert. Die Arbeitstreffen in der Forschungsgruppe waren in mehrfacher Hinsicht hilfreich für die Interviewauswertung und die darauf bezogene Theoriegenerierung (vgl. MRUCK & MEY, 1998):

Die Forschungsgruppe bildete zunächst eine *Interpretationsgemeinschaft* mit einem breiten Spektrum unterschiedlicher Ideen und Perspektiven. Im Rahmen der Arbeitstreffen wurden u. a. Einzelfälle aus unterschiedlichen Forschungsprojekten gemeinsam analysiert und im Hinblick auf theoretische Implikationen diskutiert. Neben globalen Einzelfallbesprechungen wurden dabei differenzierte Feinalysen durchgeführt. Das Vorgehen bei diesen Feinalysen orientierte sich an methodischen Prinzipien der objektiven Hermeneutik (OEVERMANN et al., 1979; REICHERTZ, 1997) sowie der biografischen Narrationsanalyse im Sinne von Wolfram Fischer-Rosenthal (vgl. FISCHER-ROSENTHAL, 1995; 1996; FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL, 1997). Dabei wurden einzelne Interviewpassagen des Transkripts herausgegriffen und gleichsam einer »mikroskopischen« Untersuchung unterzogen: Einzelne Interakte (Sätze oder Satzteile) des Textes wurden Schritt für Schritt hinsichtlich ihres vermutlichen oder möglichen Bedeutungsgehalts analysiert und mit dem tatsächlichen Fortgang des Interviews verglichen. Im Verlauf der Analyse wurden aufgrund dieses Vergleichs möglicher und tatsächlicher Bedeutungen der betrachteten Interakte plausible Lesarten des Textes herausgearbeitet, die sich am Ende in fallbezogenen Strukturhypothesen verdichteten. Da diese Methode mit einem außerordentlich hohen Aufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen verbunden ist, wurden lediglich einige ausgewählte (besonders aussagekräftige, schwer interpretierbare oder prototypische) Interviews mit Partnern schizophrener Menschen einer solchen ausführlichen Feinalyse unterzogen.

Neben ihrer Funktion als Interpretationsgemeinschaft gewährleistete die Forschungsgruppe eine *wissenschaftliche Supervision* der vorliegenden Untersuchung, indem das methodische Vorgehen und die theoretische Konzeptbildung kontinuierlich reflektiert wurde. In diesem Zusammenhang fanden auch zwei ganztägige Forschungscolloquien unter der Leitung von Prof. Dr. Fischer-Rosenthal statt, in denen die von ihm entwickelte Methode der strukturalen biografischen Fallanalyse anhand ausgewählter Interviewbeispiele angewendet und diskutiert wurde. Im Hinblick auf das Thema und die Methode der vorliegenden Untersuchung wurden dabei u. a. Möglichkeiten der methodischen Adaptation bzw. der Kombination mit Elementen der Grounded Theory erörtert. Das in den Kapiteln 5. 4 und 5. 6 dargestellte Vorgehen ist somit in einigen Punkten auch das Ergebnis der in den Forschungscolloquien geführten Methodendiskussion.

Nicht zuletzt wurde in der Forschungsgruppe eine *diskursive Validierung* der gewonnenen Ergebnisse angestrebt. Um die Gültigkeit von Interpretationen und theoretischen Konzepten zu überprüfen, sind in der qualitativen Sozialforschung unterschiedliche kommunikative Strategien vorgeschlagen worden (vgl. KVALE, 1995; LEGEWIE, 1987; SCHEELE & GROEBEN, 1988). Unabhängig von der Frage nach legitimen Kommunikationspartnern¹⁰

¹⁰ Die kommunikative Validierung wissenschaftlicher Geltungsansprüche findet traditionell innerhalb

bedeutet »diskursive Validierung« grundsätzlich eine dialogförmige Überprüfung wissenschaftlicher Erkenntnisansprüche. In den Arbeitstreffen der Forschungsgruppe beinhaltete der Validierungsdiskurs vor allem die Überprüfung und Diskussion der vorliegenden Zwischenergebnisse (Interpretationen der Textsequenzen, Themenfeldanalysen, Fallrekonstruktionen). Ferner wurde das schwierig zu definierende Kriterium für eine »theoretischen Sättigung« der entwickelten Auswertungskategorien einem kritischen Diskurs unterworfen. Die Auseinandersetzung mit abweichenden, kontroversen oder ergänzenden Auffassungen und Interpretationen der beteiligten Wissenschaftler stellte damit ein wichtiges Korrektiv für die von mir individuell vorgenommenen Analyse dar.

der Wissenschaftlergemeinschaft statt; darüber hinaus kann es jedoch auch sinnvoll sein, die befragten Personen selbst in den Diskurs einzubeziehen oder die Interpretationsgemeinschaft auf die Öffentlichkeit auszudehnen (vgl. KVALE, 1995).

6 Ergebnisse

6.1 Zur Ergebnisdarstellung: Eine Leseanleitung

Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung beziehen sich auf 49 Interviews, die ich zwischen März 1999 und Mai 2000 mit Partnern schizophrener Menschen geführt habe. Von diesen 49 Interviews habe ich nach dem Prinzip des theoretischen Samplings 28 ausgewählt und einer ausführlichen qualitativen Analyse unterzogen. Um den gesamten Auswertungsprozess für den Leser nachvollziehbar zu machen, habe ich versucht, die Arbeitsschritte dieser Analyse möglichst sorgfältig zu explizieren und zu dokumentieren.¹¹ Die in den folgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse sind als theoretische Generalisierungen auf der Grundlage der vorgenommenen Einzelfallanalysen zu verstehen. Sie stellen den Versuch dar, spezifische Phänomene und Zusammenhänge in Partnerschaften mit schizophrenen Patienten möglichst differenziert herauszuarbeiten (vgl. Kapitel 5. 6).

Die Struktur der Ergebnispräsentation sei im Folgenden kurz umrissen: Zunächst soll die Gesamtstichprobe der befragten Partner anhand einiger statistischer Daten näher charakterisiert werden. Dies erscheint sinnvoll, um die im Anschluss dargestellten Ergebnisse der qualitativen Analyse angemessen verorten und beurteilen zu können (Kapitel 6. 2). Im darauf folgenden Abschnitt wird beschrieben, wie Partner schizophrener Menschen den Erkrankungsbeginn bzw. spätere psychotische Erkrankungsschübe erleben und welche akuten Belastungen in solchen Phasen auftreten. Dabei sollen auch unterschiedliche Beziehungskonstellationen und Erkrankungsverläufe berücksichtigt werden, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen können (Kapitel 6. 3). Auf alltägliche bzw. chronische Belastungen des Zusammenlebens und auf krankheitsbedingte Veränderungen des Beziehungsalltags werde ich im Kapitel 6. 4 eingehen. Im Anschluss daran sollen Bewältigungsstrategien beschrieben werden, die Partner von schizophrenen Menschen anwenden, um mit den erkrankungsbedingten Problemen und Belastungen zurechtzukommen. Dabei werden u. a. verschiedene Aspekte des Bewältigungsverhaltens erörtert (Kapitel 6. 5). Im Mittelpunkt des Kapitels 6. 6 stehen unterschiedliche Krankheitsdeutungen und Partnerschaftskonzepte, die im Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner bedeutsam sein können. Eine Diskussion der dargestellten Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen für die Konzeption professioneller Unterstützungsangebote, die speziell für Partner schizophrener Menschen hilfreich sein können, beschließen den Ergebnisteil (Kapitel 7).

Im *Anhang* dieser Arbeit finden sich zunächst sämtliche Fallportraits, die unter Anwendung der im Kapitel 5 explizierten Auswertungsmethode verfasst wurden (Anhang A). Die Anonymisierung persönlicher Daten erfolgte dadurch, dass sämtliche Eigennamen

¹¹ Der an einer vollständigen Daten- und Verfahrensdokumentation interessierte Leser sei auf die entsprechenden Abschnitte in meiner Dissertation verwiesen (vgl. JUNGBAUER, 2001).

durch zufällig ausgewählte Pseudonyme ersetzt wurden; ferner wurden Altersangaben und Informationen zum biografischen Hintergrund der Studienteilnehmer soweit verändert, dass eine individuelle Zuordnung nahezu unmöglich sein dürfte. Diese Variante der Anonymisierung ist m. E. »lesefreundlicher« als die der Namensabkürzung (»Herr P.«) und trägt überdies durch eine bessere Einprägsamkeit dazu bei, den Überblick über die analysierten Einzelfälle zu bewahren. Im Anschluss an die Fallportraits ist der Auswahlprozess des theoretischen Samplings als Flussdiagramm dargestellt (Anhang B). Dadurch soll transparent gemacht werden, nach welchen Kriterien Interviews für eine ausführliche Einzelfallanalyse ausgewählt wurden, wann und warum neue Auswahlkriterien in den Auswahlprozess einbezogen wurden und an welcher Stelle der Auswertung das Sampling beendet wurde.

Bei der Ergebnisdarstellung der folgenden Kapitel war es mir wichtig, die theoretischen Verallgemeinerungen möglichst häufig durch den Rekurs auf konkrete Fallbeispiele und Interviewzitate zu belegen. Dadurch soll dem Leser die Möglichkeit gegeben werden, die Ergebnisse der qualitativen Analyse anhand konkreter Interviews nachzuvollziehen und im Sinne einer *komparativen Kasuistik* (JÜTTEMANN, 1998) miteinander in Beziehung zu setzen. Um ein komfortables »Querlesen« zwischen Einzelfallanalyse und theoretischer Generalisierung zu ermöglichen, wurden die Einzelfallanalysen in Form kompakter Fallportraits im Anhang dieser Arbeit aufgenommen. Bei allen zitierten Interviewpassagen wird sowohl auf die zugehörigen Fallportraits als auch auf die Textstelle im Originaltranskript verwiesen.

An dieser Stelle möchte ich hervorheben, dass die Fallportraits trotz ihrer etwas stiefmütterlichen Platzierung im Anhang als wesentliches Komplement der in den folgenden Kapiteln referierten Ergebnisse aufzufassen sind. In Anlehnung an neuere methodische Entwicklungen in der soziologischen Forschung könnte man in diesem Zusammenhang von einer *portraitgestützten Ergebnispräsentation* sprechen (vgl. BECK, VOSSENKUHL & ZIEGLER, 1995; FISCHER, MÜNCHMEIER & v. STREIT, 1997). Der Grundgedanke dabei ist, dass die sozialwissenschaftliche Erkenntnis gleichsam in einem Pendelprozess zwischen der Betrachtung individueller Einzelfälle und der theoretischen Abstraktion entsteht. Zugleich kann die Gesamtheit der Fallportraits als »Collage« sehr unterschiedlicher Lebenslagen und Beziehungsformen betrachtet werden. Diese Form der Zusammenschau gestattet es dem Leser, schrittweise ein »Gesamt-Gefühl« für die Lebenswirklichkeit von Partnern schizophrener Menschen zu entwickeln (vgl. LEFERINK, 1997). Gleichzeitig wird durch den Rekurs auf individuelle Einzelfälle der Gefahr begegnet, dass die Vielfalt der individuellen Lebenswirklichkeiten durch Generalisierungen übermäßig nivelliert wird. In diesem Sinne können die Fallportraits durchaus für sich allein betrachtet werden; dem entsprechend interessierten Leser bietet sich dadurch die Möglichkeit, die Lektüre des Ergebnisteils – gleichsam als Einstimmung – mit den im Anhang A versammelten Fallportraits zu beginnen. Dieser Zugang gestattet nicht zuletzt eine *verstehende Deutung* des zu untersuchenden Phänomens im Sinne von Karl Jaspers: »Verständliche Zusammenhänge [...] werden nicht durch Zahlen, sondern durch den verstandenen Einzelfall erwiesen, Zahlen zeigen nur die Häufigkeit ihres Vorkommens.« (JASPERS, 1972, S. 598).

6.2 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Da die vorliegende Arbeit dem qualitativen Denken verpflichtet ist, steht die Dokumentation von Häufigkeiten bzw. die Analyse statistischer Zusammenhänge nicht im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Gleichwohl stellen die zur Verfügung stehenden quantitativen Daten m. E. wichtige Kontextinformationen dar, die es gestatten, Ergebnisse der qualitativen Analyse besser einzuordnen und im Hinblick auf deren Gültigkeit zu beurteilen. Aus diesem Grund soll die Gesamtstichprobe der befragten Partner von schizophrenen Menschen anhand einiger statistischer Daten näher charakterisiert werden.

Während der ersten Befragungswelle der beschriebenen Rahmenstudie wurden insgesamt 52 Partner schizophrener Patienten befragt. 49 dieser Interviews habe ich selbst durchgeführt, drei Studienteilnehmer wurden von anderen Projektmitarbeitern befragt. In 28 Fällen handelte es sich bei den Studienteilnehmern um männliche, in 24 Fällen um weibliche Partner. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug 46 Jahre; der jüngste war 22, der älteste 72 Jahre alt. 73 % der Partner¹² waren mit dem Patienten verheiratet, 75 % hatten (meist gemeinsame) Kinder.

Um den sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer zu ermitteln, wurde die aktuelle bzw. die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit erfragt. Dabei zeigte sich folgende Verteilung: 27 % der befragten Partner waren Arbeiter oder Facharbeiter, 10 % waren selbstständig oder freiberuflich tätig, und 8 % befanden sich in der Ausbildung bzw. im Studium. Der größte Teil der Studienteilnehmer übte eine angestellte Tätigkeit aus bzw. hatte eine solche zuletzt ausgeübt: Bei 36 % handelte es sich um einfache Angestellte mit oder ohne fachliche Berufsausbildung, 19 % waren Angestellte mit einer höher qualifizierten Tätigkeit oder einer Leitungsfunktion. Hinsichtlich der aktuellen Einkommenssituation ergab sich, dass 42 % der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig waren, die Arbeitslosigkeit lag bei 17 %. Im Altersruhestand befanden sich bereits 6 % der befragten Partner, 21 % bezogen eine Erwerbsunfähigkeits-Rente; in der Regel handelte es sich hierbei um ebenfalls psychisch erkrankte Personen.

Um weitere Anhaltspunkte für die soziale Segmentierung der Stichprobe zu erhalten, wurde in Anlehnung an SCHULZE (1995) ein Interviewer-Rating hinsichtlich der Milieuzugehörigkeit vorgenommen. Dabei wurden die Studienteilnehmer aufgrund der von ihnen präsentierten alltagsästhetischen Schemata und ihrer »Lebensphilosophie« einem soziologischen Milieu zugeordnet. Danach gehörten 52 % der Befragten dem eher unterschichttypischen Harmoniemilieu an, 23 % dem gutbürgerlich-durchschnittlichen Integrationsmilieu, dagegen nur 8 % dem hochkulturell-gebildeten Niveaumilieu. Den eher jugendlichen Milieus – Selbstverwirklichungs- bzw. Unterhaltungsmilieu – gehörten mit 10 % bzw. 8 % ebenfalls relativ wenige der befragten Partner an.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren die befragten Partner im Schnitt seit 15 Jahren mit dem Patienten verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung mit ihm zusammen. In 44 % der Fälle erkrankte der Patient im Verlauf der Partnerschaft erstmals an Schizophre-

12 Streng genommen ist die Angabe von Prozentwerten bei Fallzahlen von $n < 100$ nicht sinnvoll. *Cum grano salis* können Prozentangaben aber auch zur Beschreibung kleinerer Stichproben verwendet werden, weil sie im Vergleich zu absoluten Fallzahlen ein anschaulicheres Verteilungsmaß darstellen (vgl. BORTZ, 1999).

nie, in 56 % der Fälle bestand die psychische Erkrankung bereits, bevor sich das Paar kennen lernte. Im Durchschnitt hatten die Studienteilnehmer ihren Partner seit zehn Jahren mit seiner Erkrankung erlebt, wobei die Dauer des »Lebens mit dem schizophrenen Partner« zwischen acht Monaten und 34 Jahren variierte. Die gemeinsam mit dem Partner verbrachte Zeit (Schlaf nicht mitgerechnet) wurde im Schnitt mit 49 Stunden pro Woche beziffert.

19 % der befragten Partner waren selbst von einer psychischen Krankheit betroffen oder psychisch deutlich beeinträchtigt, als die Partnerschaft geknüpft wurde. In der Mehrzahl dieser Fälle hatte sich das Paar im Kontext der psychiatrischen Versorgung kennen gelernt, z. B. in einer psychiatrischen Klinik, bei einer beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme oder durch Vermittlung des behandelnden Arztes. Zum Zeitpunkt der Befragung ihres Partners befanden sich 87 % der schizophrenen Patienten in regelmäßiger ambulanter Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater, 15 % waren in teilstationärer und 8 % in stationärer psychiatrischer Behandlung.¹³ Um die aktuelle funktionelle Beeinträchtigung des Patienten zu erfassen, wurde der behandelnde Arzt gebeten, eine quantitative Beurteilung gemäß der Achse V des DSM-IV (*Global Assessment of Functioning*; vgl. Anhang G) vorzunehmen. Hier ergab sich mit einem durchschnittlichen GAF-Wert von 53 eine mittelstarke Beeinträchtigung, wobei in Einzelfällen beachtliche Abweichungen nach oben und nach unten auftraten. Was die Einkommenssituation der Patienten angeht, so bezog der weitaus größte Teil (75 %) eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente; über ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit bzw. (im Falle einer vorübergehenden Krankschreibung) über Krankengeld verfügten dagegen nur 19 % der Patienten.

Diese quantitative Beschreibung der Gesamtstichprobe legt folgende Schlussfolgerungen nahe:

- Zunächst kann festgehalten werden, dass in Leipzig eine beachtliche Anzahl von stabilen, d. h. über viele Jahre hinweg bestehenden Partnerschaften mit schizophrenen Menschen existiert. Untermauert wird dieser Befund durch Ergebnisse eines zeitgleich zur vorliegenden Untersuchung durchgeführten Forschungsprojekts, bei dem 307 schizophrene Patienten in Leipzig im Hinblick auf ihre Lebenssituation befragt wurden. Dabei zeigte sich u. a., dass zum Befragungszeitpunkt 32,9 % der Studienteilnehmer in einer Ehe oder einer festen Partnerschaft lebten (KILIAN et al., 2001).
- Der Umstand, dass die Mehrzahl der Partnerschaften zu einem Zeitpunkt geknüpft wurde, als der Patient bereits psychisch erkrankt war, deutet darauf hin, dass die Beziehungsaufnahme zu einem schizophrenen Menschen durchaus mit der Erwartung einer positiven Beziehungsbilanz verbunden sein kann.
- Die meisten Studienteilnehmer leben in Partnerschaften mit einem Patienten, der nach DSM-IV-Kriterien als leicht bis mittelschwer beeinträchtigt einzustufen ist. Dabei ist zusätzlich zu beachten, dass die Rating-Kriterien der GAF-Skala in einigen Fällen einen »Deckeneffekt« implizieren, weil bei einer dauerhaften Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eine Einstufung über 50 nicht möglich ist, obwohl der Patient u. U. in anderen Funktionsbereichen besser eingestuft werden müsste. Der hohe prozentuale Anteil der schizophrenen Patienten, die eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, sagt

¹³ Bei der Frage nach dem aktuellen Behandlungsstatus waren Mehrfachantworten möglich.

hingegen nichts über die Schwere der psychischen Behinderung aus, sondern ist vielmehr auf den spezifischen historischen und sozialrechtlichen Hintergrund in den neuen Bundesländern zurückzuführen (vgl. Kapitel 4. 3).

- Die Mehrzahl der befragten Partner kann sozialen Milieus zugeordnet werden, in denen eine vergleichsweise traditionell-konservative Werteorientierung anzunehmen ist. Trotz möglicher Zweifel hinsichtlich der Übertragbarkeit der von SCHULZE (1995) in Westdeutschland entwickelten Milieubesreibungen auf ostdeutsche Verhältnisse kann davon ausgegangen werden, dass sich die meisten Studienteilnehmer an eher traditionellen Leitbildern hinsichtlich Familie und Partnerschaft orientieren.

6.3 Akute Belastungen während psychotischer Krisen

6.3.1 Vorbemerkung

Die meisten der von mir befragten Studienteilnehmer schilderten die Schizophrenie ihres Partners als phasenhaftes Krankheitsgeschehen, bei dem akute psychotische Schübe mit z. T. langjährigen stabilen Phasen wechseln. Die psychotischen Schübe sind meist durch dramatische Veränderungen im Verhalten des Patienten gekennzeichnet. Nach dem Abklingen der akuten Symptomatik kommt es in der Regel zu einer weitgehenden Remission; gleichwohl sind die Patienten häufig durch langfristige Negativsymptome und unerwünschte Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente beeinträchtigt. Aus der Perspektive des Partners weist die Schizophrenie dadurch unterschiedliche Belastungsaspekte auf, die eng mit den spezifischen Problemen zusammenhängen, die in diesen unterschiedlichen Krankheitsphasen auftreten. Während der psychotischen Episoden werden qualitativ andere Belastungen erlebt als während der stabilen Phasen: In Anlehnung an die »akute Symptomatik« des Patienten kann während der psychotischen Episoden von *akuten Belastungen* des Partners gesprochen werden; dagegen gehen die stabilen Phasen des Patienten für dessen Partner mit *alltäglichen bzw. chronischen Belastungen* und *Veränderungen des Beziehungsalltags* einher (vgl. Kapitel 6. 4).

Im diesem Kapitel soll zunächst beschrieben werden, wie Partner schizophrener Menschen den Erkrankungsbeginn bzw. spätere psychotische Erkrankungsschübe erleben und welche akute Belastungen in diesen Phasen auftreten. Ein eigener Abschnitt ist der in diesem Zusammenhang häufig geäußerten Kritik an den behandelnden Ärzten und der Psychiatrie gewidmet. Ferner werde ich auf die Frage eingehen, inwieweit es für das Erleben akuter Belastungen eine Rolle spielt, ob die Partnerschaft vor oder nach dem Erkrankungsbeginn eingegangen wurde.

6.3.2 Der Erkrankungsbeginn: Schock, Angst und Hilflosigkeit

Der Beginn einer Schizophrenie ist für den Ehepartner des Betroffenen mit enormen emotionalen Belastungen verbunden. Oft wird der Erkrankungsbeginn als plötzlich, verstörend und überwältigend wahrgenommen. Der erkrankte Partner zieht sich ohne ersichtlichen Grund zurück, wirkt misstrauisch und verängstigt oder bleibt tagelang ver-

schwunden, ohne sich zu melden. In manchen Fällen verhält sich der Erkrankte auch feindselig und aggressiv, wobei nicht nur verbale Angriffe, sondern auch Sachbeschädigungen und gewalttätige Übergriffe gegen andere Personen auftreten können. Insgesamt wird der erkrankte Partner als stark verändert, fremd und unheimlich wahrgenommen:

»Für mich war's ein ganz schreckliches Erlebnis, wie se meinen Mann, der hatte ganz andere Züge, der sah so hässlich aus. (Interviewer: Mhm, ganz verändert.) Ja, wo die den dann auf diese Pritsche geschnallt haben mit den Riemen. Oh, mir war's so elend, mir war's so elend, oh! [...] Das war bei dem ersten Schub, ach, wo ich ihn dann [in der Klinik] besucht habe, da hat er dann auch gesagt, muss ich mir ein anderes Zimmer suchen, und da hat er wohl gedacht, ich trenne mich von ihm oder so. [...] Da war ich aber so verzweifelt, weil ich nicht wusste, was ich machen sollte. Er hat sich total von mir abgegrenzt, kein Wort mit mir gesprochen, mich behandelt wie Luft.« (Fallportrait 19/Interview 155; 154–167)

Die beim Beginn einer Schizophrenie erstmals auftretenden Wahnideen und Halluzinationen sowie das unverständliche Verhalten des Betroffenen erschrecken den Ehepartner umso mehr, als sie diese Symptome scheinbar völlig unvermittelt auftreten und zunächst überhaupt nicht eingeordnet werden können. In dieser Situation erleben die Partner sehr belastende Gefühle von Ohnmacht, Angst und Kontrollverlust:

»Vor allen Dingen, dass es ebend och für mich binnen von Stunden geschehen ist das. Ich bin auswärts gewesen zwei Tage und man kommt nach Hause und die Situation is da. (Interviewer: 's kam wie aus heiterem Himmel.) Ja, ja! Ich dachte erst, das is irgendwie 'n dummer Scherz, hier spielt jemand mit dir. [...] Ich komm nach Hause und sie ist der Meinung, wir müssen die Welt retten. [...] Sie ist dann auf'm Fußboden gelegen, man hatte gedacht, sie schläft, aber sie hat vielleicht ihr Umfeld noch bewusster wahrgenommen als jeder andere im Raum. Und na ja, das ging dann mit hysterischen Schreien, Ausbrüchen einher, ein regelrechtes Verkrampfen.« (Fallportrait 2/Interview 109; 31–36; 48/49; 73–76)

Nicht selten stellen in dieser Phase Suizidabsichten oder gar Suizidversuche des Erkrankten eine zusätzliche schwere Belastung dar. Partner müssen in dieser Situation die Grenzen ihrer eigenen Hilfemöglichkeiten erkennen:

»Die erste Zeit hatte sie ja auch versucht, sich umzubringen, war sie suizidgefährdet. Sie wusste wahrscheinlich nicht, wie das mit'm Leben weitergehen soll, oder sie hatte da Angstzustände, und sie hat dann och mehrmals den Versuch unternommen. Entweder mit Tabletten, dass sie da 'ne Überdosis Tabletten genommen hatte, [oder] dass se versucht hatte, de Pulsadern aufzuschneiden. Das war mindestens fünf, sechs Mal passiert. Da hat se dann och im Krankenhaus gelegen. Tja, das ist natürlich, das belastet natürlich den Ehepartner, wenn man da gar nichts dagegen machen kann.« (Fallportrait 15/Interview 013; 28–37)

Beim Erkrankungsbeginn ist der erlebte Kontrollverlust auch deshalb sehr stark ausgeprägt, weil die meisten Partner zu diesem Zeitpunkt nur wenig über psychische Krankheiten und die dabei auftretenden Symptome wissen. Anders als bei einer körperlichen Erkrankung kann bei einer Schizophrenie kaum auf bekannte Erklärungs- und Ätiologiekonzepte zurückgegriffen werden. Aus diesem Grund können z. B. Wahnvorstellungen, katatone Symptome oder dissoziale Verhaltensweisen des Erkrankten anfangs gar nicht als Krankheitssymptome gedeutet werden; das Verhalten und die Symptome des

Partners bleiben zunächst unerklärlich und irrational. Das Einordnen bzw. Benennen der Probleme als psychische Krankheit (z. B. durch eine vorläufige ärztliche Diagnose) kann für den Partner deshalb entlastend wirken:

»In dem Moment, wo ich gewusst habe, was es ist, konnte ich persönlich eigentlich besser damit umgehen. Die schlimmste, die allerschlimmste Zeit war, als ich noch nicht wusste, wies einzuordnen ist. Mhm. Das war das Schlimmste.« (Fallportrait 7/Interview 009; 24–26)

Auch im Hinblick auf verfügbare Hilfemöglichkeiten bestehen zu Beginn der Erkrankung Informationsdefizite. Die Partner des Erkrankten wissen anfangs meist nicht, an wen sie sich in ihrer Not und in ihrer Ratlosigkeit wenden können bzw. welche Einrichtung der »richtige« Ansprechpartner sein könnte. In vielen Fällen wenden sich die Partner nach einigem Zögern zunächst an den Hausarzt; dieser überweist den Erkrankten in der Regel zu einem niedergelassenen Nervenarzt oder vermittelt den Kontakt zu einer psychiatrischen Einrichtung.

Die Einschaltung eines Nervenarztes oder einer psychiatrischen Klinik geht für den Partner des Patienten oft mit ambivalenten Gefühlen einher. Einerseits ist dieser Schritt mit der Hoffnung verbunden, dass kompetente Fachleute am ehesten in der Lage sind, die Erkrankung unter Kontrolle zu bekommen bzw. zu heilen. Andererseits kann der erste Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem für den Partner zu einer zusätzlichen Belastung werden. Insbesondere dann, wenn Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Erkrankten eingeleitet werden, ist dies für den Ehepartner des Betroffenen mit quälenden Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen verbunden. Bei der zwangsweisen Unterbringung in der geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik kommt es zu dramatischen, sich überschlagenden Ereignissen. Der erkrankte Partner wird vom medizinischen Personal überwältigt, medikamentös »ruhig gestellt« und »abtransportiert«:

»Und aus heiterem Himmel kam das. [...] Ich wusste ja gar nicht, wo man überhaupt hingeht da. Am Sonntagabend war's ganz akut, [...] da war se dann gewalttätig sogar schon geworden. Hat gedacht ich will ihr was tun! Und dann kommt SMH [medizinischer Notdienst], vier Männer mussten se festhalten. Die hat eine wahnsinns Kraft entwickelt, das ist ja unwahrscheinlich gewesen.« (Fallportrait 5/Interview 008; 27–46)

»'s wurd immer schlimmer, mit [...] völlig hysterischen Schreiausbrüchen, Verkrampfungen, in Schweiß gebadet. [...] Na ja, und dann ((seufzt)) klar, Notarzt, Überfallkommando, muss ich mal so sagen. Mit Festhalten und Beruhigungsspritzen ruhig gestellt. Sie hat sich unheimlich dagegen gesträubt.« (Fallportrait 2/Interview 109; 90–104)

Darüber hinaus kann die Diagnose »Schizophrenie« und die Einweisung in eine psychiatrische Klinik Ängste und Stigmatisierungsbefürchtungen auslösen, die mit weit verbreiteten Vorurteilen über psychisch kranke Menschen und psychiatrische Einrichtungen zusammenhängen. Nicht selten setzen die Partner des Erkrankten die Diagnose »Schizophrenie« zunächst mit einer dauerhaften »geistigen Umnachtung« oder einer unberechenbar-gefährlichen Persönlichkeitsspaltung à la Dr. Jekyll und Mr. Hyde gleich; die psychiatrische Klinik wird als gefängnisartige Verwahranstalt für gemeingefährliche Geisteskranke und Idioten imaginiert:

»Wenn man mit so was das erste Mal in Berührung kommt, denkt man bloß, ja was die anderen

denken: ›Oh, Klappmühle‹, und ›der ist doof‹, und schon schwirrt einem wieder alles durch den Kopf was man so weiß aus grauslichen Edgar-Wallace-Filmen, was so's Volk darüber sagt. Und dann liest man das in dem Buch. ›Um Gottes Willen, was, schizopren!‹ und schon sieht man da vorm inneren Auge irgendwelche Zwangsjacken oder was weeiß ich, irgendwelche finsternen Keller die von außen wie ein Krankenhaus aussehen, und da hat man echt Angst.« (Fallportrait 9/Interview 167; 507–515)

Die erstmalige Unterbringung des Erkrankten in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses kann mit einem regelrechten »Klinikschock« verbunden sein. Der erste Eindruck von der Psychiatrie ist oft von Erschrecken und tiefem Befremden geprägt, z. B. angesichts baulicher Sicherheitsmaßnahmen, beengter räumlicher Verhältnisse oder stark beeinträchtigter Mitpatienten. Hinter diesem Erschrecken steht vor allem die Sorge um den erkrankten Partner, der dieser bedrohlich erscheinenden Umgebung dauerhaft ausgesetzt ist. Hinzu kommt, dass bestimmte Behandlungsmaßnahmen (z. B. Fixierung, starke medikamentöse Sedierung, Elektrokrampftherapie) als unverständlich, unmenschlich und entwürdigend empfunden werden:

»Da kam die Ärztin und dann, ist praktisch ne Überweisung ins Krankenhaus. Das war eben das Schlimmste! (Interviewer: Mhm, für Sie war das ein ganz schöner Schock.) Na ja, die erste Zeit im Krankenhaus, da war sie auch in, praktisch, ich weiß nicht, wie man das nennt, praktisch unter'm Netz. Ja, also, das war über's Bett, da war ein Netz gespannt. Also, das war ganz schlimm. Ja, also praktisch, na gefesselt kann man fast sagen. Und das waren dann auch relativ große Säle. Ich weiß jetzt nicht mehr, wie viele [Patienten] das dort waren. Das war [in der Klinik in] D., und das war schon schlimm.« (Fallportrait 20/Interview 095; 65–76)

»Es war ja natürlich am Anfang schwer [...]. Wenn man neu mit dieser Krankheit konfrontiert wird, dass man gar nicht weiß wo kommt's her. [...] Wo sie stationär aufgenommen war [und] dann auch diese Elektroschocks bekommen hat, dass war irgendwie etwas, na ja, befremdend für jemand, der noch nie was damit zu tun hatte.« (Fallportrait 15/Interview 013; 8–22)

6.3.3 Erstmals miterlebte psychotische Krisen

Wenn eine Partnerschaft erst nach Beginn der psychischen Erkrankung eingegangen wurde, so bedeutet dies nicht unbedingt, dass sich der Partner des Betroffenen über das Risiko einer erneuten akuten Krankheitsphase im Klaren ist und die damit verbundenen Belastungen antizipieren kann. Typischerweise ist der Patient nur wenig oder gar nicht durch seine Schizophrenie beeinträchtigt, wenn die Partnerschaft geknüpft wird. Oft weiß der Partner des Patienten »theoretisch«, dass dieser psychisch krank ist bzw. dass das Risiko einer erneuten Krankheitsphase besteht; die bei einem schizophrener Schub zu erwartenden Belastungen werden jedoch meist stark unterschätzt. In anderen Fällen ist dem Partner zwar bekannt, dass der Partner in der Vergangenheit eine schwere psychische Krise erlebt hatte; mit einem erneuten Auftreten dieser Probleme wird jedoch nicht gerechnet. Ein schizophrener Rückfall bei einem möglicherweise bereits seit vielen Jahren erkrankten Patienten kann unter diesen Umständen ebenso belastend für den Partner sein wie in anderen Fällen eine Ersterkrankung innerhalb der Partnerschaft:

»Ich hab ihn sozusagen mit seiner Krankheit geheiratet. Er hat mir zwar erzählt, dass er nerven-

krank ist, aber ich dachte das kann nicht allzu schlimm sein, da hat er jemanden an seiner Seite, das verkraftete och. Aber es gab dann nachher schon Phasen wo ich's dann nicht mehr verkraftet hab. [...] Es war der Umzug 1990, also das war ne Katastrophe. Die räumliche Veränderung damit ist er nicht klargekommen. [...] Naja, und dann hat er wieder angefangen durchzudrehen. Dann hat er sich nackt ausgezogen, vor'n Spiegel gestellt und immer hin und her gewippt. Ich kannte so was davor ja nicht. Und da hab ich erst mal furchtbare Angst gekriegt.« (Fallportrait 1/Interview 002; 10–29).

»Also wo ich ihn kennen gelernt habe, meint' er, hätte wohl einen dunklen Punkt in seinem Leben, und da dacht' ich nun hier, Vorstrafen oder so was und, na nee, sagt er, er hatte wohl einen Nervenzusammenbruch, aber was wussteste denn schon als normaler DDR-Mensch was ein Nervenzusammenbruch ist. Also jeder hat bestimmt schon mal ne Situation gehabt, es geht nicht mehr weiter und das schaffste nicht, und so hatte ich's eigentlich abgetan. [...] Wo er dann drei Tage weg war und ich nichts von ihm gehört habe, das war schon eine total schlimme Zeit für mich. Und dann stand ein Kriminalbeamter bei mir vor der Tür, und dann musste ich hören, dass er auf der Intensivstation lag, also es einen richtigen Black-out gegeben hätte.« (Fallportrait 19/Interview 155; 22–27; 55–58)

Etwas anders verhält es sich, wenn der Ehepartner des Patienten die Schizophrenie oder eine andere psychische Krankheit aus eigener Erfahrung kennt. Aufgrund der selbst durchlebten und durchlittenen psychischen Krisen sind diese Partner eher in der Lage, sich in das schizophrene Erleben des Erkrankten hineinzusetzen, als Partner ohne entsprechende Erfahrungen. Ein akuter psychotischer Schub wird deswegen von diesen Partnern als weniger bedrohlich erlebt. Die bei einem psychotischen Schub zu erwartenden Belastungen werden meist realistischer eingeschätzt, und in akuten Krisensituationen kann angemessener reagiert werden. Tendenziell scheinen solche Partnerschaften von einer akuten psychischen Krankheitsphase weniger stark erschüttert bzw. grundlegend in Frage gestellt zu werden. Trotzdem können natürlich auch in diesen Fällen erhebliche Belastungen auftreten, wenn der Partner erneut erkrankt:

»Ich wusste ja, dass er die Krankheit hat, wo ich ihn kennen gelernt hab, und deswegen war das [aktueller Schub] dann auch nich so 'ne große Überraschung für mich. (Interviewer: Das hatte er Ihnen vorher schon mal erzählt gehabt.) Ja. Das war klar. Wir haben uns ja im Berufsförderungswerk kennen gelernt, und so 'ne Umschulung auf Reha-Basis bekommt man ja nur, wemma irgend so 'ne Krankheit hat. Und von meiner Seite her wusst ich ja auch, was es is.« (Fallportrait 12/Interview 176; 13–22)

»Ich bin auch betroffen und versteh ihn und kann drauf eingehen. Trotzdem, als er die letzte Psychose hatte, da war er zu Hause, 's war schwer. Weil als Außenstehender, auch wenn man selbst betroffen ist, weiß man sich kaum zu helfen, weil jeder reagiert anders. Und es ist nicht einfach damit klarzukommen. Dachte ich bin beim Geheimdienst und so, und wollte nischt von mir wissen, also, war sehr grob, das war dann nicht einfach.« (Fallportrait 24/Interview 031; 8–18)

6.3.4 Belastungen bei nicht-schubhaftem Erkrankungsverlauf

Wie die klinische Praxis zeigt, ist der Beginn und der Verlauf schizophrener Psychosen sehr variabel: Die Schizophrenie setzt in vielen Fällen sehr plötzlich bzw. innerhalb einer kurzen Zeitspanne ein; sie kann jedoch auch »schleichend« beginnen, wobei zumindest retrospektiv mehr oder weniger deutliche Veränderungen des Erlebens und Verhaltens feststellbar sind, die sich über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln (vgl. Kapitel 2. 2). Gleichwohl wurde eine solche Prodromalphase von den befragten Ehepartnern kaum beschrieben. In der Regel wurde der Krankheitsbeginn bzw. die erste miterlebte Krankheitsphase als plötzlicher, nahezu ohne Vorwarnung einsetzender schizophrener Schub mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik geschildert. Nur in wenigen Fällen wurde der Beginn bzw. der Verlauf der Schizophrenie als allmähliche Entwicklung beschrieben. Aus der Perspektive des Partners ist ein schleichender Krankheitsbeginn mit anderen Belastungen verbunden als ein plötzlich einsetzender Schub. Der Krankheitsbeginn wird nicht als eine unvermittelt hereinbrechende Katastrophe, sondern vielmehr als langsam voranschreitender Krisenprozess erlebt. Die Veränderungen des Partners und des Beziehungsalltags vollziehen sich allmählich, ja »unmerklich«. Die Atmosphäre in Partnerschaft und Familie wird zunehmend distanzierter und gereizter, und Kommunikation zwischen den Ehepartnern nimmt ab. Gleichgültigkeit, Aggressivität oder emotionale Zusammenbrüche des Partners werden nicht einer psychischen Krankheit, sondern einer schweren Beziehungskrise zugeschrieben:

»Das war in unserem Fall ebend leider sehr unmerklich. [...] Retrospektiv lässt sich da natürlich schon sagen, dass damals Symptome da waren, die sich in ihrer, äh, Krankheit immer mehr manifestiert haben, aber die hat man als Anfänger ebend einfach nicht so empfunden. [...] Wenn man sich zurückzieht und auch die Frau sich zurückzieht und sich beide zurückziehen, muss die Liebe irgendwann erkalten. Und das ist ein großes, also das ist ein richtig seelisches, elementares Problem, auch ein mentales Problem ((Lange Pause)) (Interviewer: Das haben sie als sehr schmerzhaft erlebt, dieses Erkalten der Liebe, als es zum Ausbruch der Krankheit gekommen ist.) Ja, vor allen Dingen ist die Trauer umso größer, wenn man im Nachhinein merkt, dass es tatsächlich [...] weniger ein Versagen der Liebe war, sondern eben wirklich eine Erkrankung. Eine richtige Krankheit, nicht wahr, die man also nicht erkannt hat.« (Fallportrait 4/Interview 116; 13–44)

Das Fehlen »eindeutiger« paranoid-halluzinatorischer oder katatoner Symptome erschwert es dem Partner zusätzlich, die Veränderung des Patienten als schwere psychische Krankheit zu interpretieren. Unselbstständiges oder aggressives Verhalten des Partners sowie im Beziehungsalltag erlebte Kommunikationsdefizite werden unter diesen Umständen eher einer »charakterlichen Schwäche« zugeschrieben. Dies ist umso mehr der Fall, wenn neben den krankheitsbedingten Defiziten gleichzeitig intakte bzw. funktionierende Bereiche des Verhaltens bestehen, etwa im Rahmen der Berufstätigkeit:

»Für meine Begriffe hat er ein gerade klassisches Bild einer Neurose. Er konnte sich ja noch nie artikulieren. Ein schwäbischer Junge lacht nicht, weint nicht, und [...] ein Junge erzählt doch nie so was. Er hatte also gar keine Chance, seine Seele zu bilden. [...] Aber auf Arbeit soll er ausgezeichnet gewesen sein. Noch jetzt hat das dort niemand gemerkt. [...] Und zu Hause hat er

dann die Ängste ausgelebt. [...] Also, wenn ich jetzt sagen sollte, es hat sich etwas gravierend verändert, das kann ich nicht. Zu Hause nicht, außer, dass die Drangsale noch mehr zunahmen, und dann hat er manchmal geweint sogar. Und zuletzt war es so schlimm, dass er gesagt hat: »Muss ich dort – hat er immer seine Arbeitsstelle gemeint – noch hin?« [...] Und das ist meine persönliche Angst geworden, dass es in den dienstlichen Bereich überschwappt.« (Fallportrait 17/Interview 037; 332–338, 368–400)

6.3.5 Akute Belastungen im weiteren Erkrankungsverlauf

Im weiteren Krankheitsverlauf erleben die Partner des Patienten immer dann akute Belastungen, wenn erneut ein schizophrener Schub auftritt. Gleichwohl sind diese akuten Belastungen bei späteren Schüben weniger gravierend als beim Erkrankungsbeginn bzw. bei der ersten miterlebten Erkrankungsphase. Mit zunehmender (gemeinsamer) Krankheitserfahrung und besserer Informiertheit sind Partner eher in der Lage, die vielfältigen Probleme während psychotischer Krankheitsphasen zu bewältigen. So kann das veränderte Verhalten des Partners aufgrund früherer Erfahrungen mit der akuten schizophrenen Symptomatik besser eingeordnet und als Zeichen eines beginnenden Schubs gedeutet werden. Darüber hinaus wissen die Partner bei späteren Krankheitsschüben eher, an wen sie sich wenden können, um professionelle Hilfe zu bekommen:

»Das ging so wieder richtsch Richtung Verfolgungswahn- Verfolgungswahn also, ich hab damit gerechnet dass er wieder behauptet der Bundesgrenzschutz is hinter uns her oder so was. [...] Hab ich ihn geschnappt [...] an seim Arm, mich vor den hingestellt, hab den geschüttelt, hab den angeguckt, hab gesagt: »Ich bin real. Anna ist real. Das is Mist!« Ich sache: »Du gehörst ins Krankenhaus!« [...] Ich sache: »Wir müssen was unternehmen!« [...] Sin mir Mittwoch früh zu dem Arzt hin, und gar nich groß runddiskutiert. Er sacht: »Hier, ich will 'ne Einweisung, ich brauch 'ne Einweisung. Ich höre wieder Stimmen. Brauch ma jetzt gar nich lange drüber zu reden, ich möchte bitte sofort ins [Krankenhaus] eingewiesen werden. [...] Ich weeß, woran ich bin, meine Frau is mit, die könn' Se och fragen, und die erklärt Ihnen das och alles, was gewesen is.« (Fallportrait 9/Interview 167; 152–171, 181–189)

Trotz dieser im Krankheitsverlauf verbesserten Bewältigungskompetenzen werden die schizophrenen Krankheitsschübe weiterhin sehr gefürchtet, weil die Partner aus Erfahrung wissen, dass ihre eigenen Hilfemöglichkeiten in dieser Situation begrenzt sind. Nach wie vor empfinden es die Partner während eines Schubs als sehr schwierig, mit dem Patienten umzugehen und angemessen auf dessen Verhalten zu reagieren. Die wiederholt gemachte Erfahrung, dass die eigenen Unterstützungsbemühungen während eines akuten Schubs wenig wirksam sind, kann besonders bei psychisch wenig robusten Partnern zu quälenden Schuld- und Versagensgefühlen führen. Unter Umständen kann sich dadurch ein emotionaler Teufelskreis etablieren, denn in einer hilflosen oder niedergeschlagenen Stimmung fühlt sich der Partner noch weniger im Stande, den Erkrankten angemessen zu unterstützen.

»Ich kann nur soviel sagen, dass es für mich nicht einfach is, wenn jetzt irgendwelche Schübe bei ihr auftreten, einmal depressiver Art, einmal manischer Art, das schwankt zum Teil sehr stark, und weil ich da irgendwie selber davon betroffen bin und och nich immer weiß, wie ich ihr dabei helfen kann. [...] Is schwierig, mh, in der depressiven Phase, [...] ich versuche dann immer, sie

irgendwie zu stimulieren, aber das gelingt mir dann auch sehr schlecht, weil ich dann auch, wie gesagt, sehr schnell nervlich jetzt am Boden bin und ich ihr dann auch nicht irgendwie weiterhelfen kann. Also, wahrscheinlich bräuchte sie einen Partner, der irgendwie stärker [belastbar] ist, um das zu verkraften.« (Fallportrait 13/Interview 140; 9–13, 27–37)

Obwohl die Partner nach und nach ein differenzierteres Krankheitswissen erwerben, müssen sie im späteren Krankheitsverlauf immer wieder einräumen, dass dem Verstehen und Sich-Einfühlen in den Partner Grenzen gesetzt sind. Die Schizophrenie des Partners wird nach wie vor als unberechenbares Krankheitsgeschehen erlebt, dem man trotz aller Bewältigungsbemühungen relativ machtlos gegenüber steht:

»Die Information von der Krankheit selber, da bin ich immer noch Laie, kann ma sagen. Denn ich selber kann mir darüber kein richtiges Bild machen und hab auch nich das Verständnis, jetzt so zu erklären, wie sich das verhält. Denn es kommt manchmal mit Ankündigung und manchmal ist es auch so, dass man den Zeitpunkt der Ankündigung verpasst, und dann ist die Krankheit da. [...] Gut, ich bin kein Mediziner, aber ich fühle mich teilweise machtlos der Sache gegenüber. Möchte gerne helfen, aber wie?« (Fallportrait 22/Interview 143; 11–20)

Insbesondere die stationären Klinikaufenthalte während akuter Krankheitsphasen werden oft als sehr belastend erlebt. Die räumliche Trennung über viele Wochen hinweg bedeutet für viele Partner einen sehr schmerzhaften Einschnitt in den gemeinsamen Beziehungsalltag:

»Immer wenn se in der Klinik ist, ist das für mich ja och ne Belastung. Ich bin ja dann immer jeden Tag hingefahren. Ich meine, es ist nicht so weit, das ist nicht das Problem, aber wenn ich dann von der Arbeit gekommen bin halb um sieben, dann bin ich eben trotzdem dort noch mal hin, und wenn's bloß 'ne Viertelstunde war. Und das hat sie ja auch erst mal beruhigt wieder. Na, das ist schon auch belastend, wenn de dann och zu Hause, wenn de alleine hier rumsitzt, und das ist och nicht grade angenehm, ne? Wenn du weißt, die Frau ist im Krankenhaus, und das ist ja nun nicht immer bloß mit zwei Wochen getan, das sind ja dann meist immer so sechs Wochen oder länger.« (Fallportrait 5/Interview 008; 185–194)

Wie bereits erwähnt, können Partner, die selbst psychisch erkrankt sind, die Belastungen eines schizophrenen Schubs meist realistischer einschätzen als Partner ohne vergleichbare Erfahrungen. Aufgrund der eigenen Krankheitserfahrung sind diese Partner eher in der Lage, sich in das psychotische Erleben des Patienten hineinzusetzen. Ein schizophrener Schub wird deswegen von diesen Partnern als weniger bedrohlich erlebt und akute Belastungen können besser bewältigt werden. In diesen Partnerschaften gibt es jedoch ein spezielles Belastungsrisiko: Wenn beide Partner *gleichzeitig* eine psychische Krise erleben, so kann die entstehende Doppelbelastung oft nicht mehr aus eigener Kraft bewältigt werden. Die eigene akute Erkrankung tritt in dieser Situation so stark in den Vordergrund, dass ein angemessenes Eingehen auf die Bedürfnisse des ebenfalls erkrankten Partners nicht mehr möglich ist:

»Da ich das selber [aus eigener Erfahrung] weiß, konnt' ich mich in manches leichter hineinsetzen, was meinen Mann betrifft. Zumindest dass man auf manche Dinge keinen Einfluss hat. Obwohl man das weiß was da vorgeht kann man's nicht ändern, ne. Das ist irgendwie bedrückend, aber damit muss man irgendwie leben, ne? (280–284) Bloß wenn dann nun zweie,

können Sie sich das vorstellen, wenn alle beide durchhängen – na dann ist eigentlich alles irgendwie daneben, das ist nicht in'n Griff zu kriegen.« (Fallportrait 25/Interview 026; 238–244)

6.3.6 Kumulation von Belastungen während psychotischer Krisen

Während eines psychotischen Schubs ist der Betroffene in der Regel nicht mehr in der Lage, seine üblichen Aufgaben in Partnerschaft und Familie zu erfüllen. Oft sind die akuten Erkrankungsphasen – bedingt durch einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik – mit einer längeren Abwesenheit von zu Hause verbunden. In dieser Situation muss der Partner des Patienten oft viele verschiedene, z. T. ungewohnte Aufgaben und Pflichten alleine bewältigen. Neben der zeitaufwändigen und nervenaufreibenden Krankenbetreuung sind dies z. B. die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit, die Organisation und Bewältigung von Haushaltsarbeiten sowie die Erziehung der Kinder. In den ausgewerteten Interviews ergaben sich deutliche Hinweise darauf, dass gerade diese Kumulation unterschiedlicher Anforderungen zu massiven Beeinträchtigungen der eigenen Befindlichkeit und Lebensqualität führt. Besonders stark wird diese Belastung beim Beginn der Erkrankung erlebt, weil der Partner diese vielfältigen Anforderungen völlig unvorbereitet und gleichsam »aus dem Stand« meistern muss:

»Ich bin immer ins Krankenhaus gefahren, arbeiten gegangen. S war ne harte Zeit, die mich auch viel Nerven gekostet hat. Ich stand ja och kurz vorm Black-out. Ich bin damals zu meinem praktischen Arzt gegangen und der hat mir dann Medikamente verschrieben. [...] Na und die Kinder. Ständig gefragt, und dann noch arbeiten gegangen und, s war alles ein bisschen ville. Umzug alleene bewältigt. S kam halt alles zusammen.« (Fallportrait 10/Interview 032; 55–72)

»Am Anfang war's besonders schwer, weil ich muss wirklich sagen, ich hab mich mit den Dingen nie beschäftigt. Hausaufgaben, das war ihr Metier, da hat se gar kein' andern rangelassen. Haushalt, ma von Abwaschen und Staubsaugen och nich, und (3) ich habe vielleicht auch nicht so die Geduld und Ausdauer, mit dem Jungen Hausaufgaben zu machen, wenn das ebend nicht gleich klappt, dann wird man erregt. Am Anfang war's ebend besonders schlimm, dass ich ziemlich schnell explodiert bin.« (Fallportrait 2/Interview 109; 233–240)

Diese Kumulation unterschiedlicher Belastungen wird umso mehr als Überforderung empfunden, je weniger der Partner des Erkrankten die Möglichkeit hat, soziale oder familiäre Ressourcen zu mobilisieren, um zumindest einen Teil der zu bewältigenden Aufgaben zu delegieren.

»Na, ich hab ja viel, viel erlebt, och grade, als se die zweete Geburt hatte, oder nee, die erste, da war'n wir noch nich verheiratet. Wir ham zwei Kinder. Wo die zweete hier geboren wurde, da musste se nämlich gleich wieder in de Klinik, de Psychiatrie. Und da bin ich dann ä Vierteljahr alleine gewesen mit den Kindern hier und musste das alles bewerkstelligen. Da konnt' ich och ä Vierteljahr nicht auf Arbeit gehen, also musste's Geschäft da liegen lassen. [...] Da hab ich vom Krankengeld, was meine Frau kriegte noch – da hatte se ja noch gearbeitet – musste ich leben. Na, das war schon 'ne schwierige Situation! Und von der Verwandtschaft hatte ich eben och keine Hilfe.« (Fallportrait 16/Interview 040; 39–50)

»Er lag ja dann immer ein halbes bis dreiviertel Jahr im Krankenhaus. Um eben das alles in die Reihe zu bekommen, also um meine eigene Arbeit nicht zu verlieren, das Kind abzusichern,

weil wir in Leipzig keine Verwandten haben, also das ist eben schlecht wegen Babysitting, ja, und das ist erst mal eine wahnsinnig starke Belastung.« (Fallportrait 19/Interview 155; 7–11)

Im Verlauf der Erkrankung werden sich die Partner schizophrener Menschen natürlich darüber bewusst, dass sie immer wieder mit dem Wiederauftreten psychotischer Schübe und der damit einhergehenden Kumulation akuter Belastungen rechnen müssen. Die zu erwartenden Belastungen und Überforderungsgefühle werden von vielen Partnern trotzdem in Kauf genommen, solange die Hoffnung besteht, dass akute Schübe nur relativ selten auftreten und in absehbarer Zeit wieder unter Kontrolle gebracht werden können. Bei sehr häufigen und sehr lange andauernden psychotischen Episoden können die Partner jedoch an die Grenzen ihrer Kräfte und auch ihrer Solidarität mit dem Erkrankten kommen. Die Partnerschaft und die gemeinsame Lebensplanung erscheinen dann existenziell bedroht, und die Frage einer möglichen Trennung vom Erkrankten kann als letzter Ausweg erwogen werden (vgl. Kapitel 6. 6. 3).

6. 3. 7 Exkurs: Kritik an Ärzten und Psychiatrie

Insbesondere im Zusammenhang mit akuten psychotischen Episoden wünschen sich die Ehepartner von schizophrenen Patienten eine enge Kooperation mit den behandelnden Ärzten. Dahinter steht zum einen der Wunsch, über die Krankheitsentwicklung und die Akutbehandlung des erkrankten Partners möglichst umfassend informiert zu werden. Zum anderen erhoffen sich viele Partner eine Einbindung in die Behandlung des Partners, sei es durch die Berücksichtigung eigener Informationen oder Anregungen oder durch die Vereinbarung eines eigenen Beitrags im Rahmen der Behandlungsplanung. Diese Erwartungen werden jedoch in vielen Fällen enttäuscht. Häufig fühlen sich die Partner der Patienten von den behandelnden Ärzten nicht ernst genommen. Den Ärzten wird Gleichgültigkeit und mangelndes Engagement unterstellt; anfängliche Kooperationsangebote erweisen sich als leere Versprechungen:

»Ich würde mir mehr Zusammenarbeit mit den Angehörigen wünschen, zumal bei der Einlieferung der Arzt damals sich mir gegenüber geäußert hat, dass es mit das Wichtigste ist, dass wir, also dass er und ich zusammenarbeiten. Dass er alles von mir erfährt, was er im Prinzip für die Behandlung meiner Frau wissen muss und dass ich ihm nichts verschweige. Eigentlich ist es aber [dabei] geblieben, fast bis heute, dass ich ein Mal im Monat nachfragen musste, 'n Termin geben lassen. Das Krankenhaus an sich ist nie an mich herangetreten. [...] Es geht ja dabei nicht mal um mich, das ist eigentlich nebensächlich, wie ich mich fühle in der Sache jetzt, aber 's hat noch nie einer gefragt: »Herr Poppe¹⁴, Sie haben ja nun jede Woche ihre Frau zu Hause, wie schätzen Sie denn die Situation ein Ihrer Frau?« So, und da muss ich natürlich sagen, das hilft einem nicht, im Gegenteil, das macht die ganzen Spannungen zu Hause in einem selbst jetzt hier, das schürt das Ganze eigentlich nur.« (Fallportrait 2/Interview 109; 368–378, 395–402)

Im Zusammenhang mit den Wissensdefiziten hinsichtlich der Erkrankung wird den Ärzten nicht selten vorgeworfen, sie würden die Partner des Patienten nicht hinreichend informieren und dadurch einen angemessenen Umgang mit der Schizophrenie zusätzlich

14 Sämtliche in den zitierten Interviewpassagen und in den Fallporträts vorkommenden Eigennamen wurden durch zufällig ausgewählte Pseudonyme ersetzt.

erschweren. Die in den Interviews geäußerte Kritik bezieht sich häufig darauf, dass sich die behandelnden Ärzte beim Beginn der Erkrankung zu wenig Zeit für ein Gespräch mit dem Partner nehmen oder dass wichtige Informationen unverständlich dargestellt, wenn nicht sogar verschwiegen werden. So berichteten einige Interviewpartner, dass ihnen die psychiatrische Diagnose lange nicht mitgeteilt worden sei; in anderen Fällen wurde es offenbar versäumt, den Partnern Diagnose, Behandlungsmaßnahmen und Prognose zu erklären.

»Und es hat mir sehr viel dran gelegen, dass ich mal mit jemandem mich drüber unterhalten kann, wie das später sich auswirkt und was da noch kommt. Da bin ich einmal bloß kurz bei so einem Arzt gewesen und was der mir erzählt hat, damit bin ich überhaupt nicht klargekommen. Das war in so 'nem ((tief luftholend)) *Stil* heruntergeleiert, und ich konnte mir da überhaupt nichts drunter vorstellen. Und das ist, was bei mir immer noch bisschen im Hinterkopf ist.« (Fallportrait 1/Interview 002; 113–120)

»Eins muss ich natürlich sagen, als diese Krankheit zum Ausbruch kam, ich wusste zu der Zeit nich dass er Schizophrenie hat, das hab ich erst viel später erfahren. Da hieß es dann so beiläufig, er is schizophren, und dann hab ich erst mal nachlesen müssen im Buch, was das bedeutet.« (Fallportrait 3/Interview 171; 98–102)

Insbesondere solche Äußerungen von Ärzten, die als Kritik oder Schuldvorwurf aufgefasst werden können, werden von den Ehepartnern schizophrener Patienten sehr sensibel registriert. In manchen Fällen fühlen sich Partner zusätzlich verunsichert, wenn ihnen von Ärzten unangemessenes Verhalten in akuten Krisensituationen vorgeworfen wird oder sie gar für Verschlechterungen im Zustand des Patienten verantwortlich gemacht werden. Auf derartige Vorwürfe reagieren Partner außerordentlich empfindlich:

»Da ging's meinem Mann wieder schlecht, und ich sach: ›Ach weeße was, woll'n mer nich zum Arzt fahrn?‹ ›Ja.‹ Da hat der Arzt mich rund gemacht. Da hat der zu mir gesacht: ›Was bilden Sie sich denn wohl hier ein, Sie können doch nich, wie Sie sich das einbilden, Ihren Mann hier einweisen!‹ Und da hab ich mich geschämt, da hab ich gedacht, Au weia, was haste denn jetzt gemacht! Und letztendlich is mein Mann *doch* bloß wieder in der Klinik gelandet. Und ich bin der Meinung, so was darf nich passiern! [...] Ich meene, ma is keen Arzt. Aber stelln Se mal vor, ich wäre nich gegangen, und 's wär was Schlimmeres passiert. Dann hätten se ((mit kip-pender Stimme)) mir noch Vorwürfe gemacht! Kann doch wohl nich wahr sin!« (Fallportrait 23/Interview 070; 233–249).

Auch Äußerungen, die auf eine überhebliche bzw. geringschätzig Haltung des Arztes schließen lassen, rufen in der Regel Misstrauen, Widerstand und Kritik hervor. Manchen Ärzten wird in diesem Zusammenhang Verständnislosigkeit und mangelndes Einfühlungsvermögen für die Lebenssituation und die Gefühle psychisch Kranker bzw. ihrer Angehörigen vorgeworfen. So können die Partner der Patienten z. B. sehr verletzt reagieren, wenn ein Arzt Zweifel daran äußert, ob die Beziehung zum erkrankten Partner noch lebenswert sei:

»Da frachte [der Arzt] mich doch dann so, [...] ›Na, wenn er bloß noch da 'n ganzen Tag rum-sitzt, was is'n das dann noch für Sie so.‹ Und ich sache: ›Na, ich bitte Sie! Ich bin froh, dass ich meinen Mann überhaupt noch habe!‹ Sacht man so was? Das is doch arrogant hoch drei! Und unsensibel! Sollte man nich sachn zu die Patienten. (Interviewer: Der konnte das gar nicht ver-

stehen, dass Sie überhaupt noch bei Ihrem Mann bleiben.) Wahrscheinlich. Ich meene, das hat er nich so gesagt, aber das hat mir so wehgetan!« (Fallportrait 23/Interview 070; 163–171).

6.3.8 Zusammenfassung

Akute psychotische Episoden sind für den (Ehe-)Partner eines schizophrenen Menschen in der Regel mit erheblichen emotionalen und praktischen Belastungen verbunden. In Anlehnung an die »akute Symptomatik« des Patienten kann dabei von *akuten Belastungserfahrungen* des Partners gesprochen werden.

- Dabei geht der *Beginn einer Schizophrenie* mit besonders starken psychischen Belastungen wie Angst, Verzweiflung und Kontrollverlust einher. Der erste schizophrene Schub wird vom Partner des Betroffenen meist als plötzlich, verstörend und überwältigend erlebt.
- Insbesondere beim Beginn einer Schizophrenie, aber auch im späteren Krankheitsverlauf erschweren *Informationsdefizite* im Hinblick auf Symptome und Behandlungsmöglichkeiten die Bewältigung der Situation. Anders als bei einer körperlichen Erkrankung kann bei einer Schizophrenie zunächst kaum auf bekannte Erklärungs- und Ätiologiekonzepte zurückgegriffen werden.
- Zusätzliche Belastungen können bei der *ersten Kontaktaufnahme mit dem psychiatrischen Versorgungssystem* entstehen, da sie oft mit Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen verbunden ist. Ferner kann die Diagnose »Schizophrenie« und die Einleitung einer psychiatrischen Behandlung erhebliche Ängste und Stigmatisierungsbefürchtungen auslösen.
- Die in den Interviews geäußerte *Kritik an Psychiatrie und Ärzten* kennzeichnet einen weiteren Belastungsfaktor: Häufig fühlen sich die Partner des Patienten von den behandelnden Ärzten nicht ernst genommen. Den Ärzten wird ferner vorgeworfen, sie würden die Angehörigen nicht hinreichend informieren und dadurch einen angemessenen Umgang mit der Schizophrenie zusätzlich erschweren.
- Wenn eine Partnerschaft erst nach Beginn der Schizophrenie eingegangen wurde, kann das *erstmalige Miterleben einer psychotischen Krise* u. U. ebenso belastend für den Partner sein wie in anderen Fällen eine Ersterkrankung während der Partnerschaft. Die bei einem erneuten Schub zu erwartenden Belastungen werden in diesen Fällen meist stark unterschätzt. *Partner mit eigener Psychoseerfahrung* sind dagegen eher in der Lage, die bei einem erneuten schizophrenen Schub auftretenden Belastungen realistisch zu antizipieren und in der Krisensituation problemangemessen zu reagieren.
- Die akute Symptomatik, die oftmals mit einer Klinikeinweisung verbunden ist, bringt für den Partner des Erkrankten eine *Kumulation praktischer und emotionaler Anforderungen* mit sich. Neben der ohnehin belastenden und zeitaufwändigen Betreuung des Erkrankten müssen zahlreiche Aufgaben und Verpflichtungen alleine bewältigt werden, wie z. B. Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung und Kindererziehung.
- Im weiteren Krankheitsverlauf erleben Partner immer dann akute Belastungen, wenn erneut einen schizophrenen Schub auftritt. Gleichwohl sind diese *akuten Belastungen bei späteren Schüben* meist weniger intensiv als beim Erkrankungsbeginn. Mit zunehmender Krankheitserfahrung und besserer Informiertheit sind Partner eher in der Lage, die vielfältigen Probleme während psychotischer Krankheitsphasen zu bewältigen.

- Bei *häufigen und lang andauernden akuten Belastungen* können Partner schizophrener Menschen jedoch an die Grenzen ihrer Kräfte und auch ihrer Solidarität mit dem Erkrankten kommen. Die Partnerschaft und die gemeinsame Lebensplanung erscheinen dann existenziell bedroht, und die Frage einer möglichen Trennung vom Erkrankten kann als letzter Ausweg erwogen werden.

6. 4 Veränderungen und Belastungen im Beziehungsalltag

6. 4. 1 Vorbemerkung

Nach dem Abklingen eines akuten schizophrenen Schubs kommt es in der Regel zu einem weitgehenden Rückgang psychotischer Symptome, in manchen Fällen auch zu einer vollständigen Remission. Gleichwohl sind viele Patienten auch in diesen vergleichsweise stabilen Phasen beeinträchtigt, z. B. durch anhaltende Negativsymptome und unerwünschte Nebenwirkungen der benötigten Medikamente. Bei vielen Betroffenen kommt es zu erheblichen psychischen und sozialen Einschränkungen, die oft auch eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit nach sich ziehen. Aus der Perspektive der Partner können in den nicht-akuten Krankheitsphasen neue Belastungsaspekte in den Vordergrund rücken. Aufgrund des überdauernden Charakters dieser Probleme kann hier von *chronischen Belastungserfahrungen* der Partner gesprochen werden. Zugleich kommt es oft zu tief greifenden *Veränderungen der Partnerschaft und des familialen Alltags*.

In den folgenden Kapiteln soll ein Reihe dieser spezifischen Belastungserfahrungen beschrieben werden, die im alltäglichen Zusammenleben mit einem schizophrenen Menschen auftreten können. Zunächst werden einige Veränderungen im Hinblick auf die Lebenssituation, das Verhalten und die Persönlichkeit des Betroffenen erörtert, die von dessen Partner als Belastung empfunden werden können (Kapitel 6. 4. 2 und 6. 4. 3). Im Anschluss daran sollen Beeinträchtigungen und Belastungen beschrieben werden, die als Folge dieser Veränderungen im Beziehungsalltag auftreten (Kapitel 6. 4. 4 bis 6. 4. 12). Abschließend werde ich auf die Variabilität von Belastungslagen eingehen, die in Partnerschaften mit schizophrenen Menschen feststellbar ist (Kapitel 6. 4. 13).

6. 4. 2 *Veränderungen des Verhaltens und der Persönlichkeit des erkrankten Partners*

In vielen Fällen wird der schizophrene Partner auch nach dem Abklingen des schizophrenen Schubs durch persistierende Negativsymptome und/oder unerwünschte Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente als deutlich verändert wahrgenommen. Diese Veränderungen sind oft dauerhaft vorhanden und betreffen das Temperament, das Verhalten, die Stimmung, ja die gesamte Persönlichkeit des erkrankten Partners. Die Belastbarkeit des Betroffenen ist in vielen Fällen stark herabgesetzt, er fühlt sich oft müde, kraftlos und leicht erschöpfbar; gleichzeitig ist ein ausgeprägter Interessen- und Motivationsverlust vorhanden, und der Erkrankte fühlt sich innerlich leer und ausgebrannt. Häufig besteht eine nachhaltige depressive Verstimmung mit Niedergeschlagenheit, Minderwertigkeitsgefühlen und verstärktem Grübeln; dagegen können frühere aktive und extravertierte

Wesenszüge des erkrankten Partners (wie z. B. Selbstbewusstsein und Humor) völlig in den Hintergrund treten:

»Na, und als er rauskam aus der Klinik ebend, also da [war] er wie gesagt total verändert. Er hat sich total überflüssig gefühlt, zu nichts mehr nütze. Und dass er ebend nichts mehr so machen konnte wie früher. Er war ja früher [...] ä perfekter Handwerker, sag ich jetzt mal. Das war ebend fast alles weg, 's war alles ins Hintertreffen geraten, und das hat ihn ebend sehr fertig gemacht. Hat sich nichts mehr zugetraut. [...] Also, Humor und Lachen, das war auch ganz weg bei ihm. Das ist ja schlimm gewesen. Jetzt lacht er wenigstens ab und zu mal wieder, aber das hat och noch Seltenheitswert. Ist ebend än Mensch geworden, der sich eigentlich nur in einer düsteren Welt befindet zeitweise. Und es ist gar nicht so einfach, ihn da rauszuholen. Manchmal gelingt mir's gar nicht mehr.« (Fallportrait 10/Interview 032; 72–79, 373–379)

In anderen Fällen wird der Erkrankte in den nicht-akuten Krankheitsphasen als launisch und reizbar erlebt. Häufig zieht er sich vom Partner und den Kindern zurück und will in Ruhe gelassen werden. Bereits bei geringfügigen Anlässen neigt er zu starken emotionalen Reaktionen, die vom Partner als überzogen und unangemessen erlebt werden. In diesen Fällen wird das Zusammenleben als schwierig, angespannt und störungsanfällig empfunden.

»Das Zusammenleben ist schwierig, weil er hat so Schlafstörungen, und da ist er oft launisch. Lässt seine Launen immer an uns aus. Wenn mal bei ihm was nicht klappt, dann kriegen wir's zu spüren. Oder wenn er dann unausgeschlafen ist, dann ist er sehr launisch. Und sonst geht's, aber er isoliert sich och sehr stark. Er zieht sich oft zurück. [...] Das hat mich eigentlich schon beschäftigt, dass er immer noch so seine Launen gezeigt hat und so grillig war zu uns. [...] Und da hatte ich schon Bedenken gehabt, nicht, dass sich das so verhärtet, also hier, dass der dann noch launischer wird.« (Fallportrait 24/Interview 031; 35–39, 47–53)

Oft wird der erkrankte Partner vor allem als unbeständig und emotional labil wahrgenommen, wobei Schwankungen zwischen depressiven und aggressiven Stimmungen auftreten können. Derartige Stimmungsschwankungen können sehr plötzlich und ohne erkennbare Ursache auftreten. Viele Partner schizophrener Menschen machen die Erfahrung, dass jederzeit ein dramatischer Stimmungsumschwung möglich ist. Diese Unberechenbarkeit hinsichtlich der Stimmung des erkrankten Partners kann als sehr belastend empfunden werden.

»Das kommt ja alles sehr abrupt, das geht über Nacht, na? Abends, da nimmt man sich noch 'n Strick, und früh steht man auf, und die Welt ist wunderbar, und jetzt geht 's wieder los, und da wird alles niedergewalzt, na?« (Fallportrait 7/Interview 009; 127–129)

Einige schizophrene Menschen verhalten sich kontinuierlich sehr aggressiv und grob ihrer sozialen Umgebung gegenüber. Die Partner dieser Patienten erleben die Betroffenen im Alltag als gehässig, aufbrausend und rücksichtslos. Häufig sehen sie sich mit aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert, die sie als verletzend und demütigend empfinden. Das Spektrum dieser aggressiven Verhaltensweisen kann von eiskaltem Schweigen über Sarkasmen bis zu böartigen verbalen Attacken und Gebrüll reichen. In manchen Fällen ist das aggressive Verhalten des erkrankten Partners auch mit massiven Drohungen bis hin zu physischer Gewaltanwendung verbunden:

»Er hat schon im ersten Jahr gesagt: ›Wer dich hässlichen Vogel, dich Spalte heiratet, muss sowieso bekloppt sein!‹ Solche Dinge. Aus der Krankheit heraus sagt er solche Dinge, die ›Spalte‹ kommt täglich. Die Tochter wie ich, wir sind die blöden Spalten, mit denen man gar nicht umgehen kann. Und zwar [...] ist er zur Zeit besonders aggressiv, da er so eine Unruhe in sich hat. [...] Da knallt's dolle, da ist noch gar nichts passiert, verstehen Se? Da donnert 's, da ist noch gar kein Blitz zu sehen. Er ist also über die Maßen böse. Das kann ich gar nicht alles wiedergeben. Da würd ich bitterlich weinen.« (Fallportrait 17/Interview 037; 156–160, 232–237)

»Er war jähzornig und bösartig, ich hab da auch viel durchgemacht mit ihm. (Interviewer: Das Zusammenleben war nicht gerade einfach.) Nein, es war sehr kompliziert. Normalerweise war's keine Partnerschaft mehr, schon viele Jahre nicht mehr. [...] Die Ärzte haben immer zu mir gesagt, ich müsste mich trennen, weil mein Leben nich mehr gesichert war. Also, ich musste immer damit rechnen, dass da mal irgend was passiert. Dass er sich nich mehr unter Kontrolle hat. (Interviewer: Dass er Sie auch wirklich gewalttätig angreift.) Ja, es gab Situationen, wo er eben sagte: ›Ich nehm's Messer und stech' dich ab!‹« (Fallportrait 3/Interview 171; 156–160, 232–237)

Eine derartige aggressive Wesensveränderung stellt für den Partner des Erkrankten eine Extremlast dar. Das alltägliche Zusammenleben ist in diesen Fällen von Angst und Traumatisierung geprägt. Wenn die Partnerschaft trotz dieser gravierenden chronischen Belastungen aufrechterhalten wird, kann der Beziehungsalltag als regelrechte »Ehehölle« erlebt werden. Der Wunsch, sich vom erkrankten Partner zu trennen, ist in diesen Fällen sehr stark ausgeprägt (vgl. Kapitel 6. 6. 6).

6. 4. 3 Veränderungen in der Lebenssituation des Erkrankten

Eine Schizophrenie stellt für den Betroffenen einen tiefen biografischen Einschnitt dar. Die gesamte Lebensperspektive ist durch die psychische Krankheit verändert. Die Aussicht, als chronisch Kranker nie wieder so leben zu können wie vor der Erkrankung und möglicherweise dauerhaft auf Medikamente angewiesen zu sein, ist in der Regel mit einem langen und schwierigen Lernprozess verbunden. Eine Schizophrenie bedeutet aber auch deshalb einen tiefen Lebenseinschnitt, weil sie oft mit einer dauerhaften Einschränkung der Erwerbsfähigkeit verbunden ist. In vielen Fällen kommt es zu einem beruflichen Abstieg und schließlich zur oft ungewollten Beendigung der Arbeitsbiografie. Der Freundes- und Bekanntenkreis des Erkrankten kann schrumpfen oder sogar ganz verloren gehen; in manchen Fällen kann es mittel- und langfristig zu einer weitgehenden sozialen Isolation des Patienten kommen (vgl. Kapitel 6. 4. 9).

Einige der befragten Partner sahen einen engen Zusammenhang zwischen dieser veränderten Lebenssituation und den politisch-gesellschaftlichen Veränderungen seit der deutschen Wiedervereinigung. Diese Partner haben das Gefühl, dass sich das allgemeine soziale Klima durch die Umstrukturierung des Arbeitsmarktes sowie des Gesundheits- und Sozialwesens stark gewandelt hat. Die zu DDR-Zeiten erlebte Solidarität und Unterstützung dem schizophoren Partner gegenüber macht in den Augen dieser Studienteilnehmer zunehmend einer rauen und herzlosen »Ellenbogengesellschaft« Platz, in der psychisch Kranke vom Erwerbsleben und der Teilhabe am sozialen Leben ausgegrenzt werden:

»Das muss man och sagen, dass sein Betrieb, wo er gearbeitet hat, sich sehr für ihn eingesetzt

hat zu DDR-Zeiten. Die sind im Krankenhaus gewesen, ham ihn besucht, die haben eben – weil sie kannten ihn schon vorher – weil er sich ja so verändert hatte, ham se ihm ene Arbeitsstelle außerhalb des Hauptgebäudes gegeben, wo er also nich dauernd, sagen wir mal, sich im Mittelpunkt stehend fühlte. Also, das war sagenhaft, wenn man sich das mal überlegt und vergleicht, was heute wäre in dem Fall. Da ist viel gemacht worden und viel unterstützt worden. [...] Das war wirklich einmalig eigentlich, was die da für ihn geleistet haben und ihn nicht an den Rand gestellt haben.« (Fallportrait 25/Interview 026; 27–39)

Auch aus der Perspektive des Partners sind die Folgen dieser einschneidenden biografischen Veränderungen sehr deutlich zu spüren. Eine Berentung aufgrund von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit wird meist nicht nur positiv als materielle Absicherung, sondern vor allem auch negativ als ein Verlust der normalen Teilhabe am sozialen Leben wahrgenommen: Für den Erkrankten ist der gewohnte Lebensrhythmus von Arbeit und Freizeit aufgehoben, und durch den Wegfall der Beziehungen am Arbeitsplatz versiegt eine wichtige Quelle der Befriedigung sozialer Bedürfnisse. Der Status der Erwerbsunfähigkeit bedeutet für den Betroffenen den Verlust eines wichtigen Teils der eigenen Identität. Im alltäglichen Zusammenleben wird der Erkrankte oft als unzufrieden und missgelaunt wahrgenommen. Vom Partner werden Gefühle wie Langeweile, Sinnverlust oder Fatalismus, aber auch ein verringertes Selbstwertgefühl wahrgenommen.

»Am meisten beschäftigt mich, [...] dass er einfach mit seinem Leben nicht so zufrieden ist, [...] dass er einfach mit der Situation, in der er sich jetzt befindet als Rentner, [nicht zurechtkommt]. [...] Ich versteh's nicht, dass er sich immer wieder Gedanken machen muss, dass er immer wieder grübelt und grübelt und grübelt. Und ich hab ihm oft gesagt, Vergangenheit kannst du nicht ändern, und dass es ist, na ja, wie's ist.« (Fallportrait 19/Interview 155; 267–279)

Der Verlust des Arbeitsplatzes und der damit verbundenen Anforderungen bringt in vielen Fällen einen ungewollten »Müßiggang« des erkrankten Partners mit sich. Oft fällt es den Betroffenen schwer, nicht-berufliche Alternativen zur Erwerbstätigkeit zu finden und den Alltag durch befriedigende Tätigkeiten und Aufgaben neu zu strukturieren. In Verbindung mit ohnehin vorhandenen Antriebsproblemen kann dies zu einer weiteren Verstärkung passiver und resignativer Tendenzen führen:

»Das Einzige, was eigentlich nicht so schön ist, ist, [...] dass meine Frau keine direkte Aufgabe mehr hat, kein ›Muss‹, und das ist, sag mer mal, nicht schön. Aber ich weiß auch nicht, sie hat auch selbst nicht unbedingt viele Interessen; das heißt neuerdings – ich hab ihr jetzt 'nen Computer gekauft – da macht sie sogar mal was am Computer von sich aus. Ich meine, Haushalt und so, da gibt es gar keine Frage, da macht sie alles, [...] aber es fehlt eine Aufgabe, die ein bisschen Druck bringt. [...] Also, wenn man bloß immer zu Hause ist, dann wird das nichts, na. Das ist, sag ich mal, nicht ein Problem, was *direkt* mit der Krankheit zusammenhängt. Das kann einen selbst auch treffen. (Interviewer: Dass man dann so passiv wird.) Ja, und das wird meiner Ansicht nach vielleicht durch die Medikamente noch verstärkt.« (Fallportrait 20/Interview 095; 257–281)

In den analysierten Interviews lassen sich Anhaltspunkte dafür finden, dass es männlichen Patienten besonders schwer fällt, mit dem Status der Erwerbsunfähigkeit bzw. der Berentung zurechtkommen. Der dauerhafte Verlust der eigenen Arbeitsfähigkeit dürfte

für Männer deshalb so schmerzhaft sein, weil sich männliche Identitätskonzepte im Allgemeinen stärker als die von Frauen auf die berufliche Leistungsfähigkeit beziehen. Das Ende der eigenen Arbeitsbiographie kann daher für männliche Patienten mit einer schweren Beschädigung ihres Selbstbilds einhergehen. Im Alltag fühlt sich der Erkrankte oft nutzlos und überflüssig. Hinzu kommt, dass die Alternative, sich beim Verlust der Erwerbstätigkeit stärker im Haushalt und in der Kindererziehung zu engagieren für Männer in geringerem Maße positiv bewertet wird als von Frauen, weil diese »typisch weiblichen« Tätigkeiten nicht als »Auslastung« empfunden werden oder sogar mit dem eigenen männlichen Rollenverständnis kollidieren:

»Der Hund ist och eine Anschaffung seinetwegen, damit er, weil er ja nun den ganzen Tag zu Hause ist, damit er was zu tun hat. [...] Er ist jetzt erwerbsunfähig geschrieben. Und ich, ich bin zwar in der glücklichen Lage, nichts mehr machen zu müssen im Haushalt, wenn ich von Arbeit komme. Es ist sehr schön, aber eben halt – das ist keene Auslastung für ihn [...] als *Mann*, sag ich jetzt mal. Und er sucht ja krampfhaft nach einer Beschäftigung, bloß das ist gar nicht so einfach.« (Fallportrait 10/Interview 032; 132–143)

Auch für den Partner kann die veränderte Lebenssituation und der veränderte soziale Status des Erkrankten Verlusterfahrungen mit sich bringen. Die Berentung des erkrankten Partners ist nicht nur mit dem Ausfall eines Einkommens und ggf. mit Einschränkungen des Lebensstandards verbunden, sondern oft auch mit dem Verlust gemeinsamer Zukunftsperspektiven. Häufig müssen die Partner schizophrener Menschen in diesem Zusammenhang eigene und gemeinsame Lebensentwürfe revidieren (vgl. Kapitel 6. 6). Darüber hinaus kann es zu Verschiebungen im partnerschaftlichen Rollengefüge kommen, wenn der Partner des Erkrankten als einziger »Ernährer« für die Existenzsicherung der Familie verantwortlich ist.

Eine weitere Begleiterscheinung der Erwerbsunfähigkeit ist, dass sich der Erkrankte meist häufiger zu Hause aufhält. Dadurch gibt es im Beziehungs- und Familienalltag nicht nur mehr Kommunikationsmöglichkeiten, sondern auch mehr »Reibungsflächen«, die das Konfliktpotenzial zwischen dem Erkrankten und seinem Partner bzw. seiner Familie deutlich erhöhen können (vgl. Kapitel 6. 4. 6).

6. 4. 4 Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich psychotischer Rückfälle

Viele Partner schizophrener Menschen fühlen sich im Alltag durch Sorgen und Ängste hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs belastet. Aufgrund der während früherer Schübe erlebten akuten Belastungen wird das mögliche Auftreten eines erneuten Schubs sehr gefürchtet. Die Schizophrenie des Partners wird in den nicht-akuten Erkrankungsphasen oft als latente Bedrohung empfunden, die gleichsam wie ein »Damokles-Schwert« über dem Beziehungsalltag schwebt. Insbesondere dann, wenn ein Partner in der Vergangenheit bereits mehrfach die Erfahrung gemacht hat, dass die psychotischen Schübe des Patienten sehr plötzlich und ohne Vorwarnung auftreten, herrscht eine Grundstimmung ängstlicher Besorgnis.

»Stellenweise geht's mir selber och nich so gut, weil man macht sich halt Gedanken, ne. Dann hat man Angst, von heut off morgen manchmal, 's wird doch wohl nich wieder, 's wird doch wohl nich wieder was passieren! (Interviewer: Mhm. Ob die Krankheit wieder ausbricht.) Ja,

genau. Ich meene, wir ham's ja schon vier mal gehabt, dann geht's immer 'ne lange Weile. Jetz im Moment – Gott sei Dank! – is wieder mal Ruhe, mal von den kleenen Depressionen, die täglich ufftreten, mal abgesehen.« (Fallportrait 23/Interview 070; 16–25)

Im Alltag wird der schizophrene Partner oft mit besorgter Aufmerksamkeit im Hinblick auf mögliche Verhaltensauffälligkeiten beobachtet, die erfahrungsgemäß als Frühwarnzeichen eines sich anbahnenden psychotischen Rückfalls gedeutet werden können (z. B. Schlaflosigkeit, Veränderungen des Aktivitätsniveaus, Rückzugsverhalten). Einerseits wird diese kontinuierliche Beobachtung des Partners als wichtig erachtet, um bereits bei geringfügigen Abweichungen vom gewohnten Verhalten ggf. rasch reagieren und umgehend Gegenmaßnahmen gegen einen akuten Schub einleiten zu können. Andererseits bringt die Wachsamkeit dem Erkrankten gegenüber auch eine chronisch erhöhte Anspannung mit sich, die dem Partner des Patienten auf Dauer viel Kraft abverlangt:

»Also mich beschäftigt am meisten, wenn er wieder mal recht ruhig is und sich irgendwo hin verkrümelt. Da bin ich noch geschädigt. Also, da sträuben sich mir schon wieder die Nackenhaare, und dann bin ich schon wieder bewegt zu sagen: ›Schatz, is was? Hast du was?‹ – ›Ich? Nischt!‹ (Interviewer: Also, da machen Sie sich einfach sehr schnell Sorgen.) O ja. Ich mach mir eigentlich *immer* Sorgen um mein' Mann!« (Fallportrait 9/Interview 167; 465–473)

Sorgen und Befürchtungen treten verstärkt auf, wenn der erkrankte Partner die verordneten Psychopharmaka nicht oder nur unregelmäßig nimmt – sei es versehentlich (z. B. aus Vergesslichkeit) oder absichtsvoll. Letzteres kann z. B. dann der Fall sein, wenn sich der Patient im Rahmen einer paranoid-halluzinatorischen Residualsymptomatik verfolgt fühlt und die psychiatrische Behandlung als Teil einer Verschwörung gegen ihn interpretiert. Meist werden jedoch die Medikamente eigenmächtig abgesetzt, wenn sich die Patienten wieder weitgehend gesund fühlen und die Notwendigkeit einer neuroleptischen Langzeitmedikation nicht einsehen. Aus Erfahrung wissen viele Partner, dass ein abruptes Absetzen der Medikamente über kurz oder lang zu einem erneuten psychotischen Schub führt:

»Nu hat er aber de Medikamente auch so als Teil in diesem Puzzle gesehen, dass die eigentlich dazu da sind, ihn mundtot zu machen beziehungsweise ihn außer Gefecht zu setzen, na? Dazu also ist zu sagen so manches, 's ist wie so 'n Krimi. [...] Das ging noch lange so. Und erst seit ungefähr drei Jahren nimmt er jetzt, bekommt er jetzt regelmäßig das Lyogen gespritzt. Hatte och vorneweg mal andere Medikamente, und wenn's ihm dann gut ging, dann hat er gesagt: ›Ich brauche das nicht mehr!‹, und dann konnte man drauf warten, ne? Innerhalb von ä Vierteljahr bricht das dann wieder zusammen.« (Fallportrait 25/Interview 026; 86–96)

Auch bestimmte Alltagssituationen, die mit erfahrungsgemäß mit Stress und Aufregungen verbunden sind (z. B. Umzug, Urlaub, Familienfeiern, Ärger mit Behörden etc.), versetzen die Partner schizophrener Patienten immer wieder in einen Zustand erhöhter Alarmbereitschaft. Aus Erfahrung wissen viele Partner, dass derartige Stresssituationen das Risiko für einen psychotischen Schub erhöhen können. Daher werden solche Situationen tendenziell vermieden oder so gestaltet, dass die Stressbelastung für den Patienten möglichst gering ist. Gleichwohl ist es natürlich nicht möglich, den erkrankten Partner von sämtlichen potenziellen Stressoren abzuschirmen, wenn gleichzeitig ein weitgehend »normales« Leben mit und trotz der psychischen Erkrankung angestrebt wird.

»Meine Frau war immer, sag mer mal, gereizt oder sehr empfindlich, wenn irgendwas ins Haus stand. Irgend 'ne Geburtstagsfeier oder es kam Besuch oder so. Da war sie – also sag mer mal, das hat sie belastet. Und das waren dann auch immer, ich sag mal, Momente, wo ich bissel Angst hatte, das es wieder ausbricht, ja.« (Fallportrait 20/Interview 095; 162–168)

6.4.5 Erhöhte Arbeitsbelastung im Alltag

Viele schizophrene Menschen sind aufgrund von Antriebsproblemen, depressiven Stimmungen und kognitiven Defiziten dauerhaft in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Sie sind deshalb nicht mehr oder nur noch zum Teil in der Lage, alltägliche Aufgaben im Haushalt und in der Familie zu bewältigen. Um trotzdem einen weitgehend »normalen« Lebensalltag aufrechtzuerhalten, übernehmen die Partner der Patienten in diesen Fällen *zusätzliche Aufgaben und Pflichten in Partnerschaft und Familie*. Durch die damit verbundene höheren Arbeitsbelastung ergibt sich für diese Partner oft ein chronisch erhöhtes Stressniveau, etwa durch vermehrte körperliche und geistige Anstrengungen, zusätzliche Verantwortung oder mehr Zeitdruck. Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben und Pflichten stellt insbesondere dann eine große Belastung dar, wenn der Partner gleichzeitig berufstätig ist.

»Ich muss viel die ganze Wirtschaft machen. Essen kochen mach ich sowieso. Und wenn hier de Tochter in de Schule geht, die sagt: »De Mutter macht nischt, da mach ich och nischt.« Und dann lässt se alles stehen und liegen. Da hab ich erst mal zu tun, das Zeug erst mal wieder richtig sauber zu machen. Bleibt alles stehen. Na, und wenn ich dann noch nebenbei ä bissel was gemacht hab, [...] da hab ich natürliche keene Zeit, hier das zu machen. Na, und da hakt 's och immer ä bissel aus. Hm. Da kann ich reden, was ich will: »Mach das ä'mal, mach das doch mal weg!« und das bleibt eben [trotzdem] so lange, bis ich wieder mal Zeit hab. Das packt man ja kaum dann, alles alleine machen.« (Fallportrait 16/Interview 040; 212–223)

»Also, das Empfinden hab ich eigentlich, dass es ihm sehr an Antrieb fehlt. Es gibt so Dinge, na ja, jeder hat ja nun eigentlich seine Aufgaben, denk ich mal. 'Ne Frau hat mehr das Häusliche, und 'n Mann, ma hofft immer, dass er och mal so 'n paar handwerkliche Sachen macht. Und am Anfang, als wir hier noch vorrichten [= renovieren] mussten, hat er das auch mit mehr Selbstverständlichkeit gemacht. Und, und jetzt muss ich schon lange drängen, drängen, und manchmal vielleicht auch schimpfen, dass er auch mal was macht. Denn ich kann ja nicht alles hier alleine machen. [...] Das Tägliche mach ich ja sowieso fast alles selber, da hat er wenig Aufgaben.« (Fallportrait 14/Interview 050, 27–41)

In diesem Zusammenhang müssen z. T. auch ungewohnte Tätigkeiten neu erlernt und gemeistert werden, für die früher der Erkrankte zuständig war. Während sich männliche Partner in häusliche Aufgabenbereiche (wie z. B. Kochen, Putzen und die Betreuung der Kinder) hineinfinden müssen, sehen sich Partnerinnen vor handwerkliche und organisatorische Herausforderungen gestellt, die der Erkrankte nicht mehr bewältigen kann:

»Also, ich musste praktisch die Funktion des Mannes mitübernehmen. Wir ham ja saniert hier in der Wohnung, oder renoviert. Das hab ich alles selber gemacht, nich, ich hab tapeziert und so. Er stand eben daneben und hat zugeguckt, er hatte auch keine Lust und kein Interesse mehr. [...] Da musst ich mich reinfinden in das gesamte Familienleben, dass ich das alles selber be-

wältige. Wir ham'n Garten, das musst ich selber machen. Ich musst mich um's Auto selber kümmern, und äh, ihn ging das alles nichts mehr an.« (Fallportrait 3/Interview 171, 161–170)

Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben in Partnerschaft und Familie ist nicht nur mit Belastungen verbunden, sondern geht auch mit einer langfristigen Verschiebung des partnerschaftlichen Rollengefüges einher. In dem Maße, in dem der Erkrankte als wenig belastbar, unselbstständig und hilfebedürftig erlebt wird, sieht sich der Partner zunehmend in einer tragenden bzw. unterstützenden Helferrolle (vgl. Kapitel 6. 4. 11).

6. 4. 6 Konflikte und Streit

Chronische Belastungen im Beziehungsalltag können auch deswegen entstehen, weil es vermehrt zu Konflikten zwischen den Partnern kommt. Das *erhöhte Konfliktpotenzial im Beziehungsalltag* kann durch unterschiedliche Faktoren bedingt sein: So bringt z. B. die veränderten Lebenssituation des Erkrankten einen engeren Kontakt und damit auch mehr Reibungsflächen zwischen den Partnern mit sich. Zugleich entwickeln sich im Krankheitsverlauf die Bedürfnisse der Partner oft auseinander, und es kommt zunehmend zu Differenzen hinsichtlich der Gestaltung des Alltags. Eine aus Sicht der Partner besonders wichtige Ursache für das erhöhte Konfliktpotenzial ist die krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderung des Patienten: Dieser wird in einigen Fällen seit dem Beginn seiner Erkrankung als launisch und unzuverlässig empfunden, in anderen Fällen als nörglerisch und streitsüchtig oder sogar als böseartig und aggressiv. Vor diesem Hintergrund kann es im Alltag vermehrt zu Meinungsverschiedenheiten und Wortgefechten kommen, etwa dann, wenn sich der Partner vom Patienten zu Unrecht kritisiert oder angegriffen fühlt oder wenn der Erkrankte bestimmte Vereinbarungen nicht einhält. Die im Alltag häufig gleich oder ähnlich ablaufenden Konfliktepisoden kosten den Partner des Erkrankten viel Kraft und haben auf Dauer eine zermürbende Wirkung.

»Wenn irgendwie ne Belastung auf sie zukommt, dann ist es aus. Dann hab ich Schwierigkeiten mit ihr. Ja, das wär erstmal so im Großen und Ganzen dazu zu sagen. (Interviewer: Wie sehen diese Schwierigkeiten aus, können Sie darüber berichten?) Na ja, sonst ist se eher bissel ruhig, aber dann geht's eben los: ›Das ist falsch!‹ und ›Das musste machen!‹, ›Das musste so machen!‹ und, ja und dann gibt's eben immer Reibereien, das ist klar. Das ist natürlich dann schwer, das alles zu schlichten.« (Fallportrait 16/Interview 040; 63–72)

Die Konflikte zwischen den Partnern können in ihrer Form und Intensität sehr stark variieren. Das Spektrum möglicher Konflikte reicht von unterschwelligem Spannungen und Gereiztheiten im Beziehungsalltag über scharfe verbale Auseinandersetzungen bis hin zu massiven Drohungen und körperlichen Attacken. Insbesondere dann, wenn der schizophrene Partner zu sehr aggressivem und provozierendem Verhalten neigt, kann es zu dramatischen Konflikteskalationen kommen:

»Er brauchte immer jemand, den er herausfordert, damit er sich abregieren konnte. [...] Er hat dann immer so lange gestichelt, bis er mich aus der Reserve gelockt hatte. Ich bin eigentlich 'n ruhiger Mensch, aber es ging dann eben manchmal nich mehr. So Situationen, wo man sich auch zur Wehr setzen musste und sagen: ›Also jetzt is' genug! Jetzt, so geht das nich! So kannste das nich mit mir machen!‹ [...] Einmal war'n wir im Garten, und wie's so abends ist, man setzt sich in de Schaukel, und da fiel's ihm ein – er war wieder mal so jähzornig und böseartig – und dann

sagte er: ›Steh auf, du faules Schwein, und mach lieber was!‹ Und ich reagierte natürlich nich. Da nahm er meinen Arm und schleuderte mich aus der Schaukel, sodass ich 'n paar Meter geflogen bin.« (Fallportrait 3/Interview 171; 251–257, 269–274)

Auch dann, wenn die Spannungen und Konflikte in erster Linie zwischen dem Erkrankten und anderen Familienmitgliedern auftreten, kann dies eine Belastung für den Partner darstellen. Insbesondere im Kontakt mit den heranwachsenden Kindern treten Auseinandersetzungen auf, in denen der Partner des Patienten vermitteln und schlichten muss. Dabei kann der Partner unter Umständen »zwischen die Fronten geraten« und den Unmut beider Konfliktparteien auf sich ziehen. Spezifisch für das Zusammenleben mit einem schizophrener Menschen ist natürlich nicht diese *Konfliktkonstellation*, sondern vielmehr die *kognitive Ambivalenz* des Partners, der häufig zwischen der Rücksichtnahme auf den Patienten, der Parteinahme für eine objektiv richtige bzw. vernünftige Position und dem Abwägen angemessener Kompromisse schwankt:

›Bringt natürlich ja generell in die Familie sehr viel Unruhe rein. Und Sie sehen, unser jüngster Sohn ist noch zu Hause, mit knapp 21 Jahren, der kann natürlich noch gar nicht das Verständnis dafür haben. Das heißt also, ich steh immer zwischen zwei Fronten. Auf der einen Seite muss ich sagen, hat unser Junge oft *Recht* mit dem was er sagt. Er sagt 's auf seine Weise, wie die Jugend das so macht – kompromisslos, hart, graderaus, so. Damit schafft er 'ne Konfrontation, die mitunter auch recht hart ist, zwischen meinem Mann und ihm. So, nun steh ich dazwischen, ne. Und dann muss ich eben immer irgendwie versuchen, zu glätten und zu beschwichtigen.« (Fallportrait 7/Interview 009; 134–142)

›Heute gibt's eben öfter mal Reibereien, weil's mir eben nicht immer gelingt, ruhig zu bleiben. Also, 's gelingt nicht immer. Das ist, weil ebend och Sachen offtreten, wo ich mir sage, die sind trotz dieser Krankheit nicht normal, sag ich jetzt mal. Er hat zum Beispiel total Probleme, mit seinem Sohn klarzukommen, na? Der ist 17, und die Jugend hat nun heute ganz andre Vorstellungen vom Leben als [früher]. [...] Es gibt Tage, da rastet er vollkommen aus. Das ist ganz schlimm. Und da steht eben nu halt die Mutter zwischen den beeden.« (Fallportrait 10/Interview 032; 92–109)

6. 4. 7 Beeinträchtigungen der gemeinsamen Freizeitgestaltung

Oft müssen die Partner schizophrener Menschen erhebliche Abstriche im Hinblick auf die gemeinsame Freizeitgestaltung machen. Viele Patienten leiden unter einem chronischen Schwächezustand, der mit Interesseverlust, Antriebslosigkeit und Affektverflachung einhergeht. Im Alltag werden passive und konsumierende Tätigkeiten präferiert, wie z. B. Dösen, Faulenzen, Fernsehen und Rauchen. Die verminderte Belastbarkeit sowie das gesteigerte Ruhe- und Schlafbedürfnis des Erkrankten kollidieren in denjenigen Fällen mit Bedürfnissen des Partners, in denen dieser gern aktiv ist und etwas unternehmen möchte. Das Ausbalancieren dieser unterschiedlichen Bedürfnisse kann sehr schwierig sein, wenn der Partner des Patienten Wert darauf legt, dass zumindest ein Teil des Alltags und der Freizeit gemeinsam verbracht wird. Häufig muss viel »Überzeugungsarbeit« geleistet werden, um den Erkrankten wenigstens gelegentlich zu gemeinsamen Aktivitäten zu motivieren und damit einen Teil der eigenen Bedürfnisse zu befriedigen.

»In den ersten Jahren ham wir auch mehr unternommen, lange Spaziergänge, stundenlange. Ich will, ich muss ja immer raus, also *ich*. Nur rumsitzen, das macht mich wahnsinnig. [...] Das nun auf einen Nenner zu bringen, das ist gar nicht so leicht, meine Bedürfnisse und sein Ruhebedürfnis. (Interviewer: Also, Sie würden öfter gern mal aktiver sein, Ausflüge machen.) Ja, ja! Mal längere Ausflüge. Letzten Sonntag zum Beispiel, [...] da ham wir uns mit meiner Tochter und ihrer Familie getroffen an der Weißen Elster, und sind wa mal mehrere Stunden rudern gegangen. *Das* ist schön, so was. Und nich immer mittags sich hinlegen!« (Fallportrait 14/Interview 050; 96–98, 124–139)

Der passive, ereignisarme Alltag, den chronisch beeinträchtigte schizophrene Menschen als angenehm erleben, kann für deren Partner sehr belastend sein. Die zu Hause gemeinsam mit dem Erkrankten verbrachte Zeit bedeutet in diesen Fällen einen schmerzhaften Verzicht auf Abwechslung und Aktivität; der Beziehungsalltag wird als eintönig, ermüdend und auf die Dauer als lähmend empfunden. Dagegen können Freizeitaktivitäten ohne den erkrankten Partner sowie die eigene Berufstätigkeit einen gewissen Ausgleich schaffen, der das Zusammenleben mit dem Betroffenen erträglicher macht (vgl. auch Kapitel 4. 5. 10):

»Zu Hause ich will nicht bleiben, als Arbeitslose immer zu Hause. Ich muss immer die Welt haben um mich. (Interviewer: Sie brauchen auch die Aktivität.) Immer, immer, immer! [...] Wenn ich nur bei meinem Mann bin, schön, ja, einen Tag, gut. Aber zweiten Tag ich bin krank. Ich bin krank, ich hab überall Schmerzen, ich hab keine Energie, bin ich wie tot! Couch oder Bett und Fernsehen natürlich, sauber machen, kochen das mach ich gerne. Aber ohne Aktivität, ich bin wie nichts!« (Fallportrait 27/Interview 062; 197–206)

In anderen Fällen kann die gemeinsame Freizeitgestaltung dadurch beeinträchtigt sein, dass bei dem Erkrankten sehr plötzlich und ohne erkennbare Ursache depressive Stimmungen auftreten. Viele Partner schizophrener Menschen wissen aus Erfahrung, dass derartige Stimmungseinbrüche jederzeit möglich sind. Diese Unberechenbarkeit hinsichtlich der Gemütsverfassung des Erkrankten kann dazu führen, dass die längerfristige Planung gemeinsamer Freizeitaktivitäten (z. B. Urlaub, Ausflüge, Besuche) erheblich erschwert ist:

»Ihre Stimmung ist sehr wechselhaft. Zwo, drei Tage geht 's, oder eben 'ne Woche, und off eenmal, urplötzlich ist das, wie aus heiterem Himmel, kommt ganz plötzlich die Depression, und nach zwee Tagen is wieder gut. Das ist immer das Ungewisse, wenn man sich jetzt was vornimmt oder so, zum Beispiel in Urlaub fahren. Man lebt immer mit der Gefahr oder aber mit dem Bewusstsein, dass es irgendwie wieder losgeht.« (Fallportrait 15/Interview 013; 195–201)

6. 4. 8 Beeinträchtigungen der Sexualität

Nur wenige Partner schizophrener Patienten berichteten in den durchgeführten Interviews von Schwierigkeiten, welche die gemeinsame Sexualität betreffen. Möglicherweise wurde dieses Thema von vielen Studienteilnehmern als zu persönlich oder unangenehm empfunden und deswegen nicht von selbst angesprochen. Hemmend wirkte sich dabei offenbar auch die Tatsache aus, dass das Gespräch mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet wurde, denn in einigen Fällen wurden sexuelle Probleme thematisiert, nachdem die Interview-

aufnahme beendet war. Aus diesem Grund lassen sich in den transkribierten Interviewaufnahmen nur wenige Textstellen auffinden, die das Thema »Sexualität« betreffen. Allerdings lassen sich aus den vorliegenden Kontaktprotokollen einige Anhaltspunkte für die Relevanz dieses Themas ableiten. Insgesamt können dabei nur vorsichtige Schlussfolgerungen im Hinblick auf diesen Belastungsaspekt gezogen werden; gleichwohl kann festgehalten werden, dass die gemeinsame Sexualität durch die Schizophrenie des erkrankten Partners erheblich beeinträchtigt werden kann. Diese erkrankungsbedingten sexuellen Schwierigkeiten können zu einem belastenden Problem für beide Partner werden.

So kann beispielsweise das sexuelle Interesse und das Lustempfinden des Erkrankten durch Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente dauerhaft stark gedämpft sein. Mögliche unerwünschte Nebenwirkungen der bei der Behandlung einer Schizophrenie eingesetzten Medikamente sind z. B. Potenzprobleme und die Verminderung bzw. der Verlust der sexuellen Appetenz. In diesen Fällen kommt es zu nachhaltigen Beeinträchtigungen des Intimlebens bis hin zu einem weitgehenden Verzicht auf sexuelle Begegnungen. Wenn diese Schwierigkeiten länger andauern, so kann dies für beide Partner sehr belastend sein. In manchen Fällen wird deswegen der behandelnde Arzt gebeten, die Medikamentendosis zu reduzieren oder ein anderes Medikament auszuprobieren, das die Sexualität des Erkrankten weniger stark beeinträchtigt. Allerdings sind sich sowohl die Patienten als auch deren Partner meist darüber bewusst, dass eine Veränderung der Medikation auch das Risiko eines erneuten psychotischen Schubs erhöht und damit sehr gravierende akute Belastungen nach sich ziehen kann. Diese Paare sind daher auf Dauer eher bereit, die medikamentös bedingte Beeinträchtigung der gemeinsamen Sexualität in Kauf zu nehmen als das Risiko eines erneuten schizophrenen Schubs einzugehen.

In manchen Fällen ist die langfristige Neuroleptikabehandlung auch mit einer erheblichen Gewichtszunahme verbunden, wodurch sich der Erkrankte körperlich relativ stark verändern kann. Dies kann dazu führen, dass sich der Erkrankte als hässlich und nicht mehr begehrenswert empfindet. Auch vom Partner kann das Übergewicht des Patienten als Beeinträchtigung der erotischen Attraktion empfunden werden. In einigen Fällen werden Versuche unternommen, das Übergewicht wieder zu reduzieren, z. B. durch eine Diät oder die Einnahme von Appetitzüglern.

Zusätzlich zu diesen medikamentenbedingten Problemen kann die Sexualität durch weitere Faktoren beeinträchtigt werden. Störungen der Sexualität können verstärkt werden, wenn die Atmosphäre des Beziehungsalltags durch häufige krankheitsbedingte Missstimmungen, Spannungen und Unzufriedenheit geprägt ist. Durch lange anhaltende Konflikte und Kommunikationsstörungen kann es zu einer emotionalen Entfremdung zwischen den Partnern kommen. In einigen Fällen kann die seelische und körperliche Anziehung allmählich völlig erlöschen. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn der erkrankte Partner aufgrund starker Veränderungen im Verhalten nicht mehr als die Person erlebt wird, die vor der Erkrankung als attraktiver Sexualpartner empfunden wurde.

Traumatische Erfahrungen führen zu gravierenden Störungen des Intimlebens. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn der Erkrankte seinen Partner während eines akuten schizophrenen Schubs körperlich angegriffen oder misshandelt hat. Aufgrund dieser Gewalterfahrung kann u. U. selbst nach dem völligen Abklingen der psychotischen Symptome nicht zu einem unbelasteten Sexualität zurückgefunden werden. In anderen Fällen prägen gewalttätige Konflikteskalationen und sexuelle Demütigungen den Beziehungs-

alltag. Dadurch kann es zu einer nachhaltigen Störung der sexuellen Beziehung oder zu einem völligen Erlöschen des sexuellen Interesses kommen.

6. 4. 9 Verlust von sozialen Kontakten

Häufig kommt es im Verlauf der schizophrenen Erkrankung zu einem *allmählichen Substanzverlust des sozialen Netzwerks* – ein Phänomen, das in vielen Fällen zunächst den Erkrankten selbst betrifft, aber auch auf dessen Partner »ausstrahlen« kann. In einigen Fällen gewinnen Kontakte zu ebenfalls Betroffenen aus der »Psychiatrie-Szene« an Bedeutung, während der frühere Freundes- und Bekanntenkreis des Erkrankten schrumpft oder sogar ganz verloren geht. Diese Abnahme bzw. der weitgehende Verlust sozialer Kontakte kann durch unterschiedliche Ursachen bedingt sein: Aufgrund der veränderten Lebenssituation und der Erwerbsunfähigkeit des Patienten gehen viele Kontaktmöglichkeiten und damit Gelegenheiten, Bekanntschaften zu knüpfen, verloren. Häufig wenden sich auch frühere Freunde und Bekannte vom Erkrankten ab, z. B. weil dessen krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderung Verunsicherung und Unbehagen auslöst, oder weil der Erkrankte aufgrund seiner Defizite nicht mehr als attraktiver Kommunikationspartner empfunden wird. Hinzu kommt, dass viele Patienten dazu neigen, sich aus ihrem ehemaligen Freundeskreis zurückzuziehen, weil ihre Kraft für die Pflege enger Kontakte nicht mehr ausreicht.

»Wir haben eben auch durch die Krankheit fast alle Freunde verloren. Die haben sich eben alle von uns distanziert. Weil keiner mehr so mit ihm klarkommt, wie's früher gewesen ist, na? (Interviewer: Weil er so ein schwieriger Mensch geworden ist?) Mhm, und fast nicht mehr gelacht hat. [...] (Interviewer: Das ist natürlich schon ein schwerer Verlust, gerade die Freunde.) Ja. Das ist richtig, das ist richtig, ja. Wie gesagt, für einen Außenstehenden ist das nicht einfach, mit so was klar zu kommen.« (Fallportrait 10/Interview 032; 362–368, 381–384)

Mittel- und langfristig kann es zu einer weitgehenden sozialen Isolation des Patienten kommen. In manchen Fällen hat der Erkrankte kaum noch eigene soziale Kontakte, und die Pflege von Freundschaften oder Bekanntschaften wird weitgehend dem Partner überlassen. In dieser Situation stellt der Partner unter Umständen die letzte verbliebene Verbindung zur sozialen »Außenwelt« dar:

»Er spricht nicht mehr mit anderen, er hat nur noch mich. Und er müsste sich doch noch mit jemand anderem unterhalten! Ich wünschte, er hätte noch einen Freund. Er hatte Freunde gehabt, manchmal kommen sie noch zu uns, aber ich sehe, dass sie wollen sich nicht mehr mit ihm unterhalten. [...] Er hat keine Konzentration mehr, wenn er [sich] mit den Freunden unterhält. Sie fragen, er antwortet, sie fragen, er antwortet – und auch nur, wenn er unbedingt muss. Und deshalb die Freunde besuchen uns nicht mehr gerne.« (Fallportrait 27/Interview 062; 352–367)

Der Partner des Patienten ist dann besonders stark vom Verlust sozialer Kontakte betroffen, wenn vor dem Beginn der Schizophrenie vorwiegend ein gemeinsamer Freundes- und Bekanntenkreis bestand. Der Verlust dieser Kontakte wird sehr schmerzlich erlebt, z. B. deshalb, weil damit viele Ansatzpunkte der gemeinsamen Freizeitgestaltung verloren gehen und weil eine wichtige Möglichkeit wegfällt, sich im Kontakt mit Anderen als Paar positiv zu erleben. Hinzu kann die Angst kommen, im Stich gelassen zu werden und

dem belastenden Zusammenleben mit einem schizophränen Partner alleine nicht gewachsen zu sein. Andererseits besteht in manchen Fällen auch eine gewisse Verunsicherung Außenstehenden gegenüber, z. B. im Hinblick auf deren Verständnislosigkeit oder Voreingenommenheit psychisch Kranken gegenüber. Dies kann dazu beitragen, dass der Partner des Patienten seinerseits weniger Anstrengungen unternimmt, um soziale Kontakte aufrechtzuerhalten oder neu zu knüpfen.

Wenn enge verwandtschaftliche Kontakte bestehen, kann es im Krankheitsverlauf auch zu einem *Rückzug in die Familie* kommen, bei dem der Kontakt zu Eltern bzw. Schwiegereltern, Kindern und Geschwistern an Wichtigkeit gewinnt. Der Grund für eine solche Entwicklung dürfte vor allem darin bestehen, dass von der Familie in der Regel eine größere Akzeptanz bzw. mehr Verständnisbereitschaft für den erkrankten Partner erwartet werden kann als von Bekannten oder Freunden.

»Und so gibt's keene Probleme. Die Kinder akzeptieren ihn, wie er ist. Wenn wir dort irgendwo hinfahren, dann wissen wir genau, da ist immer ein Zimmer, wo ein Bett steht, weil er muss sich ja dann zwischendurch mal hinlegen. Oder es ist ihm nicht gut, da legt er sich hin. Das wissen sie alle, meine Leute in der Familie.« (Fallportrait 1/Interview 002; 183–186)

Insbesondere dann, wenn der Partner des Patienten selbst psychisch krank oder beeinträchtigt ist, kann es zu einer *gemeinsamen sozialen Isolierung* kommen. Bei einigen dieser Paare entwickelt sich ein gleichsam »symbiotischer« Beziehungsalltag, in dem die Partner sehr stark aufeinander bezogen sind, aber zugleich weitgehend abgeschottet von ihrer Umwelt leben. Eine derartige Konstellation wird allerdings sehr unterschiedlich erlebt und bewertet: Während sich manche Partner einsam fühlen und gerne mehr soziale Kontakte hätten, sind andere Partner durchaus zufrieden mit ihrer zurückgezogenen und kontaktarmen Situation (vgl. Kapitel 6. 4. 12).

6. 4. 10 Ambivalenzen im Umgang mit dem erkrankten Partner: Nicht-Wollen oder Nicht-Können?

Schizophrene Menschen zeigen im Alltag oft Stimmungen oder Verhaltensweisen, die das Zusammenleben in der Familie einschränken oder stören (z. B. Antriebslosigkeit, Sprunghaftigkeit oder Aggressivität). Für die Partner dieser Patienten besteht ein besonderes Problem darin, dass in vielen Situationen schwer entscheidbar ist, inwieweit diese problematische Verhaltenweisen der psychischen Erkrankung oder aber dem ursprünglichen Naturell des erkrankten Partners geschuldet sind. Diese permanente Ambivalenz im Hinblick auf eine *krankheitsbezogene oder personenbezogene Attribution problematischer Verhaltenweisen* kann die Partner der Erkrankten stark verunsichern und belasten:

»Die größte Schwierigkeit für mich persönlich liegt eigentlich darin, dass [seine] Unberechenbarkeit schwer abzugrenzen ist. Sie können schwer sagen: ›Das ist der Ursprungsmentalität zuzuordnen, und das ist der Krankheit zuzuordnen.« Das verwischt sich manchmal sehr. Und das ist für mich eigentlich das Schwierigste und auch das Belastendste. Na, das is ständig so wie Wechselbäder, ne, heiß – kalt. (Interviewer: Die Frage, was ist der eigentliche Mensch und was ist die Krankheit.) Ja. Das ist oft sehr schwer auseinander zu halten « (Fallportrait 7/Interview 009; 12–23)

In manchen Fällen wird dem erkrankten Partner unterstellt, er bediene sich seiner Krank-

heit als Vorwand, um unangenehmen Pflichten aus dem Weg zu gehen. In diesen Fällen wird angenommen, dass es dem erkrankten Partner »mit etwas gutem Willen« durchaus möglich wäre, mehr zu leisten. Dies betrifft beispielsweise die ungleiche Verteilung von Aufgaben und Pflichten im Haushalt und in der Familie, die in einigen Fällen als sehr ungerecht empfunden wird. In diesem Zusammenhang werfen manche Partner dem Erkrankten vor, ihre »Narrenfreiheit« auszunutzen. Gleichwohl fällt es den Partnern schwer, zweifelsfrei abzuschätzen, inwieweit der Patient »nicht kann« oder wirklich nur »nicht will«:

»Da fühlt man sich auch manchmal sehr ausgenutzt, na? Man ist die Person, die alles regelt, die da ist, die unerschöpfliche Kräfte hat. ›Das machst du schon, das schaffst du schon, das hast du doch auch geschafft, und da wirst du das wieder schaffen‹, und noch 'n Packen drauf, und noch 'n bisschen drauf ... ((erregtes Atmen)) Und ›ich bin ja eh verrückt, und da hab ich ja sowieso ...‹ (Interviewer: Narrenfreiheit?) Ja, genau so isses!« (Fallportrait 7/Interview 009; 243–249)

»Es gibt manchmal [Situationen], da weiß ich nicht, ob ich ihm Unrecht tue, wenn ich auch mal schimpfe. Ob er nich will oder ob er nich kann, das is für mich 'n Problem. [...] Je träger er wird, desto hitziger wird ich manchmal, und da weiß ich nicht, soll ich jetzt lieber an mich halten, will er nich oder kann er nich? (Interviewer: Da sind Sie sich oft unsicher.) Da bin ich echt unsicher. (Fallportrait 14/Interview 050; 50–59)

Allerdings ist in diesem Zusammenhang auch festzustellen, dass einige Partner dazu neigen, die psychische Erkrankung im Alltag gleichsam »auszublenden«. Die Schizophrenie wird dann im Wesentlichen mit den akuten Erkrankungsepisoden gleichgesetzt; nach der Entlassung aus der Klinik wird von dem Betroffenen wieder weitgehend »normales« Verhalten erwartet oder sogar offen eingefordert:

»Und da hab ich gedacht, dass meine Frau wieder in der Lage ist, mich zu unterstützen. Dass sie immer einkaufen geht, Wäsche wäscht und die Tiere versorgt. Wir haben vier Meerschweinchen. So, und das hat sie nicht geschafft. Das kam auf mich wieder drauf zu. [...] Und da müsste meine Frau dann einfach sich zusammen nehmen ein bisschen, und, sagen wir mal, mich mehr unterstützen. Dass sie eben mal den Haushalt macht. Eben dass sie mal Wäsche wäscht oder mal einkaufen geht.« (Fallportrait 18/Interview 033; 346–350, 392–394)

6. 4. 11 Veränderungen des partnerschaftlichen Rollengefüges

Im langfristigen Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner können sich die Rollen innerhalb der Partnerschaft erheblich verschieben. Derartige Rollenveränderungen treten zwar auch im Verlauf anderer Paarbeziehungen auf, doch dürften sie in dem Maße spezifisch für das Zusammenleben mit einem psychisch Kranken sein, in dem sie als krankheitsbedingt gedeutet und im Alltag als Belastung empfunden werden.

Eine oft einschneidende Rollenveränderung ergibt sich aus der veränderten Lebenssituation des schizophrenen Patienten. Bedingt durch die Erwerbsunfähigkeit des Erkrankten ist der Partner oft als alleiniger Hauptverdiener für die finanzielle Absicherung der Familie zuständig. Dies wird insbesondere in den Fällen als starke Veränderung der partnerschaftlichen Rollenkonstellation empfunden, in denen vor dem Erkrankungsbeginn der Patient gleichberechtigt oder sogar maßgeblich für die Sicherung des Lebensunterhalts verantwortlich war (veränderte Rollenkonstellation: Versorger – abhängige Person).

In dem Maße, in dem der Erkrankte seine Robustheit und Selbstständigkeit einbüßt, kann der Partner des Patienten in eine tragende bzw. unterstützende Helferposition geraten. Diese Rollenverteilung kann zusätzlich polarisiert werden, wenn der Patient nicht nur psychisch, sondern auch körperlich beeinträchtigt ist und in hohem Maße auf die Unterstützung durch seinen Partner angewiesen ist (veränderte Rollenkonstellation: Pfleger – Patient):

»Ä paar Jahre hintereinander hatte er jedes Jahr 'ne neue Krankheit: Einmal eene Prostataoperation, dann wieder 'ne Hodenoperation, und da ging's ihm vorher nicht gut und hinterher nich gut. Da nimmt man selbstverständlich Rücksicht. Und vergangenes Jahr [...] war es bei ihm Basedow, da war'n mal ne Zeitlang die Werte bei ihm so hoch, da ging's ihm auch ganz schlecht. [...] Ja, das war'n nu immer so Zeiten, na, da war mir das schon selbstverständlich, das Rücksicht-Nehmen, wenn er nich so kann, wenn's ihm gesundheitlich nich so geht.« (Fallportrait 14/Interview 050, 102–121)

»Ja, nu kam eben das noch dazu, das war 1997, da war's ganz schlimm mit ihm, da is er dann zum Pflegefall geworden. Also, er nich mehr an sich bremsen könn', er hat immer eingemacht, er konnt' Urin nich mehr halten, die Hose war ständig nass, und die großen Geschäfte, das ging eben in die Hose. [...] Da habe ich ihn dann gepflegt, ich musste ihn waschen – er konnt' sich nich mehr alleine waschen – musste ihn dann windeln, wie's nich mehr anders ging, und ich war dann nur noch seine Krankenschwester. Man sagte mir schon immer, ich wer das nich lange durchstehen.« (Fallportrait 3/Interview 171, 172–183)

In anderen Partnerschaften kann der Patient u. U. in die Rolle eines unselbstständigen und hilfebedürftigen Kindes zurückfallen, während der Partner zusätzliche Verantwortungsbereiche übernimmt und versucht, die vielfältigen alltäglichen Anforderungen und Probleme weitgehend allein zu meistern. Dies kann z. B. bedeuten, dass sich der Partner des Patienten zunehmend um Dinge kümmern muss, die dieser früher selbst hätte bewältigen können oder müssen (veränderte Rollenkonstellation: Mutter/Vater – Kind):

»In gewisser Weise hab ich ein drittes Kind dazubekommen. Und sehr eigenwillig ist es. Eins, was unberechenbarer ist als Kinder und auch schwerer zu beeinflussen natürlich, weil's eigentlich ein Erwachsener ist. [...] Ich möchte zwar nicht die Mutterrolle übernehmen, aber in gewisser Weise muss ich 's ja dann doch irgendwie. Da fühlt man sich auch manchmal sehr ausgenutzt, na? Man ist die Person, die alles regelt, die da ist, die unerschöpfliche Kräfte hat.« (Fallportrait 7/Interview 009; 6–11, 241–243)

In anderen Fällen ist es möglich, dass der Partner zunehmend versucht, den Erkrankten zu lenken oder zu beeinflussen, weil er sich in seinen Augen unvernünftig und »kindisch« verhält, seitdem er psychisch erkrankt ist (z. B. geringe Impulskontrolle, Dickköpfigkeit, Einfältigkeit). In diesen Fällen wird das Verhalten des erkrankten Partners Außenstehenden gegenüber oft als peinlich empfunden. Der erkrankte Partner wird u. U. wie ein schwieriger Zögling empfunden, den man diplomatisch positiv beeinflussen oder notfalls auch mit kleinen Tricks überlisten muss, weil man mit Einsicht und Vernunft nicht rechnen kann (veränderte Rollenkonstellation: Betreuer – schwieriger Zögling):

»Und es gibt eben Tage, da [...] ist er wie ä kleenes Kind, dass er eben was geschafft hat. Da freut er sich och eben halt hier wie ä kleenes Kind. (Interviewer: Wenn er ein Erfolgserlebnis hat.) Ja, da möchte er die ganze Welt umarmen und allen zeigen, was er gemacht hat. Na ja, und

ä Außenstehender, der ebend nich weeiß, was mit ihm ist, der sagt ebend: ›Der Alte, der hat ä Vogel‹, sag ich mal.« (Fallportrait 10/Interview 032; 352–362)

›Ich schicke ihn noch heut zu seiner Mutter, wenn wir hier die Wohnung renovieren wollen und neue Gardinen drankommen. Da schick ich ihn weg. Weil seine Art sich einzubringen, ist so was von falsch. Der nimmt dann zum Beispiel, wenn der Maler hier raus is, nimmt er einen Pinsel aus Angelas Malerkasten von der Schule: ›Na, so sauber wart ihr aber och nicht!‹, und macht da irgendwelche Punkte, pf, pf, na? Also – so was steckt man dann eben weg. [...] Wenn Se dreißig Jahre mit so einem Menschen leben und so im Nachhinein es durchdenken und immer wieder versuchen, gerade zu rücken oder im Vorfeld schon für ihn zu ebnen, dass es besser wird und nicht so angstbesetzt ist für ihn, da wissen Se schon, wie das läuft.« (Fallportrait 17/Interview 037; 118–136)

6. 4. 12 *Gesundheitliche Belastungsfolgen*

Die im Zusammenleben mit einem schizophrenen Menschen auftretenden chronischen Belastungen bestehen in der Regel über lange Zeit hinweg; sie können in einigen Fällen Jahre oder sogar Jahrzehnte andauern. Zugleich fehlt oft die Zeit oder die Gelegenheit für erholsame und entspannende Aktivitäten. Dies führt dazu, dass sich viele Partner in einem Zustand ständig erhöhter psychischer und körperlicher Anspannung befinden. Aufgrund dieses chronisch erhöhten Anspannungszustands kann es zu einer allgemeinen Schwächung des Organismus und zu Beeinträchtigungen der körperlich-seelischen Gesundheit kommen. Wenn die chronischen Belastungserfahrungen über viele Jahre hinweg anhalten, kann das Anpassungsvermögen der Partner allmählich nachlassen und schließlich sogar ganz zusammenbrechen.

Die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Partner schizophrener Menschen berichteten vor allem über den *fortschreitenden Verlust ihrer psychischen Robustheit*. In diesem Zusammenhang erleben sich einige Partner als zunehmend empfindlich und emotional labil. Die eigene Befinden kann dadurch dauerhaft beeinträchtigt sein; einige Partner leiden auch unter anhaltenden depressiven Verstimmungen, die dem klinischen Bild einer dysthymen Störung entsprechen.

›Gesundheitlich wird’s och nich besser, man wird ja och nich jünger. Da kommt dort e Wehwehchen, dort e Zipperlein dazu. Wobei, man versucht immer, stark zu sein nach außen hin, ja sicher. Aber innen drinne sieht’s anders aus. [...] (Interviewer: Also, gesundheitlich spüren Sie schon auch Auswirkungen.) Auf jeden Fall, ja. Bin nervöser geworden. Bei jedem bisschen fängt man an zu heulen da. (Interviewer: Die Haut ist dünner geworden.) Wahnsinnig dünner, ja. Ich dachte immer, ich hab ne Elefantenhaut – nee, hab ich nich! Manchmal denk ich schon, ich bin e Sensibelchen geworden.« (Fallportrait 23/Interview 070; 318–330)

Insbesondere dann, wenn zusätzlich zu den Beeinträchtigungen des Beziehungsalltags weitere belastende Ereignisse oder Lebensumstände auftreten (z. B. eigene Arbeitslosigkeit, schwere körperliche Erkrankungen), können die Grenzen der psychischen Belastbarkeit überschritten werden. In diesen Fällen kann es zu *Erschöpfungszuständen und Burn-out*, zum Teil auch zu schweren depressiven Episoden kommen.

»Nervlich hab ich das dann nicht mehr verkraftet. Das war dann mal so weit, dass mein Mann von sich aus seine Nervenärztin angerufen hat, und ich lag im Bett, hab nur noch geweint. Ich kam gar nicht mehr klar mit allem. [...] Jetzt bin *ich* soweit. Ich bin och in nervenärztlicher Behandlung. Und bei mir gibt's och Tage, wo mir alles zu viel ist, wo ich ihm denn schon vorher sage: ›Vater, geh du in die Küche oder was, lass mich mal einen Moment alleene. Ich brooch die Ruhe.« (Fallportrait 1/Interview 002; 87–89, 98–100)

Auch dann, wenn eine lange andauernde chronische Belastungssituation *aufgehoben* wird (etwa durch eine Trennung vom erkrankten Partner), kann es zu einem psychischen Zusammenbruch kommen. Dies kann dadurch bedingt sein, dass die Betreuung eines schwer beeinträchtigten schizophrener Menschen – so belastend sie möglicherweise empfunden wird – dem eigenen Lebensalltag in gewisser Weise auch Struktur und Sinn verleiht. Wird die Betreuungssituation unvermittelt beendet, so kann der Partner des Patienten ein existenzielles Vakuum erleben:

»Im Januar '99 kam bei mir der Zusammenbruch, nich. Also, vorher hat' ich immer diese Aufgabe, ich musste mich um ihn kümmern, diese Pflicht. Obwohl ich kräftemäßig eh nicht gut drauf war, das ›Muss‹ war eben vorhanden. Und als er dann [im Wohnheim] untergebracht war, war ich erst mal beruhigt. Ich brauchte keine Angst mehr zu haben, dass mir was angetan wird, [...] aber dann kam der Zusammenbruch. Also, ich hatte mich kräftemäßig zu stark verausgabt, ich wusste nichts mehr mit mir anzufangen. (Interviewer: Sie hatten eigentlich schon lang Ihre Grenzen überschritten, ne.) Ja, und da sagte eben der Herr Dr. Rauch auch zu mir: ›Sie sind jetzt in ein ganz tiefes Loch gefallen, und das ist eigentlich kein Wunder.« Das is normal in meiner Situation.« (Fallportrait 3/Interview 171; 325–339)

Insgesamt stehen bei den gesundheitlichen Belastungsfolgen, welche die befragten Partner schizophrener Menschen berichteten, die *Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit* im Vordergrund. In diesem Zusammenhang treten vor allem depressive bzw. dysthyme Beeinträchtigungen sowie schwere seelische Erschöpfungszustände auf¹⁵. Dagegen wurden körperliche Beeinträchtigungen aufgrund chronischer Belastungserfahrungen (z. B. somatische Erkrankungen und psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten) von den Studienteilnehmern relativ wenig thematisiert.

6. 4. 13 Zur Variabilität chronischer Belastungslagen

Die Analyse der geführten Interviews zeigt, dass in Partnerschaften mit schizophrener Menschen eine große Variabilität chronischer Belastungslagen existiert. Die Bandbreite des Belastungserlebens reicht von minimalen Beeinträchtigungen über chronischen Alltagsstress bis hin zu überdauernden Extrembelastungen. Ob und in welchem Ausmaß während der nicht-akuten Erkrankungsphasen chronische Belastungen erlebt werden, hängt von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren ab.

In der Regel sind chronische Belastungen in dem Maße vorhanden, in dem der Patient

¹⁵ Dieses Ergebnis wird durch erste statistische Analysen der Rahmenstudie bestätigt. Die Auswertung der beim ersten Befragungszeitpunkt erhobenen CIDI-Daten ergab, dass bei den befragten Partnern die 4-Wochen-Prävalenz für Affektive Störungen (F 32–34) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mehr als doppelt so hoch war (vgl. WILMS, JUNGBAUER & MORY, 2000; JUNGBAUER et al., 2001).

während der nicht-akuten Erkrankungsphasen als beeinträchtigt oder verändert wahrgenommen wird. Dabei werden umso gravierendere Belastungen erlebt, je stärker und anhaltender diese Beeinträchtigungen in den Augen des Partners sind, und je weniger er das Gefühl hat, etwas gegen die Belastungen tun zu können. Wenn im Beziehungsalltag konstant sehr starke Belastungen auftreten (z. B. Konflikte, Gewalt, Arbeitsüberlastung) und gleichzeitig keine positiven Gegengewichte vorhanden sind, so wird die Situation auf Dauer als unerträglich empfunden. Der Impuls, sich vom Erkrankten zu trennen, kann in diesen Fällen sehr stark werden. Dagegen werden moderate oder mittelstarke Beeinträchtigungen des Beziehungsalltags eher als handhabbare Belastung erlebt. Dabei ist auch bedeutsam, inwieweit der Partner eines schizophrenen Menschen Bewältigungsstrategien einsetzt und über entsprechende psychosoziale Ressourcen verfügt (vgl. Kapitel 6. 5).

Vergleichsweise geringe chronische Belastungen werden erlebt, wenn es nach dem Abklingen akuter psychotischer Schübe zu einer vollständigen Remission kommt. Insbesondere dann, wenn der Erkrankte wieder seiner Berufstätigkeit oder seiner Ausbildung nachgehen kann, kommt es zu einer weitgehenden Re-Normalisierung des Beziehungsalltags. In diesen Fällen beziehen sich erkrankungsbedingte Alltagsbelastungen der Partner weniger auf objektiv vorhandene Einschränkungen und Probleme, sondern eher auf Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich eines möglichen schizophrenen Rückfalls. Insbesondere in Situationen, die mit Umstellungen und Stressbelastungen verbunden sind wird der erkrankte Partner ängstlich im Hinblick auf etwaige Frühwarnzeichen oder Symptome beobachtet.

Wenn der Partner des Patienten ebenfalls psychisch krank oder beeinträchtigt ist, sind die chronischen Belastungserfahrungen oft weniger stark ausgeprägt. Dies kann z. B. dadurch bedingt sein, dass nicht nur die akuten Belastungen während psychotischer Schübe, sondern auch die zu erwartenden Einschränkungen des Beziehungsalltags aufgrund eigener Krankheitserfahrungen realistischer antizipiert werden können. In Paarbeziehungen zwischen psychisch kranken Menschen werden aufgrund der krankheitsbedingten Defizite des jeweils anderen Partners oft nur relativ geringe Belastungen erlebt, weil die Bedürfnisse der Partner (z. B. nach einem ruhigen, anforderungsarmen Alltag oder nach reduzierten Kommunikationsstrukturen) eher kompatibel oder sogar identisch sind. In einigen Fällen dürfte dabei allerdings auch eine Rolle spielen, dass das »Anspruchsniveau« einiger psychisch kranker Partner (z. B. an eheliche Kommunikation oder gemeinsame Aktivitäten) von vorneherein geringer ist. In diesen Partnerschaften kann trotz z. T. erheblicher Beeinträchtigungen der Partner ein hohes Maß beiderseitiger Beziehungszufriedenheit vorhanden sein.

6. 4. 14 Zusammenfassung

Nach dem Abklingen eines psychotischen Schubs können für die Partner schizophrener Patienten neue Belastungsaspekte in den Vordergrund rücken, die meist eng mit persistierenden Negativsymptomen, Verhaltensdefiziten und unerwünschten Medikamenten-nebenwirkungen zusammenhängen. Aufgrund des überdauernden Charakters dieser Probleme kann hier von *chronischen Belastungserfahrungen* der Partner gesprochen werden. Zugleich kommt es oft zu tief greifenden *Veränderungen der Paarbeziehung und des familialen Alltags*.

- Häufig wird der Erkrankte in seinem Wesen und in seinem Temperament als deutlich verändert wahrgenommen. Dabei stehen meist chronische Schwächezustände im Vordergrund (Antriebslosigkeit, Passivität, sozialer Rückzug). In anderen Fällen ist der

Beziehungsalltag aufgrund der emotionalen Labilität des Patienten dauerhaft beeinträchtigt. Einige Erkrankte verhalten sich auch aggressiv und grob – bis hin zu gewalttätigen Übergriffen.

- Gravierende Veränderungen der Beziehung und des familialen Alltags ergeben sich durch eine Berentung des Patienten aufgrund von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Die dadurch veränderte Lebensperspektive kann sowohl für den Patienten als auch für dessen Partner eine schwere Verlusterfahrung bedeuten. Zugleich ergeben sich durch die veränderte Lebenssituation in Verbindung mit den erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen des Patienten oft Veränderungen des partnerschaftlichen Rollengefüges.
- Auch in den nicht-akuten Erkrankungsphasen wird die Schizophrenie vom Partner des Betroffenen als latente Bedrohung empfunden. Im Alltag wird der Erkrankte oft mit ängstlicher Sorge im Hinblick auf Frühwarnzeichen oder Symptome beobachtet, die erfahrungsgemäß einen schizophrenen Rückfall ankündigen. Diese besorgte Aufmerksamkeit dem Erkrankten gegenüber bringt eine chronisch erhöhte Anspannung mit sich, die dem Partner auf Dauer viel Kraft abverlangt:
- Im alltäglichen Zusammenleben müssen die Partner schizophrener Patienten z. T. erhebliche Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität hinnehmen. Aufgrund der verringerten Belastbarkeit des Erkrankten übernehmen die Partner oft zusätzliche Aufgaben in Partnerschaft und Familie. Häufig handelt es sich dabei um ungewohnte, geschlechtsrollenspezifische Tätigkeiten, für die vor der Erkrankung der Patient zuständig war. Der dadurch vermehrte Arbeitsaufwand stellt für den Partner vor allem dann eine chronische Belastungserfahrung dar, wenn er gleichzeitig berufstätig ist. Die Rücksichtnahme auf die verringerte Belastbarkeit und veränderte Bedürfnisse des schizophrenen Partners bedeutet ferner, dass Abstriche bei eigenen Bedürfnissen gemacht werden müssen, etwa im Hinblick auf die eheliche Kommunikation, die gemeinsame Freizeitgestaltung oder die Sexualität.
- Durch die emotionale Labilität und Reizbarkeit des Patienten in Verbindung mit der häufigeren Anwesenheit zu Hause ist das Konfliktpotenzial oft erhöht. Das Spektrum möglicher Konflikte reicht von unterschwelligem Spannungen und Gereiztheiten über scharfe verbale Auseinandersetzungen bis hin zu massiven Drohungen und körperlichen Attacken.
- Nicht selten kommt es zu einem Substanzverlust des sozialen Netzwerks, weil sich Freunde und Bekannte vom Patienten und seiner Familie abwenden. In anderen Fällen wird weniger Energie darauf verwendet, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten bzw. aufzubauen, z. B. deshalb, weil Unverständnis und Vorurteile von Außenstehenden erfahren wurden oder befürchtet werden.
- Als Folge der im Beziehungsalltag erlebten chronischen Belastungen können Partner schizophrener Menschen schwerwiegende Beeinträchtigungen ihrer seelischen Gesundheit erleiden. In diesem Zusammenhang treten vor allem schwere seelische Erschöpfungszustände sowie depressive bzw. dysthyme Störungen auf.
- Insgesamt existiert in Partnerschaften mit schizophrenen Menschen eine große Variabilität chronischer Belastungslagen. Die Belastungserfahrungen der Partner sind umso gravierender, je stärker die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Veränderungen des Patienten erlebt werden; dagegen werden in denjenigen Fällen, in denen der Patient nicht als wesentlich verändert wahrgenommen wird, nur relativ geringere chro-

nische Belastungen erlebt. Bei einer vollständigen Remission kommt es in der Regel zu einer weitgehenden Re-Normalisierung des Beziehungsalltags.

- Wenn der Partner des Patienten ebenfalls psychisch krank oder beeinträchtigt ist, erlebt er tendenziell geringere chronische Belastungen. Dies kann unterschiedliche Gründe haben: In manchen dieser Paarbeziehungen können die krankheitsbedingten Alltagsbelastungen aufgrund eigener Krankheitserfahrungen realistischer antizipiert werden; in anderen Fällen ist das »Anspruchsniveau« im Hinblick auf die gemeinsame Alltagsgestaltung von vorneherein niedriger, und die Bedürfnisse der Partner hinsichtlich eines ruhigen, ereignisarmen Alltags passen eher zusammen.

6.5 Bewältigungsstrategien

6.5.1 Vorbemerkung

Wie gehen Partner schizophrener Menschen mit den akuten und alltäglichen Belastungen um, die im Zusammenleben mit dem Erkrankten auftreten? Welche Anstrengungen werden unternommen, um die krankheitsbedingten Schwierigkeiten des Zusammenlebens zu meistern, und was wird getan, um die eigenen Belastungen zu mildern oder zu vermeiden? In diesem Kapitel sollen unterschiedliche Bewältigungsstrategien beschrieben werden, die von Partnern schizophrener Menschen eingesetzt werden, um mit ihrer oft belastenden Lebenssituation fertig zu werden.

Wenn im Folgenden eine breite Palette unterschiedlicher Bewältigungsstrategien beschrieben wird, so handelt sich dabei um eine Darstellung aller Bewältigungsbemühungen, die in den geführten bzw. analysierten Interviews geschildert wurden. Insofern gibt der folgende Überblick wichtige Hinweise auf das Bewältigungsverhalten von Partnern schizophrener Menschen. Inwieweit Bewältigungsstrategien von den befragten Partnern thematisiert wurden, war individuell jedoch sehr unterschiedlich: Während einige Studienteilnehmer im Interview kaum auf eigene Bewältigungsversuche eingingen oder nur einige wenige beschrieben, berichteten andere eine ganze Reihe unterschiedlicher Anstrengungen, die erkrankungsbedingten Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen. Hinzu kam, dass – abhängig von der individuellen Problemwahrnehmung – die Schwerpunkte bei der Schilderung der eigenen Bewältigungsstrategien sehr unterschiedlich gesetzt wurden. Nicht zuletzt verfügen einige Partner offensichtlich über mehr Bewältigungskompetenzen und -ressourcen als andere. Zusammenfassend kann daher zunächst festgestellt werden, dass Bewältigungsstrategien abhängig von der Problemkonstellation und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten sehr unterschiedlich eingesetzt werden.

An dieser Stelle sei auch auf ein mögliches Missverständnis in der Verwendung des Begriffs »Bewältigungsstrategie« hingewiesen. Unter einer »Strategie« versteht man im alltäglichen Sprachgebrauch eine kalkulierte Abfolge von Handlungen, die dem Erreichen eines bestimmten Ziels dient. Unter Zugrundelegung einer solchen Begriffsauffassung könnten jedoch die meisten Bewältigungsversuche von Partnern schizophrener Menschen gerade *nicht* als Strategie bezeichnet werden. Zu Beginn der Erkrankung des Partners ist ein zweckrationales, planvolles Handeln schon deshalb kaum möglich, weil die dazu notwendigen Informationen meist fehlen (vgl. Kapitel 6.3.2). Im weiteren Verlauf der

Schizophrenie bzw. des Zusammenlebens mit dem Erkrankten lernen die Partner zwar allmählich, wie sie sich günstigerweise verhalten bzw. nicht verhalten sollten. Aber auch dann noch haben die Bewältigungsversuche in der Regel eher reaktiven als strategischen Charakter. Der Begriff »Bewältigungsstrategie« ist deswegen nicht optimal geeignet, um zu beschreiben, wie Partner psychisch Kranker mit akuten und alltäglichen Belastungen umgehen. Wenn in diesem Kapitel trotzdem von Bewältigungsstrategien die Rede ist, so wird damit der Tatsache Rechnung getragen, dass sich dieser Begriff in der psychologischen Fachliteratur weitgehend durchgesetzt hat. Gleichwohl sollte dabei die missverständliche Konnotation des Strategiebegriffs im Auge behalten werden.

Die Bewältigungsversuche von Partnern schizophrener Menschen können mit Hilfe folgender Ordnungssystematik betrachtet werden: *Problembezogene Bewältigungsstrategien* (Kapitel 6. 5. 2 bis 6. 5. 6) beinhalten aktive Bemühungen im Hinblick auf eine Entschärfung krankheitsbedingter Stressoren und auf eine Verbesserung der eigenen Problemlösekompetenz. Die Gemeinsamkeit *kognitiv-emotionaler Bewältigungsstrategien* (Kapitel 6. 5. 7 bis 6. 5. 9) besteht dagegen darin, dass versucht wird, die Schizophrenie des Partners und die daraus erwachsenden Probleme des Zusammenlebens neu zu bewerten. Bei *belastungsbezogenen Bewältigungsstrategien* (Kapitel 6. 5. 10) geht es schließlich um eine Regulierung oder Linderung der von den Partnern erlebten Belastungsreaktion. Auf Zusammenhänge zwischen diesen unterschiedlichen Aspekten der Belastungsbewältigung werde ich im zusammenfassenden Kapitel 6. 5. 11 eingehen.

6. 5. 2 Informationsbeschaffung

Wie bereits im Kapitel 6. 3. 1 erörtert wurde, wird der Beginn bzw. die erste miterlebte psychotische Episode einer Schizophrenie vom Partner des Betroffenen als besonders belastend erlebt. In der Regel wissen die Partner zu diesem Zeitpunkt nur sehr wenig über psychische Krankheiten und adäquate Hilfemöglichkeiten. Die Bewältigungsversuche zielen in dieser Phase deshalb häufig darauf ab, dieses Informationsdefizit auszugleichen. Häufig bemühen sich die Partner, krankheitsbezogene Informationen von den behandelnden Ärzten oder von anderen Mitarbeitern der psychiatrischen Klinik zu bekommen. Dabei geht es zum einen um *allgemeine Informationen* über Ursachen, Symptome, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie, zum anderen um *individuelle Informationen* zur Behandlung und Erkrankungsprognose des eigenen Partners. Da sich die Partner von den Ärzten oft unzureichend informiert fühlen, werden nicht selten psychologische Fachbücher und Ratgeber als zusätzliche Informationsquellen genutzt. Sofern sich im Bekannten- oder Freundeskreis Personen mit psychologischem Fachwissen befinden (z. B. Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern), so werden diese um Information und Rat gebeten.

Krankheitsbezogene Informationen können für Partner schizophrener Menschen eine außerordentlich entlastende Wirkung haben. Zum einen helfen solche Informationen dabei, das verstörende und unerklärliche Verhalten des Erkrankten einzuordnen und zumindest ansatzweise nachzuvollziehen. Die Krankheitssymptome können damit als weniger bedrohlich und unvorhersehbar wahrgenommen werden. In dem Maße, in dem unverständliche Verhaltensweisen und Symptome des erkrankten Partners der Schizophrenie zugeschrieben werden, können Ängste und Schuldgefühle abbaut werden. Ferner wird ein hinreichendes Krankheitswissen als Grundlage dafür gesehen, adäquat auf den erkrankten Partner eingehen bzw. seine Genesung nicht durch falsches Verhalten zu gefährden:

»Ich hab immer die Schuld an mir gesucht. Immer. Und es hat unendlich lange gedauert, Jahre, und letztendlich hat mir der Dörner und Plog [psychiatrisches Fachbuch] geholfen. »Irren ist menschlich« hab ich auswendig gelernt, wenn Se so wollen. Und da konnt' ich meinen Mann verstehen, zumindestens interpretieren und so. Und hab gewusst, dass das, ich bin der Agens, an dem er sich austobt, aber ich bin nicht der Grund für seine Eskalationen.« (Fallportrait 17/Interview 037, 198–207)

»Ich wusste gar nicht was das alles bedeutet und habe viele Gespräche mit den Ärzten geführt und auch gelesen. Ne gute Freundin die ist Sozialarbeiterin, die hatte mir dann auch einige Sachen gegeben über Psychologie und so. Da hab ich mir dann vieles angelesen, hab auch vieles dann besser verstanden, und mir war dann auch, wo ich mich mit der Psychologin unterhalten habe, klar, was ich tun werde.« (Fallportrait 19/Interview 155, 219–225)

Ein individuell plausibles Erklärungsmodell im Hinblick auf die Krankheitssymptome und die Krankheitsursachen kann dabei helfen, der Schizophrenie des erkrankten Partners den Nimbus des Unerklärlichen und Irrationalen zu nehmen. Gleichzeitig deutet ein solches Erklärungsmodell bereits konkrete Möglichkeiten des Umgangs mit der Erkrankung an, z. B. die Vermeidung von Stress und Zeitdruck (vgl. Kapitel 6. 5. 6):

»Es kamen zu viel Einflüsse mit einem Mal. Und da is da das Problem, das zu verarbeiten, und das is das, wo ich der Meinung bin, da setzt sich was feste. Und dann arbeitet der Kopf nich weiter, und dann passiert diese Krankheit, also dann tritt se extrem auf dann. [...] Wir ham deswegen jetzt' eine ruhige Art zu leben hier, und ich hab versucht, auch eigentlich eine Ruhe rüberzubringen, soweit wie's ging, und damit lief's eigentlich ganz gut.« (Fallportrait 22/Interview 143; 43–46, 168–170)

Krankheitsbezogene Informationen können auch eine Voraussetzung für weitere Handlungsschritte darstellen, die auf eine aktive Mitwirkung bei der Behandlung der Schizophrenie abzielen. In diesem Zusammenhang wird ein fundiertes Krankheitswissen als wichtig erachtet, um als informierter Partner die Therapie sachkundig und kritisch beurteilen zu können und ggf. Behandlungsalternativen in Erwägung ziehen zu können:

»Ich habe auch allerhand drüber gelesen, und weil die verschiedensten kleinen Nischen dieser Krankheit, eh, sich überschneiden, von reiner Schizophrenie über eh eh, schizoaffektive Sachen über Reaktionen über Depressionen alles, was es so an Nischen noch gibt. Es is alles e bissl arg überschneidend, sodass man vielleicht sicher am Anfang och keine eindeutigen Diagnosen stellen kann. [...] Ich weiß, dass es Kliniken gibt, die sich richtig spezialisiert ham. Gibt Kliniken die reine Depressionen behandeln mit kognitiver Verhaltenstherapie, dann gibt's Kliniken, die Depressionen behandeln mit anderen Therapien, es gibt Kliniken die ham Stationen die reine, eh, schizophrene Sachen behandeln. [...] Ich hab dem Doktor klargemacht, das ich von ihm erwarte, dass sie meiner Frau die optimalste Behandlung gewährleisten könn'.« (Fallportrait 2/Interview 109, 309–329)

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Beschaffung krankheitsbezogener Informationen eine wichtige Basisstrategie der Belastungsbewältigung von Partnern darstellt. Mit zunehmender Informiertheit wird die Bewertung der Erkrankung und der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten günstig verändert und der erlebte Kontrollverlust zumindest teilweise ausgeglichen. Die Möglichkeit, psychotische Verhaltensweisen und Symptome

richtig einzuschätzen und ggf. zu antizipieren, kann zunächst dazu beitragen, dass die Schizophrenie des erkrankten Partners als weniger chaotisch, unerklärlich und zufällig wahrgenommen wird (primäre Bewertung). Weiterhin wirkt sich das Bewusstsein, ausreichend über die Schizophrenie des Partners informiert zu sein, positiv auf die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten aus (sekundäre Bewertung). Die Erwartung, aufgrund ausreichender Informiertheit durch angemessenes Verhalten und hilfreiche Maßnahmen aktiv zur Genesung des Erkrankten beitragen zu können und nicht nur ohnmächtig abwarten zu müssen, kann die wahrgenommene Bedrohung durch die psychische Erkrankung weiter reduzieren.

6.5.3 Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems und Unterstützung der Behandlung

Wie bereits im Kapitel 6.3.6 dargelegt wurde, stehen die Partner schizophrener Menschen den psychiatrischen Institutionen und Ärzten oft mit ambivalenten bis kritischen Gefühlen gegenüber. Zugleich wird die Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems und professioneller Hilfen als alternativlose Notwendigkeit gesehen. In akuten psychotischen Episoden haben die Partner des Patienten meist die Erfahrung gemacht, dass der Erkrankung ohne eine Klinikeinweisung und einen stationären Psychiatricaufenthalt nicht beizukommen ist. Im Alltag bezieht sich die Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems in erster Linie auf regelmäßige Besuche des Patienten bei einem niedergelassenen Nervenarzt und die Verabreichung eines Depot-Neuroleptikums bzw. das Verschreiben von Tabletten. Meist akzeptieren die Partner des Erkrankten, dass eine regelmäßige Medikamenteneinnahme trotz der z. T. sehr unangenehmen Nebenwirkungen unumgänglich ist – insbesondere dann, wenn sie bereits die Erfahrung gemacht haben, dass der Patient einen schizophrenen Rückfall erleidet, sobald er die verordneten Medikamente eigenmächtig absetzt.

Für viele Partner schizophrener Menschen stellt das psychiatrische Versorgungssystem – trotz seiner gleichzeitig kritisierten Mängel – eine zentrale Unterstützungsressource dar. Im Krankheitsverlauf wird ihnen zunehmend klar, dass ihre Partnerschaft mit dem Erkrankten ohne professionelle Unterstützung nicht möglich wäre. Aus diesem Grund zielen ihre Bewältigungsbemühungen häufig darauf ab, diese Unterstützungsressource möglichst effektiv zu nutzen.

Während die Partner zu Beginn der Schizophrenie meist gar nicht wissen, an wen sie sich wenden können, um Hilfe zu bekommen, kann die gezielte Nutzung psychiatrischer Unterstützungsmöglichkeiten mit zunehmender (gemeinsamer) Krankheitserfahrung zu einer wichtigen Bewältigungsstrategie werden. Die Partner des Erkrankten bemühen sich in der Regel, *notwendige Behandlungsmaßnahmen zu initiieren oder zu unterstützen*. So wird beispielsweise der erkrankte Partner bei einer sich anbahnenden psychotischen Krise dazu aufgefordert bzw. dazu überredet, den Nervenarzt aufzusuchen oder in die psychiatrische Klinik zu fahren. Falls es nicht anders geht, wird notfalls gegen den Willen des erkrankten Partners eine Klinikeinweisung in die Wege geleitet. Weiterhin versuchen die Partner, den Erkrankten zur Befolgung der ärztlichen Empfehlungen (Compliance) zu motivieren, z. B. hinsichtlich der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten oder der Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen.

»Aber sie is im Prinzip bis jetzt stabil, [der Schub ist] nun auch schon fast anderthalb, zwei Monate her, und nun is wieder Entlassung im Gespräch. Hab ich se nu im Prinzip so weit och gekriegt, dass sie doch immer noch e bisschen länger drinne bleibt, dass se nich gleich sich wieder entlassen lässt. (Interviewer: Also, Sie selber wären da eher skeptisch, ob das auch hinhaut, wenn sie nicht lang genug in Behandlung bleibt?) Ja, genau.« (Fallportrait 2/Interview 109, 191–198)

In diesem Zusammenhang kann der persönliche *Kontakt und die Kooperation mit den behandelnden Ärzten* eine wichtige Möglichkeit darstellen, die medizinische Behandlung des erkrankten Partners zu unterstützen. Diese Zusammenarbeit kann z. B. dann als notwendig erachtet werden, wenn befürchtet wird, dass der Patient die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht optimal nutzt, seine Bedürfnisse den Ärzten gegenüber nicht artikuliert oder dass sein Hilfebedarf von diesen nicht erkannt wird.

»Ich hab mich immer so als Dolmetscher betrachtet, bin mit zu den Ärzten gegangen und hab gesagt was los ist, wie er sich zu Hause verhält und welche Probleme es gibt. Er hat nämlich immer wenn er zu den Ärzten kam gesagt, ihm geht es gut und so. Und in Wirklichkeit war es eben nich so. Ja und äh, so war's dann auch bei der Frau Dr. Neumann, und wir ham dann sehr eng zusammengearbeitet, auch mit Frau Dr. Barlach, äh, sie konnten sich dann ein besseres Bild über ihn selber machen.« (Fallportrait 3/Interview 171, 110–117)

Insgesamt gesehen stellt die Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems und die aktive Unterstützung bei der Behandlung des erkrankten Partners eine wichtige problembezogene Bewältigungsstrategie dar. Sie wirkt direkt entlastend, wenn gezielte Maßnahmen zur Veränderung belastender bzw. potenziell belastender Situationen ergriffen oder in die Wege geleitet werden. Indirekt entlastend kann aber auch schon die Gewissheit sein, dass in Gestalt des psychiatrischen Versorgungssystems Unterstützungsressourcen zur Verfügung stehen, auf die im Krisenfall jederzeit zurückgegriffen werden kann:

»Und dann ist für mich ne Beruhigung, in [der Klinik] in Delitzsch. draußen, die Ärztin, die Frau Schwenk [...], da hab ich zu ihr gesagt, ich sache: [...] ›Was soll ich denn machen, wo soll ich mit mein Mann jetzt hin?‹ Und da hat die zu mir gesagt, sacht se: ›Frau Heinrich, wenn das wieder mal is, egal wann auch immer, 's kann auch mitten in der Nacht sein, Sie können jederzeit zu uns hierher komm', Sie werden nicht abgewiesen.‹ Wissen Se, was mir das gegeben hat!? Das, das war, das war wie e Geschenk! Da hab'sch gedacht: ›Hoffentlich passiert's nie wieder, aber wenn, dann weeße ganz genau, jetzt fährste da hin und da wirste nich abgewiesen.‹« (Fallportrait 23/Interview 070, 219–230)

6. 5. 4 Mobilisierung familialer Unterstützungsressourcen

Insbesondere während akuter psychotischer Schübe entstehen für den Partner des Erkrankten viele zusätzliche Anforderungen und Belastungen. Neben dem zeitlichen Mehraufwand für die Krankenbetreuung bzw. Krankenbesuche muss der »Ausfall« des Patienten in Haushalt und Familie kompensiert werden (vgl. Kapitel 6. 3. 5). Um das alltägliche Arbeitspensum zu bewältigen und sich zumindest teilweise zu entlasten, greifen einige Partner – falls vorhanden – auf familiäre Unterstützungsressourcen zurück. So werden beispielweise die Eltern oder die Geschwister mobilisiert, um einige der anfallenden Aufgaben zu übernehmen:

»Jetzt bin ich eher schon wieder Herr der Situation. Meine Mutter nimmt mir auch sehr viel ab, alles was Wäsche waschen betrifft und so. Sie is immer da, wenn er [11-jähriger Sohn] nach Hause kommt, und sie übernimmt zum größten Teil, na, 's Abendbrot und solche Sachen dann auch mit. Die Schwiegereltern auch, die nehmen ihn freitags ab Mittag, machen dann [alles], die teilen sich alle beide rein, die einen machen Sonnabend und die anderen machen Sonntag 's Essen.« (Fallportrait 2/Interview 109, 244–251)

»Es is jeden Tag in der Woche jemand drinne [in der Klinik zu Besuch]. Montag – Donnerstag die Schwiegereltern, Dienstag – Freitag ich, Mittwochs ihre Schwester, ab und zu abends dann – so sagen wir – in der zweiten Schicht, ((lachend)) nach den anderen einer von ihren beiden Brüdern noch.« (Fallportrait 2/Interview 109, 28 –287)

Der soziale Rückhalt und die erlebte Solidarität im Familienverband kann einen wichtigen inneren Halt für den Partner eines schizophrenen Menschen darstellen. Das Bewusstsein, mit den Problemen und Risiken, aber auch mit der Verantwortung, die die Partnerschaft mit dem Erkrankten beinhaltet, nicht allein dazustehen, kann erheblich zur emotionalen Entlastung beitragen:

»Ich meene, de Familie hört ja nich mit 'm eigenen Mann auf, na? Und das is eigentlich immer schon das bei uns, ob das 1960 war oder 70 oder jetzt, wir ham immer einander geholfen, obwohl 's och nich immer einfach is. Aber ich meine, sie ham och immer meinem Mann geholfen, wo 's ihm schlecht ging. Also so is es ja, nich. Also, das is immer e Geben und Nehmen untereinander. [...] Och mein Mann, das tut er och immer betonen, er is froh, dass er in so 'ner Familie drin is wo sich alle bissel helfen.« (Fallportrait 23/Interview 070, 126–136)

»Die Kinder akzeptieren ihn, wie er ist. Wenn wir dort irgendwo hinfahren, dann wissen die genau, da ist immer ein Zimmer wo ein Bett steht, weil er muss sich ja dann zwischendurch mal hinlegen. Oder ist ihm nicht gut, legt er sich hin. Das wissen sie, alle meine Leute [...] Ich sag dann immer schon zu den Kindern, wenn ich mal eher sollte gehen, dass ihr den Vater och, weil 's ja nicht seine eigenen Kinder sind, ne, dass ihr euch um den Vater kümmert. Das müsst ihr mir versprechen.« (Fallportrait 1/Interview 002, 183–186; 221–223).

6. 5. 5 Strategien des gemeinsamen Krisenmanagements

Die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsressourcen ist häufig mit einer weiteren problembezogenen Bewältigungsstrategie verknüpft, die sich auf den Umgang mit akuten oder sich anbahnenden Krisensituationen bezieht. Aufgrund der im Zusammenleben mit dem schizophrenen Partner gemachten Erfahrungen und der verbesserten Krankheitskenntnisse werden – z. T. gemeinsam mit dem erkrankten Partner – künftige Krisensituationen antizipiert und individuelle Strategien des Krisenmanagements entwickelt. Eine derartige Strategie umfasst zunächst das situations- und problemangepasste Reagieren, falls psychische Krisen, Frühwarnzeichen oder schizophrene Symptome auftreten. Bei leichteren psychischen Krisen kann bereits das geduldige und einfühlsame *Eingehen auf die Bedürfnisse des Erkrankten* (etwa in Form eines permanenten Kommunikationsangebots) eine hilfreiche Strategie der Krisenbegleitung und -bewältigung darstellen:

Es gibt zum Beispiel Tage, da merkt ma's dann schon früh beim Uffstehn, ach, na heute kommste

wieder zu nischt. Sitzen wir dann da und reden von früh bis in den Abend, mit Unterbrechungen natürlich, aber es hilft ihm, 's hilft ihm. Und ich merke dann och, wie's dann halt immer wieder besser wird. [...] Ich meine, je mehr ma sich jetzt auf jemanden einstellt da, umso mehr kann ma schon entgegenwirken. Ich mein ä Gespräch macht schon ma viel, das hab ich ja och gemerkt. Das hab isch gelernt, am Anfang war's gar nich so einfach.« (Fallportrait 23/Interview 070, 28–34; 56–60)

Eine etwas komplexere Strategie des Krisenmanagements basiert darauf, dass bereits bei den ersten sich abzeichnenden Frühwarnzeichen, die erfahrungsgemäß einem akuten schizophrenen Schub vorausgehen, *vorbeugende Maßnahmen* ergriffen werden, um ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Hierzu ist eine genaue Beobachtung des schizophrenen Partners hinsichtlich entsprechender Verhaltensauffälligkeiten notwendig. Treten Frühwarnzeichen der Schizophrenie auf, so werden unverzüglich die vorher vereinbarten Schritte unternommen, wie z. B. eine vorübergehende Erhöhung der Medikamentendosis, eine zeitweilige Beurlaubung oder ein präventiver Kurzaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik:

»Ich hab mich im in Anführungsstrichen ›Gedankenlesen‹ geübt, weil die Krankheit die macht's einfach notwendig, dass ma sein Partner ebend genau beobachtet, dass ma Signale deuten kann und dass ma drauf eingeht. Und dass ma was unternimmt eben, dass ma gleich was unternimmt. [...] Also falls er mal wieder dann irgendwie apathisch wird und desinteressiert, da unternehm' ma dann lieber gleich zu dem Zeitpunkt was. Und wir ham das och abgeklärt mit der Notration, inwieweit ma das Medikament noch erhöhen könn', und dann sagen wir halt: Jawoll, ich geh aber trotzdem mal lieber in die Klinik, und wenn's nur is eene Nacht zur Beobachtung oder so.« (Fallportrait 9/Interview 167, 11–18; 501–506)

Ein gemeinsames Krisenmanagement setzt in der Regel ein darauf bezogenes prinzipielles Einvernehmen zwischen den Partnern voraus. Dazu muss gewährleistet sein, dass sich beide Partner über die Art der im Krisenfall zu unternehmenden Schritte geeinigt haben, wie z. B. die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen oder den Umgang mit etwaigen Problemen, die dabei auftreten können. Ein »Abkommen« im Rahmen eines gemeinsamen Krisenkonzepts kann u. U. auch beinhalten, dass im Zweifelsfall dem gesunden Partner die Entscheidung über die Notwendigkeit bzw. den Zeitpunkt von Krisenmaßnahmen überlassen wird. Gemeinsames Krisenmanagement setzt ferner voraus, dass *beide* Partner den Beginn einer etwaigen psychotischen Krise »mitbekommen«. Die Basis dafür kann das routinemäßige, offene Miteinander-Reden über die Krankheitssymptome bzw. das Befinden des erkrankten Partners sein:

»Ich hab [die Psychologin] dann noch Mal mit dem Andreas zusammen aufgesucht, [...] und da haben wir dann auch eine Kompromiss geschlossen. Dass eben er, er weiß, wann die Symptome auftreten, wie auch ich, dass wir dann offen miteinander sprechen und dass wir dann eben halt ein Konzept haben, wie wir verfahren. Also nicht, dass dann einer sagt: ›Hier, mit mir ist nichts‹, oder: ›Ich brauch keine Hilfe‹, oder, oder. Und das hat ganz gut geklappt, dieses Abkommen, bis jetzt.« (Fallportrait 19/Interview 155, 235–241)

Bewältigungsstrategien des Krisenmanagements zielen in erster Linie auf den Umgang mit akuten oder drohenden schizophrenen Schüben ab. Sie werden von einigen Partnern

gezielt eingesetzt, um Krisensituationen zu entschärfen und Stressbelastungen möglichst früh entgegenzuwirken. Doch auch in »gesunden« bzw. nicht-psychotischen Phasen, in denen keine oder ganz andere Probleme auftreten, kann es für den Partner eines schizophränen Menschen entlastend sein, wenn er weiß, dass er im Notfall über wirksame Handlungsmöglichkeiten verfügt. Wenn sich eine Strategie des Krisenmanagements im Krisenfall bewährt, so kann dies die Angst vor einem erneuten Schub des Partners weiter reduzieren und die eigene Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen.

6.5.6 Krankheitsangepasste Gestaltung des Beziehungsalltags

Mit zunehmender gemeinsamer Krankheitserfahrung lernen die Partner schizophrener Menschen, dass der Beginn einer Psychose u. a. durch eine größere Vulnerabilität des Erkrankten mitbedingt ist und dass ein schizophrener Schub durch Stress und Aufregung ausgelöst werden kann. Um diesen Risikofaktoren entgegenzuwirken, sind viele Partner bereit, einen ruhigen, krankheitsangepassten Lebensstil zu teilen und zu unterstützen. Ein krankheitsangepasster Lebensstil umfasst in der Regel einen *gemächlichen, anforderungsarmen Alltag* ohne Leistungs- oder Zeitdruck sowie die *bewusste Vermeidung von potenziell krankheitsauslösenden Aufregungen und Stress*. Die Erwartung der Partner ist, dass sich ein solcher krankheitsangepasster Lebensstil positiv auf das Befinden des erkrankten Partners auswirkt und dadurch auch das Risiko eines erneuten schizophrener Schubs minimiert:

»Wir ham deswegen jetz eigentlich eine ruhige Art zu leben hier, und ich hab versucht auch, eigentlich eine Ruhe rüberzubringen, soweit wie's ging, und damit lief's eigentlich ganz gut. Denn wir sind hier nicht irgendwie in Hektik jetz, ›du musst das oder dies oder jenes‹. Das gibt's gar nicht, das is immer so, wie's is. Is es mal dran, drinnen was zu machen, machste drinnen was, möchste draußen was machen, machste eben draußen was. Das is egal. Oder wenn de mal die Nase voll hast, machste dich lang, das is egal, wann. (Interviewer: Und Sie denken, das tut Ihrer Partnerin gut, dieses eher ruhige Leben.) Ja, die Ruhe, auf alle Fälle! Das hat sich schon bemerkbar gemacht, würd ich sagen.« (Fallportrait 22/Interview 143, 168–179)

»Ich bin dieses Jahr sechzig geworden, und mit dem Geburtstag, ich sage, mach dir keene Gedanken, äh, keenen Kopf, wir gehen in die Gartengaststätte. Sind wir in die Gartenkantine gegangen. Also, das hätte sie im Prinzip doch zu sehr belastet. Also so was, würd ich sagen, das könnte ich nun nicht tun oder würde ich nicht tun. (Interviewer: Also so ein großes Fest zu veranstalten beispielsweise.) Ja, nicht unbedingt, weil da ist das irgendwie wie ein Berg vor ihr. Oder wenn ich jetzt sagen würde, wir würden umziehen, da würd sie auch krank.« (Fallportrait 20/Interview 095, 381–391)

Ein krankheitsangepasster Lebensstil kann auch *individuell angemessene Routinen und Arrangements bei der Alltagsgestaltung* beinhalten, z. B. im Hinblick auf die gemeinsam oder getrennt verbrachte Zeit, die Einnahme der Mahlzeiten oder das Zubettgehen. Diese Arrangements können einen sowohl für den Erkrankten als auch für dessen Partner angemessenen bzw. erträglichen Beziehungsalltag ermöglichen:

»[Nachmittags] trinken wir Kaffee. Dann legt er sich wieder hin. Denn [...] essen wir Abendbrot, dann gucken wir noch ein bisschen Fernsehen. Aber um zehne verschwindet er, weil wir das och so gehandhabt haben. Ich kann nicht mit ihm zusammen ins Bett gehen, weil er ständig umherwühlt und ich nervlich och angegriffen bin. Und dann würden wir uns doch bloß anschrei-

en, und das will ich nicht. Und dann geht er um zehn ins Bett, und wenn ich dann gehe, dann schläft er schon. Also, so sind wir eigentlich ganz gut übereingekommen.« (Fallportrait 1/Interview 002, 152–159)

Als Konzession an die akuten und chronischen Defizite schizophrener Patienten müssen die Partner häufig ungewohnte Tätigkeiten im Haushalt und in der Familie übernehmen bzw. neu erlernen, für die zuvor der Erkrankte zuständig war. Diese *Reorganisation familialer Aufgaben und Pflichten* ist allerdings oft mit weiteren Belastungen verbunden und kann mit einer langfristigen Verschiebung des partnerschaftlichen Rollengefüges einhergehen (vgl. Kapitel 6. 4. 4):

»Also, ich musste praktisch die Funktion des Mannes mit übernehmen. Er stand eben daneben und hat zugeguckt, er hatte auch keine Lust und kein Interesse mehr. [...] Da musst ich mich reinfinden in das gesamte Familienleben, dass ich das alles selber bewältige. Wir ham'n Garten, das musst ich selber machen. Ich musst mich um's Auto selber kümmern, und äh, ihn ging das alles nichts mehr an.« (Fallportrait 3/Interview 171, 162–170)

6. 5. 7 Kognitive Normalisierung

Als *Kognitive Normalisierung* wird im Folgenden eine Bewältigungsstrategie bezeichnet, die darauf abzielt, die Bedeutung der Erkrankung so umzudefinieren, dass die Devianz des Krankheitsverhaltens relativiert wird. Die Schizophrenie als Ereignis und Alltagsrealität kann von den Partnern der Patienten offenbar leichter akzeptiert werden, wenn ein weitgehend »normales« gemeinsames Leben mit und trotz der Erkrankung für möglich gehalten wird. Kognitive Normalisierung bezieht sich auf ein »Herunterdefinieren« der erkrankungsbedingten Probleme. Dies geschieht z. B. dadurch, dass schizophrene Krankheitssymptome als »noch im Bereich einer Norm liegend« bzw. nicht allzu weit entfernt davon wahrgenommen bzw. dargestellt werden. In dem Maße, wie die Differenz zwischen Normalität und pathologischer Normabweichung reduziert wird, wird auch die Bedrohung der eigenen Beziehungsdefinition durch die Erkrankung abgeschwächt.

Eine häufige Variante der kognitiven Normalisierung besteht in der *Suche nach plausiblen Erklärungen für das deviante Krankheitsverhalten* des Partners. Indem psychotische Verhaltensweisen und Symptome des Patienten (wie z. B. Aggressivität, Rückzugsverhalten, kognitive Desorganisiertheit) als »verständlich« oder »nachvollziehbar« interpretiert werden (z. B. vor dem Hintergrund einer sehr belastenden Lebenssituation oder beruflicher Überlastung), wird die psychische Störung tendenziell zu einer normalen Reaktion angesichts abnormer Rahmenbedingungen:

»Er hat och bloß 'ne Stunde geschlafen. Wenn er vielleicht mehr geschlafen hätte, hätt' er im Betrieb angerufen, dass er ma sich richtig ausschläft, wär das vielleicht gar nich so gekomm'. [...] Na, er hat och manchmal mehr gearbeitet als acht Stunden, [die Firma] setzte das voraus. (Interviewer: Hm. Das war vielleicht zu viel, meinen Sie?) Ja, denk ich mir och. 'S hat och der Arbeitskollege gesagt, dass er bisschen kürzer treten soll, wenn er wieder arbeiten geht. [...] Dadurch, dass er so in Stress gekomm is', so ohne Schlaf, 16, 18 Stunden unterwegs gewesen immer, 's kam mit einem Schlag dann.« (Fallportrait 11/Interview 138, 69–71; 180–192)

Also, der erste Schub war nach der Wende. Bedingt durch die politischen Ereignisse hat er Angst bekommen, dass er uns als Familie über Wasser halten könnte, und darauf folgten jeweils alle zwei Jahre Schübe. [...] Er hat zu der Zeit in eine Arbeit gehabt in einem Forschungsteam, die so Druckereimaschinen herstellte, das hatte sich dann aber nicht mehr halten können der Betrieb. Aber das war auch noch mit ein Punkt, [...] dass er an seine Persönlichkeit nicht mehr geglaubt hat, das Selbstwertgefühl war unten, weil das waren alles Ingenieure, also [als] wissenschaftliche Kader ausgebildet, und er war nur ein einfacher Drucker.« (Fallportrait 19/Interview 155, 2–4; 34–39)

Derartige Interpretationen legen die Deutung nahe (oder lassen sie zumindest zu), der Partner sei »in Wirklichkeit« gar nicht psychisch krank, sondern habe lediglich einen angesichts der belastenden Umstände verständlichen »Nervenzusammenbruch« erlitten. Insbesondere beim Beginn der Erkrankung bzw. nach dem Abklingen des ersten psychotischen Schubs kann eine solche Interpretation mit der vollständigen Leugnung einer psychischen Erkrankung einhergehen.

Würden dagegen bereits mehrere schizophrene Schübe erlebt, so wird in der Regel grundsätzlich konzediert, dass der Partner psychisch krank ist. Die kognitive Normalisierung kann dann darin bestehen, dass die vorhandenen Probleme herunterspielt bzw. entdramatisiert werden. So neigen einige Partner dazu, die Beeinträchtigungen durch die psychische Krankheit des Patienten als geringfügig, das eigene Leben und die Partnerschaft als »ganz normal« und unauffällig darzustellen.

Dies zeigt sich z. T. bereits an der Wortwahl: Einige Studienteilnehmer vermeiden krankheitsbezogene Begriffe wie »schizophren«, »Verfolgungswahn«, »psychotisch« und verwendeten stattdessen neutralere Bezeichnungen wie z. B. »Nervenzusammenbruch«, »Black-out«, »Krise«, »er war ganz am Boden«, etc. Diese *normalisierenden Umschreibungen* von Symptomen und erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen zielen letztlich auf eine Ent-Pathologisierung des Krankheitsverhaltens ab. Die Schizophrenie wird dabei oft weitgehend mit akuten Erkrankungsphasen gleichgesetzt, die die Normalität des gemeinsamen Alltags zwar in der Vergangenheit erschüttert haben, letztlich aber nicht ernsthaft gefährden können:

»[Nach dem Schub] hat sich das dann stabilisiert. Meine Frau ist ja dann noch Jahre oder ich möchte fast sagen: Jahrzehnte zur Betreuung gegangen und, na ja, mal in die Tagesklinik und so, aber das war eigentlich, ich sage mal, nichts, was irgend was beeinflusst hat oder so, das war eigentlich keine Beeinträchtigungen. Da gab's dann eigentlich erst mal keine Probleme weiter. Das lief dann eigentlich ganz normal. [...] Meine Frau war natürlich, ich sag mal, etwas, ich will nicht sagen: anders geworden, aber doch, der Einfluss der Medikamente hatte sich doch, sagen wir mal, etwas ausgewirkt, dass sie nicht mehr so impulsiv war und so, aber so nach und nach hat sich das eigentlich normalisiert.« (Fallportrait 20/Interview 095, 34–40; 90–94)

»Na ja, eigentlich sind's die paar Tage, wo sie ä bisschen Stress wieder macht, wenn ihre Psyche durchbricht, ihre psychische Erkrankung. Na, da muss mer ä bisschen nach'm Arzt rennen und so. Und sonst, ganz normales Leben. Das Einzige ist, sie steht früh bisschen schwer auf. [...] Eigentlich merkt man's alle paar Jahre mal, dass es durchbricht, aber ansonsten: ganz normales Leben.« (Fallportrait 21/Interview 010, 16–31)

»Also verändert in dem Sinne [hat sich] nichts weiter, außer dass se ab und zu mal dadurch ins Krankenhaus muss. Was bissel bedauerlich ist, dass noch nich die Möglichkeit besteht, die Krankheit e bissel auf andere Art und Weise, woll'n mal sagen: zu lindern, oder dass sie nich stationär eingeliefert werden muss. Das ist das Einzige daran eigentlich.« (Fallportrait 22/Interview 143, 6–11)

Das *Herunterspielen und Entdramatisieren erkrankungsbedingter Beeinträchtigungen* stellt damit eine Möglichkeit dar, das Idealbild einer weitgehend »normalen Ehe« bzw. eines »normalen Familienlebens« trotz der Schizophrenie des Partners aufrechtzuerhalten. In dem Maße, wie das Problem in der Wahrnehmung des Partners schrumpft, wächst die Nähe zur angestrebten Normalität. Diese Variante der kognitiven Normalisierung geht häufig mit dem Wunsch nach sozialer Unauffälligkeit und Anpassetheit einher. Die Differenz zwischen dem Wunsch nach Normalität und der schizophrenen Normabweichung kann auch dadurch relativiert werden, dass die eigenen Probleme und Beeinträchtigungen mit denen anderer, offensichtlich viel schwerer belasteter Paare in Beziehung gesetzt werden. *Soziale Abwärtsvergleiche* erlauben es den Partnern schizophrener Menschen, die eigenen Belastungen als vergleichsweise gering bzw. noch im Rahmen des Erträglichen einzustufen:

»Wo wir in Tübingen [in der psychiatrischen Klinik] waren, da war da ein junger Mann, mit dem hat mein Mann auch oft Schach gespielt, auch unterhalten und auch kennen gelernt den. Und der hat aber in seinem Anfall seine Frau bedroht und die Kinder, auch richtig mit dem Messer. Also, da mussten wirklich die Nachbarn noch mit dazu kommen, dass da nichts passiert. Und der hat sich natürlich das Leben genommen, ne, so zwei Tage danach, wo ich dann abgereist bin. Und das war auch noch mit so'n Tick bei mir, also [dass ich] dachte: So ein Glück, dass es bei uns nicht so war.« (Fallportrait 19/Interview 155, 255–262)

»Ich kann doch nicht sagen das mein Mann ... ich find, hab ja jetzt vieles mitgekriegt. Es gibt ja auch böartige unter den [schizophrenen] Menschen, ne. Er ist das ganze Gegenteil. Ich könnte meinen Mann ausnehmen, wenn ich wollte. Er würde mir jeden Wunsch erfüllen.« (Fallportrait 1/Interview 002, 163–165)

Das *Hinterfragen der seelisch gesunden Norm* stellt eine weitere Variante der kognitiven Normalisierung dar. Die Normabweichung des schizophrenen Partners kann durch die Einschätzung neutralisiert werden, dass die gängige Definition von »Normalität« und »psychischer Gesundheit« im Grunde sehr willkürlich und unscharf ist. Dies kann zu der Feststellung führen, dass im Grunde alle Menschen irgendwie verrückt sind bzw. dass es keinen prinzipiellen Unterschied zwischen den Problemen des psychisch kranken Partners und den Problemen der so genannten Gesunden gibt:

»Was aber bei Anderen normal [ist], jedem Menschen oder so, ob das mal genau so is, ob wir nun normal sind oder ob sie normal ist, das ist noch die Frage ((lacht)). So bezeichne ich das mal. Wer da normaler von uns beiden is, is immer noch dahingestellt. Und auch diejenigen, die der Meinung sind, sie sind nich in der Richtung krank vielleicht, haben das doch manchmal mehr notwendig als wie die, die sich deswegen behandeln lassen.« (Fallportrait 22/Interview 143, 201–209)

Eine gewisse Normalität kann für Partner schizophrener Menschen auch gegeben sein,

weil sie den Erkrankten erst kennen gelernt haben, als dieser bereits erkrankt war. Die erlebte Normalität ergibt sich hier aus dem alltäglichen, gewohnten und nicht anders gekannten Bedingungen des Zusammenlebens. Psychische Probleme des Partners wie z. B. Reizbarkeit oder Antriebslosigkeit werden zwar durchaus als Beeinträchtigungen des Beziehungsalltags wahrgenommen, stellen aber *keine Abweichung von einer individuellen Norm* dar, die sich auf krankheitsbedingte Veränderungen bezieht:

»Ich habe meine Frau kennen gelernt, da hatte sie die Erkrankung schon, da war'n die großen Schübe alle schon weg. Na ja, sie war immer ein bisschen unter Tabletten, und ich kenn sie eigentlich nicht anders. Ich kenn sie nicht, wie sie vorneweg war. [...] Und sonst, ganz normales Leben. Das Einzige ist, sie steht früh bisschen schwer auf und so. [...] Ich weiß nicht, ob es wirklich mit ihrer psychischen Erkrankung zu tun hat, oder ob's von Natur aus ein Problem war. [...] Ich kenn's ja nun nicht anders.« (Fallportrait 21/Interview 010, 3–8; 18–27)

»Er erzählt immer, dass er [früher] sehr sportlich war, und als Schüler und Student immer Handball gespielt hat und Meisterschaften gemacht hat und so. Das kann ich mir jetzt im Moment gar nicht vorstellen, dass das mal'n sportlicher Mensch war ((lacht)). Er is sehr ruhig und, na ja, vielleicht kann man's auch noch richtig beim Namen nennen, etwas träge. Ich kenne ihn nur so. Ich kann's wie gesagt nich beurteilen, aber sicher war er lebhafter früher.« (Fallportrait 14/Interview 050, 14–21)

Auch jenseits zitierbarer Textpassagen lassen sich in den durchgeführten Interviews Anhaltspunkte für eine kognitive Normalisierung finden. Eine Reihe von Studienteilnehmern schilderte während der Interviewkontakte ausführlich ihre Lebenssituation und ihren Beziehungsalltag, ohne dabei von sich aus auf die psychische Erkrankung des Partners und damit zusammenhängende Probleme einzugehen. Eine Thematisierung der Schizophrenie wird von diesen Studienteilnehmern offenbar ebenso vermieden wie eine innere Auseinandersetzung mit diesem Thema; in einigen dieser Fälle war den Partnern bezeichnenderweise nicht einmal die Diagnose »Schizophrenie« bekannt. Die *Dethematisierung der Schizophrenie* bei der Interpretation und der Darstellung des Beziehungsalltags kann daher ebenfalls als Variante kognitiver Normalisierung interpretiert werden.

6.5.8 Neubewertung der Erkrankung

Mit zunehmender gemeinsamer Krankheitserfahrung lernen die Partner schizophrener Menschen meist, die Erkrankung besser einzuschätzen und angemessener zu reagieren. Hinzu kommt ein kognitiv-emotionaler Bewältigungsprozess, der eine emotionale Entlastung der Partner bewirkt: Verbessertes Krankheitswissen und verbesserte Kompetenzen des Krisenmanagements bringen in der Regel auch eine veränderte Krankheits- und Situationsbewertung mit sich. Die *Neubewertung der Erkrankung als handhabbares bzw. bewältigbares Problem* trägt dazu bei, dass die Situation insgesamt als weniger bedrohlich wahrgenommen wird. Eine Partnerschaft oder Ehe erscheint damit trotz der Beeinträchtigungen durch die Schizophrenie des Partners möglich.

»Man merkt das mitunter schon an bestimmten Verhaltensweisen, dass es bald wieder mal so weit ist. Na ja, aber ich meene gut, man hat sich doch ein bisschen damit befasst und darauf eingestellt, [deshalb] würd ich och sagen, dass man besser damit umgeht. Na ja, es ist ja och so, weil das liegt och im Charakter des Einzelnen. Ich bin jetzt nun nicht so'n Typ, der jetzt, woll

mer sagen, leicht erregbar ist. Oder ich bin eigentlich ein ruhiger Typ der jetzt nicht so leicht hier auf de Palme geht oder so explodiert oder irgendwie. Das ist dann in dem Falle sicherlich och angebracht oder von Vorteil.« (Fallportrait 15/Interview 013, 61–68)

Auch die *Suche nach einem positivem Sinn der Erkrankung* kann zu einer Neubewertung der Schizophrenie und der gemeinsamen Krankheitserfahrungen führen. Die gemeinsam im Verlauf der Erkrankung durchlebten Krisen und Belastungen bedeuten nicht zwangsläufig, dass eine negative Bilanz im Hinblick auf das Zusammenleben gezogen wird. Für einige der befragten Partner ist die Partnerschaft gleichsam gestärkt aus der Prüfung der Krankheit hervorgegangen: Die psychische Erkrankung des Partners und die damit verbundenen Belastungen werden dadurch nicht mehr nur als irrationaler Schicksalsschlag oder als existenzielle Bedrohung des gemeinsamen Lebensentwurfs gedeutet, sondern als eine im Hinblick auf die Partnerschaft sinnhafte Lebenserfahrung:

»Wir sind ja nun och schon jetzt über 26 Jahre verheiratet, hatten die Silberhochzeit voriges Jahr, äh, vor zwei Jahren schon. Also, das Verhältnis hat sich [durch die Krankheit] überhaupt nicht geändert, also höchstens zum Positiven mehr noch. Das muss ich ehrlich sagen. (Interviewer: Inwiefern?) Na, dass man doch ä bisschen, noch ä bissl mehr aufeinander zugeht, beide. Mhm? Das ist 'n bisschen in-, ich finde intensiver geworden dadurch.« (Fallportrait 5/Interview 008, 15–19)

»Die Krankheit hat uns eigentlich so richtig bewiesen dass ma zusammengehören und einer ohne den andern gar nich sein kann. Also, das is seit dem ersten Mal als Gefühl, als, als wär'n wir zwar zwei Körper, aber als wärn wir eine Seele. Und der Andere spürt, also Andreas merkt ganz genau wenn ich was hab und mir's nich gut geht, und ich merk ganz genau wenn er was hat und ihm's nich gut geht. Es is irgendwie, 's is, 's kann ma gar nich beschreiben, das muss ma erleben. Es is wirklich so.« (Fallportrait 9/Interview 167, 363–368)

6. 5. 9 Fokussierung auf positive Aspekte der Partnerschaft

Durch die gedankliche Fokussierung auf positive und intakte Aspekte des Zusammenlebens kann es gelingen, die belastenden Erfahrungen zu relativieren, die im Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner aufgetreten sind oder in Zukunft erwartet werden. Diese intakten Aspekte der Beziehung bilden ein entlastendes Gegengewicht bei der Bewertung der eigenen Lebenssituation, der Partnerschaft und der gemeinsamen Zukunftsperspektiven:

»Ich wollte ihn nicht verlieren, nein, weil es ist Liebe im Spiel, ne, auch heute noch. Und er ist ja, wenn er gesund ist, ein sehr guter Mann für mich, auch für die Tochter ein guter Vater, und auch die Chemie stimmt ja zwischen mir und meinem Mann, sonst hätten wir ja auch nicht geheiratet. Und da sind so viele gemeinsame Dinge, und nö, das wollte ich nicht.« (Fallportrait 19/Interview 155, 225–230)

Positive und intakte Aspekte des Zusammenlebens werden nicht selten von Partnern gesehen, die selbst psychisch krank oder beeinträchtigt sind. Vor dem Hintergrund der eigenen Krankheitserfahrungen bzw. der eigenen Defizite kann die emotionale Unterstützung durch einen Partner, der psychische Probleme aus eigener Erfahrung kennt, sogar als besonders hilfreich angesehen werden.

»Wir stützen uns gegenseitig. Wir geben uns gegenseitig Kraft. [...] Und dann sprechen wir uns och mal aus und das hilft och viel. Und so kommen wir ganz gut klar, komm ich ganz gut klar. [...] Wenn ich ihn nicht hätte, wüsst ich gar nicht, wie ich hier so durchs Leben gehen sollte. (Interviewer: Und für Ihren Partner sind Sie andererseits auch ne Stütze, sagten Sie.) Ja, ne. Wir unterstützen uns gegenseitig. Das ist immer, das ist so gut.« (Fallportrait 26/Interview 035, 73–80; 136–142)

6.5.10 Belastungsbezogene Bewältigungsstrategien

Neben problembezogenen und kognitiv-emotionalen Strategien der Belastungsbewältigung wurden von einigen Interviewpartnern Bewältigungsversuche beschrieben, die in erster Linie auf eine Regulierung oder Linderung der erlebten Belastungsreaktion abzielen. Derartige Bewältigungsstrategien werden im Allgemeinen eingesetzt, um akute oder chronische Spannungszustände positiv zu beeinflussen bzw. zu kontrollieren. Häufig geht es darum, positive Gegengewichte zu den erkrankungsbedingten Belastungen zu schaffen und Möglichkeiten der eigenen Entlastung zu nutzen.

Belastungsbezogene Bewältigungsversuche wurden in den analysierten Interviews zwar vergleichsweise selten beschrieben; trotzdem lassen sich hier zwei unterschiedliche Aspekte dieser Bewältigungsstrategie unterscheiden: Zum einen wurden Bewältigungsversuche geschildert, die einer *kurzfristigen Erleichterung und Entlastung* dienen, zum anderen eher längerfristige Bemühungen, die einer *regelmäßigen Erholung und Regeneration* dienen. Das Überschreiten der eigenen Belastbarkeitsgrenzen kann eine wichtige Erfahrung im Hinblick auf solche Bemühungen sein, mehr für sich selbst zu sorgen. Akute und chronische Überforderungsgefühle, aber auch eigene gesundheitliche Probleme können Partner schizophrener Menschen dazu motivieren, entsprechende Schritte zu unternehmen.

Akute Belastungen, wie sie z. B. während eines schweren psychotischen Schubs auftreten, können für Partner des Betroffenen auch ein Anlass sein, *ärztliche, psychotherapeutische oder seelsorgerische Hilfe* in Anspruch zu nehmen. Beratungsgespräche bei einer Selbsthilfegruppe können ebenfalls als hilfreich und entlastend empfunden werden:

»Ich bin in der vergangenen Woche am Dienstag in diesem Verein gewesen, in WEGE e. V. [Leipziger Angehörigenverein]. Ja und da hatt' ich'n Gespräch, und man sagte mir, 's war'n zwei Frau, die sich mit mir unterhielten, eh, ich hätte sehr viel erreicht. [...] Ich hätt' ja das praktisch mit meim Mann, eh, das gut gelöst. [...] [Die Gespräche mit Frau Dr. Born], das fehlt mir sehr. [...] weil ich durch sie auch viel Kraft gewonnen habe. Also, es war nicht nur so, dass ich die Medizin, ich halte nich sehr viel von Medikamenten, nich. Aber die Gespräche, die ham mir immer viel gegeben. Und ich bin jetzt eben auch in so 'ner Situation wo ich diese Gespräche suche. Dass ich das nich in mich hineinfresse, wie man so sagt.« (Fallportrait 3/Interview 171, 394–404; 453–460)

»Es war auch unerträglich. Es ging vielleicht ein halbes Jahr, und [normalerweise] hab ich auch viel Optimismus, aber da hab ich gedacht, das schaffste nicht alleine, und da hab ich eine Psychologin aufgesucht [...] und die war mir auch sehr [sympathisch] und die Chemie stimmte auch. Und ich hab sie dann auch gefragt und die hat mich dann auch gefragt was ich will. Ich sage na ja, eine Scheidung will ich nicht. Na ja, und dann haben wir eben darüber gesprochen und so habe ich mich eben auch verhalten.« (Fallportrait 19/Interview 155, 168–175)

In einigen Fällen wird eine *Auszeit von einer akuten Belastungssituation* angestrebt, z. B. im Rahmen eines vorübergehenden Ortswechsels oder eines Urlaubs. Diese Auszeit ist in der Regel mit der zeitweiligen Kontaktvermeidung oder Trennung verbunden, u. U. kann sie jedoch auch gemeinsam mit dem erkrankten Partner als erholsam erlebt bzw. antizipiert werden:

»Und ich konnte es aber nervlich, also ich, ich hab gedacht, jetzt musst du hier auch weg, und das war dann im Januar, da hab ich mit der Tochter, ich hab dann gesagt, weißte was, wir machen jetzt die Winterferien, wir fahren weg ohne den Papa.« (Fallportrait 19/Interview 155, 175–178)

»Mein Mann [und ich] fahr'n dann oft auf die Burg G., das is unsre Lieblingsburg. Wenn ma so richtig den Kanal voll ham, wenn ma so richtig denken, oh shit, 's geht nicht mehr weiter oder so, dann setzen wir uns ins Auto und fahrn dort hin. Die begrüßen uns dort schon mit Handschlag, die kenn' uns schon.« (Fallportrait 9/Interview 167, 263–267).

Das Bestreben, eine angemessene emotionale Distanz zum erkrankten Ehepartner herzustellen und eigene Freiräume im Alltag zu schaffen, kann eine längerfristig wirksame Bewältigungsstrategie darstellen. Sie drückt sich z. B. durch *regelmäßige Freizeitaktivitäten ohne den erkrankten Partner* aus, wie z. B. Einkaufsbummel, Teilnahme an Volkshochschulkursen, Gartenarbeit, Ausflüge etc.:

»Ich hab's Auto, [...] und den Garten hab ich noch, eh ja, wenn das Wetter dann besser ist, na gut, dann lenk ich mich ab indem ich eben in den Garten gehe und mich dort beschäftige, oder ich setz mich ins Auto und fahr dann eben mal, was weiß ich, zu Bekannten. [...] Weil ich dann das Gefühl hab, wenn ich im Auto sitze, 's ist alles weg und ich find's schön und ich fahr auch gern. Und das ist mein Luxus, den ich habe.« (Fallportrait 3/Interview 171, 407–416)

Auch die eigene *Berufstätigkeit* kann eine langfristige Möglichkeit sein, Distanz zu den alltäglichen Belastungen des Zusammenlebens zu schaffen und neue Kraft zu schöpfen (vgl. Interviews 032, 009):

»Was mir geholfen hat war, dass ich immer berufstätig war. [...] Mein Beruf ist mein Hobby und dadurch üb ich meinen Beruf sehr gern aus, und dort hab ich mir die Kraft geholt. Und hab natürlich auch den nötigen Abstand zu hier gehabt, ne? Für acht Stunden am Tag. [...] Ich könnt mir nicht vorstellen, von früh bis zum Abend hier zu sein. Andere freuen sich auf die Wochenenden, manchmal freu *ich* mich auf den Montag, wenn ich wieder arbeiten gehen kann.« (Fallportrait 7/Interview 009, 56; 75–84)

Die Einsicht, dass die jahrelange Betreuung des erkrankten Partners und das gleichzeitige Zurückstellen eigener Bedürfnisse einen hohen gesundheitlichen Tribut fordert (z. B. in Form eigener Erkrankungen oder Beschwerden) kann der Ausgangspunkt für regelmäßige *gesundheitsförderliche und erholsame Aktivitäten* sein (z. B. Entspannungstraining, Physio- und Psychotherapie):

»Ich hab so viel mit mir zu tun jetzt hier. Ich hab jetzt hier Massagen gekriegt für die Wirbelsäule und Fango [...] Dann geh ich zu de Nervenärztin. Dann mach ich Autogenes Training. Da hoff ich dass mir das ein bisschen was bringt, dass ich och mal ablenken kann oder mal, ja nicht immer bloß Tabletten, dass ich das och mal so packe. Aber wie gesagt, man muss das auch ler-

nen, ne. Ich hab da schon angefangen [in der Klinik] in Delitzsch. Es hat eigentlich gut geklappt. Nun will ich sehen, dass ich das weitermache, denn ich muss umlernen. Ich kann nicht och noch auf der Strecke bleiben.« (Fallportrait 1/Interview 002, 174–182)

6. 5. 11 Zusammenfassung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde eine Reihe von Bewältigungsstrategien beschrieben, die Partner schizophrener Menschen anwenden, um mit ihren Problemen und Belastungen zurechtzukommen. Dabei wurden drei unterschiedliche Aspekte der Bewältigung unterschieden:

Problembezogene Bewältigungsstrategien der Partner können entweder »direkt« auf die Entschärfung krankheitsbedingter Belastungsfaktoren, auf eine Verbesserung der eigener Problemlösekompetenz oder auf beide Aspekte zugleich abzielen:

- Die Beschaffung krankheitsbezogener Informationen stellt insbesondere beim Erkrankungsbeginn bzw. bei der ersten miterlebten psychotischen Krise eine wichtige Basisstrategie dar: Mit zunehmender Informiertheit wird der erlebte Kontrollverlust zumindest teilweise ausgeglichen und die eigenen Kompetenzen im Umgang mit dem erkrankten Partner verbessert.
- Auch die gezielte Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems ist eine wichtige problembezogene Bewältigungsstrategie. Weil den Partnern im Krankheitsverlauf meist klar wird, dass ihre Partnerschaft ohne professionelle Unterstützung nicht möglich wäre, bemühen sie sich in der Regel, notwendige Behandlungsmaßnahmen zu initiieren oder zu unterstützen.
- Um den zeitlichen Mehraufwand für die Krankenbetreuung zu bewältigen und den »Ausfall« des Patienten in Haushalt und Familie zu kompensieren, greifen einige Partner – falls vorhanden – auf familiäre Unterstützungsressourcen zurück.
- Bewältigungskonzepte des Krisenmanagements zielen in erster Linie auf den Umgang mit akuten oder drohenden schizophrenen Schüben ab. Sie werden von einigen Partnern im Vorhinein geplant und gezielt eingesetzt, um Krisensituationen zu entschärfen und Stressbelastungen möglichst früh entgegenzuwirken.
- Um das Risiko eines erneuten schizophrenen Schubs zu minimieren, sind die Partner meist bereit, einen ruhigen, krankheitsangepassten Lebensstil zu teilen und zu unterstützen. Ein krankheitsangepasster Lebensstil umfasst in der Regel einen gemächlichen, anforderungsarmen Alltag ohne Leistungs- oder Zeitdruck sowie die bewusste Vermeidung von potenziell krankheitsauslösenden Aufregungen und Stressoren.

Die Gemeinsamkeit *kognitiv-emotionaler Bewältigungsstrategien* besteht darin, dass die Schizophrenie des Partners und die daraus erwachsenden Probleme des Zusammenlebens neu bewertet werden. Dadurch kann die wahrgenommene Bedrohung durch die Erkrankung reduziert werden:

- Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass die erlebten Probleme und Belastungen herunterspielt und entdramatisiert werden, sodass die krankheitsbedingte Normabweichung gleichsam neutralisiert wird. Eine kognitive Normalisierung kann aber auch durch soziale Abwärtsvergleiche mit noch schwerer Betroffenen oder durch die Infragestellung gängiger Normen hinsichtlich psychischer Gesundheit und Krankheit erfolgen.

- Die Neubewertung der Erkrankung als erfahrungsgemäß handhabbares bzw. bewältigbares Problem kann dazu beitragen, dass die Situation insgesamt als weniger bedrohlich wahrgenommen wird. Auch die Suche nach einem positiven Sinn der Erkrankung kann zu einer Neubewertung der Schizophrenie und der gemeinsamen Krankheitserfahrungen führen.
- Durch die kognitive Fokussierung auf positive Aspekte des Zusammenlebens können die erlebten bzw. zu erwartenden Belastungen relativiert werden. Diese intakten Aspekte der Beziehung bilden ein entlastendes Gegengewicht bei der Bewertung der eigenen Lebenssituation und der Partnerschaft.

Bei *belastungsbezogenen Bewältigungsstrategien* geht es schließlich um eine Regulierung oder Linderung der von den Partnern schizophrener Menschen erlebten Belastungsreaktionen:

- Eine solche Regulierung wird oft durch Aktivitäten angestrebt, die einer kurzfristigen Erleichterung und Entlastung dienen, wie z. B. ein vorübergehender Ortswechsel oder die zeitweilige Kontaktvermeidung mit dem Erkrankten. Auch Beratungsgespräche mit einem Arzt oder einer Selbsthilfegruppe können kurzfristig entlastend wirken.
- Längerfristige regenerative Bewältigungsstrategien, die einer regelmäßigen Erholung dienen, sind z. B. regelmäßige Freizeitaktivitäten ohne den erkrankten Partner, regelmäßige gesundheitsförderliche und erholsame Aktivitäten oder auch ein verstärktes berufliches Engagement.

Bei der gewählten Unterscheidung zwischen problembezogenen, kognitiv-emotionalen und belastungsbezogenen Bewältigungsstrategien von Partnern schizophrener Menschen handelt es sich wohlgerne nicht um ein Kategoriensystem, sondern lediglich um eine *Ordnungssystematik*. Dies bedeutet, dass die beschriebenen Bewältigungsprozesse nicht getrennt voneinander ablaufen, sondern sich vielfach überschneiden und gegenseitig bedingen. Unter welchem Gesichtspunkt die Bewältigungsbemühungen primär zu betrachten sind, hängt von der Intention des Partners und vom Gesamtkontext der jeweiligen Belastungssituation ab. So können z. B. problembezogene Bewältigungsstrategien eine starke kognitiv-emotionale Komponente haben, denn sie zielen in der Regel sowohl darauf ab, aktiv zur bestmöglichen Bewältigung von schizophrenen Krisen beizutragen, als auch darauf, einem erlebten oder antizipierten Kontrollverlust entgegenzuwirken und die eigene Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen. Umgekehrt sind kognitiv-emotionale Bewältigungsprozesse oft die Voraussetzung dafür, dass aktive Anstrengungen im Hinblick auf die Lösung konkreter Probleme und die eigene Entlastung unternommen werden und dass ein krankheitsangemessener Lebensstil etabliert wird.

6.6 Krankheitsdeutungen und gemeinsame Lebensentwürfe

6.6.1 Vorbemerkung

Die Fallportraits im Anhang dieser Arbeit zeigen, dass es für Partner schizophrener Menschen nicht nur darum geht, eine Vielzahl konkreter Probleme und Belastungen zu bewältigen, sondern auch darum, ihre Lebenssituation seelisch zu verarbeiten. In diesem Zusammenhang ringen die Partner häufig darum, die Schizophrenie als Lebensereignis und Lebensrealität in die *eigene* Biografie zu integrieren und die Perspektiven eines gemeinsamen Lebens trotz dieser Erkrankung einzuschätzen. Damit sind wiederum sehr unterschiedliche *Krankheitsdeutungen und Konzepte von Partnerschaft* verbunden, auf die ich im folgenden Kapitel näher eingehen möchte. Trotz der großen Vielfalt der Belastungslagen und Lebensentwürfe finden sich hier einige typische Deutungsmuster hinsichtlich der psychischen Krankheit und der Beziehung zum erkrankten Partner. Diese Deutungsmuster stehen in engem Zusammenhang zum Krankheitsverlauf und den damit einhergehenden Belastungen, zu den eingesetzten Bewältigungsstrategien und zum biografischen Hintergrund der Partner. Aufgrund dieser Querbezüge werde ich im Folgenden auf einige Aspekte des »Lebens mit einem schizophrenen Partner« zurückkommen, die bereits in den vorangegangenen Kapiteln angesprochen wurden.

6.6.2 Die Schizophrenie des Partners als biografischer Einschnitt

Die beim Beginn der Schizophrenie bzw. beim ersten miterlebten Schub gehegten Hoffnungen auf eine rasche und dauerhafte Wiederherstellung des Betroffenen erweisen sich in den meisten Fällen als trügerisch. Häufig wird es als schwierig und schmerzhaft erlebt, zu akzeptieren, dass eine vollständige Heilung und Re-Normalisierung des Beziehungsalltags aller Voraussicht nach nicht möglich ist. Selbst dann, wenn die Beziehung äußerlich unverändert weitergeführt wird, kann sich ihre *Bedeutung* durch die Schizophrenie fundamental verändern. Wie bereits im Kapitel 6.4 beschrieben wurde, wird der Erkrankte in seiner Persönlichkeit oft als stark verändert wahrgenommen; seine Lebensperspektive – und damit auch diejenige des Partners – hat sich durch die Folgen der psychischen Erkrankung in existenzieller Weise verändert. Partner schizophrener Patienten müssen sich auf ein Leben mit einem chronisch Kranken einstellen, der dauerhaft auf Hilfe und Unterstützung angewiesen ist. Vor diesem Hintergrund erleben viele Partner schizophrener Menschen erhebliche Belastungen und Einschränkungen. Im Kontext der eigenen Lebensgeschichte wird die schizophrene Erkrankung oft als *tiefer biografischen Einschnitt* mit weit reichenden Folgen für die Paarbeziehung, die Familie und das eigene Leben bewertet:

»Die Krankheit hat ihn total verändert und demzufolge och de Familie, Kinder, mich und ebend's ganze Umfeld. [...] So wie früher wird's zwar sicher nie wieder werden, weil bei ihm eine Persönlichkeitsveränderung stattgefunden hat durch die Krankheit. Und 's ist manchmal sehr schwer für mich und die Kinder damit klarzukommen. Man will's eben halt nicht wahr haben manchmal, was de Krankheit angerichtet hat.« (Fallportrait 10/Interview 032; 17–20, 23–29).

Auch für diejenigen Partner, die den Patienten kennen gelernt haben, als dieser bereits erkrankt war, kann die Schizophrenie einen lebensverändernden biografischen Einschnitt darstellen. Typischerweise war der erkrankte Partner zum Zeitpunkt des Kennenlernens

nur wenig oder gar nicht durch seine Erkrankung beeinträchtigt. Ein schizophrener Rückfall, der mit einer deutlichen Zustandsverschlechterung verbunden ist, kann für diese Partner die gleiche biografische Bedeutung haben wie in anderen Fällen eine Neuerkrankung im Verlauf der Partnerschaft.

In dem Maße, in dem der erkrankte Partner als verändert und fremd erlebt wird, ist die ursprüngliche Beziehungsdefinition in Frage gestellt. Wenn die Partnerschaft trotz erheblicher Veränderungen und Belastungen weitergeführt werden soll, so muss die Beziehung zum Patienten teilweise oder sogar völlig neu definiert werden. Diese *Neudefinition der Beziehung* kann sich auf unterschiedliche Bereiche der Partnerschaft erstrecken: Im Hinblick auf die *Intimität und Vertrautheit* zwischen den Partnern ist u. a. von Bedeutung, inwieweit der Erkrankte weiterhin in der Lage ist, entsprechende Bedürfnisse des Partners zu erfüllen. Für die emotionale Nähe und den als notwendig erachteten Abstand spielen auch krankheitsbedingte Belastungen des gesunden Partners und veränderte Bedürfnisse des Patienten im Hinblick auf Nähe und Distanz eine wichtige Rolle. Ferner können sich erhebliche Veränderungen hinsichtlich *gemeinsamer Aktivitäten und Interessen* ergeben. Durch die Beeinträchtigungen und die verminderte Belastbarkeit des Patienten kann sich das Spektrum der Situationen, die mit den Partner gemeinsam verbracht und positiv erlebt werden, deutlich verengen. Häufig ist es auch notwendig, die Aufgaben in Partnerschaft und Familie neu zu verteilen. Diese *Reorganisation der Aufgabenbereiche* betrifft z. B. die Erwerbstätigkeit, Aufgaben im Haushalt und der Kindererziehung. In der Regel übernimmt der Partner des Patienten zusätzliche Verantwortlichkeitsbereiche. In diesem Zusammenhang sind Verschiebungen hinsichtlich der *Rollenverteilung* in der Beziehung oft unumgänglich: Eine vor der psychischen Erkrankung symmetrische Rollenkonstellation kann z. B. dann zu einer komplementären werden, wenn sich der Partner des Patienten auf Dauer in einer tragenden bzw. unterstützenden Helferposition befindet. Nicht zuletzt ist die *Ausgewogenheit* (»quid pro quo«) zwischen den Partnern insofern neu zu bestimmen, als der gesunde Partner vom Erkrankten meist nicht im gleichen Maße Unterstützung und Solidarität erwarten kann, wie er sie diesem gewährt. Dabei sind z. B. neue Gerechtigkeitsmaßstäbe im Hinblick auf das Geben und Nehmen in der Beziehung anzulegen.

Langfristig ist es in der Beziehung zu einem schizophrenen Menschen unumgänglich, die bestehenden bzw. verbleibenden Möglichkeiten des Zusammenlebens einzuschätzen und auch die Grenzen dieser Möglichkeiten abzustecken. In diesem Zusammenhang ist es für Partner häufig ein wichtiger Schritt, die Belastungen realistisch einzuschätzen, welche eine Schizophrenie mit sich bringt. Die Erkenntnis, dass der Einsatz für den erkrankten Partner auf die Dauer einen hohen persönlichen und gesundheitlichen Preis fordern kann, kann zu einem Zurückschrauben des eigenen Engagements und zu einem Bemühen um Entlastung führen. Auch die Erwägung, sich aus der Beziehung zum Erkrankten teilweise oder völlig zurückzuziehen, stellt in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit dar, sich selbst zu schützen.

6.6.3 Trennungsimpulse

Da in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich Studienteilnehmer befragt wurden, die sich *für* ein Zusammenleben mit dem psychisch kranken Partner entschieden haben, sind streng genommen keine Aussagen darüber möglich, unter welchen Umständen es zu

einer Trennung kommt und wie diese begründet bzw. bewertet wird. Gleichwohl finden sich in den geführten Interviews zahlreiche Anhaltspunkte dafür, dass eine schizophrene Erkrankung die Stabilität einer Beziehung ernsthaft gefährden kann. Partnerschaften mit schizophrenen Menschen sind insofern *fragile Partnerschaften*, als die Beziehungsdefinition und die gemeinsame Lebensperspektive durch die Erkrankung oft existenziell in Frage gestellt werden.

Eine Trennung vom erkrankten Partner wird dabei eher mittel- und langfristig erwogen. Unmittelbar nach Erkrankungsbeginn wird die Beziehung zum Patienten hingegen selten in Frage gestellt – im Gegenteil: Trotz der z. T. massiven Stressbelastungen zeigen die Partner in dieser Phase meist besonders große Solidarität mit dem Erkrankten und weisen den Gedanken an eine Trennung weit von sich. Diese Solidarität kann allerdings im weiteren Krankheitsverlauf ins Wanken kommen, wenn der Partner seine Erwartungen auf eine Wiederherstellung des Erkrankten revidieren muss.

In diesem Zusammenhang spielt es häufig eine wichtige Rolle, dass Paarbeziehungen als *voraussetzungsvolle Beziehungen* definiert werden, die – anders als z. B. die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern – unter bestimmten Umständen auch beendet werden können. Während die Aufrechterhaltung einer Partnerschaft mit der Erwartung von Gemeinsamkeit und beiderseitiger Beziehungszufriedenheit verknüpft ist, wird eine Trennung dann erwogen, wenn aus Sicht des Partners grundlegende Voraussetzungen der Beziehung nicht mehr gegeben sind. Für Partner schizophrener Menschen kann die Frage einer Trennung virulent werden, wenn der Beziehungsalltag dauerhaft große persönliche Opfer fordert und nur wenig Hoffnung besteht, dass zufrieden stellende Bedingungen des Zusammenlebens wieder hergestellt werden können. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein Partner ausgeprägte Wünsche und Erwartungen hinsichtlich eines »eigenen Lebens« hat und Alternativen zu der Beziehung mit dem erkrankten Partner für legitim und denkbar hält:

»Als Ehefrau bin ich nicht unbedingt dazu verpflichtet, weil ich habe ja auch ein eigenes Leben, eigene Vorstellungen von meinem Leben. Und die Anpassung, das ist ne ganz persönliche Meinung, muss nicht bis zur Aufopferung gehen. Das kann eigentlich niemand verlangen. [...] Und wie gesagt, in ganz schlechten Phasen, na da hat's meinerseits schon manchmal ein bisschen Überlegungen gegeben, inwieweit die Sache für mich überhaupt noch sinnvoll ist, denn ich meine, ich fühle mich ja noch nicht in dem Alter, wo ich sage ((ironischer Tonfall)) na ja, oh Gott, die paar Jahre die kriegste schon noch rum, so lange hälste halt noch durch. Das kann's ja wohl nicht sein!« (Fallportrait 7/Interview 009; 64–69, 253–260).

Im Krankheitsverlauf kann es zu einer fortschreitenden emotionalen Entfremdung der Partner bis hin zum Verlust der gegenseitigen Liebe und Zuneigung kommen. Rückzugsverhalten, Kontaktvermeidung und Konflikte führen u. U. zu einer weitgehenden Zerrüttung der Partnerschaft. Eine Beendigung der Beziehung zum Erkrankten wird besonders dann angestrebt, wenn gleichzeitig hohe Ansprüche hinsichtlich Zuneigung, Gemeinsamkeit und Harmonie in einer Paarbeziehung gestellt werden.

»Die Liebe, die lebt davon, dass eine intensive Begegnung stattfindet, und wenn man sich dann zurückzieht und dann auch die Frau sich zurückzieht und sich beide zurückziehen, muss Liebe irgendwann erkalten. Das ist ein großes, also ein richtiges seelisches elementares Problem, und

auch ein mentales Problem. [...] Vor allen Dingen ist die Trauer umso größer, wenn man im Nachhinein merkt, dass es tatsächlich [...] weniger ein Versagen der Liebe war, sondern eben wirklich eine Erkrankung, eine richtige Krankheit. [...] Jetzt kann ich nur sagen, dass ein Verlust stattgefunden hat dadurch, dass ich eine Liebe verloren habe dadurch, das ist das Erschütterndste eigentlich daran.« (Fallportrait 4/Interview 116; 34–44, 162–163)

Eine Weiterführung der Beziehung ist auch dann ernsthaft gefährdet, wenn sich der Partner des Erkrankten den Belastungen des Beziehungsalltags nicht mehr gewachsen fühlt und wenn gravierende Auswirkungen auf die eigene seelische oder körperliche Gesundheit (»Burn-out«) festgestellt oder befürchtet werden. Bei häufigen und lange andauernden psychotischen Krisen sowie bei schweren Beeinträchtigungen im Beziehungsalltag können die Partner an die Grenzen ihrer Kräfte und auch ihrer Solidarität mit dem Erkrankten kommen. Insbesondere dann, wenn eine *massive physische Bedrohung* vom Erkrankten ausgeht oder befürchtet wird, sind die Trennungsimpulse des Partners sehr stark ausgeprägt. Wie bereits im Kapitel 6. 4. 2 beschrieben wurde, bewirkt die schizophrene Erkrankung bei einigen Patienten eine aggressive Wesensveränderung, die für den Partner mit Extrembelastungen einhergehen kann. Das alltägliche Zusammenleben ist in diesen Fällen von Angst und Traumatisierung geprägt. Wenn die Partnerschaft trotz dieser gravierenden chronischen Belastungen aufrechterhalten wird, kann der Beziehungsalltag als regelrechte »Ehehölle« erlebt werden. In den meisten derartig gelagerten Fälle dürfte es über jedoch kurz oder lang zu einer Trennung kommen.

»Es gab Situationen, wo er eben sagte: ›Ich nehm's Messer und stech' dich ab!«, nich. Also, ich hab abends oder auch so am Tage immer aufgepasst, dass kein Messer oben 'rumlag oder so. Und [...] seit längerer Zeit ham wir dann getrennt geschlafen, einfach weil ich Angst hatte, nich. [...] Er war auch nachts sehr unruhig, er konnte nachts schlecht schlafen, is dann in der Wohnung rumgegeistert. So war auch mein Schlaf nich mehr gesichert und, wie gesagt, ich war gar kein Mensch mehr. Kurz und gut, er war also dort [in der psychiatrischen Klinik] in Delitzsch. Und das is im November, ich glaube am 15. November 98 gewesen, und da hab ich also gesagt, dass ich ihn nich mehr nach Hause nehme. Weil ich einfach Angst hab.« (Fallportrait 3/Interview 171; 236–249)

6. 6. 4 *Solidarität und Verpflichtung*

In Beziehungen mit einem schizophrenen Menschen gewinnen Solidarität und Verpflichtung oft eine besondere Bedeutung. Viele Partner interpretieren die schizophrene Erkrankung gleichsam als »Ernstfall«, in dem ein auf Gegenseitigkeit beruhendes Solidaritätsversprechen eingelöst werden muss. Insbesondere beim Beginn der Schizophrenie zeigen die Partner oft in hohem Maße Solidarität mit dem Erkrankten und sind bereit, erhebliche Einschränkungen und Belastungen zu ertragen. Im weiteren Krankheitsverlauf ist der schizophrene Patient oft dauerhaft auf die Hilfe und Unterstützung seines gesunden Ehepartners angewiesen; die Gegenseitigkeit der erwartbaren Solidarität wird dadurch erheblich eingeschränkt. Gleichwohl empfinden viele Partner auch längerfristig die Verpflichtung, zum Erkrankten zu stehen und eine entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Dabei gehen die Partner von der Annahme aus, dass im umgekehrten Falle – z. B. bei einer eigenen schweren Erkrankung – ebenso Verlass auf den Betroffenen gewesen wäre.

Oft spielt für die empfundene Verpflichtung auch eine wichtige Rolle, dass die Partnerschaft bereits seit vielen Jahren besteht und dass das gemeinsam Erlebte und Aufgebaute positiv bewertet wird. Insgesamt stellt die Solidarität mit dem erkrankten Partner ein wichtiges stabilisierendes Moment für die durch die Schizophrenie belastete und gefährdete Beziehung dar.

Den erkrankten Partner zu verlassen, widerspricht den moralischen Wertvorstellungen vieler Partner. Eine Trennung würde für diese Partner bedeuten, den Erkrankten in einer Situation im Stich zu lassen, in der dieser Hilfe und Unterstützung am dringendsten benötigt. Aus diesem Grund weisen viele Partner den Gedanken an eine Trennung auch im Falle erheblicher und lange andauernder Belastungen weit von sich:

»Ich hab ihn ja nicht geheiratet, dass ich ihn auf der Strecke lasse. Denn die Nervenärztin [...] wo ich erst war, die hat zu mir gesagt: ›Frau Schreiber, haben Sie schon mal an Scheidung gedacht?‹ Ist ja – nee! ich heirate doch nicht meinen Mann 1990, dass ich ihn jetzt auf der Strecke lasse und gehe. So. Erstens würd' er jämmerlich zu Grunde gehen. Und ich könnte das mit meinem Gewissen gar nicht vereinbaren. (Interviewer: Da hätten Sie das Gefühl, ihn im Stich zu lassen.) Nee, könnte ich nicht. Nee, würde ich gar nicht fertig bringen.« (Fallportrait 1/Interview 002; 226–237)

»Man hat's ja och manchmal gesehen da, dass [in der Klinik] och Frauen drin waren, wo die Männer die praktisch sitzen gelassen haben oder so. Also das ist – ich finde, das ist mit das Schlimmste, was man solchen Leuten überhaupt antun kann. Denn wenn man die eigenen Leute, den eigenen Mann oder Frau – ist ja egal, wer's jetzt ist – wenn die dann noch die Kranken im Stich lassen, also das wär das Schlimmste, was es, glaub ich, für die Leute selber gibt.« (Fallportrait 5/Interview 008; 229–237)

Eine Verantwortlichkeit für den Partner wird u. U. auch dann noch empfunden, wenn sich der Partner innerlich bereits vom Patienten gelöst hat und eine Fortführung der Partnerschaft im Grunde nicht wünscht. In diesen Fällen kann die empfundene Verantwortlichkeit den Partner dazu bewegen, sich trotz geringer Beziehungszufriedenheit nicht vom Patienten zu trennen und die Beziehung zumindest formal aufrechtzuerhalten. Solange der Partner das Gefühl hat, dass der Patient auf seine praktische Hilfe und Unterstützung angewiesen ist, ist er bereit, diese zu gewähren:

»Ich [stelle] natürlich die Beziehung zu meiner Frau, in dieser Art, wie sie besteht, nicht in Frage. (Interviewer: Also, eine Scheidung kommt für Sie nicht in Frage?) Also, ja – käme in Frage, wenn erstens meine Frau wieder in dem Stadium, im Stande ist, in der Lage [ist], ihr Leben vollständig selbst zu arrangieren, eigene Flügel zu entfalten – Punkt eins. Und käme in Frage zweitens, wenn *sie* auch wirklich das richtig will. (Interviewer: Solange das nicht der Fall ist, empfinden Sie noch diese Verantwortung für Sie.) Ja, ich fühle mich dafür verantwortlich. Ich muss sagen, also ohne mich irgendwie jetzt so rauszustreichen, dass es auch wichtig war die ganze Zeit, dass ich für sie wirklich, tatsächlich, absolut da war. (Fallportrait 4/Interview 116; 217–229)

In einigen Fällen steht die erlebte Verantwortlichkeit in enger Beziehung zu traditionellen gesellschaftlichen Normen hinsichtlich Ehe und Partnerschaft. Diese Normen sind oft religiös verankert und rekurrieren auf das Idealbild der unauflöselichen Ehe, in der die Ehepartner auch in Krisenzeiten zueinander halten und unter Umständen bereit sein müs-

sen, große persönliche Opfer zu bringen. Manche Partner wollen nicht riskieren, mit einer Scheidung gegen derartige Normen zu verstoßen. In diesem Zusammenhang kann das Selbstverständnis als gläubiger Christ ein wichtiger Grund sein, sich trotz vieler Belastungen und Einschränkungen nicht vom erkrankten Partner zu trennen:

»Ich hatte mir ein falsches Bild gemacht. Hab gedacht, ein Christ muss dort stehen bleiben, wo ihn der Herrgott in der Ehe hingestellt hat. Das ist Nonsens! [...] Und dann war ich aus Feigheit, muss ich och noch sagen, gegen die Scheidung. In mir war immer so ein Prestige, Sie werden's nicht glauben, katholisch und geschieden und lauter solcher Quatsch. Und ich denke, ich hab mir dieses Kartenhaus an Idealismus aufgebaut, um meine eigene Schwäche damit zu kaschieren. Das weiß ich inzwischen auch. Ich hätte mich sehr wohl scheiden lassen müssen, schon wegen des Kindes.« (Fallportrait 17/Interview 037; 289–305)

Eine besondere moralische Verpflichtung kann dann empfunden werden, wenn der Partner des Betroffenen glaubt, an der Erkrankung des Patienten mitschuldig zu sein. Dies kann mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen verbunden sein, die sich darauf beziehen, die Krankheit ausgelöst zu haben oder beim Beginn der Schizophrenie falsch reagiert und so den Krankheitsverlauf verschlimmert zu haben. Die unbedingte Treue und Solidarität mit dem erkrankten Partner kann in diesen Fällen auch als eine Art Wiedergutmachung für früheres Fehlverhalten betrachtet werden:

»Mein armer Mann hat geheult, er hatte Angst vor mir. Er hat mich geliebt, aber wenn ich betrunken war, er hat Angst vor mir gehabt. [...] So hab ich seine Gesundheit kaputt gemacht. (Interviewer: Sie sehen da eine Mitschuld an seiner Krankheit.) Ja, ich bin sehr schuldig. Sehr schuldig! [...] Ich habe so viel falsch gemacht. Jetzt nicht mehr natürlich, aber es ist zu spät jetzt. Jetzt ist es zu spät! (Interviewer: Aber Sie stehen auch zu Ihrem Mann.) Natürlich! Natürlich, bis zum Tod. Das sage ich, ich weiß das. Ich verrate meinen Mann niemals, für keine Millionen. Weil das ist, wissen Sie was – [...] Liebe ist auch wichtig, sehr wichtig, aber Moral ist noch wichtiger, [...] das bleibt immer hier innen im Herzen.« (Fallportrait 27/Interview 062; 123–124; 138–139; 147–167)

In einigen Fällen wagen die Partner nicht, sich scheiden zu lassen bzw. die Beziehung zu beenden, weil der Erkrankte immer wieder Suizidgedanken äußert oder sogar konkret mit Selbstmord droht, falls sich der Partner von ihm trennen sollte. Insbesondere kann dabei die Angst eine Rolle spielen, moralische Schuld auf sich zu laden, wenn der erkrankte Partner nach einer Trennung seine Drohung wahr machen würde. Aber auch die Befürchtung, dass der Erkrankte ohne die Unterstützung des Partners nicht überlebensfähig wäre und nach einer Trennung möglicherweise völlig verwahrlosten würde, kann den Ausschlag dafür geben, dass die Beziehung trotz Belastungen und Unzufriedenheit nicht beendet wird:

»Heute ist es die Angst – wenn ich ›heute‹ sage, ist es schon ein paar Jahre so – die Angst, dass ich denke [...] er würde wegen seines Unvermögens, irgendwas für sich zu gestalten und zu leben, im wahrsten Sinne des Wortes sozial zu leben, würd' er sich suizidieren. Die Tochter sagt das nicht, die sagt: ›Der ist viel zu feige! Der droht zwar täglich fünf Mal damit, aber er würde sich nicht suizidieren.‹ Aber ich könnte es auch nicht aushalten, wenn ich dann hier in Leipzig irgendwo wohnte und ich ihn vielleicht bei den Obdachlosen treffe, oder betrunken oder lieder-

lich, oder was weeiß ich. Das ist es, was mich heute hier hält. Sonst nichts.« (Fallportrait 17/ Interview 037; 308–321)

Bei älteren Partnern kann die Solidarität dem erkrankten Partner gegenüber auch mit der Frage verbunden sein, was aus diesem werden soll, wenn sie selbst eine Unterstützung nicht mehr leisten können – etwa im Falle eigener Pflegebedürftigkeit oder nach dem eigenen Tod. Die empfundene Verantwortlichkeit kann den Partner motivieren, sich im Hinblick auf langfristige Möglichkeiten der materiellen Absicherung und der adäquaten Versorgung des Patienten zu informieren und entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

»Das beschäftigt mich dann immer: Was wird mal, wenn du mal nicht mehr kannst? Und dann sag ich immer schon zu den Kindern: Wenn ich mal sollte eher gehen, dass ihr den Vater och – weil's ja nicht seine [eigenen] Kinder sind, ne – dass ihr euch um den Vater kümmert. Das müsst ihr mir versprechen. Na, sagen sie mal: ›Mensch, Mutti, an was du denkst! So was brocht man doch gar nich zu denken!‹ Ja, aber man macht sich dann schon seine Sorgen, was wird.« (Fallportrait 1/Interview 002; 220–226)

6.6.5 Partnerschaft trotz und mit der Schizophrenie

In den vorangegangenen Kapiteln ist deutlich geworden, dass eine Schizophrenie fast immer als Belastung und Bedrohung der Partnerschaft erlebt wird. Oft steht nicht nur die ursprüngliche Beziehungsdefinition, sondern die Beziehung an sich in Frage. Gleichwohl zeigte sich in den geführten Interviews, dass viele Studienteilnehmer ein befriedigende Partnerschaft trotz und mit der Schizophrenie des Partners für möglich halten und eine insgesamt *positive Beziehungsbilanz* ziehen. Für die Weiterführung der Partnerschaft ist offensichtlich entscheidend, inwieweit es gelingt, die psychische Erkrankung kognitiv-emotional zu bewältigen und die Chancen eines gemeinsamen Lebens trotz vorhandener Einschränkungen optimistisch zu bewerten.

Dies ist z. B. bei einem *vergleichsweise günstigen Krankheitsverlauf* der Fall, was die Häufigkeit und Dauer psychotischer Episoden sowie die Schwere chronischer Beeinträchtigungen angeht. Wenn die schizophrenen Schübe in relativ großen zeitlichen Abständen auftreten und der Betroffene im Beziehungsalltag als nicht allzu gravierend eingeschränkt bzw. verändert erlebt wird, wird eine Partnerschaft trotz der psychischen Erkrankung als insgesamt zumutbar und bewältigbar erachtet. Zu einer optimistischen Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten trägt auch bei, dass die Partner mit zunehmender gemeinsamer Krankheitserfahrung meist lernen, die Schizophrenie besser einzuschätzen und adäquat auf den Betroffenen einzugehen. Dadurch wird der erlebte Kontrollverlust reduziert und die eigene Selbstwirksamkeitserwartung erhöht; die Schizophrenie wird nicht mehr als eine so große Bedrohung der Beziehung wahrgenommen wie beim Erkrankungsbeginn.

Eine insgesamt positive Beziehungsbilanz wird in der Regel dann gezogen, wenn zwar in einigen Bereichen des Zusammenlebens eine Neudefinition der Beziehung notwendig ist, aber der »Kern« der Beziehungsdefinition (z. B. gegenseitige Zuneigung, Gemeinsamkeit, Respekt und Verständnis) durch die Erkrankung nicht ernsthaft beschädigt wurde. Die im Alltag notwendige Rücksichtnahme und die Konzessionen hinsichtlich eigener Bedürfnisse werden nicht als gravierendes Problem der Beziehung erlebt, wenn noch genügend in-

takte Persönlichkeitsbereiche vorhanden sind, die Gemeinsamkeit und Kommunikation zwischen den Partnern ermöglichen und eine hinreichende Beziehungs-»Normalität« zulassen. In den Augen des Partners können liebenswerte Eigenschaften und Vorzüge des Patienten die Einschränkungen aufwiegen, die mit seiner Erkrankung verbundenen sind:

»Ich wollte ihn nicht verlieren, nein, weil es ist Liebe im Spiel, ne, auch heute noch. Und er ist ja, wenn er gesund ist, ein sehr guter Mann für mich, auch für die Tochter ein guter Vater, und auch die Chemie stimmt ja zwischen mir und meinem Mann, sonst hätten wir ja auch nicht geheiratet. Und da sind so viele gemeinsame Dinge, und nö, das wollte ich nicht.« (Fallportrait 19/Interview 155, 225–230)

Wenn der Beziehungs- und Familienalltag trotz zeitweiliger Erschütterungen durch psychotische Schübe als insgesamt harmonisch und liebevoll empfunden wird, so kann die Weiterführung der Partnerschaft als wünschenswert, ja als selbstverständlich erachtet werden. Umgekehrt sehen etliche Partner die intakte Beziehung und die familiäre Einbindung des Patienten (z. B. ein verwandtschaftliches Netzwerk oder positive Beziehungen zu den eigenen Kindern) als günstige Voraussetzung für die Bewältigung der Schizophrenie an:

»Mit meiner Frau komm' ich blendend aus, und wir ham ä sehr gutes Verhältnis zu unserer Tochter. [...] Wir sind ja nun och schon jetzt über 26 Jahre verheiratet, hatten die Silberhochzeit voriges Jahr, äh, vor zwei Jahren schon. Also, das Verhältnis hat sich [durch die Krankheit] überhaupt nicht geändert, also höchstens zum Positiven mehr noch. Das muss ich ehrlich sagen. (Interviewer: Inwiefern?) Na, dass man doch ä bisschen, noch ä bissl mehr aufeinander zugeht, beide. Mhm? Das ist 'n bisschen in-, ich finde intensiver geworden dadurch. [...] Wie gesagt, wir ham so ein gutes Verhältnis, och mit unserer Tochter zusammen, also wir alle drei jetzt, und das, glaub' ich, hilft ihr auch sehr, sehr viel.« (Fallportrait 5/Interview 008, 9–19, 224–227)

Wie bereits in den Kapiteln 6. 5. 8 und 6. 5. 9 ausgeführt wurde, bedeuten die im Verlauf der Erkrankung gemeinsam durchlebten Krisen und Belastungen nicht zwangsläufig, dass die Schizophrenie des Partners nur als irrationaler Schicksalsschlag und als Bedrohung der Beziehung gedeutet wird. Die psychische Erkrankung kann auch als existenzielle Grenzsituation erlebt werden, die dazu führt, dass die Beziehung im Hinblick auf ihre wirklich wesentlichen Aspekte neu bewertet und bewusster gelebt wird. Für einige der befragten Partner ist ihre Beziehung dadurch sogar gestärkt aus der Prüfung durch die Krankheit hervorgegangen. Sie wird in diesem Fall als sinnhafte Lebenserfahrung interpretiert und kann zu einer gewissen Akzeptanz der Erkrankung führen.

»Eine glückliche Ehe, äh, und glückliche Stunden, das ist immer leicht zu sagen. [...] Aber wenn jetzt *so was* passiert, solche bitteren Stunden, dass man da zusammenhält, das ist, also *das* ist eine Kunst. Also in bitteren Stunden, in schweren Stunden zueinander halten, das ist eine größere Kunst als wenn sich jemand hinstellt [und sagt]: ›Wir sind glücklich!‹, und die hatten nur glückliche Stunden und überhaupt keine Prüfung oder so.« (Fallportrait 19/Interview 155, 225–230)

»Durch die Krankheit sind wir och alle beede stutziger geworden. Wir ham uns oft zusammengesetzt und stundenlange Diskussionen geführt]: ›Ja, was kann 's denn da *noch* geben?‹, und

irgendwie sind ma sogar off de Kirche und de Bibel gekommen. [...] (Interviewer: Also, dass auch'n gewisser Sinn in der Krankheit drin stecken könnte?) Ja, dass es ihm vielleicht vorherbestimmt ist, in gewissen Abständen zu ham oder wie Schicksal. Oder dass es halt so sein *muss* irgendwie.« (Fallportrait 9/Interview 167; 553–579)

Einige Partner empfinden die Fürsorge und Verantwortung für den erkrankten Partner trotz der damit verbundenen Belastungen als *sinnvolle Lebensaufgabe*. Der Sinn besteht darin, für den Patienten da zu sein und ihm trotz seiner psychischen Erkrankung ein verhältnismäßig normales Leben zu ermöglichen. Diese Partner sind sich darüber bewusst, dass der Patient ohne ihre Unterstützung im Alltag nicht oder viel schlechter zurechtkäme und möglicherweise in einer Einrichtung für chronisch psychisch Kranke untergebracht werden müsste. In diesem Zusammenhang bekunden manche Partner durchaus einen gewissen Stolz auf die eigene Betreuungsleistung:

»Sie [Nervenärztin des Ehepartners] kannte mich noch nicht. Sie kannte meinen Mann schon viele Jahre, die Frau Dr. Schmidt, aber mich nicht. Und da war ich erst mal froh, dass se och mal sieht, dass er jetzt hier ein richtiges Umfeld hat, ne. Wo er alleene war, nich, – gut, ein Mann alleene, und nur versorgt von der Tante und nie was alleene gemacht – na ja, da sah es halt och dementsprechend aus! Und da sagte sie: ›Mensch, dass Sie sich so'n Mann noch genommen haben, Frau Schreiber – ich bewundere Sie!‹ Ich sage: ›Ja, mein Mann hat mir ja erzählt, was mit ihm los ist.‹« (Fallportrait 1/Interview 002; 53–59)

Für einige der befragten Studienteilnehmer, die ihre Partnerschaft positiv oder neutral bewerten, stellt die Schizophrenie lediglich ein *Marginalthema der Beziehung* dar. Diese Partner zeigen sich weitgehend desinteressiert an der psychischen Erkrankung, in einigen Fällen kennen sie bezeichnenderweise nicht einmal die Diagnose »Schizophrenie«. Meist spielt in diesen Fällen eine wichtige Rolle, dass die Schizophrenie des Partners *nicht* als lebensverändernder biografischer Einschnitt erlebt wurde, weil der Partner zum Zeitpunkt des Kennenlernens bereits erkrankt bzw. beeinträchtigt war und im Verlauf der Partnerschaft in dieser Hinsicht keine wesentlichen Veränderungen eintraten. Der vom Betroffenen bevorzugte Lebensrhythmus kann u. U. sogar den Vorstellungen des gesunden Partners entsprechen oder keine besondere Konzessionen erfordern. Im Hinblick auf die Beziehungsdefinition wird die psychische Erkrankung des Partners de-thematisiert, krankheitsbedingte Probleme werden heruntergespielt oder als »normale« Probleme bewertet, wie sie in jeder Partnerschaft auftreten. Die Beziehung wird insgesamt als positiv bzw. »normal« bewertet. Im Falle eines schizophrenen Schubs wird die Zuständigkeit für die Erkrankung weitgehend an den Betroffenen und an die behandelnden Ärzte delegiert.

»Ich habe meine Frau kennen gelernt, da hatte se die Erkrankung schon, da war'n die großen Schübe alle schon weg. Na ja, sie war immer ein bisschen unter Tabletten, und ich kenn se eigentlich nicht anders. Ich kenn se nicht, wie se vorneweg war. [...] Und sonst, ganz normales Leben. Das Einzige ist, sie steht früh bisschen schwer auf und so. [...] Ich weiß nicht, ob es wirklich mit ihrer psychischen Erkrankung zu tun hat, oder ob's von Natur aus ein Problem war. [...] Ich kenn's ja nun nicht anders.« (Fallportrait 21/Interview 010, 3–8; 18–27)

Eine andere Konstellation besteht darin, dass der Partner des Patienten seine eigenen Chancen auf dem »freien Beziehungsmarkt« ebenfalls relativ ungünstig einschätzt, etwa

aufgrund einer eigenen Erkrankung, einer Behinderung oder einer sozialen Außenseiterrolle. Krankheitsbedingte Einschränkungen des Zusammenlebens werden von diesen Partnern u. U. in Kauf genommen, um *überhaupt* in einer Partnerschaft leben zu können. In diesen Fällen werden die Einschränkungen des Beziehungsalltags und der gemeinsamen Lebensperspektive des Paares nicht unbedingt als Belastung erlebt; im Vordergrund der Partnerschaftsdefinition stehen eher die positiven Aspekte und Gemeinsamkeiten des Zusammenlebens. Dabei wird eine *individuelle Passung der beiderseitigen Bedürfnisse und Erwartungen* wahrgenommen:

»Ich meine, es gibt überall mal Diskrepanzen, aber, ich meine gut, sie kleckert mal mehr, aber was passiert? Da fällt mal was um, aber daran hab ich mich gewöhnt mit der Zeit, ne. Sonst, läuft's eigentlich gut. [...] Wir haben dann geheiratet, so. Kinderwunsch hatten wir sowieso nicht gehabt, und das wär' auch gar nicht möglich gewesen durch ihre Erkrankung, und ich hatte och von der Sache her eigentlich och nicht den Wunsch gehabt. Also da warn wir uns einig. Wo ich dann zuletzt gesagt habe: Irgendwie passen wir zusammen wie ein paar alte Pantoffeln.« (Fallportrait 28/Interview 076; 12–15, 30–34)

Die Alternative des Alleinlebens wird in diesen Fällen als sehr viel unattraktiver bewertet als die Beziehung zu dem schizophrenen Partner; umgekehrt werden im Zusammenleben mit dem Erkrankten auch Vorteile und Annehmlichkeiten gesehen. In diesem Zusammenhang werden durchaus bewusste *Kosten-Nutzen-Überlegungen* angestellt. Die Beziehungsdefinition dieser Partner beinhaltet in diesen Fällen bestimmte Ansprüche und Erwartungen, die trotz der Einschränkungen des Patienten als legitim empfunden und z. T. offen eingefordert werden:

»Ich bin zufriedener als vorher, wo ich ledig war. Ja, ich will mal sagen, erst mal doppeltes Einkommen, das macht schon was aus – in der heutigen Zeit sowieso. Und dann eben das Alleinsein, das fängt schon damit an, da schmeckt doch kein Essen allene. Du machst nichts in der Wohnung und du lässt eben alles, schiebst eben immer alles vor dir her, und letzten Endes stehst du so vor der Müllhalde mit Anführungsstrichen. Wie gesagt, durch das Eheleben, wie gesagt, das ist immer gewissermaßen ein Ansporn – bei ihr sowieso, weil sie ja so nicht so kann durch ihre Krankheit, ne.« (Fallportrait 28/Interview 076; 43–49)

»Ich hab Claudia ja auch geheiratet nicht bloß hier für's Bette, ja sondern auch, dass sie mir in meiner Arbeit unterstützt. Wenn ich jetzt, sagen wir mal, nicht da bin, dass sie sich um den Haushalt kümmert, dass Abends Essen da ist und entsprechend geplant ist. [...] Und da müsste meine Frau dann einfach sich zusammennehmen) ein bisschen und, sagen wir mal, das hier unterstützen mit. Dass sie eben mal den Haushalt macht eben dass sie mal Wäsche wäscht oder mal einkaufen geht.« (Fallportrait 18/Interview 033; 355–362, 392–394)

Die *Partnerschaft zu einem ebenfalls psychisch kranken Menschen* wird von einigen Betroffenen als individuell angemessene und vorteilhafte Lebensform wahrgenommen. In diesen Fällen ist gegenseitiges Verständnis und gegenseitige Unterstützung möglich, die auf der eigenen Erfahrung mit psychischem Kranksein beruhen. Darüber hinaus werden nicht nur Einschränkungen und Defizite, sondern auch bestimmte Präferenzen und Bedürfnisse geteilt, z. B. im Hinblick auf einen ruhigen Lebensrhythmus und einem anforderungsarmen Alltag. In einigen Fällen wird der größte Teil der Zeit gemeinsam ver-

bracht, und es kommt zu einem quasi »symbiotischen« Beziehungsalltag, bei dem die Partner sehr eng aufeinander bezogen sind, aber nur wenige soziale Außenkontakte haben. Gleichwohl kann ein solcher Beziehungsalltag als durchaus befriedigende und krankheitsangemessene *façon de vivre* bewertet werden:

»Ich muss Rücksicht nehmen auf meine Frau, die hat das selbe wie ich – Schizophrenie. Ist zwar ausgeheilt bei ihr, aber manchmal merkt man, sie ist nicht so sehr belastbar. Sie ist leicht ermüdbar, ne. [...] (Interviewer: Können Sie mal ein bisschen über Ihren Alltag erzählen?) Och, wir machen nicht viel. Wir liegen viel in unserer Freizeit, das entspannt uns. Dann les' mer viel, hören viel Radio, sehen viel fern. Zum Beispiel ne Biografie über Adolf Hitler, sehr interessant. [...] Wir können jetzt Bücher kaufen und über den Mann lesen, keiner tut uns da bestrafen. (Interviewer: Und Sie lesen das gemeinsam mit Ihrer Frau?) No, meine Frau liest mir vor. [...] (Interviewer: Also, das hört sich nach einem relativ ruhigen Leben an.) Ruhig, ja. Wir führen ein ruhiges Leben. Das ist auch wichtig für uns, sag ich mal, weil wir uns dann nicht ärgern und so weiter.« (Fallportrait 6/Interview 121; 8–16, 43–62, 133–138)

In Beziehungen zwischen Betroffenen können sich Liebe und Partnerschaft auf das Bedürfnis beziehen, dem eigenen, von der psychischen Erkrankung erschütterten Leben Sinn, Verankerung und Stabilität zu geben. Der Wunsch nach einer Paarbeziehung und einem »normalen« Familienleben bezieht sich dabei nicht nur auf individuelle Glückserwartungen, sondern auch auf das Bestreben, das drohende Stigma der psychischen Krankheit abzuschütteln und eine gewisse gesellschaftliche Anerkennung zu erreichen. Eine stabile und befriedigende Beziehung wird trotz des Handicaps der psychischen Erkrankung als bewältigbare Herausforderung gesehen, wenn sich beide Partner auf die zu erwartenden Probleme einstellen können und geeignete äußere Rahmenbedingungen gegeben sind, wie etwa eine angemessene Betreuung durch die behandelnden Ärzten, eine optimale Medikation und eine hinreichende materielle Absicherung, z. B. durch eine Erwerbsunfähigkeits-Rente.

6.6.6 Zusammenfassung

Die meisten Partner erleben eine schizophrene Erkrankung als tiefen biografischen Einschnitt mit weit reichenden Folgen für die Beziehung zum Betroffenen und für das eigene Leben. In diesem Zusammenhang ringen die Partner häufig darum, die Schizophrenie als Lebensereignis und Lebensrealität in die *eigene* Biografie zu integrieren und die Perspektiven eines gemeinsamen Lebens trotz und mit dieser Erkrankung einzuschätzen. Damit sind wiederum sehr unterschiedliche Krankheitsdeutungen und Konzepte von Partnerschaft verbunden. Entsprechende Deutungsmuster stehen in engem Zusammenhang zum Krankheitsverlauf und den damit einhergehenden Belastungen, zu den eingesetzten Bewältigungsstrategien und zum biografischen Hintergrund der Partner.

- Partnerschaften mit schizophrenen Menschen sind insofern *fragile Partnerschaften*, als die Beziehungsdefinition und die gemeinsame Lebensperspektive durch die Erkrankung oft grundlegend in Frage gestellt werden. In dem Maße, in dem der schizophrene Partner als verändert und beeinträchtigt empfunden wird, ist eine Neudefinition der Beziehung notwendig, wenn die Partnerschaft weitergeführt werden soll.
- Das Thema einer Trennung vom erkrankten Partner wird eher mittel- und langfristig virulent. Destabilisierend wirken dabei hohe Ansprüche hinsichtlich eigener Lebens- und Beziehungsvorstellungen; erlebte oder befürchtete Bedrohungen sowie gravierende

Überforderungsgefühle und Belastungsfolgen. Einen stabilisierenden Einfluss auf die Partnerschaft haben dagegen Faktoren wie ein vergleichsweise günstiger Erkrankungsverlauf und eine familiäre Einbindung des Patienten; eine eher traditionelle Auffassung von Ehe und Partnerschaft; eine optimistische Einschätzung eigener Bewältigungsmöglichkeiten; lange gemeinsam verbrachte Lebenszeit und eine insgesamt positive Beziehungsbilanz.

- Viele Partner interpretieren die schizophrene Erkrankung gleichsam als »Ernstfall«, in dem ein auf Gegenseitigkeit beruhendes Solidaritätsversprechen eingelöst wird. Die empfundene Verpflichtung gegenüber dem erkrankten Partner ist beim Erkrankungsbeginn besonders stark ausgeprägt, kann aber auch langfristig ein stabilisierendes Moment für die Beziehung darstellen. Eine Trennung vom Erkrankten widerspricht den moralischen Wertvorstellungen vieler Partner. Häufig spielt in diesem Zusammenhang die Orientierung an traditionellen Leitbildern hinsichtlich Ehe und Partnerschaft eine wichtige Rolle. Eine Verantwortlichkeit für den Partner wird u. U. auch dann noch empfunden, wenn sich der Partner innerlich bereits vom Patienten gelöst hat und eine Fortführung der Partnerschaft nicht wünscht.
- Einige Partner, die ihre Chancen auf dem »freien Beziehungsmarkt« eher ungünstig einschätzen – z. B. aufgrund einer eigenen Erkrankung, einer Behinderung oder einer sozialen Außenseiterrolle – nehmen die krankheitsbedingten Einschränkungen in Kauf, um *überhaupt* in einer Paarbeziehung leben zu können. Im Vordergrund der Partnerschaftsdefinition stehen in diesen Fällen oft die positiven Aspekte des Zusammenlebens. Dabei wird eine individuelle Passung der beiderseitigen Bedürfnisse und Erwartungen wahrgenommen.
- Für Partner, die selbst psychisch erkrankt sind, kann die Partnerschaft zu einem schizophrenen Menschen eine individuell angemessene und vorteilhafte Lebensform darstellen. In diesen Fällen werden viele Bedürfnisse geteilt; im Alltag ist oft eine gegenseitige Hilfe und Unterstützung möglich, die auf der eigenen Erfahrung mit psychischer Krankheit beruht. In einigen dieser Partnerschaften wird sehr viel Zeit gemeinsam verbracht, und es kann zu einem symbiotischen Beziehungsalltag kommen.

7 Diskussion

7.1 Zusammenfassende Bewertung der Untersuchungsergebnisse

Als im März 2000 auf der internationalen ENMESH-Konferenz¹⁶ in Leipzig erste Eindrücke und Zwischenergebnisse der vorliegenden Untersuchung vorgestellt wurden (WITTMUND, DIAZ & JUNGBAUER, 2000), wurden die präsentierten Daten mit großem Interesse, z. T. aber auch mit Skepsis aufgenommen und kommentiert. So fiel es einigen Konferenzteilnehmern schwer zu glauben, dass eine nennenswerte Anzahl schizophrener Patienten über viele Jahre hinweg in Ehen und Partnerschaften lebt und dass das Zusammenleben von den Partnern der Betroffenen trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen oft positiv bewertet wird.

Gleichwohl lassen die Ergebnisse der Studie – zumal in Verbindung mit der zeitgleich durchgeführten Patientenbefragung von KILIAN et al. (2001) – die Schlussfolgerung zu, dass solche Partnerschaften sehr viel häufiger existieren, als von vielen Wissenschaftlern angenommen wird (vgl. Kapitel 6. 2). Partnerschaften mit schizophrenen Menschen scheinen insbesondere dann möglich zu sein, wenn der Betroffene im Alltag vergleichsweise leicht bis mittelschwer beeinträchtigt ist; Patienten mit gravierenden Funktionsbeeinträchtigungen und Defiziten leben dagegen relativ selten in einer langfristigen Partnerschaft, obgleich auch solche Fälle existieren. Umgekehrt belegt die Untersuchung auch, dass eine positiv erlebte Partnerschaft einen stabilisierenden Faktor für die Alltagsbewältigung und den Erkrankungsverlauf des Patienten darstellen kann. Dieser Verweisungszusammenhang steht im Einklang mit einer Reihe neuerer Untersuchungen, in denen von einer Wechselwirkung zwischen einem verhältnismäßig günstigen Erkrankungsverlauf und dem Vorliegen einer zeitlich stabilen Partnerschaft ausgegangen wird (vgl. SCHULZE MÖNKING, STAROSTE & BUIKER-BRINKER, 1996; SALOKANGAS, 1997).

Die Fallportraits im Anhang dieser Arbeit zeigen eindrucklich, dass in Partnerschaften mit schizophrenen Patienten ein breites Spektrum unterschiedlicher Belastungslagen und Lebensentwürfe existiert. Ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist daher auch, dass es *den* typischen Beziehungsalltag mit einem schizophrenen Partner nicht gibt. Zutreffender ist die differenzierte Vorstellung, dass unterschiedliche Ausprägungen der schizophrenen Erkrankung von unterschiedlichen Partnern individuell unterschiedlich verarbeitet und in unterschiedliche Lebensentwürfe integriert werden. Diese Pluralität zeigt zum einen, dass heute im Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner erhebliche Spielräume für eine individuelle Lebensgestaltung und unterschiedliche Varianten von Beziehungszufriedenheit vorhanden sind. Zum anderen verdeutlicht die Vielfalt der beschriebenen Beziehungs- und Lebensentwürfe, wie schwierig es ist, allgemein gültige

¹⁶ Es handelte sich um die 4. Internationale Konferenz des *European Network for Mental Health Service Evaluation* (ENMESH) mit dem Thema »Psychiatric Reform and Service Research in Europe«.

Aussagen über »gute« Paarbeziehungen zu machen und »hilfreiche« Interventionen für Partner schizophrener Patienten zu planen. Beziehungsmodelle und Therapieansätze, in denen die Beziehungsqualität normativ bestimmt wird, werden m. E. den großen Variabilität subjektiver Beziehungs-»Normalität« nicht gerecht, die im Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner existieren.

Es spricht viel dafür, dass Partnerschaften mit schizophrenen Patienten ein *modernes Phänomen* sind, das u. a. erst durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsangebote für psychisch Kranke möglich geworden ist. Eine wichtige Rolle dürften in diesem Zusammenhang auch gesellschaftlich-kulturelle Modernisierungsprozesse spielen, die – wie ZAUMSEIL und LEFERINK (1997) argumentieren – eine Modernisierung der Schizophrenie bewirkt haben. Obwohl in der Bevölkerung Vorurteile und Ressentiments gegenüber psychisch Kranken immer noch verbreitet sind (vgl. ANGERMEYER & MATSCHINGER, 1995), wird eine schizophrene Erkrankung heute oft völlig anders gedeutet als noch vor einigen Jahrzehnten. In dem Maße, in dem das Stereotyp der Schizophrenie als bedrohliche, gefährliche und unheilbare Geisteskrankheit verblasst, wird die Deutung möglich, dass es sich um eine behandelbare und bewältigbare Krankheit handelt, die bei geeigneten Rahmenbedingungen auch ein befriedigende Partnerschaft zulässt. Diese Modernisierung mag in einer Großstadt wie Leipzig weiter fortgeschritten sein als in ländlichen Regionen; zugleich dürften sich für Betroffene in einem städtischen Umfeld mehr Chancen bieten, trotz des Handicaps der psychischen Krankheit einen passenden Partner zu finden und die eigenen Wünsche von Liebe und Gemeinsamkeit zu verwirklichen.

Der Befund, dass sich viele der im Rahmen dieser Untersuchung befragten Studienteilnehmer an traditionellen Leitbildern hinsichtlich Ehe und Familie orientieren, steht m. E. nur in scheinbarem Widerspruch zu der These, dass Partnerschaften mit schizophrenen Menschen ein modernes Phänomen sind. Zum einen bedeutet die Enttraditionalisierung moderner Biografien nicht unbedingt, dass Traditionen keine Rolle mehr spielen – oft dürfte sogar das Gegenteil der Fall sein, weil gerade Traditionen in einer unübersichtlicher werdenden sozialen Realität Orientierung und Verankerung versprechen. Der entscheidende Punkt ist vielmehr, dass auch traditionale Lebensstile immer weniger automatisch übernommen werden können, sondern zunehmend Selbstreflexion und bewusste Entscheidung erfordern: »Individualisierung« in diesem Sinne meint *Enttraditionalisierung*, aber auch das Gegenteil: die »Erfindung von Traditionen« (BECK, 1995, S. 13). Zum anderen ist davon auszugehen, dass Individualisierungsprozesse innerhalb verschiedener gesellschaftlicher Subgruppen unterschiedlich verlaufen, dass es mithin Reibungen, Gegenbewegungen und milieuspezifische Erscheinungsformen der Modernisierung gibt. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Mehrzahl der befragten Partner sozialen Milieus zugerechnet werden kann, die dem »Individualisierungsdruck« (BURKARD & KOHLI, 1992) noch relativ gut widerstehen und in denen trotz »theoretisch« vorstellbarer alternativer Lebensentwürfe weitgehend an traditionellen Formen des Ehe- und Familienlebens festgehalten wird.

Bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse sind darüber hinaus spezifisch ostdeutsche Aspekte der gesellschaftlichen Modernisierung zu beachten. Die meisten der befragten Studienteilnehmer hatten ihren erkrankten Partner noch unter den sozialen und ökonomischen Bedingungen der DDR-Gesellschaft kennen gelernt. Wie im Kapitel 4. 3 dargelegt

wurde, war damals die Mehrzahl der schizophrenen Patienten trotz ihrer erkrankungsbedingten Leistungsdefizite in einen weitgehend »normalen« betrieblichen und sozialen Alltag integriert; gleichzeitig war eine tarifliche Entlohnung bei voller rechtlicher Gleichstellung mit nicht-behinderten Arbeitnehmern gegeben. Es erscheint plausibel, dass die gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen durch das Arbeitsleben weitere soziale Integrationschritte (wie z. B. die Möglichkeit einer Partnerschaft) begünstigt hat. Trotz der nicht zu leugnenden Mängel in der damaligen psychiatrischen Versorgung (vgl. KLEE, 1993) wurden unter den ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen der DDR-Gesellschaft Partnerschaften mit einem schizophrenen Menschen möglicherweise eher geknüpft und aufrechterhalten als beispielsweise in Westdeutschland. Auf der anderen Seite stellt sich hier die brisante Frage, ob und in welchem Umfang der Zusammenbruch des staatlich gestützten Arbeitsmarkts entsprechende soziale Desintegrationsprozesse nach sich zieht – eine Entwicklung, die langfristig die Chancen schizophrener Menschen, in einer stabilen Partnerschaft zu leben, erheblich beeinträchtigen könnte.

Dies gilt umso mehr, als Partnerschaften mit schizophrenen Menschen ohnehin *fragile Partnerschaften* sind, die in vieler Hinsicht belastet und gefährdet sind. Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen, dass eine Schizophrenie meist auch für den Partner des Betroffenen gravierende Belastungen und Veränderungen mit sich bringt, die die Beziehungsdefinition und die gemeinsame Lebensperspektive existenziell in Frage stellen. Ob und unter welchen Voraussetzungen ein »Leben mit dem schizophrenen Partner« möglich ist, hängt entscheidend davon ab, inwieweit die Erkrankung kognitiv-emotional verarbeitet und sowohl individuell als auch gemeinsam mit dem Betroffenen bewältigt werden kann. Die *gemeinsame Bewältigung der Schizophrenie* bedeutet zum einen, dass die psychische Erkrankung – in welcher Form auch immer – von beiden Partnern akzeptiert und in ihre gemeinsame Identität als Paar integriert wird; zum anderen bedeutet »gemeinsame Bewältigung«, dass die Partner versuchen, individuelle Arrangements für ein Zusammenleben unter erschwerten Bedingungen zu entwickeln und Lösungen für den Umgang mit auftretenden Problemen zu finden (z. B. krankheitsangepasste Gestaltung des Beziehungsalltags, gemeinsame Strategien des Krisenmanagements). Es erscheint plausibel, dass individuelle und gemeinsame Bewältigungsstrategien sowohl durch günstige äußere Rahmenbedingungen als auch durch gezielte Hilfeangebote unterstützt werden können (vgl. Kapitel 7. 3).

Auf der anderen Seite wird es immer wieder Fälle geben, in denen Partner schizophrener Menschen die *Grenzen ihrer Bewältigungsmöglichkeiten* erreichen. Im Hinblick auf derartige Grenzen hat JERUSALEM (1997) darauf hingewiesen, dass es extreme Belastungssituationen gibt, in denen ein Loslassen oder Nicht-Bewältigen noch die bestmögliche Handlungsalternative darstellt. In der vorliegenden Untersuchung haben sich deutliche Hinweise darauf ergeben, dass Grenzen der Bewältigung auch im Zusammenleben mit einem schizophrenen Partner erreicht und überschritten werden können – z. B. bei häufigen und lange andauernden psychotischen Krisen, bei massiven und langjährigen Beeinträchtigungen des Beziehungsalltags oder bei sehr aggressivem Verhalten des Erkrankten. Wird eine Partnerschaft unter derartigen Bedingungen, d. h. trotz massiver Belastungen und unzureichender Bewältigungsressourcen aufrechterhalten, so sind auf die Dauer schwerwiegende seelische und körperliche Schäden des Partners zu erwarten. Es ist natürlich davon auszugehen, dass Partner schizophrener Menschen mit *erkrankungs-*

spezifischen Belastungen konfrontiert sind, die in ähnlicher Weise von anderen nahen Angehörigen erlebt werden. Sehr wahrscheinlich bringt der meist schubhafte Erkrankungsverlauf auch für Eltern oder Geschwister – sofern diese in engem Kontakt mit dem Betroffenen leben – einen Wechsel zwischen akuten und chronischen Belastungssituationen mit sich. In den nicht-akuten Phasen dürfte die Schizophrenie von den Eltern des Betroffenen ebenso als latent vorhandene Bedrohung erlebt werden wie von deren Partnern. Ferner treten im alltäglichen Umgang mit dem Erkrankten vermutlich ähnliche Verunsicherungen und innere Ambivalenzen auf, etwa im Hinblick auf die Frage, ob bestimmte Einschränkungen der psychischen Erkrankung oder der »Ursprungsmentalität« des Betroffenen geschuldet sind.

Auf der anderen Seite sind Partner schizophrener Menschen insofern mit *partnerschaftsspezifischen Belastungen* konfrontiert, als eine schwere psychische Erkrankung immer auch mit beziehungsspezifischen Rollenanforderungen, Entwicklungsaufgaben und Konventionen kollidiert. So sind z. B. für Eltern schizophrener Patienten Themen besonders relevant, die die Eltern-Kind-Beziehung betreffen – etwa die Frage nach einer möglichen Mitschuld an der Erkrankung durch Fehler in der Erziehung, das Problem einer verzögerten oder verhinderten Ablösung von den Eltern und das Dilemma einer fortbestehenden, möglicherweise lebenslangen Abhängigkeit des Patienten vom Elternhaus (JUNGBAUER & ANGERMEYER, submitted). Dagegen stehen für Partner schizophrener Menschen oft Themen im Vordergrund der Problemwahrnehmung, die spezifisch für Paarbeziehungen sind, z. B. die Infragestellung von ehelicher Intimität und Vertrautheit, die Reorganisation familialer und partnerschaftlicher Aufgaben und die Neudefinition des gemeinsamen Lebensentwurfs. Hinzu kommt, dass eine Partnerschaft in der Regel anders definiert wird als andere enge Familienbeziehungen: Während die Beziehung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern meist als unauflösbare, lebenslange Verbindung empfunden wird (vgl. STELLING, 1997), wird eine Ehe oder Partnerschaft eher als Beziehung gedeutet, die auf bestimmten Voraussetzungen und Erwartungen beruht, wie z. B. gemeinsame Interessen und Entwicklungsorientierungen, gegenseitige Solidarität und Ausgewogenheit von Nehmen und Geben. Je mehr die Beziehung zum Erkrankten als in diesem Sinne voraussetzungsvoll wahrgenommen wird, desto eher spielt auch die Option eine Rolle, dass die Beziehung unter bestimmten Umständen beendet werden kann.

Natürlich könnte an dieser Stelle eingewendet werden, dass viele dieser Belastungen auch von Partnern anderer chronisch Kranker und Behinderter erlebt werden, also z. B. von Partnern von Patienten mit Multipler Sklerose, Querschnittslähmung oder Schlaganfall. In diesem Zusammenhang vertritt ZENKER (1998) die Auffassung, dass – unabhängig von der Art der Erkrankung – alle Ehepartner chronisch kranker Menschen mit ähnlichen Belastungen und Veränderungen konfrontiert sind. Diese Vermutung ist m. E. nicht von der Hand zu weisen, soweit es sich dabei um partnerschaftsspezifische Probleme handelt. Andererseits bringt eine Schizophrenie auch Belastungsaspekte mit sich, die bei körperlichen Erkrankungen keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen, z. B. die oft gravierenden Veränderungen des Sozialverhaltens und der Persönlichkeit des Patienten. Die Belastungssituation von Partnern schizophrener Menschen kann daher vielleicht am ehesten als »Schnittmenge« von erkrankungs- und beziehungsspezifischen Belastungsfaktoren aufgefasst werden.

7.2 Theoriebezüge und Implikationen für weiterführende Studien

Im 4. Kapitel wurde bereits darauf hingewiesen, dass nach Abschluss der qualitativen Analyse eine erneute Bezugnahme auf themenrelevante Konzepte und Theorien sinnvoll ist. Zum einen besteht dadurch die Möglichkeit, das Besondere an den Untersuchungsergebnissen deutlicher herauszuarbeiten und die Angemessenheit der Befunde zu überprüfen. Zum anderen können die Ergebnisse durch Theoriebezüge besser auf der »wissenschaftlichen Landkarte« eingeordnet werden und konkrete Anregungen für weiterführende Forschungsarbeiten geben. Deshalb seien im Folgenden einige theoretische Aspekte der Fragestellung nochmals aufgegriffen und unter Einbezug der Ergebnisse diskutiert.

Die Analyse der geführten Interviews bestätigt zunächst die *stressstheoretische Auffassung*, dass eine Schizophrenie in den meisten Fällen – wenn auch nicht immer – mit schweren Stressbelastungen für den Ehepartner des Betroffenen einhergeht und komplexe Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erfordert. In Anlehnung an das Stressmodell von LAZARUS und FOLKMAN (1991) kann die schizophrene Erkrankung als *Stressor* aufgefasst werden, der beim Partner des Patienten eine *Stressreaktion* auf unterschiedlichen Ebenen hervorruft. Was Art und Ausmaß dieser Stressreaktion anbetrifft, so zeigte sich in der vorliegenden Studie eine »Koppelung« zwischen dem aktuellen Gesundheits- bzw. Erkrankungsstatus des Patienten und dem Belastungsniveau des Ehepartners: Während eine akut-psychotische Episode zahlreiche intensive, aber zeitlich begrenzte Stressoren mit sich bringt, treten nach deren Abklingen meist chronische Stressoren (»daily hassles«) in den Vordergrund, die zwar weniger massiv sind, aber aufgrund ihrer Persistenz das Befinden und die Lebensqualität der Partner umso nachhaltiger beeinträchtigen können. Bei einer weitgehenden Remission des Patienten sind die krankheitsbedingten Stressoren des Partners in der Regel relativ schwach ausgeprägt.

Inwieweit sich die Partner des Patienten durch unterschiedliche Stressoren belastet fühlen, hängt erwartungsgemäß sehr stark von individuellen Bewertungs- und Bewältigungsmustern ab. In der vorliegenden Arbeit wurden die Bewältigungsbemühungen der Partner drei unterschiedlichen funktionalen Dimensionen zugeordnet: Die Befragten beschrieben in erster Linie *problembezogene Bewältigungsstrategien*, wie z. B. Informationsbeschaffung, Eingehen auf Bedürfnisse des Patienten und Konzepte des Krisenmanagements. *Belastungsbezogene Bewältigungsstrategien* (z. B. erholsame Aktivitäten, Distanzierung) werden insbesondere dann eingesetzt, wenn die Situation als unabänderlich wahrgenommen wird und die Grenzen der eigenen Belastbarkeit deutlich werden. Vor allem bei der langfristigen Belastungsbewältigung spielen *kognitiv-emotionale Prozesse* eine zentrale Rolle. Diese beziehen sich auf eine Neubewertung der Schizophrenie (primäre Bewertung), die Beurteilung eigener Bewältigungsmöglichkeiten (sekundäre Bewertung) sowie eine Einschätzung der Partnerschaft selbst: In dem Maße, in dem die Partnerschaft (wieder) positiv gedeutet wird und die Chancen der Beziehung optimistisch eingeschätzt werden, werden die krankheitsbedingten Belastungen als bewältigbare Anforderung wahrgenommen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stützen die Hypothese, dass *Bewältigungsprozesse und -ressourcen* eine zentrale Rolle für das Belastungserleben, die Partnerschaftszufriedenheit, die Stabilität der Partnerschaft sowie für die seelische und körperliche Gesundheit der Partner spielen (vgl. SCHRÖDER & SCHWARZER, 1997). So scheint es im

Hinblick auf mögliche gesundheitliche Belastungsfolgen dysfunktionale Bewältigungsmuster zu geben, die das Auftreten seelischer Beschwerden und psychosomatischer Beeinträchtigungen begünstigen (vgl. Kapitel 6. 4. 12): Als »Risikopopulation« im Hinblick auf derartige gesundheitliche Folgeschäden können zum einen Partner gelten, die nur über geringe personale und soziale Bewältigungsressourcen verfügen und bereits bei moderaten krankheitsbezogenen Stressoren die Grenzen ihrer Bewältigung erreichen. Gefährdet sind aber auch solche Partner schizophrener Patienten, die trotz massiver chronischer Stressoren, unzureichender äußerer Unterstützung und fehlender rekreativer Gegengewichte die Paarbeziehung dauerhaft aufrechterhalten. Umgekehrt kann die Hypothese formuliert werden, dass das Gesundheitsrisiko für Partner schizophrener Patienten mit der Menge der zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen sowie der individuellen und gemeinsamen Bewältigungsstrategien sinkt.

Besonders interessant erscheinen die Untersuchungsergebnisse vor dem Hintergrund einer weitergefassten, systemischen Sicht von Stress und Coping bei Paaren (BODENMANN, 2000). Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, ist eine befriedigende Paarbeziehung offensichtlich dann möglich, wenn eine gemeinsame Bewältigung der Schizophrenie im Sinne des *dyadischen Coping* gelingt. Dieser Befund steht im Einklang mit Forschungsergebnissen, die dyadischen Copingprozessen eine zentrale Bedeutung für die Partnerschaftsqualität und die Vorhersage von Partnerschaftsverläufen zuweisen (BODENMANN 1995a; b). Natürlich muss an dieser Stelle einschränkend gesagt werden, dass in der vorliegenden Studie nur die Partner des Patienten, nicht aber die Patienten selbst befragt wurden. Folgt man der Argumentation von BODENMANN (2000), so ist der Begriff des dyadischen Coping streng genommen nur dann sinnvoll, wenn die Perspektiven *beider Partner* bekannt sind, z. B. bezüglich ihrer Bewertungen der Stresssituation und vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten.

Insgesamt gesehen unterstreichen die Untersuchungsergebnisse die in den letzten Jahren zunehmend erhobene Forderung, stresstheoretische Forschungskonzepte vermehrt für der Angehörigenforschung zu nutzen (vgl. CHWALISZ & KISLER, 1995; SCAZUFCA & KUIPERS, 1999). Bei weiterführenden Studien zur Situation von Partnern schizophrener Patienten sollten insbesondere Bewältigungsprozesse sowie personale und soziale Ressourcen systematisch erfasst und mit partnerschafts- und gesundheitsbezogenen Variablen (z. B. Beziehungszufriedenheit, seelische Gesundheit, psychosomatische Beschwerden) in Beziehung gesetzt werden. Dabei erscheint grundsätzlich ein multimodaler Zugang angemessen, bei dem – je nach Fragestellung – geeignete quantitative und qualitative Methoden eingesetzt und miteinander kombiniert werden sollten. Um die dyadischen Bewältigungsaspekte besser herausarbeiten zu können, sollten möglichst beide Partner gemeinsam über ihren Umgang mit der Schizophrenie befragt werden (Paarinterviews); ferner sollten ggf. auch noch weitere soziale Bezugspersonen (Familienmitglieder, Sozialarbeiter etc.) befragt werden, um beziehungsübergreifende Bewältigungsprozesse erfassen zu können. Im Kontext der *sozialpsychologischen Beziehungsforschung* sind die vorliegenden Untersuchungsergebnisse vor allem als Beleg dafür zu sehen, dass eine beachtliche Anzahl von stabilen Ehen und Partnerschaften mit schizophrenen Patienten existiert, und dass viele Partner ihre Paarbeziehung sogar positiv bewerten. Dieser Befund steht im Kontrast zu der bislang dominierenden Auffassung, dass schizophrene Patienten nur in seltenen Ausnahmefällen in einer Paarbeziehung leben. Aufgrund austauschtheoretischer Überlegun-

gen wird vielfach angenommen, dass solche Partnerschaften entweder erst gar nicht zustande kommen oder bald wieder auseinander gehen, weil die Kosten des Zusammenlebens für den Partner des Patienten zu hoch sind (vgl. JOHNSON, 2000; MELCOP, 1997). Bei näherer Betrachtung sind die vorliegenden Ergebnisse allerdings durchaus mit modernen austauschtheoretischen Modellvorstellungen vereinbar; insbesondere das im Kapitel 4.5 referierte Investitionsmodell von RUSBULT (1980; RUSBULT & ARRIAGA, 1997) vermag die Befunde zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von Partnerschaften schizophrener Patienten plausibel zu erklären. Die Tatsache, dass die meisten Studienteilnehmer ihre Paarbeziehung angeknüpft hatten, als der Partner bereits erkrankt war, deutet darauf hin, dass die Beziehungsaufnahme trotz einer schizophrenen Erkrankung mit der Erwartung einer positiven Kosten-Nutzen-Bilanz einhergehen kann. Dafür gibt es recht unterschiedliche Gründe: Häufig werden die zu erwartenden Kosten unterschätzt, weil der Patient zum Zeitpunkt des Kennenlernens nur wenig beeinträchtigt ist und die krankheitsbedingten Einschränkungen nicht realistisch antizipiert werden können. In anderen Fällen wird zwar mit hohen Kosten gerechnet, doch werden diese bewusst in Kauf genommen – etwa dann, wenn die eigenen Chancen auf dem »Beziehungsmarkt« ebenfalls als relativ ungünstig eingeschätzt werden und die Alternative darin bestünde, ganz ohne Partner zu leben, oder dann, wenn trotz (oder sogar wegen) der schizophrenen Erkrankung eine individuelle Passung der beiderseitigen Bedürfnisse wahrgenommen wird (z. B. bei Partnerschaften zwischen zwei psychisch kranken Menschen).

In Übereinstimmung mit den austauschtheoretischen Überlegungen von ANGERMEYER (1995) ist festzuhalten, dass die persönlichen und gesundheitlichen Kosten von Partnern schizophrener Menschen oft sehr hoch sind – »objektiv« betrachtet ist dadurch kein ausgewogenes *quid pro quo* zwischen den Partnern möglich, wenn die Paarbeziehung trotz der Schizophrenie aufrechterhalten wird. Deshalb erscheint es auf den ersten Blick überraschend, dass die befragten Partner zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt seit 15 Jahren mit dem Patienten verheiratet waren und ihn seit mehr als zehn Jahren mit der Schizophrenie erlebt hatten. Im Hinblick auf die Bindungsbereitschaft hat die Interviewauswertung ergeben, dass viele Partner eine (hinreichend) positive Gesamtbilanz der Paarbeziehung ziehen und keine Trennung wünschen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn der Patient in den Augen des Partners viele liebenswerte Eigenschaften und Vorzüge hat und der »Kern« der Partnerschaftsdefinition durch die Schizophrenie nicht ernsthaft beschädigt wurde. In anderen Partnerschaften wird die Partnerschaft trotz relativ niedriger Beziehungszufriedenheit aufrechterhalten, etwa, wenn die im Lauf einer langjährigen Beziehung aufgebauten Unterstützungsreserven (»support bank«; vgl. ANTONUCCI & AKIYAMA, 1987) einer Trennung vom erkrankten Partner entgegenstehen. Zum anderen werden etliche Paarbeziehungen trotz niedriger Beziehungszufriedenheit fortgeführt, weil eine Trennung mit hohen persönlichem »Investitionsverlusten« verbunden wäre (z. B. an Zeit und Mühe, aber auch an materiellen Gütern und Sicherheiten), oder wenn keine befriedigende Lebensalternative (z. B. eine neue Partnerschaft in vorgeschrittenem Lebensalter) für möglich gehalten wird. Nicht zuletzt kann die langfristige Betreuung eines schizophrenen Partners auch einen immanenten »Belohnungswert« haben, wenn sie als sinnstiftend für das eigene Leben empfunden wird und der Stolz auf die eigene Betreuungsleistung ein positives Gegengewicht zu den krankheitsbedingten Nachteilen darstellt.

Insbesondere bei der Analyse von Interviewthemen, die sich auf unterschiedliche Anschau-

ungsweisen von Liebe, Partnerschaft und ethischer Verpflichtung beziehen, ist deutlich geworden, dass der austauschtheoretischen Betrachtung von Partnerschaften schizophrener Patienten Grenzen gesetzt sind. Obwohl auch diese Themen prinzipiell einer Kosten-Nutzen-Analyse zugänglich sind, erscheint an dieser Stelle die Einbeziehung anderer Forschungskonzepte sinnvoll. So hat die vorliegende Untersuchung beispielsweise gezeigt, dass die befragten Partner ihre Beziehungen sehr unterschiedlich definieren und Prioritäten entsprechend unterschiedlich setzen: Während für einige der Partner Liebe, Intimität und Gemeinsamkeit im Mittelpunkt der Beziehungsdefinition stehen, sehen andere die gegenseitige Solidarität und Fürsorge als das Wichtigste an; bei wieder anderen stehen eher pragmatische Erwägungen hinsichtlich einer sicheren Lebensgrundlage im Mittelpunkt. Ferner zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass die Beziehungsdefinitionen der Partner schizophrener Patienten zum einen vom jeweiligen Selbstkonzept abhängen, zum anderen offensichtlich milieu- und alterskohortenspezifisch sind.

Vor diesem Hintergrund sollten weiterführende Studien zu Partnerschaften schizophrener Patienten verstärkt beziehungsspezifische Themen berücksichtigen, beispielsweise Partnerschaftskonzepte, Bindungsmuster und Beziehungszufriedenheit. An diesem Punkt wäre es m. E. lohnend, Konzepte der sozialpsychologischen Partnerschafts- und Bindungsforschung aufzugreifen (vgl. AMBROSY et al., 1998; BIERHOFF & GRAU, 1999; SHAVER & CLARK, 1996). So könnte z. B. im Sinne des Bindungskonzepts von BARTHOLOMEW und HOROWITZ (1991) gefragt werden, wie sich sichere, vermeidende, ängstlich-ambivalente oder gleichgültige Paarbindungsmuster auf Konzepte von Partnerschaft, Familie und gemeinsamer Krankheitsbewältigung auswirken. Hinsichtlich unterschiedlicher Lebensentwürfe zu Liebe und Partnerschaft wäre es interessant zu untersuchen, welche Rolle individuelle *Liebesstile* (z. B. »romantischer Liebesstil« vs. »pragmatischer Liebesstil«) für die Beziehungsgestaltung zum schizophrenen Partner und die Krankheitsbewältigung spielen (vgl. BIERHOFF & GRAU, 1999). Nicht zuletzt könnte die Nutzung soziologischer Forschungskonzepte, z. B. zur soziodemografischen Segmentierung und zu milieuspezifischen Lebens- und Erlebensformen (z. B. SCHULZE, 1995), genaueren Aufschluss über die vermutlich unterschiedliche Krankheitsverarbeitung von Paaren in verschiedenen gesellschaftlichen Milieus geben.

Aus *entwicklungspsychologischer Perspektive* verdienen m. E. die biografisch-prozessualen Aspekte der gemeinsamen Krankheitsbewältigung besondere Beachtung. Die Analyse der geführten Interviews hat gezeigt, dass der Erkrankungsbeginn bzw. der erste miterlebte psychotische Schub von den Partnern schizophrener Patienten als einschneidendes *kritisches Lebensereignis* erlebt wird (vgl. FILIPP, 1981). Im Vergleich zu normativen biografischen Zäsuren (z. B. Beendigung der Schulzeit, Schwangerschaft, Tod der Eltern) wird der Beginn einer Schizophrenie meist als unvorhersehbare und extreme Bedrohung wahrgenommen, die mit Gefühlen von Angst, Hilflosigkeit und Verlust einhergeht. Aufgrund dieser Merkmale besitzt eine schizophrene Erkrankung anfangs häufig die Qualität einer *Familienkatastrophe* (vgl. McCUBBIN & FIGLEY, 1983; SCHNEEWIND, 1999). Im weiteren Krankheitsverlauf kommt es meist zu tief greifenden Veränderungen der Partnerschaft und des familialen Alltags, die – wie beschrieben – mit vielfältigen Adaptations- und Akkomodationsprozessen einhergehen. Für den Partner des Patienten weist eine Schizophrenie dadurch Ähnlichkeiten mit anderen schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankungen auf, die plötzlich einsetzen oder überraschend diagnostiziert werden und chroni-

sche Beeinträchtigungen nach sich ziehen, wie z. B. Schlaganfall, Schädelhirntrauma oder Krebs (vgl. BALCK & DINKEL, 2000; CLARK, 2000; KLAUER & FILIPP, 1990; SCHULZ et al., 1998). Zugleich verdeutlichen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse auch die spezifische Lebenssituation von Partnern schizophrener Patienten (vgl. Kapitel 7. 1).

Die Ergebnisse der vorgelegten Studie zeigen, dass die gemeinsame Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung meist einen längerfristigen *Entwicklungsprozess* darstellt, der mit vielfältigen Anforderungen an beide Partner verbunden ist. In Anlehnung an SCHÜBLER (1993) können dabei krankheitsbezogene, personenbezogene und umweltbezogene Aspekte unterschieden werden: *Krankheitsbezogene Anforderungen* umfassen z. B. die Auseinandersetzung mit den Symptomen und den Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie, die Entwicklung von Bewältigungskonzepten für akute psychotische Krisen sowie die Etablierung eines krankheitsangemessenen Alltags. *Personenbezogene Anforderungen* bestehen u. a. darin, dass der Partner lernt, die Schizophrenie des Patienten zu akzeptieren und ein emotionales Gleichgewicht trotz der krankheitsbedingten Belastungen aufrechtzuerhalten. *Umweltbezogene Anforderungen* sind schließlich in der Reorganisation familialer und sozialer Rollen zu sehen, vor allem in den Beziehungen zu den Kindern und anderen Familienmitgliedern sowie zu Freunden und Bekannten. Die Fallportraits im Anhang dieser Arbeit illustrieren, dass derartige Entwicklungs- und Lernprozesse sehr schwierig und langwierig sein können. Nicht zufällig bezeichnen CORBIN & STRAUSS (1993) die Bewältigung einer chronischen Krankheit lapidar als *Arbeit*, die sowohl vom Patienten selbst als auch von dessen Ehepartner geleistet werden muss. »Weiterleben lernen« mit einer Schizophrenie heißt in diesem Zusammenhang nicht nur, dass sich die Partner nach einer anfänglichen Phase der Krise neu orientieren und ihren Familien- und Beziehungsalltag unter erschwerten Bedingungen organisieren müssen – ein zentraler Aspekt dieser Arbeit besteht vor allem in der *Identitätsarbeit* der beiden Partner: Analog zu der »Krankheits-Identitätsarbeit«, die ein schizophrener Patient bei der Revision seiner beschädigten Autobiografie leistet (vgl. ESTROFF et al., 1997), muss auch der Ehepartner des Betroffenen die psychische Erkrankung in sein Selbstkonzept und sein Konzept von Partnerschaft integrieren, wenn er die Beziehung trotz und mit der Schizophrenie aufrechterhalten will.

Eine Beschränkung der vorliegenden Studie besteht sicherlich darin, dass längerfristige Entwicklungsprozesse nur retrospektiv und in einem Querschnittsvergleich abgeleitet werden konnten. Aus entwicklungspsychologischer Sicht wäre es natürlich sehr spannend, Partnerschaften schizophrener Patienten über längere Zeiträume hinweg zu untersuchen und Entwicklungsverläufe – insbesondere im Hinblick auf die Erfüllung partnerschaftlicher und familienbezogener Entwicklungsaufgaben – im Rahmen von Langzeitstudien zu dokumentieren (vgl. STROMWALL & ROBINSON, 1998). Zur Erfassung langfristiger Veränderungsprozesse, z. B. im Hinblick auf den Beziehungsalltag, die Gestaltung familialer Rollen, die Partnerschaftsdefinition und die Beziehungszufriedenheit erscheinen prospektive Längsschnittstudien gut geeignet. Dabei sollten m. E. mehrere follow-up-Erhebungen im Abstand von einigen Jahren stattfinden, weil nur dadurch »echte« biografische Entwicklungsverläufe abgebildet und die individuellen Verlaufskurven der Schizophrenie angemessen mitberücksichtigt werden können. Nicht zuletzt wären aufgrund prospektiver Langzeitstudien verlässlichere Aussagen darüber möglich, wie häufig und unter welchen Umständen bzw. aus welchen Gründen Partnerschaften mit einem schizophre-

nen Patienten beendet werden. In diesem Zusammenhang wäre es natürlich wichtig, Trennungspaare nicht etwa als »drop-out« zu behandeln, sondern beide Partner unabhängig voneinander weiterzubefragen.

7.3 Schlussfolgerungen für die psychosoziale Praxis

Ein wichtiger Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Überlegung, dass eine Rekonstruktion des Krankheitserlebens und des Beziehungsalltags von Partnern schizophrener Menschen die Chance bietet, eine Brücke zwischen Wissenschaft und Alltagspraxis zu bauen. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lassen sich in der Tat eine Reihe von Ansatzpunkten hinsichtlich möglicher Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung ableiten – umso mehr, als einige Studienteilnehmer heftige Kritik an den behandelnden Ärzten und den psychiatrischen Einrichtungen äußerten (vgl. Kapitel 6. 3. 7). Im Folgenden werde ich deshalb versuchen, einige Verbesserungsmöglichkeiten im Hinblick auf Hilfe, Unterstützung und Beratung für Partner schizophrener Menschen zu skizzieren.

Im Hinblick auf die Planung geeigneter professioneller Unterstützungsangebote für Partner schizophrener Menschen geht es m. E. nicht in erster Linie um die Konzeption völlig neuer Angebote, sondern zunächst darum, vorhandene Hilfemöglichkeiten effektiver zu nutzen und ggf. miteinander zu vernetzen, etwa im Rahmen einer verbesserten Kommunikation zwischen Ärzten, Patienten und Partnern oder einer engeren interinstitutionellen Kooperation (vgl. MÖLLER & SCHÜRMAN, 1993). Ferner dürften einige der im Folgenden vorgeschlagenen Angebote nicht nur für Partner, sondern für *alle* nahen Angehörigen schizophrener Menschen hilfreich sein; andere sind jedoch aufgrund der z. T. spezifischen Belastungslagen von Partnern besonders für diese Zielgruppe notwendig und sinnvoll. Generell sollten Unterstützungsangebote für Partner schizophrener Patienten *möglichst zeitnah zum Erkrankungsbeginn* bereitgestellt werden, weil in dieser Phase besonders massive Stressbelastungen erlebt werden. In diesem Zusammenhang sollten stärker als bisher routinemäßig nach der Klinikeinweisung ausführliche *Einzelgespräche mit dem behandelnden Arzt* stattfinden, in denen die Partner individuell und ausführlich über die geplante Behandlung informiert werden (z. B. über die zu erwartende Dauer des Klinikaufenthalts, die einzelnen Behandlungsschritte, die verabreichten Medikamente sowie deren mögliche Nebenwirkungen). Darüber hinaus erscheint es für die Bewältigung der akuten Situation dringend notwendig, den Partnern die (vorläufige) Diagnose angemessen zu erläutern und Informationen über die jeweilige psychische Erkrankung zu geben (z. B. Symptomatik, Ursachen, Verlauf etc.).

Eine weitere gute Möglichkeit, die Partner verstärkt in die Akutbehandlung des Erkrankten einzubeziehen, ist die *Angehörigenvisite*, wie sie in einigen psychiatrischen Einrichtungen praktiziert wird. Bei einer Angehörigenvisite besteht die Möglichkeit, in der Regel ein Mal wöchentlich gemeinsam mit dem erkrankten Partner an einem Gruppengespräch in der Klinik teilzunehmen, das vom behandelnden Arzt moderiert wird. Dabei werden alle behandlungsrelevanten Themen erörtert, die vom Patienten, dem Partner oder dem Arzt als wichtig erachtet werden (vgl. FÄHNDRICH et al., 2001; JOHANNSEN, 1993; OSTERMANN & HOLLANDER, 1996). Ein solches Angebot, das *beide Partner* einbezieht, erscheint vor

allem vor dem Hintergrund des weiter oben diskutierten Befundes sinnvoll, nach dem die gemeinsame Krankheitsbewältigung der Partner eine besonders wichtige Rolle für die emotionale Entlastung der Partner, die Beziehungszufriedenheit und die Stabilität der Paarbeziehung spielt.

Da die Partner besonders in den Anfangsphasen einer Schizophrenie eine Vielzahl neuer Informationen zu verarbeiten haben, sollten ihnen ferner *schriftliches Informationsmaterial* zur Verfügung gestellt werden, z. B. in Form von Broschüren oder Faltblättern. In diesem Zusammenhang kann es auch sinnvoll sein, ein gutes allgemein verständliches Buch für Angehörige zu empfehlen. Zum Thema Schizophrenie liegen heute eine Reihe geeigneter Publikationen vor (z. B. BEITLER & BEITLER, 2000; BÄUML, 1994; DEGER-ERLENMAIER et al., 1997; FINZEN, 2000; 2001).

Im weiteren Erkrankungsverlauf sollte gemeinsam mit den behandelnden Ärzten erörtert werden, wie der Partner in die Langzeitbehandlung und die Rehabilitation des Patienten einbezogen werden kann. In diesem Zusammenhang sollten die Partner zum einen über mögliche bzw. zu erwartende Beeinträchtigungen des Zusammenlebens informiert werden, zum anderen sollten Hinweise auf eine krankheitsangemessene Alltagsgestaltung und entsprechende Handlungsmöglichkeiten des Partners gegeben werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass solche Informations- und Unterstützungsangebote das Belastungserleben der Partner erheblich reduzieren können. Beim Erkrankungsbeginn bzw. beim ersten miterlebten Schub können die Partner ungewöhnliches oder bizarres Verhalten der Patienten möglicherweise zum ersten Mal als krankheitsbedingt einordnen, sodass irrationale Angst-, Ärger- und Schuldgefühle abgebaut werden können. Darüber hinaus haben sie nach dem Informationsgespräch das Gefühl, zumindest in groben Zügen zu wissen, was überhaupt mit ihrem Partner in der Klinik geschieht. Durch ihre Einbeziehung bei der Behandlungsplanung bekommen die Partner das Gefühl, nicht nur ohnmächtig abwarten zu müssen, sondern aktiv etwas zur Genesung des Patienten beitragen zu können. All dies reduziert Unsicherheit und fehlende kognitive Kontrolle, stärkt dagegen die Kompetenzerwartung und die Bewertung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Damit können wichtige Faktoren für das Erleben von Stress in günstiger Weise beeinflusst werden (LAZARUS & FOLKMAN, 1991).

Darüber hinaus kann durch den *Austausch mit anderen Angehörigen* eine emotionale Entlastung erreicht und eventuell gegenseitige lebenspraktische Hilfe initiiert werden. Partner sollten deshalb an bestehende regionale Angebote der Selbsthilfe informiert werden. Wünschenswert wäre es in diesem Zusammenhang, die Partner dabei nicht nur an andere Institutionen zu »verweisen«, sondern eine Kooperation, möglicherweise auch eine organisatorische Vernetzung unterschiedlicher professioneller und nicht-professioneller Angebote für Angehörige psychisch Kranker (z. B. Angehörigenverbände oder Betroffeneninitiativen) anzustreben. Allerdings ist davon auszugehen, dass derartige Gruppengespräche nicht von allen Partnern gewünscht werden; einige Partner dürften das individuelle Beratungsgespräch mit dem Arzt vorziehen, weil sie sich davon eher einen »greifbaren« Nutzen versprechen oder Vorbehalte im Hinblick darauf haben, in einer Gruppensituation über persönliche Dinge zu sprechen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt neben dem Bedürfnis der Partner nach zeitnaher und angemessener Information die Notwendigkeit, bei der Planung von Hilfeangeboten *partnerschaftsspezifische Themen* verstärkt zu berücksichtigen. Die üblichen psychoedukativen

Angehörigengruppen sind erfahrungsgemäß stark auf die Bedürfnisse von Eltern zugeschnitten und werden wohl auch deswegen hauptsächlich von Eltern genutzt (vgl. STROMWALL & ROBINSON, 1998). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll und notwendig, auch *spezifische Unterstützungsangebote für Partner* zu konzipieren und bereitzustellen. Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung möchte ich deshalb abschließend ein Konzept für ein solches Unterstützungsangebot skizzieren.

In einem regelmäßig stattfindenden Seminar für Partner schizophrener Menschen sollten neben der Vermittlung krankheitsbezogener Informationen auch beziehungspezifische Themen in ausreichendem Umfang erörtert werden. Grundsätzlich erscheint dafür ein *teilnehmerorientiertes Workshop-Konzept* sinnvoll. Dabei ist der Begriff »Workshop« als personenzentrierter Ansatz der Gruppenleitung aufzufassen, der die Teilnehmer bei der Planung und Gestaltung des Programms explizit mitbeteiligt, flexible Schwerpunktsetzungen zulässt und förderliche Gruppenprozesse in den Vordergrund rückt (vgl. JUNGBAUER, 1998). Der Workshop sollte von einem Diplom-Psychologen oder Arzt geleitet werden, der die Schizophrenie aus klinischer Erfahrung kennt und mit den Alltagsproblemen von Angehörigen psychisch kranker Menschen vertraut ist. Eine denkbare Variante ist es – ggf. in Kooperation mit Angehörigenverbänden – zusätzlich einen betroffenen Partner als Co-Moderator hinzuzuziehen. Das Konzept des Workshops basiert auf *vier konzeptuellen Bausteinen*, nämlich *Information, Training, Reflexion* und *Interaktion in der Teilnehmergruppe* (vgl. Abbildung 7). Diese Bausteine seien im Folgenden kurz erläutert:

Information. Da verbessertes Krankheitswissen zur Entlastung der Partner beitragen und weitere problembezogene Bewältigungsstrategien anstoßen kann, sollte es ein wichtiges Ziel des Partner- Workshops sein, grundlegende Informationen und Verstehenshilfen im Hinblick auf die Schizophrenie zu vermitteln. Dazu gehören z. B. Basiskenntnisse über Symptomatik, Ursachen und Verlaufsformen schizophrener Erkrankungen, aber auch Informationen über die zu erwartenden Auswirkungen einer Schizophrenie auf den Beziehungs- und Familienalltag. Wichtige Themen, die bei der inhaltlichen Vorbereitung des Workshops berücksichtigt werden sollten, sind z. B. mögliche Veränderungen in der Beziehung der Partner zueinander; Probleme bei der Organisation von Familie und Haushalt; Fragen der Kindererziehung und etwaige Entwicklungsrisiken sowie eventuelle Beeinträchtigungen der Sexualität durch Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente. Gleichwohl sollte der Leiter so weit wie möglich auf die individuellen Informationsbedürfnisse der jeweiligen Teilnehmergruppe eingehen und nicht etwa einen von vorneherein feststehenden Themenplan »durchzuziehen«.

Training. Um problembezogene und belastungsbezogene Bewältigungsstrategien zu unterstützen, sollten im Rahmen eines Partner-Seminars entsprechende Kompetenzen gefördert werden. In diesem Zusammenhang kann – je nach Bedarf – auf bewährte psychologische Trainingskonzepte für Stressbewältigung, Entspannungstechniken und die Verbesserung sozialer Kompetenzen zurückgegriffen werden (z. B. HINSCH & PFINGSTEN, 1998; KALUZA, 1996; KRAMPEN, 1992; MEICHENBAUM, 1991; OHM, 1992). Im Hinblick auf die Stärkung von Problemlösekompetenzen stellen z. B. Rollenspiele eine gute Möglichkeit dar, konfliktrichtige und problematische Situationen des Beziehungsalltags zu bearbeiten und neue Handlungsmöglichkeiten anzuregen. Ferner könnten gemeinsam mit den anderen Teilnehmern individuelle Strategien des Krisenmanagements erarbeitet werden, wobei gruppenbasierte Kreativtechniken (z. B. Brainstorming) hilfreich sein können.

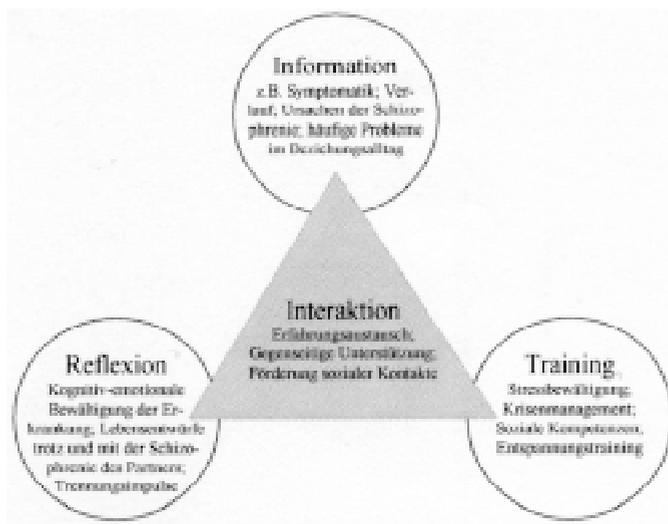


Abbildung 7: Konzeptuelle Bausteine eines Workshops für Partner schizophrener Menschen

Reflexion. Da kognitiv-emotionale Bewältigungsprozesse für das Zusammenleben mit einem schizophrenen Patienten eine zentrale Rolle spielen, sollte ein Partner-Workshop auch Chancen für eine persönlichen Reflexion und Selbsterfahrung eröffnen. »Selbsterfahrung« bedeutet dabei, sich bewusst mit der eigenen Lebenssituation und Zukunftsperspektive als Partner eines chronisch psychisch kranken Menschen auseinander zu setzen. Diese Beschäftigung mit der eigenen Biografie kann z. B. ein Anlass sein, eigene Haltungen, Wertvorstellungen und Verhaltensweisen in einem neuen Licht zu betrachten und neue Aspekte an der eigenen Lebenssituation zu entdecken. Vor diesem Hintergrund sollte den Partnern ausreichend Raum gegeben werden, um über Fragen einer gemeinsamen Lebensplanung trotz und mit der Schizophrenie des Partners, aber auch über Trennungsgedanken zu sprechen. Ferner könnte durch introspektive Übungen (z. B. Fantasiereisen, Meditation, schriftliche Übungen) ein Reflexionsprozess angestoßen werden, der im Austausch mit den anderen Teilnehmern seine Fortsetzung findet: Die Auseinandersetzung mit alternativen Einstellungen und Lebensentwürfen kann eine weitere Gelegenheit bieten, eigene Sichtweisen neu zu bewerten.

Interaktion. Damit ist ein zentraler Aspekt des Seminarkonzepts bereits angesprochen: Die Interaktion und der Austausch innerhalb der Teilnehmergruppe hat insofern eine sehr wichtige Funktion, als von einem engen Zusammenhang zwischen Lern- und Bewältigungsprozessen einerseits und sozialen Gruppenprozessen andererseits auszugehen ist: Zunächst bietet der Erfahrungsaustausch mit Partnern, die mit ähnlichen oder gleichen Schwierigkeiten konfrontiert sind, die Möglichkeit zur Relativierung der eigenen Probleme durch sozialen Vergleich. Die Konfrontation mit der Situation anderer Teilnehmer kann darüber hinaus eine gewisse Distanz zu den eigenen Schwierigkeiten schaffen, aus der heraus eigene Handlungsmöglichkeiten leichter erkannt werden. Ferner können die Part-

ner bei der Bearbeitung von Schwierigkeiten emotionale Entlastung, Unterstützung und Bestätigung von der Gruppe erhalten, z. B. dadurch, dass andere Teilnehmer aufgrund eigener Erfahrungen hilfreiche Vorschläge zur Lösung eines Problems beitragen. Nicht zuletzt kann die Gruppe eine Möglichkeit bieten, Gefühle der Einsamkeit zu mildern und Kontakte zu anderen Partnern aufzubauen. Dies dürfte besonders für Teilnehmer von Bedeutung sein, die im Zusammenhang mit der Schizophrenie ihres Partners einen Verlust sozialer Kontakte erleben.

Vor diesem Hintergrund hat der Gruppenleiter die Aufgabe, die Interaktion der Teilnehmer untereinander anzuregen, Vertrauen und Offenheit zu fördern und kooperatives Verhalten zu unterstützen. Ob und inwieweit in der Teilnehmergruppe tragfähige Beziehungen entstehen und sich die Bereitschaft zu gegenseitiger Unterstützung entwickelt, ist natürlich nur in begrenztem Maße von vorneherein planbar. Möglich ist es jedoch, günstige Rahmenbedingungen zu realisieren, die eine konstruktive Gruppenatmosphäre fördern. Grundsätzlich dürfte neben der sachkompetenten Vermittlung von Informationen und Methoden ein personenzentrierter, partnerschaftlicher Führungsstil förderlich für die Durchführung eines teilnehmerorientierten Workshops für Partner sein (vgl. TAUSCH, 1998).

Literaturverzeichnis

- AMBROSY, B., BIERHOFF, H.-W. & SCHMOHR, M. (1998). *Bindungsstile und Partnerschaften. Zusammenhänge zwischen allgemeinen und partnerbezogenen Bindungsstilen*. Forschungsbericht der Ruhr-Universität Bochum/Fakultät für Psychologie.
- AN DER HEIDEN, W. & HÄFNER, H. (2000). The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 292–303.
- ANGERMEYER, M. C. (1984a). Der theorie-graue Star im Auge des Psychiaters. Zur Rezeption der Wissensbestände der Familienforschung in der Sozialpsychiatrie. In M. C. ANGERMEYER & A. FINZEN (Hrsg.), *Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe* (S. 17–24). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- ANGERMEYER, M. C. (1984b). Zusammenhänge zwischen der familialen Umwelt und dem Verlauf psychischer Krankheit – ein Argument für die Gruppenarbeit mit Angehörigen. In M. C. ANGERMEYER & A. FINZEN (Hrsg.), *Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe* (S. 79–100). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- ANGERMEYER, M. C. (1995). Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In H. HÄFNER (Hrsg.), *Was ist Schizophrenie?* (S. 171–188). Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- ANGERMEYER, M. C., DIAZ RUIZ DE ZÁRATE, J., JUNGBAUER, J., LIEBELT, P., MORY, C., WILMS, H.-U. & WITTMUND, B. (2000). *Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen*. Posterpräsentation auf dem Symposium der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften in Bad Neuenahr am 25.5.2000.
- ANGERMEYER, M. C. & FINZEN, A. (Hrsg.) (1984). *Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- ANGERMEYER, M. C., KILIAN, R. & MATSCHINGER, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF*. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- ANGERMEYER, M. C. & MATSCHINGER, H. (1995). *Auswirkungen der Reform in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung* (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 59). Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- ANGERMEYER, M. C., MATSCHINGER, H. & HOLZINGER, A. (1997). Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24, 215–220.
- ANGERMEYER, M. C. & ZAUMSEIL, M. (1997) (Hrsg.). *Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- ANTONUCCI T. C. & AKIYAMA, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, 519–527.
- BADURA, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In B. BADURA (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung* (S. 13–38). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BÄUML, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin: Springer-Verlag.
- BÄUML, J., KISSLING, W., MEURER, C., WAIS, H. & LAUTER, H. (1991). Informationszentrierte Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 18, 48–54.
- BALCK, F. & DINKEL, A. (1999). Soziale Rehabilitationsfaktoren bei Patienten mit mittelschwerem Schädelhirntrauma. Bericht über ein laufendes Projekt. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 8. *Rehabilitationswissenschaftliches Colloquium vom 8.–10.3.1999 auf Norderney* (S. 295–296). Frankfurt a. M.: VDR.

- BALCK, F. & DINKEL, A. (2000). Schädelhirntrauma und Familie – Auswirkung einer akuten Hirn­schädigung auf Familienmitglieder und das Familiensystem. *Kontext*, 31, 180–193.
- BARONET, A.-M. (1999). Factors associated with caregiver burdens in mental illness: a critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19, 819–841.
- BARROWCLOUGH, C. & PARLE, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26–30.
- BARTHOLOMEW, K. & HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles in young adults: a test of the four-category-model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. H. (1969). Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In G. BATESON, D. D. JACKSON, J. HALEY, J. H. WEAKLAND, L. C. WYNNE, I. M. RYCKOFF, J. DAY, S. J. HIRSCH, T. LIDZ, A. CORNELISON, S. FLECK, D. TERRY, H. F. SEARLES, M. BOWEN, E. F. VOGEL, N. W. BELL, R. D. LAING & J. FOU­DRAIN (Hrsg.), *Schizophrenie und Familie* (S. 11–43). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BAUMANN, K. S. & LÜRSEN, M. (1982). Lebensraum Familie Die Situation von Angehörigen. In T. BOCK & H. WEIGAND (Hrsg.), *Hand-werks-buch Psychiatrie*, S. 173–195. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BEBBINGTON, P. & KUIPERS, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707–718.
- BECK, U. (1994). Jenseits von Stand und Klasse? In U. BECK & E. BECK-GERNSHEIM (Hrsg.), *Riskante Freiheiten* (S. 43–60). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BECK, U. (1995). Eigenes Leben. Skizzen zu einer biographischen Gesellschaftsanalyse. In U. BECK, W. VOSSENKUHL & U. E. ZIEGLER (Hrsg.), *Eigenes Leben. Ausflüge in die unbekannt­e Gesellschaft, in der wir leben* (S. 9–15). München: C. H. Beck.
- BECK, U. (1997) (Hrsg.). *Kinder der Freiheit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BECK, U., GIDDENS, A. & LASH, S. (1996). *Reflexive Modernisierung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BECK, U., VOSSENKUHL, W. & ZIEGLER, U. E. (Hrsg.) (1995). *Eigenes Leben. Ausflüge in die unbekannt­e Gesellschaft, in der wir leben*. München: C. H. Beck.
- BECK-GERNSHEIM, E. (1990). Von der Liebe zur Beziehung? Veränderungen im Verhältnis von Mann und Frau in der individualisierten Gesellschaft. In U. BECK & E. BECK-GERNSHEIM (Hrsg.), *Das ganz normale Chaos der Liebe* (S. 65–104). Reinbek: Rowohlt.
- BECK-GERNSHEIM, E. (1994). Auf dem Weg in die postfamiliale Familie – von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandschaft. In U. BECK & E. BECK-GERNSHEIM (Hrsg.), *Riskante Freiheiten* (S. 115–138). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BECK-GERNSHEIM, E. (1998). *Was kommt nach der Familie? Einblicke in neue Lebensformen*. München: Beck.
- BEITLER, H. & BEITLER, H. (2000). *Psychose und Partnerschaft*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BENANZON, N. R. & COYNE, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71–79.
- BIERHOFF, H. W. & GRAU, I. (1999). *Romantische Beziehungen. Bindung, Liebe, Partnerschaft*. Bern: Verlag Hans Huber.
- BIRCHWOOD, M. & COCHRANE, R. (1990). Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, 20, 857–865.
- BISCHKOPF, J. (2000). *Zur Lebenssituation der Partner depressiver Patienten. Eine qualitative Untersuchung*. Exposé zu einem Dissertationsprojekt an der Freien Universität Berlin/Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. Leipzig: Unveröffentlichtes Manuskript.
- BODENMANN, G. (1995a). Dyadisches Coping und Partnerschaftszufriedenheit. *Psychologische Beiträge*, 37, 72–89.
- BODENMANN, G. (1995b). Der Einfluss von Stress und Coping auf die Qualität und Stabilität von Partnerschaften: Eine 2-Jahres-Längsschnittuntersuchung. *Zeitschrift für Familienforschung*, 7, 27–49.
- BODENMANN, G. (1997). Stress und Coping als Prozess. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 74–92). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- BODENMANN, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- BORTZ, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer (5., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage).
- BRANDTSTÄDTER, J., BALTES-GÖTZ, B. & HEIL, F. (1990). Entwicklung in Partnerschaften: Analysen zur Partnerschaftsqualität bei Ehepaaren im mittleren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 22, 183–206.
- BROWN, G. W., BIRLEY, J. L. T. & WING, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241–258.
- BROWN, G. W., MONCK, E. M., CARSTAIRS, G. M. & WING, J. K. (1962). The influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 16, 55–68.
- BUDD, R. J., OLES, G. & HUGHES, I. C. T. (1998). The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 304–309.
- BURKART, G. & KOHLI, M. (1992). *Liebe, Ehe, Elternschaft. Die Zukunft der Familie*. München: Piper.
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. & WEINTRAUB, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- CHWALISZ, K. & KISLER, V. (1995). Perceived stress: a better measure of caregiver burden. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 28, 88–98.
- CLARK, M. S. (2000). Patient and spouse perception of stroke and its rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23, 19–29.
- CLAUSEN, J. A. & YARROW, M. R. (1955). The impact of mental illness on the family. *Journal of Social Issues*, 11, 3–64.
- COOK, J. A., S., PICKETT, S. A. & COHLER, B. J. (1997). Families of adults with severe mental illness – the next generation of research: introduction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 172–176.
- CORBIN J. M. & STRAUSS, A. L. (1993). *Weiterleben lernen*. München: Piper.
- COYNE, J. C., KESSLER, R. C. & TAL, M., TURNBULL, J., WORTMAN, C. B. & GREDE, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347–352.
- DEGER-ERLENMAIER, H. (Hrsg.) (1994). *Wenn nichts mehr ist, wie es war. Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (2. Auflage).
- DEGER-ERLENMAIER, H., TITZE, E. & WALTER, K. H. (1997). Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag (2. Auflage).
- DIAZ RUIZ DE ZÁRATE, J., JUNGBAUER, J. & WITTMUND, B. (1999). *Schritte für die Auswertung narrativer Interviews*. Vortrag und Hand-out auf der Forschungskonferenz der C-Projekte des Reha-Forschungsverbandes Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS) am 15.1.1999 an der Universität Leipzig.
- DIEWALD, M. (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin: Ed. Sigma, Rainer Bohn Verlag.
- DÖRNER, K. (1997). Handlungsregeln für Angehörigengruppen. In K. DÖRNER, A. EGETMEYER & K. KOENNING (Hrsg.), *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen* (S. 59–98). Bonn: Psychiatrie-Verlag (2. Auflage).
- DÖRNER, K., EGETMEYER, A. & KOENNING, K. (Hrsg.) (1997). *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (2. Auflage).
- DÖRNER, K. & PLOG, U. (1996). *Irren ist menschlich*. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DOORBOS, M. M. (1996). The strengths of families coping with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 214–220.
- DUFFY, S. M. & RUSBULT, C. E. (1986). Satisfaction and commitment in homosexual and heterosexual relationships. *Journal of Homosexuality*, 12, 1–23.
- ENGLER, W. (1995). *Die ungewollte Moderne. Ost-West-Passagen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- ENGLER, W. (1999). *Die Ostdeutschen. Kunde von einem verlorenen Land*. Berlin: Aufbau-Verlag.
- ESTROFF, S. E., LACHICOTTE, W. S., ILLINGWORTH, L. C. & JOHNSTON, A. (1997). »Jeder ist ein bisschen psychisch krank.« Die Krankheitsdarstellungen von Menschen mit schweren, langwierigen psychi-

- schen Krankheiten. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 102–165). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FADDEN, G., BEBBINGTON, P. & KUIPERS, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285–292.
- FÄHNDRICH, E., KEMPF, M., KIESER, C. & SCHÜTZE, S. (2001). Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebots einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 28, 115–117.
- FILIPP, S.-H. (1981). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. FILIPP (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 3–52). München: Urban & Schwarzenberg.
- FINZEN, A. (1998). *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (12. Auflage).
- FINZEN, A. (2000). *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (4. Auflage)
- FINZEN, A. (2001). *Schizophrenie. Die Krankheit behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FISCHER, A., MÜNCHMEIER, R. & v. STREIT, A. (1997). *Acht Jugendportraits*. Ergänzungsband zur 12. Shell-Jugendstudie. Opladen: Leske + Budrich.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. (1995). Biographische Methoden in der Soziologie. In U. FLICK, E. v. KARDORFF, H. KEUPP, L. v. ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 253–256). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. (1996). Strukturelle Analyse biographischer Texte. In E. BRÄHLER & C. ADLER (Hrsg.), *Quantitative Einzelfallanalyse und qualitative Verfahren* (S. 147–209). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. (1999). *Grundtypen narrativen Nachfragens*. Vortrag und Hand-out auf einem Forschungscolloquium am 16.8.1999 an der Universität Leipzig.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. & ROSENTHAL, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstrepräsentation. In R. HITZLER & A. HONER (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung* (S. 133–164). Opladen: Leske + Budrich.
- FLICK, U. (1995). Triangulation. In U. FLICK, E. v. KARDORFF, H. KEUPP, L. v. ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Sozialforschung* (S. 432–435). München: Psychologie Verlags Union (2. Auflage).
- FLICK, U. (1997). Entwürfe des Ver-rückten als subjektive und soziale Konstruktion. Theoretische und methodische Zugänge zu Alltagsvorstellungen. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 28–48). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FOLKMAN, S. & LAZARUS, R. S. (1991). Coping and emotion. In A. MONAT & R. S. LAZARUS (eds.), *Stress and Coping* (pp. 207–227). New York: Columbia University Press.
- FORSTER, R. (1997). *Psychiatriereform zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- FORSTER, R. (1998). *Soziologische Aspekte der Psychiatriereform*. Vortrag an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig am 2.12.1998.
- FRANZEN, U. (1994). *Rehabilitation chronisch Schizophrener: Prädiktorstudie mit besonderer Berücksichtigung der Geschlechtszugehörigkeit und protektiver Einstellungen*. Münster: Waxmann.
- GASKILL, D. & COONEY, H. (1992). Coping with schizophrenia: what does the spouse need to know? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 9, 10–15.
- GIBBONS, J. S., HORN, S. H., POWELL, J. M. & GIBBONS, J. L. (1984). Schizophrenic patients and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70–77.
- GLASER, B. G. & STRAUSS, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- GLINKA, H.-J. (1998). *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim: Juventa Verlag.

- GOLDSTEIN, B. H. & CATON, C. L. M. (1983). The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 13, 193–199.
- GRAD, J. & SAINSBURY, P. (1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service – a two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 114, 265–278.
- GREENBERG, J. S., GREENLEY, J. R. & BENEDICT, P. (1994). Contributions of persons with serious mental illness to their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 475–480.
- GREVE, W. (1997). Sparsame Bewältigung: Perspektiven für eine ökonomische Taxonomie von Bewältigungsformen. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 18–41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- HABERFELLNER, E. M. & RITTMANNBERGER, H. (1994). Soziale Kontakte schizophrener Menschen – Integration oder extramurales Ghetto? In H. KATSCHNIG und P. KÖNIG (Hrsg.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 178–188). Wien: Springer-Verlag.
- HÄFNER, H. (1993). Schizophrenie – Suche nach den Ursachen und Auslösern. *Spektrum der Wissenschaft*, 10, 50–58.
- HÄFNER, H. (1998). Psychiatrische Rehabilitation: Wo stehen wir heute? In J. H. MAUTHE (Hrsg.), *Rehabilitationspsychiatrie* (S. 30–52). Stuttgart: Enke.
- HÄFNER, H. & AN DER HEIDEN, W. (1997). Epidemiology of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 139–151.
- HATFIELD, A. B. (1997). Families of adults with severe mental illness: new directions in research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 254–260.
- HEITMANN, V. (1997). Modernisierung der Schizophrenie in Ostberlin? Formen der Krise und Neuorientierung bei Helfern in einem Ostberliner Stadtbezirk. In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hrsg.), *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie* (S. 280 – 316). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- HELL, D. (1982). *Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Untersuchung an 103 Kranken und ihren Ehepartnern*. Berlin: Springer.
- HELL, D. & FÜRER, M. (1987). Schizophrenieverlauf bei Ehekonstanz und Partnerverlust. *Sozial- und Präventivmedizin*, 32, 154–156.
- HERMANN, H. (1995). Narratives Interview. In U. FLICK, E. v. KARDORFF, H. KEUPP, L. V. ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Sozialforschung* (S. 182–185). München: Psychologie Verlags Union (2. Auflage).
- HEUN, R. & MAIER, W. (1993). Morbid risks for major disorders and frequencies of personality disorders among spouses of psychiatric inpatients and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 137–143.
- HINSCH, R. & PFINGSTEN, U. (1998). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union (3., überarbeitete Auflage).
- HOENIG, J. & HAMILTON, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165–176.
- HOENIG, J. & HAMILTON, M. W. (1969). *The desegregation of the mentally ill*. London: Routledge and Kegan Paul.
- HOFFMANN-RIEM, C. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 339–372.
- HOHL, L. (1983). *Gespräche mit Angehörigen psychiatrischer Patienten*. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- HORWITZ, A. V., REINHARD, S. C. & HOWELL-WHITE, S. (1996). Caregiving as reciprocal exchange in families with serious mentally ill members. *Journal of Health and Social Behaviour*, 37, 149–162.
- IBES, K. & KLUSMANN, D. (1989). Persönliche Netzwerke und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch psychotischen Erkrankungen. In M. HOFFMANN-RIEM, C. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 339–372. C. ANGERMEYER & D. KLUSMANN (Hrsg.), Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie (S. 207–230). Berlin: Springer.

- JAEGGI, E. & FAAS, A. (1993). Denkverbote gibt es nicht! *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 17, 141–162.
- JAEGGI, E. & HOLLSTEIN, W. (1986). *Wenn Ehen älter werden. Liebe, Krise, Neubeginn*. München: Piper.
- JASPERS, K. (1972). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer (9. Auflage).
- JERUSALEM, M. (1997). Grenzen der Bewältigung. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 261–271). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- JOHANNSEN, J. (1993). Vom Frust in der Angehörigengruppe zur Lust in der Angehörigenvisite – eine andere Form der Einbeziehung Angehöriger. In C. MUNDT, H. KICK & P. FIEDLER (Hrsg.), *Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation* (S. 203–209). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- JOHNSON, E. D. (2000). Differences among families coping with serious mental illness: A qualitative analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 126–134.
- JOHNSON, S. L. & JACOB, T. (1997). Marital interaction of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 15–23.
- JONES, S. L. & JONES, P. K. (1994). Caregiver burden: Who the caregivers are, how they give care, and what bothers them. *Journal of Health and Social Policy*, 6, 71–89.
- JONES, S. L., ROTH, D. & JONES, P. K. (1995). Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 46, 141–145.
- JOYCE, J., STAPLES, E., MAPHOSA, M., LEESE, M., WRIGHT, S., ZIN, S., HARRIS, T., KUIPERS, E. & SZMUKLER, G. (2000). Testing the stress-coping-model of caregiving in psychotic illness. In European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH) (ed.), *4th International Conference »Psychiatric Reform and Service Research in Europe« in Leipzig, April 28–30, 2000. Abstracts* (p. 51). Leipzig: Universität Leipzig.
- JÜTTEMANN, G. (Hrsg.) (1985). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- JÜTTEMANN, G. (1998). Genetische Persönlichkeitspsychologie und komparative Kasuistik. In JÜTTEMANN, G. & THOMAE, H. (Hrsg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften* (S. 111–131). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- JUNGBAUER, J. (1998). Vom Lehrgang zum Workshop. *Erwachsenenbildung*, 44, 133–136.
- JUNGBAUER, J. (2001). *Leben mit einem schizophrenen Partner. Eine qualitative Untersuchung zur Situation von Ehe- und Lebenspartnern schizophrener Menschen*. Inaugural-Dissertation im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin. Mikrofiche-Fassung: Edition Wissenschaft/Reihe Psychologie, Band 78. Marburg: Tectum-Verlag.
- JUNGBAUER, J. & ANGERMEYER, M. C. (submitted). Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry*.
- JUNGBAUER, J., ANGERMEYER, M. C., BISCHKOPF, J., MORY, C., TROSBACH, J., WILMS, H.-U. & WITTMUND, B. (2001). *Belastungen und Gesundheit bei Angehörigen psychisch Kranker*. Posterpräsentation auf den Mitteldeutschen Psychiatrietagen vom 17.–18.3.2001 in Magdeburg.
- JUNGBAUER, J., BISCHKOPF, J. & ANGERMEYER, M. C. (2001a). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105–114.
- JUNGBAUER, J., BISCHKOPF, J. & ANGERMEYER, M. C. (2001b). »Die Krankheit hat unser Leben total verändert« – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 133–138.
- KALUZA, G. (1996) *Gelassen und sicher im Stress. Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer (2. Auflage).
- KARP, D. A. & WATTS-ROY, D. (1999). Bearing responsibility: How caregivers to the mentally ill assess their obligations. *Health*, 3, 469–491.
- KATSCHNIG, H. & KONIECZNA, T. (1989). Neue Formen der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In H. KATSCHNIG (Hrsg.), *Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zuhause* (S. 207–228). München: Psychologie Verlags Union (3., erweiterte Auflage).

- KAVANAGH, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601–620.
- KELLEY, H. H. & THIBAUT, J. W. (1978). *Interpersonal relation: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- KEUPP, H. (1994). Grundzüge einer reflexiven Sozialpsychologie. In H. KEUPP (Hrsg.), *Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie* (S. 226–274). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KILIAN, R., ROICK, C., BERNERT, S., MATSCHINGER, H., MORY, C., BECKER, T. & ANGERMEYER, M. C. (2001). Instrumente zur gesundheitsökonomischen Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Methodische Grundlagen der europäischen Standardisierung und der deutschsprachigen Adaptation. *Psychiatrische Praxis*, 28 / Sonderheft »Die gesundheitsökonomische Evaluation der Schizophreniebehandlung im europäischen Kontext«, S74–S78.
- KLEE, E. (1993). *Irrsinn Ost, Irrsinn West. Psychiatrie in Deutschland*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- KLAUER, T. & FILIPP, S.-H. (1990). Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. In R. SCHWARZER (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 333–364). Göttingen: Hogrefe.
- KLUSMANN, D. & ANGERMEYER, M. C. (1989). Persönliche Netzwerke bei psychotisch Erkrankten. Messung und Beschreibung. In M. C. ANGERMEYER & D. KLUSMANN (Hrsg.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 95–129). Berlin: Springer.
- KÖTTGEN, C., MOLLENHAUER, K., SÖNNICHSEN, I. & JURTH, R. (1984). Therapie mit Angehörigen von jungen rückfallgefährdeten schizophrenen Patienten. In M. C. ANGERMEYER & A. FINZEN (Hrsg.), *Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe* (S. 134–145). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- KRAMPEN, G. (1992). *Einführungskurse zum Autogenen Training. Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- KREITMAN, N. (1962). Mental disorders in married couples. *Mental Science*, 108, 438–446.
- KREITMAN, N. (1964). The patient's spouse. *British Journal of Psychiatry*, 110, 683–697.
- KVALE, S. (1995). Validierung: Von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. In U. FLICK, E. V. KARDORFF, H. KEUPP, L. V. ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Sozialforschung* (S. 427–431). München: Psychologie Verlags Union (2. Auflage).
- LAM, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423–441.
- LAUX, L. & WEBER, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K. R. SCHERER (Hrsg.), *Psychologie der Emotion* (S. 453–535). Göttingen: Hogrefe.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1991). The concept of coping. In A. MONAT & R. S. LAZARUS (eds.), *Stress and Coping* (pp. 189–206). New York: Columbia University Press.
- LEFERINK, K. (1997). Die Alltäglichkeit des Wahnsinns – Der Lebensalltag chronisch psychisch kranker Menschen in einer sich wandelnden Kultur. In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hrsg.), *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie* (S. 83–144). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- LEFF, J. P. & VAUGHN, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102–104.
- LEFLEY, H. P. (1998). Families, culture, and mental illness: constructing new realities. *Psychiatry*, 61, 335–355.
- LEGEWIE, H. (1987). Interpretation und Validierung biographischer Interviews. In G. JÜTTEMANN & H. THOMAE (Hrsg.), *Biographie und Psychologie* (S. 138–150). Berlin: Springer.
- LIDZ, R. W. & LIDZ, T. (1949). The family environment of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 106, 332–353.
- LINDSTRÖM, E. (1994). The hidden cost of schizophrenia. *Journal of Drug Development*, 7, 281–288.
- LOUKISSA, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248–255.
- MAGLIANO, L., VELTRO, F., GUARNERI, M., & MARASCO, C. (1995). Clinical and socio-demographic

- correlates of coping strategies in relatives of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 10, 155–158.
- MAGLIANO, L., GUARNERI, M., MARASCO, C., TOSINI, P. & MAJ, M. (1996). A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: development and factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 224 – 228.
- MAGLIANO, L., FADDEN, G., MADIANOS, M., CALDAS DE ALMEIDA, J. M., HELD, T., GUARNERI, M., MARASCO, C., TOSINI, P. & MAJ, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405–412.
- MANNION, E., MUESER, K. & SOLOMON, P. (1994). Designing psychoeducational services for spouses of persons with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 177–89.
- MARNEROS, A. (1995). *Langzeitverlauf der schizophrenen Psychosen*. In H. HÄFNER (Hrsg.), Was ist Schizophrenie? (S. 107–116). Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- MAYRING, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundfragen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studienverlag (4. Auflage).
- MAYRING, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union (3., überarbeitete Auflage).
- MAURIN, J. T. & BOYD, C. B. (1990). Burden of mental illness in the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99–107.
- MCCUBBIN, H. I. & FIGLEY, C. R. (1983). Bridging normative and catastrophic family stress. In H. I. MCCUBBIN & C. R. FIGLEY (eds.), *Stress and the Family. Vol 1: Coping with normative transition* (pp. 5–25). New York: Brunner/Mazel.
- MEICHENBAUM, D. (1991). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern: Verlag Hans Huber.
- METHORST, G. J. & DIEKSTRA, R. F. W. (1987). Emotional distress among spouses of psychiatric outpatients in Holland. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 428–442.
- MEUTER, N. (1995). *Narrative Identität. Das Problem der personalen Identität im Anschluss an Ernst Tugendhat, Niklas Luhmann und Paul Ricœur*. Stuttgart: M & P Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- MELCOP, N. (1996). *Chronisch schizophrene Menschen in ihren sozialen Bezügen. Eine qualitativ-lebensgeschichtliche Untersuchung*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der philosophischen Doktorwürde am Fachbereich Erziehungswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft der Freien Universität Berlin.
- MELCOP, N. (1997). Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hrsg.), *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie* (S. 201–238). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- MIKULA, G. (1992). Austausch und Gerechtigkeit in Freundschaft, Partnerschaft und Ehe: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Psychologische Rundschau*, 43, 49–82.
- MIKULINER, M. & FLORIAN, V. (1999). The association between spouses' self-reports of attachment styles and representations of family dynamics. *Family Process*, 38, 69–83.
- MÖLLER, H. & SCHÜRMAN, I. (1993). Interinstitutionelle Kooperation bei der Krisenintervention in einem Großstadtbezirk. In J. B. BERGOLD & D. FILSINGER (Hrsg.), *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie* (S. 117–130). Weinheim: Juventa Verlag.
- MURCK, K. & MEY, G. (1998). Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozess biographischer Materialien. Zum Konzept einer »Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens« zwischen Colloquium, Supervision und Interpretationsgemeinschaft. In G. JÜTTEMANN & H. THOMAE (Hrsg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften* (S. 284–306). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- MÜLLER, P., GÜNTHER, U. & LOHMEYER, J. (1986). Behandlung und Verlauf schizophrener Psychosen über ein Jahrzehnt. *Nervenarzt*, 57, 332–341.
- MUESER, K. T., VALENTINER, D. P. & AGRESTA, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 329–339.

- NOH, S. & AVISON, W. R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: Factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377–389.
- NOH, S. & TURNER, R. J. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, 25 (3), 263–271.
- NUECHTERLEIN, K. H. & DAWSON, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300–312.
- OERTER, R. (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie: zur notwendigen Integration zweier Fächer*. In R. OERTER, C., v. HAGEN, G. RÖPER & G. NOAM (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch (S. 1–10). Weinheim: Beltz.
- OEVERMANN, U., ALLERT, T., KONAU, E. & KRAMBECK, J. (1979). Die Methodologie einer »objektiven Hermeneutik« und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In H.-G. SOEFFNER (Hrsg.), *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften* (S. 352–433). Stuttgart: Metzler.
- OHM, D. (1992). *Progressive Relaxation. Tiefmuskelentspannung nach Jacobson. Einführungen und Übungen. Kombinationsmöglichkeiten mit dem Autogenen Training*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- OLBRICH, E. & BRÜDERL, L. (1998). Frühes Erwachsenenalter: Partnerwahl, Partnerschaft, Elternschaft. In R. OERTER & L. MONTADA, *Entwicklungspsychologie* (S. 396–422). München: PVU (4., korrigierte Auflage).
- OSTERMANN, J. & HOLLANDER, S. (1996). Die Angehörigenvisite. *Psychiatrische Praxis*, 23, 279–281.
- PERLICK, D., STASNY, P., MATTIS, S., & TERESI, J. (1992). Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to longterm outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 257–265.
- PICOT, S. J., YOUNGBLUT, J. & ZELLER, R. (1997). Development and testing of a measure of perceived caregiver rewards in adults. *Journal of Nursing Measurement*, 5, 33–52.
- POTASZNIK, H. & NELSON, G. (1984). Stress and social support: The burden experienced by the family of a mentally ill person. *American Journal of Community Psychology*, 12, 589–607.
- PROVENCHER, H. L. (1996). Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 181–187.
- PROVENCHER, H. L. & MUESER, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26, 71–80.
- REICHERTZ, Jo (1997). Objektive Hermeneutik. In R. HITZLER & A. HONER (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung* (S. 31–55). Opladen: Leske + Budrich.
- REINHARD, S. C. (1994). Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing and Health*, 17, 79–88.
- REY, E.-R. & THURM, I. (1994). Schizophrenien. In REINECKER, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (S. 503–525). Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie (2., überarbeitete und erweiterte Auflage).
- RICHTER, T. (1997). *Leben mit einem psychisch Kranken. Formen des Umgangs und der Bewältigung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- RIESSMANN, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Newbury Park: Sage.
- RÖSSLER, W., FÄTKENHEUER, B. & LÖFFLER, W. (1993). *Soziale Rehabilitation Schizophrener. Modell Sozialpsychiatrischer Dienst*. Stuttgart: Enke.
- RÖSSLER, W. & SALIZE, H. J. (1995). *Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen*. Mannheim: Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/Zentralinstitut für seelische Gesundheit.
- ROSE, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research dimensions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 67–76.
- RUNIONS, J. & PRUDO, R. (1983). Problem behaviors encountered by families living with a schizophrenic member. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 382–386.
- RUSBULT, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172–186.
- RUSBULT, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration)

- of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101–117.
- RUSBULT, C. E., JOHNSON, D. J. & MORROW, G. D. (1986). Predicting satisfaction and commitment in adult romantic involvements: An assessment of the generalizability of the investment model. *Social Psychology Quarterly*, 49, 81–89.
- RUSBULT, C. E., & ARRIAGA, X. B. (1997). Interdependence theory. In S. DUCK (Ed.), *Handbook of personal relationships* (2nd edition, pp. 221–250). New York: Wiley.
- RUSBULT, C. E. & BUUNK, A. P. (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 175–203.
- RUSBULT, C. E., DIRGOTAS, S. M. & VERETTE, J. (1994). The investment model: An interdependence analysis of commitment processes and relationships maintenance phenomena. In D. J. CANARY & L. STAFFORD (Eds.), *Communication and relational maintenance* (pp. 115–139). San Diego, CA: Academic Press.
- SALEWSKI, C. (1997). Formen der Krankheitsverarbeitung. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 42–56). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- SALOKANGAS, R. K. R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 459–468.
- SAß, H., WITTCHEN, H. U. & ZAUDIG, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie (2., verbesserte Auflage).
- SCAZUFCA, M. & KUIPERS, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 580–587.
- SCAZUFCA, M. & KUIPERS, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154–158.
- SCHARFETTER, C. (1995). *Schizophrene Menschen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union (4., überarbeitete Auflage).
- SCHAUB, H. A., BUNGENSTOCK, A., FLESSNER-SCHAUB, L. & HESS-DIEBECKER, D. (1997). *Psychosoziale Rehabilitation in der Sozialpsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.
- SCHEELE, B. & GROEBEN, N. (1988). *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien*. Tübingen: Francke.
- SCHENE, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289–297.
- SCHERRMANN, T. E. (1995). Bewältigungsstrategien und Belastung von Angehörigen im Verlauf schizophrener Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 22, 244–248.
- SCHERRMANN, T. E., SEIZER, H. U., RUTOW, R. & VIETEN, C. (1992). Psychoedukative Angehörigengruppen zur Belastungsreduktion und Rückfallprophylaxe in Familien schizophrener Patienten. Katamnestiche Ergebnisse des Tübinger Angehörigenprojekts. *Psychiatrische Praxis*, 19, 66–71.
- SCHMOLDT, R. A., POPE, C. R. & HIBBARD, J. H. (1989). Marital interaction and the health and well-being of spouses. *Women & Health*, 15, 35–56.
- SCHNEEWIND, K. A. (1999). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer (2., überarbeitete Auflage).
- SCHRÖDER, K. E. E. & SCHWARZER, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174–195). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- SCHÜßLER, G. (1993). *Bewältigung chronischer Krankheiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHULZ, K. H., SCHULZ, H., SCHULZ, O. & v. KEKJARTO, M. (1998). Krebspatienten in ihren Familien. Stuttgart: Schattauer.
- SCHULZE, G. (1995). *Die Erlebnisgesellschaft. Kulturosoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.
- SCHULZE MÖNKING, H. (1993). Ist hohes emotionales Engagement ein Synonym für problematisches Angehörigenverhalten? In C. MUNDT, H. KICK & P. FIEDLER (Hrsg.), *Angehörigenarbeit und psycho-soziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation* (S. 61–71). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- SCHULZE MÖNKING, H., STAROSTE, A. & BUIKER-BRINKER, M. (1996). Über die soziale Situation schi-

- zophrener Patienten im Verlauf einer 8-Jahres-Katamnese und die Bedeutung von Angehörigen für die psychosoziale Integration. *Psychiatrische Praxis*, 23, 282–284.
- SCHWARZER, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105–123.
- SCHWARZER, R. & LEPPIN, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Eine Metaanalyse. Göttingen: Hogrefe.
- SEELHORST, R.-M. (2000). Grenzen der Deinstitutionalisierung – Perspektiven der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 27, 64–67.
- SEGRAVES, R. T. (1980). Marriage and Mental Health. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 187–198.
- SENNEKAMP, W. (1995). Aspekte der emotionalen Belastung von Angehörigen Schizophrener. *Psychiatrische Praxis*, 22, 27–29.
- SEYDE, T. (1998). *Regionaler Psychiatrieplan der Stadt Leipzig*. Leipzig: Dezernat für Soziales und Gesundheit.
- SEYDE, T. (1999). *Jahresbericht der Psychiatrischen Versorgung der Stadt Leipzig 1998*. Leipzig: Dezernat für Soziales und Gesundheit.
- SHAVER, P. R. & CLARK, C. L. (1996). Forms of adult romantic attachment and their cognitive and emotional underpinnings. In G. G. NOAM & K. W. FISCHER (eds.), *Development and Vulnerability in Close Relationships* (pp. 29–58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- SIEGRIST, K. (1989). Sozialer Rückhalt und Normalität sozialen Handelns. In M. C. ANGERMEYER & D. KLUSMANN (Hrsg.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 64–76). Berlin: Springer.
- SIMON, M. D. (1994). Psychiatriereform und die Lebensqualität von Angehörigen von Schizophreniekranken. In H. KATSCHNIG & P. KÖNIG (Hrsg.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 231–239). Wien: Springer.
- SMITH, J., BIRCHWOOD, M., COCHRANE, R. & GEORGE, S. (1992). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 11–16.
- SOLOMON, P. S. & DRAINE, J. (1995a). Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 1156–1160.
- SOLOMON, P. S. & DRAINE, J. (1995b). Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419–427.
- SONG, L., BIEGEL, D. E. & MILLIGAN, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among family members of mentally ill adults: Relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419–427.
- SPANGENBERG, J. J. & THERON, J. C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *Journal of Psychology*, 133, 253–262.
- SPITZNER, A., BAR-TAL, Y. & GOLANDER, H. (1995). Social support: How does it really work? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 850–854.
- STEINERT, T. (1998). Das Krankheits»bild« der Schizophrenie. *Psychiatrische Praxis*, 25, 3–8.
- STELLING, K. (1997). *Die Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern. Theoretische und empirische Annäherungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fachbereich I/Psychologie der Universität Trier.
- STRAUSS, A. L. & CORBIN, J. M. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- STROMWALL, L. K. & ROBINSON, E. A. R. (1998). When a family member has a schizophrenic disorder: practice issues across the family life cycle. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (4), 580–589.
- SUEDMERSEN, I. M. (1983). Hilfe, ich erstickte in Texten! – Eine Anleitung zur Aufarbeitung narrativer Interviews. *Neue Praxis*, 13, 294–306.
- TAUSCH, R. (1998). Personenzentrierte Unterrichtung und Erziehung. In D. H. ROST (Hrsg.), *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie* (S. 33–354). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- TAYLOR, S. E. (1993). *Positive Illusionen. Produktive Selbsttäuschung und seelische Gesundheit*. Reinbek: Rowohlt.

- THARA, R. & SRINIVASAN, T. N. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 416–420.
- THIBAUT, J. W. & KELLEY, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- THOMPSON, E. H. & DOLL, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379–388.
- VAUGHN, C. & LEFF, J. P. (1989). Umgangsstile in Familien mit schizophrenen Patienten. In H. KATSCHNIG (Hrsg.), *Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zuhause* (S. 181–194). München: Psychologie Verlags Union (3., erweiterte Auflage).
- VAUGHN, C., SNYDER, K. S., FREEMAN, W., JONES, S., FALLOON, I. R. & LIBERMAN, H. (1982). Family factors in schizophrenia relapse: A replication. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43–44.
- VOGEL, B. (1999). *Ohne Arbeit in den Kapitalismus. Der Verlust der Erwerbsarbeit im Umbruch der ostdeutschen Gesellschaft*. Hamburg: VSA-Verlag.
- VON CRAMON, Y., WILZ, G., LEHMANN, A. & TAUTENHAHN, I. (2000). *Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten (C 2)*. Leipzig: Fortschrittsbericht an den Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS).
- VON KARDORFF, E. & SCHÖNBERGER, C. (2000). *Angehörige krebserkrankter Menschen in der stationären und ambulanten Rehabilitation. Belastungen – Unterstützungsleistungen – Hilfebedarf und Möglichkeiten professioneller Hilfestellungen (C 1)*. Berlin: Fortschrittsbericht an den Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS).
- WALTER, W. (1993). Unterstützungsnetzwerke und Familienbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. In K. LÜSCHER & F. SCHULTHEIS (Hrsg.), *Generationenbeziehungen in »postmodernen« Gesellschaften. Analysen zum Verhältnis von Individuum, Familie, Staat und Gesellschaft*. (= Konstanzer Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Bd. 7) (S. 331–354). Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- WARING, E. M., PATTON, D. P., NERON, C. A. & LINKER, W. (1985). Types of marital intimacy and prevalence of emotional illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 720–726.
- WASOW, M. (1985). Chronic schizophrenia and Alzheimer's disease. The losses for parents, spouses and children compared. *Journal of Chronic Disease*, 38 (8), 711–716.
- WATERS, B., MARCHENKO, I., ABRAMS, N., SMILEY, D. & KALIN, D. (1985). Assortive mating for major affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 5, 9–17.
- WATZL, H., NIEDERMEIER, T. & COHEN, R. (1995). Determinanten der Beziehung zwischen Expressed Emotion und schizophrenem Rückfall. In C. MUNDT, H. KICK & P. FIEDLER (Hrsg.), *Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation* (S. 91–102). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- WELTER-ENDERLIN, R. (1995). *Paare – Leidenschaft und Lange Weile. Frauen und Männer in den Zeiten des Übergangs*. München: Piper (4. Auflage).
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber (2. Auflage).
- WIEDEMANN, P. M. (1986). *Erzählte Wirklichkeit. Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- WIEDEMANN, P. M. (1995). Gegenstandsnahe Theoriebildung. In U. FLICK, E. v. KARDORFF, H. KEUPP, L. v. ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Sozialforschung* (S. 440–445). München: Psychologie Verlags Union (2. Auflage).
- WILMS, H.-U., JUNGBAUER, J. & MORY, C. (2000). Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit bei Angehörigen psychisch Kranker. *Das Gesundheitswesen (Sonderdruck: Sozialmedizin für die Zukunft. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), 27.–30.9.2000 in Berlin. Kurzfassung der Beiträge)*, 62, A 103.
- WITTCHEN, H.-U. (1998). *Psychiatrische Erkrankungen. Zusatzbefragung zum bundesweiten Gesundheitssurvey (Projektantrag)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- WITTCHEN, H.-U. & PFISTER, H. (Hrsg.) (1997). *Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt a. M.: Swets & Zeitlinger B. V.
- WITTMUND, B., DIAZ RUIZ DE ZÁRATE, J., & JUNGBAUER, J. (2000). When I got married I knew that my

- wife was mentally ill. Differences in the experience of caregiver burden in partners of schizophrenic patients. In European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH) (ed.), *4th International Conference »Psychiatric Reform and Service Research in Europe« in Leipzig, April 28–30, 2000. Abstracts* (p. 53). Leipzig: Universität Leipzig.
- WITTMUND, B. & JUNGBAUER, J. (2000). Belastungserleben und Belastungsfolgen bei Partnern schizophrener Patienten. *Das Gesundheitswesen (Sonderdruck: Sozialmedizin für die Zukunft. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), 27.–30.9.2000 in Berlin. Kurzfassung der Beiträge)*, 62, A 102.
- WOLLE, S. (1998). *Die heile Welt der Diktatur. Alltag und Herrschaft in der DDR 1971–1989*. Berlin: Ch. Links Verlag.
- ZAUMSEIL, M. & LEFERINK, K. (Hrsg.) (1997). Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hrsg.), *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie* (S. 6–26). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ZAUMSEIL, M. & ANGERMEYER, M. C. (1997). Die (Wieder-)Entdeckung der Kultur und subjektiver Bedeutung in der Untersuchung von psychischer Gesundheit und Krankheit. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 9–27). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ZENKER, W. (1998). *Aber an mich denkt keiner! Mein Partner ist chronisch krank*. Düsseldorf: Patmos Verlag.

Anhang A: 28 Fallportraits

Fallportrait 1/Interview 002

»Ich muss umlernen. Ich kann nich' och noch auf der Strecke bleiben.«

Frau Schreber (47 Jahre) ist auf dem Land aufgewachsen und stammt aus einfachen Verhältnissen. Viele Jahre lang hat sie in einem körperlich sehr anstrengenden Beruf in der Landwirtschaft gearbeitet. Wegen berufsbedingter Rückenprobleme wechselte sie später in die Verwaltung eines großen Industriebetriebs, wo sie bis zu ihrer vorzeitigen Berentung tätig war. Aus ihrer ersten Ehe hat Frau Schreber drei erwachsene Kinder, zu denen sie bis heute einen guten und regelmäßigen Kontakt hat. Ihren heutigen Ehepartner (55 Jahre) hat sie 1988 kennen gelernt und »mit seiner Krankheit geheiratet«. Herr Schreber war bereits als junger Mann an Schizophrenie erkrankt; ein Lehramtsstudium hatte er aufgrund der Erkrankung nach wenigen Semestern abbrechen müssen. In den vier Jahrzehnten seiner Erkrankung war Herr Schreber häufig in stationärer psychiatrischer Behandlung. Im Verlauf der Ehe war dies jedoch nur zwei Mal der Fall; weitere sich anbahnende schizophrene Episoden konnten ambulant abgefangen werden.

Rückblickend räumt Frau Schreber heute ein, dass sie zum Zeitpunkt der Eheschließung die vielfältigen Belastungen des Zusammenlebens mit dem schizophrenen Partner unterschätzt, die eigene Belastbarkeit hingegen überschätzt hat: »Am Anfang dachte ich, das kann doch nicht allzu schlimm sein [...], das verkraftete ich. Aber es gab dann nachher Phasen, wo ich's wirklich nicht mehr verkraftet hab.« Heute glaubt sie, dass sich die jahrelange Aufopferung für den Partner und das gleichzeitige Zurückstellen eigener Bedürfnisse rächt und einen hohen gesundheitlichen Tribut fordert.

Obwohl Frau Schreber beim Beginn der Partnerschaft wusste, dass ihr Mann psychisch krank war, war es äußerst belastend für sie, als zwei Jahre nach der Eheschließung ein akuter schizophrenen Schub auftrat. Das plötzlich veränderte Verhalten des erkrankten Ehepartners erlebte sie als bizarr und bedrohlich: »Dann hat er angefangen, wieder durchzudrehen. Dann hat er sich nackt ausgezogen, vor'n Spiegel gestellt und immer hin und hergewippt. Ich kannte ja so was davor nicht. Und da hab ich erst mal furchtbar Angst gekriegt.« Die akuten Stressbelastungen während des schizophrenen Schubs waren umso größer, als Frau Schreber gleichzeitig noch arbeiten gehen musste: »Keine Nacht konnte ich schlafen und musste ja nun gleichzeitig noch Schicht arbeiten. [...] Die Phase war am allerschlimmsten, die ich mit ihm erlebt hab.«

Hinzu kommt, dass sich Frau Schreber von den behandelnden Ärzten nie angemessen informiert fühlte: »Es hat mir sehr viel dran gelegen, dass ich mal mit jemandem mich drüber unterhalten kann, wie das mal später sich auswirkt und was da noch kommt. [Aber] was der Arzt mir da erzählt hat, da bin ich überhaupt nicht mit klargekommen. Das war in so 'nem Stil runtergeleiert, und ich konnte mir da überhaupt nichts drunter vorstellen.« Bis heute vermag Frau Schreber nicht die Diagnose *Schizophrenie* zu nennen oder zu erklären. Auch die Teilnahme an einer Informationsveranstaltung für Angehörige half ihr in dieser Hinsicht nicht viel weiter. »Es sind dann so viel Wörter und Fremdwörter, was

ich och gar nicht kapiere. Ich kann nicht mal die Krankheit richtig nennen. Wenn mich der Arzt fragt, sag ich, er ist nervenkrank.«

Längerfristig waren es vor allem die *vielen kleinen Alltagsbelastungen* des Zusammenlebens, welche Frau Schreiber in ihrer Summe als belastend und zermürbend erlebte. Das kräfteaubende Ringen um die Bewältigung des gemeinsamen Alltags, die ständige Sorge und Rücksichtnahme auf den kranken Ehepartner bei gleichzeitiger beruflicher Beanspruchung führte – wie Frau Schreiber heute glaubt – schließlich zu einem Zusammenbruch ihrer Gesundheit. Heute ist Frau Schreiber durch eine Vielzahl gravierender körperlicher Erkrankungen und Beeinträchtigungen belastet (Rückenschmerzen, Diabetes, Schilddrüsen-Überfunktion, Brustkrebs-Operation). Hinzu kamen immer häufiger Angst- und Erschöpfungszustände sowie schwere depressiven Episoden: »Nervlich hab ich das dann nicht mehr verkraftet. Das war dann mal so weit, dass mein Mann von sich aus seine Nervenärztin angerufen hat, und ich lag im Bett, hab nur noch geweint. Ich kam gar nicht mehr klar mit allem. [...] Jetzt bin *ich* soweit. Ich bin och in nervenärztlicher Behandlung.«

Aktuell steht für Frau Schreiber daher die *Sorge um ihre eigene Gesundheit* im Vordergrund und prägt ihren Alltag sehr stark. In den vergangenen zwölf Monaten war Frau Schreiber »fast täglich« bei unterschiedlichen Ärzten in Behandlung und musste eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen; ferner war sie aufgrund ihrer Krebserkrankung und der Depression insgesamt drei Monate in verschiedenen Kliniken. Ihre (bislang offenbar nicht diagnostizierten) Panikattacken schränken sie in ihren Alltagsaktivitäten zunehmend ein. Die vielfältigen gesundheitlichen Belastungen gehen umso mehr mit Ohnmachts- und Resignationsgefühlen einher, als Frau Schreiber ihrerseits vom Ehepartner kein Verständnis bzw. keine Hilfe erwarten kann. »Er versteht's ja nicht.«

Das *Erkennen der eigenen Belastbarkeitsgrenzen* ist für Frau Schreiber ein wichtiger Schritt im Hinblick auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen gewesen. Die Einsicht, sich in der Vergangenheit als »mütterlicher Typ« zu sehr für Andere aufgeopfert zu haben und zu wenig auf die eigenen Bedürfnisse Rücksicht genommen zu haben, hat dazu geführt, dass Frau Schreiber sich heute bemüht, etwas für sich selbst zu tun und *positive Gegengewichte zu ihren belastenden Alltagserfahrungen* zu setzen, z. B. Autogenes Training, Psychotherapie, Einkaufsbummel etc.: »Ich hab viel mit mir zu tun jetzt. Nun will ich sehen, dass ich das weitermache, denn ich muss umlernen. Ich kann nich och noch auf der Strecke bleiben.« Dabei spielt auch das Bestreben, eine angemessenere emotionale Distanz zum erkrankten Ehepartner herzustellen und eigene Freiräume im Alltag zu schaffen eine wichtige Rolle: »Was ich jetzt erst gelernt hab, ich muss och mal alleene.«

Im Hinblick auf das alltägliche Zusammenleben hat sich für Frau Schreiber im Lauf der Jahre eine *krankheitsangepasste Alltagsroutine* eingependelt. Diese Normalisierung des gemeinsamen Lebens- und Krankheitsalltags umfasst zum einen individuell angemessene Arrangements und Gewohnheiten (z. B. Zubettgehen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, Mahlzeiten etc.), zum anderen die Einschätzung, die Schwierigkeiten des Zusammenlebens im Großen und Ganzen routiniert bewältigen zu können: »Da hab ich mich nun schon alles dran gewöhnt. Da bin ich schon ganz schön vorwärts gekommen.« Frau Schreiber möchte ihren Mann trotz seiner schizophrenen Erkrankung nicht zu sehr in die Rolle eines »Pflegefalles« zu drängen und räumt ihm deswegen bewusst Freiräume ein, z. B. bei seiner Alltagsgestaltung (Herrn Schreibers Hobby ist Straßenbahnfahren) und der

Medikamenteneinnahme: »Ich will ihm ja nicht seine Persönlichkeit nehmen, dass ich ihn nur kontrolliere. Er muss ja och alleene wissen, dass er damit zurecht kommt.«
 Trotz der vielfältigen Einschränkungen, Belastungen und Sorgen die Frau Schreber durch die Schizophrenie ihres Ehepartners erlebt, kommt eine Trennung für sie unter keinen Umständen in Frage. Das *Verantwortungsgefühl und die Solidarität dem erkrankten Partner gegenüber* wiegen für Frau Schreber schwerer als die Einschränkungen und Probleme des Zusammenlebens: »Ich hab ihn ja nicht geheiratet, damit ich ihn auf der Strecke lasse. Erstens würde er jämmerlich zugrunde gehen, und ich könnte das mit meinem Gewissen gar nicht vereinbaren.« An diesem Punkt bekundet Frau Schreber durchaus einen *gewissen Stolz auf die eigene Betreuungsleistung*. Zugleich weist sie auf positiven Seiten des Zusammenlebens hin, um ihre *Wertschätzung des erkrankten Ehepartners* zu begründen: »Er ist ja seelensgut. Ich kann ja nicht sagen, dass er böse zu mir ist oder was. Er sagt mir *nie* ein schlimmes, böses Wort.«

Fallportrait 2/Interview 109

»Mit dem Krankenhaus und dem Therapieplan bin ich nicht zufrieden.«

Herr Poppe ist 36 Jahre alt; beruflich ist er als Elektriker tätig. Mit seiner erkrankten Ehepartnerin ist er seit 1988 verheiratet. Gemeinsam mit dem achtjährigen Sohn und der Mutter von Herrn Poppe lebt das Ehepaar im eigenen Haus. Frau Poppe (30) war bis zum Beginn ihrer Schizophrenie sehr engagiert als Lehrerin berufstätig. Ihre Ersterkrankung liegt etwa ein halbes Jahr zurück, und es ist zur Zeit noch nicht abzusehen, ob sie wieder in ihren Beruf zurückkehren kann. Der bisherige Krankheitsverlauf war zunächst von starken Schwankungen und »Rückschlägen« gekennzeichnet; erst in letzten Wochen zeichnet sich eine Konsolidierung ihres Gesundheitszustands ab. Seit dem Beginn ihrer Erkrankung wird Frau Poppe (mit einer kurzen Unterbrechung) in einer psychiatrischen Klinik behandelt; die Wochenenden verbringt sie inzwischen wieder zu Hause bei ihrer Familie. Herr Poppe wurde vom ersten schizophrenen Schub seiner Frau wie von einer *plötzlich hereinbrechenden Naturkatastrophe* überrascht: »Vor allen Dingen [war belastend], dass es für mich binnen von Stunden geschehen ist. Ich komm nach Hause, und sie ist der Meinung, wir müssen die Welt retten.« Die plötzlich auftretenden Wahnideen, das bizarre Verhalten und die katatonen Symptome seiner Frau erschreckten ihn zutiefst, zumal sich der Zustand seiner Frau rasch verschlimmerte. Nun kam es zu dramatischen, sich überschlagenden Ereignissen: »Na ja und dann ((seufzt)), klar, Notarzt, Überfallkommando, muss ich mal so sagen. Mit Festhalten und Beruhigungsspritzen ruhig gestellt. Sie hat sich unheimlich dagegen gesträubt.« Herrn Poppes anfängliche Uninformiertheit im Hinblick auf die Symptome und die Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Krankheiten trug zusätzlich zu seiner Verunsicherung und dem Gefühl des Kontrollverlusts bei: »Für mich [war das alles] unverständlich, weil ich null Ahnung davon hatte. Ich bin völlig kopflos durch die Gegend gelaufen.«

Nach der Klinikeinweisung seiner Frau war Herr Poppe mit einer Situation konfrontiert, die eine Reihe zusätzlicher Alltagsbelastungen mit sich brachte und viele Umstellungen erforderte. So musste er nun allein »den ganzen Haushalt bewältigen. Schularbeiten. Sachen, um die ich mich noch nie zu kümmern brauchte«. Diese neuen und ungewohnten

Anforderungen mussten mit der weiterhin ausgeübten Berufstätigkeit und den täglichen Klinikbesuchen koordiniert werden. Hinzu kamen die vielen Sorgen und Ängste, die Herr Poppe nach der Erkrankung seiner Frau empfand (z. B. hinsichtlich eines möglichen Selbstmordversuchs). Die *Kumulation dieser Belastungen* führte dazu, dass er sich häufig überfordert fühlte und zu *starken emotionalen Stressreaktionen* neigte (z. B. Reizbarkeit bei geringfügigen Anlässen, wütendes Herumschreien).

Im Hinblick auf die Bewältigung praktischer Anforderungen und Verpflichtungen stellte die Solidarität innerhalb der Familie eine wichtige Ressource dar. So war es für Herrn Poppe eine große Erleichterung, Teile der Haushaltsführung an seine Mutter, seine Schwiegereltern und an seine Schwester abgeben zu können. Auch die Gespräche innerhalb der Familie empfand Herr Poppe immer wieder als entlastend, zumal er die Gespräche mit den behandelnden Ärzten in der Regel als oberflächlich und wenig hilfreich erlebte. In letzter Konsequenz fühlt er sich jedoch bei der Bewältigung seiner Situation auf sich allein gestellt. In diesem Zusammenhang versucht Herr Poppe immer wieder, sich eine *realistische, aber kämpferische Grundhaltung* zu bewahren, die von Geduld und Besonnenheit geprägt ist.

Herr Poppe ist entschlossen, alle verfügbaren Möglichkeiten auszuschöpfen, die zu einer Genesung seiner Frau beitragen und das Risiko eines Rückfalls verringern können. Anfangs zeigte sich dies z. B. in einer ausgeprägten Compliance im Hinblick auf ärztliche Anweisungen und Behandlungsvorgaben. In diesem Zusammenhang fühlte er sich gleichsam als Vermittler zwischen den Ärzten, seiner erkrankten Frau und der allmählich ungeduldig werdenden Familie. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit Fachliteratur und Ratgeberbüchern versuchte er, seine anfänglichen Wissensdefizite hinsichtlich der Erkrankung seiner Frau auszugleichen. Heute fühlt sich Herr Poppe aufgrund seiner *Beschäftigung mit der Erkrankung* als informierter, kritischer Angehöriger, der um die seiner Ansicht nach gravierenden Mängel in der Psychiatrie weiß und auch mögliche Behandlungsalternativen beurteilen kann.

Dabei hat er vor allem einen sehr *hohen Anspruch an die ärztliche Behandlung* in der psychiatrischen Klinik: »Ich hab dem Doktor klargemacht, dass ich von ihm erwarte, dass sie meiner Frau die optimalste Behandlung gewährleisten können.« In diesem Zusammenhang hat Herr Poppe (nicht zuletzt aufgrund seiner intensiven Beschäftigung mit einschlägigen Fachbüchern und Ratgebern) inzwischen recht konkrete Vorstellungen im Hinblick auf effektive therapeutische Maßnahmen (z. B. sorgfältige Information und Einbeziehung des Ehepartners in die Behandlung; häufige, intensive Einzelgespräche mit der Patientin; flexibler, patientengerechter Behandlungsplan). Diese Erwartungen sieht er allerdings kaum eingelöst. So wirft er beispielsweise den behandelnden Ärzten vor, sie hätten ihn durch widersprüchliche oder nichts sagende Information immer wieder nur zusätzlich verunsichert. Herr Poppe fühlt sich von den Ärzten nicht ernst genommen, obwohl er glaubt, dass seine Expertise als Ehepartner sehr wichtig für die Behandlungsplanung wäre: »Es hat noch nie einer gefragt: Herr Poppe, Sie haben ja nu jede Woche Ihre Frau zu Hause, wie schätzen Sie denn die Situation Ihrer Frau ein?« Zugleich unterstellt er eine lieblose, eintönige und ineffektive Behandlungsgestaltung im Klinikalltag. Obwohl er einräumt, dass der Umgang mit einer schweren psychischen Krankheit auch für Professionelle schwierig sein kann und deren Hilfemöglichkeiten oft begrenzt sind, zieht er eine recht *negative Zwischenbilanz im Hinblick auf die medizinischen Möglich-*

keiten: »Ich muss sagen, ich bin mit dem Krankenhaus und dem Therapieplan nicht zufrieden.«

Fallportrait 3/Interview 171

»Es gab viele Situationen, wo wirklich mein Leben in Gefahr war.«

Frau Eberhard ist 59 Jahre alt; zu DDR-Zeiten war sie Abteilungsleiterin in einem Warenhaus, nach der Wende Sachbearbeiterin in einer Spedition. Mit ihrem erkrankten Ehepartner (60) ist sie seit fast 40 Jahren verheiratet; der erste schizophrene Schub trat vor 18 Jahren auf. Im Lauf der Erkrankung wurde das Zusammenleben immer schwieriger. Hinzu kam nach und nach eine Reihe schwerer körperlicher Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs), sodass eine intensive Betreuung und Pflege notwendig wurde. Über Jahre hinweg pflegte sie ihren Mann zu Hause; aufgrund der großen Belastungen entschloss sie sich Ende 1998 zu einer räumlichen Trennung. Heute lebt sie allein in der ehemals gemeinsamen Wohnung; »offiziell« hat ihr Mann zwar noch ein eigenes Zimmer, aber keinen Wohnungsschlüssel mehr. Herr Eberhard bewohnt ein eigenes Appartement im Rahmen des Betreuten Wohnens; Frau Eberhard besucht ihren Mann an mehreren Tagen in der Woche für einige Stunden. Sie kümmert sich um praktische und organisatorische Dinge (z. B. Arztkontakte, Wäschewaschen) und unternimmt Ausflüge mit ihrem Mann. Ab und zu nimmt sie ihn zu einer Reise mit, z. B. wenn sie ihre Schwester in Norddeutschland besucht.

Der *Ausbruch der Schizophrenie* erlebte Frau Eberhard als Katastrophe mit verheerenden Folgen für das Familienleben. Bereits zu Beginn der Erkrankung schätzte sie die Genesungschancen sehr pessimistisch ein: »Eins war mir klar nach zwei Wochen, er konnte nie wieder gesund sein.« Besonders große Sorgen machte sie sich um ihre damals erst achtjährige Tochter. Die Verfolgungsideen und Selbstmorddrohungen ihres Mannes waren für Frau Eberhard umso belastender, als sie zum damaligen Zeitpunkt kaum etwas über schizophrene Erkrankungen wusste und sich von den behandelnden Ärzten nicht ausreichend informiert fühlte. Ihre ersten Erfahrungen mit der Psychiatrie (»geschlossene Anstalt«; »Elektroschocks«) erschreckten sie und trugen zusätzlich zu ihrer *Angst und Verunsicherung* bei.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung wurde das eheliche Zusammenleben immer schwieriger und belastender. Frau Eberhard erlebte ihren Mann als stark verändert in seiner Persönlichkeit (»Er war gar nicht mehr er selber«). Sie hatte das Gefühl, für das Zurückstellen ihrer eigenen Bedürfnisse nicht das Geringste zurückzubekommen, sondern im Gegenteil von ihrem Mann nur missachtet und gedemütigt zu werden. Viele Jahre lang litt sie unter seiner Übellaunigkeit, Aggressivität und Rücksichtslosigkeit. »Die Funktion des Mannes« in Familie und Haushalt (Organisation, Autoreparaturen, Renovieren etc.) musste von Frau Eberhard »mitübernommen« werden, weil ihr Mann nicht mehr dazu bereit war. Hinzu kamen sexuelle Demütigungen und das häufige Fremdgehen ihres Ehemanns, durch das sich Frau Eberhard besonders verletzt fühlte: »Normalerweise war's keine Partnerschaft mehr, schon viele Jahre nicht mehr.«

Das größte Problem war für Frau Eberhard jedoch die *zunehmende Gewalttätigkeit* ihres Mannes. Im Lauf der Zeit sah sie ihre anfänglichen Befürchtungen hinsichtlich der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit psychisch Kranker bestätigt. »Er war jähzornig und

bösartig, ich habe viel durchgemacht mit ihm.« Nicht selten war sie Opfer massiver Bedrohungen und körperlicher Misshandlungen, die z. T. ernsthafte Verletzungen verursachten: »Es gab viele Situationen, wo wirklich mein Leben in Gefahr war.« Über viele Jahre hinweg war die Angst vor gewalttätigen Übergriffen ihres Mannes im Alltag von Frau Eberhard allgegenwärtig.

Als ihr Mann aufgrund schwerer körperlicher Erkrankungen pflegebedürftig wurde, versah sie die damit verbundenen Tätigkeiten des Waschens, Essenanreichens etc. Das Zusammenleben wurde jedoch durch diese zusätzliche Belastung so unerträglich, dass sie sich am Ende ihrer Kräfte fühlte. In dieser Phase war das Gefühl der Verzweiflung und Ausweglosigkeit so stark, dass sie »nicht mehr aus noch ein wusste« und häufig an Selbstmord dachte. Erst nach langem Zögern und auf dringendes Anraten der Ärzte hin fasste Frau Eberhard schließlich den *Entschluss zu einer räumlichen Trennung* von ihrem Mann. Im Nachhinein bewertet sie diese Lösung als einzig möglichen Ausweg.

Obwohl Frau Eberhard diese räumliche Trennung zunächst als große Entlastung erlebte, brach sie nach kurzer Zeit nervlich völlig zusammen. Der gewohnte Alltagsstress – so belastend er gewesen war – wurde unvermittelt von einer existenziellen Sinnkrise abgelöst. Frau Eberhard hatte das beängstigende Gefühl, »in ein tiefes Loch zu fallen«. Erst in ihrer veränderten Situation wurde ihr schmerzlich bewusst, wie sie all die Jahre verbracht hatte – immer nur für ihren Mann dagewesen zu sein, nichts dafür zurückbekommen zu haben und ihr eigenes Leben gar nicht gelebt zu haben: »Jeder Mensch hat doch ein Recht auf Persönlichkeit und Zuneigung. Das hab ich all die Jahre nicht gehabt. Da kommt man schon ins Grübeln, da sacht man, warum ist das alles so [gewesen].«

Frau Eberhard fühlt sich heute häufig sehr niedergeschlagen und kraftlos. Als Folge der langjährigen Belastungen leidet sie unter schweren Depressionen mit gravierenden Antriebsproblemen und Schlafstörungen. Wegen ihrer psychischen Schwierigkeiten ist sie seit ihrem Zusammenbruch in nervenärztlicher Behandlung und nimmt Antidepressiva. Nach einer sechswöchigen Kur in einer psychosomatischen Reha-Klinik hat sie das Gefühl, dass es langsam wieder aufwärts geht; allerdings rechnet sie mit einer langen Phase der Erholung (»Das sitzt alles zu tief«). Um gegen ihre Depression anzukämpfen, will sie mehr für sich selbst tun. Statt »ins Schneckenhaus zu kriechen«, versucht sich Frau Eberhard durch angenehme Beschäftigungen (Autofahren, Spaziergehen, Gartenarbeit) abzulenken. Außerdem möchte sie ihre Einsamkeit überwinden und Kontakt zu ebenfalls Betroffenen aufnehmen. Sie hofft so, mit verständnisvollen Zuhörern über ihre Situation reden zu können und nicht mehr alles in sich »reinfressen« zu müssen. Einen ersten Schritt hat sie schon durch die Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfegruppe unternommen.

Dass Frau Eberhard unter äußerst schwierigen Bedingungen 16 Jahre lang bei ihrem Mann aushielt und die mit dem Zusammenleben und der Pflege verbundenen Belastungen aufopferungsvoll ertrug, ist einem ausgeprägten *Gefühl der Verpflichtung* ihrem Mann gegenüber zuzuschreiben. Diese wahrgenommene Verpflichtung hat offenbar unterschiedliche Aspekte: Zunächst spielen hier ihre konservative Wertvorstellungen von der Ehe als lebenslanger Gemeinschaft eine wichtige Rolle. Der damit verbundene normative Anspruch hinsichtlich unbedingter ehelicher Solidarität ging einher mit ihrem hohem individuellen Anspruch an sich selbst, von ihr übernommene Pflichten möglichst tadellos zu erfüllen und nicht versagen zu dürfen (»Perfektionismus«). Hinzu kam ihre Befürchtung, sich moralisch schuldig zu machen und von Anderen möglicherweise dafür verurteilt zu wer-

den, wenn sie ihren Mann »im Stich lassen« würde. Aus all diesen Gründen ist es für Frau Eberhard bis heute undenkbar, den Kontakt zu ihrem Mann vollständig abzubrechen.

Fallportrait 4/Interview 116

»Dass ich eine Liebe verloren habe, ist das Erschütterndste daran.«

Herr Schenkendorf ist 35 Jahre alt; beruflich ist er als Ingenieur in einer Forschungseinrichtung tätig. Seit 1983 ist er mit seiner erkrankten Ehefrau (43) verheiratet und hat mit ihr gemeinsam drei Kinder im Alter von 8, 10 und 13 Jahren. Die Schizophrenie entwickelte sich bei Frau Schenkendorf allmählich und nach einer langen Prodromalphase. Im Verlauf mehrerer Jahre verschlechterte sich ihr Zustand langsam, aber stetig. Ihre psychischen und sozialen Beeinträchtigungen (massive Ängste, sozialer Rückzug, körperliche Verwahrlosung, Antriebsverlust) waren schließlich so gravierend, dass sie ihren Beruf als Juristin nicht mehr ausüben konnte. 1997 wurde gegen ihren Willen die Einweisung in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik angeordnet. Im Verlauf der sich daran anschließenden fast zweijährigen psychiatrischen Behandlung (davon ca. acht Monate stationär) besserte sich ihr Gesundheitszustand nur langsam. Inzwischen ist ihr Funktionsniveau wieder relativ gut und stabil, trotzdem ist sie voraussichtlich noch für längere Zeit auf eine mindestens halbtägige tagesklinische Betreuung angewiesen. Frau Schenkendorf lebt heute zwar wieder zu Hause bei ihrer Familie und hat wieder einige Aufgaben im Haushalt und in der Erziehung der Kinder übernommen. Das Verhältnis zu ihrem Mann hat sich jedoch grundlegend verändert: Herr Schenkendorf ist zwar bereit, die Beziehung und das Zusammenleben in einem Haushalt aufrechtzuerhalten, »solange es noch notwendig ist«, aber er sieht seine Ehefrau nicht mehr als Liebespartnerin. Vor einiger Zeit hat er eine neue und offenbar auf Dauer angelegte Partnerschaft zu einer anderen Frau geknüpft, sodass sich aktuell das Bild einer »Dreiecks-Beziehung« bietet. Herr Schenkendorf deutete das veränderte Verhalten seiner Frau sehr lange nicht als Symptome einer psychischen Krankheit, sondern vielmehr als Bestandteil einer schweren *Beziehungskrise*. Dabei dürfte von Bedeutung sein, dass sich die Schizophrenie nur allmählich und gleichsam »schleichend« entwickelte. Erst retrospektiv erkannte er betroffen, dass er die damalige Situation vollkommen falsch eingeschätzt hatte und dass die von ihm erlebte Beziehungskrise nicht durch ein »Versagen der Liebe«, sondern durch eine »richtige Krankheit« bedingt war. Umso tragischer empfindet er es heute, dass in dieser Zeit die Liebe zu seiner Ehefrau wohl unwiederbringlich verloren gegangen ist: »Dass ich eine Liebe verloren habe, ist das Erschütterndste daran.«

Als schließlich eine Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik unumgänglich wurde, wurde Herrn Schenkendorf klar, dass er die Situation falsch eingeschätzt hatte: »Irgendwann konnte man nicht mehr die Augen davor verschließen, dass es eine Krankheit war.« Diese Erkenntnis bedeutete eine starke *emotionale Belastung* für ihn. Gleichzeitig musste er während der psychiatrischen Behandlung seiner Frau *zusätzliche Aufgaben und Verpflichtungen* übernehmen, v. a. im Hinblick auf die Erziehung der Kinder und die Haushaltsführung. Hinzu kamen die gleichzeitige Ausübung seines zeitaufwändigen Berufs und die täglichen Besuche in der psychiatrischen Klinik: Die *Kumulation unterschiedlicher Anforderungen und Belastungen* kostete Herrn Schenkendorf sehr viel Kraft. Immer

wieder fühlte er sich durch die Situation überfordert; er durchlebte damals »echte Depressionen« in denen er das Gefühl hatte, dass »kein Land mehr in Sicht« war.

Bis heute leidet Herr Schenkendorf unter *quälenden Schuldgefühlen*, die sich darauf beziehen, beim Beginn der Schizophrenie falsch reagiert und so den Erkrankungsverlauf verschlimmert zu haben. Dabei wirft er sich vor allem vor, sich in den damaligen Beziehungskonflikten mit seiner Frau rücksichtslos und grob verhalten zu haben und viel zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben (»Ich persönlich war ja vollkommen im Unrecht, [aber] ich hab's nicht begriffen«). Dieser »Selbsterfleischungsprozess« ist bis heute sehr schmerzhaft und offenbar noch lange nicht abgeschlossen: »Das dauert (2), bis man so was (2) fasst (5). [lange Sprechpausen] Ich bin immer noch an dem Punkt, wo ich sage: Hättest du nur gleich den Arzt behandeln lassen!«

Aufgrund der langen Partnerschaft (18 Jahre, davon 16 Jahre verheiratet) und der früher sehr intensiven emotionalen Beziehung empfindet Herr Schenkendorf eine besondere *Verantwortung und Verpflichtung* seiner Frau gegenüber. Dabei dürfte auch eine wichtige Rolle spielen, dass er generell einen hohen *ethisch-moralischen Anspruch* an sein Handeln hat und es immer wieder darauf hin reflektiert. Hinzu kommt, dass sich Herr Schenkendorf seiner Frau gegenüber immer noch schuldig fühlt und durch unbedingte Solidarität sein Verhalten während des Erkrankungsbeginns wieder gutmachen will. Eine Trennung von seiner Frau lehnt Herr Schenkendorf kategorisch ab, solange diese gesundheitlich nicht wieder weitgehend wiederhergestellt ist und ihn nicht mehr braucht. Solange dies nicht der Fall ist, kommt eine Scheidung für Herrn Schenkendorf nicht in Frage. Er nimmt dabei nicht zuletzt auch Konflikte mit seiner neuen Partnerin in Kauf, weil er »die Beziehung zu meiner Frau in dieser Art, wie sie besteht«, nicht in Frage stellt.

Die aktuelle »Dreiecks-Beziehung« stellt für Herrn Schenkendorf ein zwar unkonventionelles, aber ethisch durchaus nicht fragwürdiges Beziehungsarrangement dar. Weil er in hohem Maße Verantwortlichkeit für seine Ehefrau und seine Kinder empfindet, ist er fest entschlossen, den äußeren Rahmen von Ehe und Familie »mit Abstrichen« aufrechtzuerhalten: »Das geht schon. Das soll auch so weitergehen, solange es noch notwendig ist.« Zugleich hält er es für grundsätzlich unmöglich, zwei Frauen gleichzeitig zu lieben und begehren. Seiner Ehefrau gegenüber empfindet er nicht mehr Liebe, sondern eher »väterliche« Gefühle von Verantwortung und Wohlwollen. In der gegebenen Situation erscheint Herrn Schenkendorf das derzeitige Beziehungsarrangement zwar nicht als vollständig befriedigende, aber immerhin als bestmögliche Lösung.

Fallportrait 5/Interview 008

»Unser Verhältnis hat sich überhaupt nicht verändert, höchstens zum Positiven noch.«

Herr Schubert ist 45 Jahre alt. Bis zum Zusammenbruch der DDR war er in seinem erlernten Beruf als Handwerker tätig, nach der Wende fand er eine Beschäftigung als Verkäufer in einem Autohaus. Mit seiner erkrankten Ehepartnerin (44) ist Herr Schubert bereits seit über 26 Jahren verheiratet; das Ehepaar hat eine 20-jährige Tochter, die noch zu Hause wohnt. Anfang 1984 – nach zwölf Ehejahren – erlitt Frau Schubert erstmalig einen schizophrenen Erkrankungsschub. Seitdem sind im Abstand von jeweils ca. fünf Jahren drei

weitere psychotische Episoden aufgetreten, die jeweils mit einem stationären Psychiatrieaufenthalt verbunden waren; die Berentung von Frau Schubert erfolgte Anfang der 90er Jahre nach der Wende; heute ist sie stundenweise als Haushaltshilfe tätig, »um mal unter die Leute zu kommen«.

Den *Erkrankungsbeginn* seiner Frau erlebte Herr Schubert als sehr einschneidendes und belastendes Ereignis: »Wie aus heiterem Himmel« traten Verfolgungsideen auf, die mit einem dramatisch veränderten Verhalten einhergingen (Angstzustände, um Hilfe schreien, körperliche Aggressionen) und eine sofortige Klinikeinweisung notwendig machten. Angesichts des völlig veränderten Wesens seiner Frau und der anfangs nur langsamen Besserung in der Klinik erlebte er während dieser Zeit sehr *belastende Gefühle der Hilflosigkeit, der Verzweiflung und der Hoffnungslosigkeit*.

In den folgenden Jahren lernte Herr Schubert, die Erkrankungssymptome und das Verhalten seiner Frau vor und während einer psychotischen Episode besser einzuschätzen; die Schizophrenie erlebt er heute deshalb nicht mehr im gleichen Maße als beängstigend und bedrohlich wie zu Beginn der Erkrankung. Trotzdem ist er sich auch der Grenzen seines Verstehens bewusst, insbesondere was den »Graubereich« zwischen Normalität und Krankheit angeht: »Man merkt das nicht immer, man denkt manchmal: Na, schlechte Laune oder irgendwas.« Die schizophrenen Schübe sind für Herrn Schubert auch heute noch mit Belastungen verbunden. Insbesondere die aggressive Reizbarkeit seiner Frau empfindet Herr Schubert immer wieder als schwere *Erschütterung der Beziehungs- und Familienharmonie*. Auch die meist ca. sechswöchige räumliche Trennung von der Partnerin während eines stationären Psychiatrieaufenthalts bedeutet eine sehr unangenehme Einschränkung für ihn. Neben dem hohen Aufwand an Zeit und Energie für die täglichen Besuche erlebt er den zeitweiligen Verlust des gewohnten harmonischen Beziehungsalltags und der damit verbundenen häuslichen Geborgenheit als belastend.

Trotz dieser z. T. erheblichen Einschränkungen und Belastungen hat Herr Schubert die Partnerschaft zu seiner erkrankten Frau offenbar nie ernsthaft in Frage gestellt. Eine Trennung war für ihn schon aufgrund *moralischer Erwägungen* indiskutabel: »Das Schlimmste, was man [den Kranken] antun kann, ist sie im Stich zu lassen.« Die Unterstellung seiner Frau kurz nach dem Ausbruch ihrer Schizophrenie, er werde sich nun sicher von ihr trennen, empfand Herr Schubert deswegen als kränkend und verletzend. In diesem Zusammenhang ist jedoch auch von wichtiger Bedeutung, dass Herr Schubert sein Ehe- und Familienleben insgesamt als überaus *harmonisch und befriedigend* erlebt: »Mit meiner Frau komm ich blendend aus [und] wir ham ä sehr gutes Verhältnis zu unserer Tochter.« Diesem ausgezeichneten Verhältnis hat nach Auffassung von Herrn Schubert auch die langjährige Schizophrenie der Ehepartnerin nichts anhaben können – im Gegenteil: »Unser Verhältnis hat sich überhaupt nicht verändert, höchstens zum Positiven mehr noch.« Durch die Notwendigkeit, »noch ä bisschen mehr aufeinander zuzugehen, *beide*, [ist unsere Beziehung] noch intensiver geworden«. Das intakte Familienleben ist für Herrn Schubert umso wichtiger, als es außerhalb der Familie keine engeren Freundschaften und Beziehungen gibt und die Verwandtschaftsbeziehungen offenbar durch die psychische Erkrankung seiner Frau in die Brüche gegangen sind: »Das Wichtigste ist, dass wir beide zueinander halten und uns gut verstehen.«

Herrn Schuberts große Wertschätzung seiner erkrankten Ehefrau gegenüber kommt besonders deutlich in seinem Bestreben zum Ausdruck, eine *partnerschaftliche und gleich-*

berechtigte Beziehung zu ihr aufrechtzuerhalten. Er bemüht sich bewusst, seine Ehepartnerin ungeachtet ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen und Defizite ernst zu nehmen, ihre Entscheidungen zu respektieren und ihre weitgehende Eigenverantwortlichkeit (z. B. hinsichtlich der Medikamenteneinnahme) zu unterstützen. Die Grenzen der eigenen Einflussnahme zu akzeptieren ist für Herrn Schubert jedoch auch mit inneren Ambivalenzen verbunden. Beispielsweise schwankt Herr Schubert im Hinblick auf die Nebentätigkeit seiner Frau zwischen Respekt, Stolz und der Sorge, dass sie sich zuviel Belastung zumutet und dass dadurch das Rückfallrisiko steigen könnte.

In den 16 Jahren, die seit der ersten psychotischen Episode seiner Ehepartnerin vergangen sind, hat für Herr Schubert ein *Lernprozess hinsichtlich des Umgangs mit der Erkrankung* stattgefunden. So hat er z. B. im Lauf der Zeit viele Erfahrungen und Kompetenzen im Hinblick auf die Schizophrenie erworben und dadurch anfängliche Unsicherheiten und Vorurteile abgebaut: »Verändert hat sich auf jeden Fall meine Einstellung zu der Krankheit überhaupt.« Im Lauf der Zeit hat Herr Schubert die Vorstellung akzeptiert, dass die psychische Erkrankung seiner Frau chronisch ist und es etwa alle fünf bis sechs Jahre zu einer akuten psychotischen Episode kommt. Nach und nach gelang es Herrn Schubert, die Frühwarnzeichen eines Rückfalls (z. B. Schlaflosigkeit, Gereiztheit) aufgrund von Erfahrungswerten besser zu erkennen und angemessener zu reagieren. Um das Risiko eines erneuten Krankheitsschubs zu minimieren, versucht Herr Schubert seine Frau so weit wie möglich zu unterstützen und zu entlasten. Nicht zuletzt sieht Herr Schubert das harmonische Familienleben und das liebevolle Verhältnis zwischen ihm und seiner Frau als wichtigen Schutzfaktor im Umgang mit der Erkrankung: »Wir haben so ein gutes Verhältnis, och mit unserer Tochter. [...] Das, glaub ich, hilft ihr auch sehr, sehr viel.«

Fallportrait 6/Interview 121

»Wir machen nicht viel. Wir liegen viel in unserer Freizeit, das entspannt uns.«

Herr Schneider ist 58 Jahre alt. In seiner Jugend hat er eine Lehre als Mauerer gemacht, war aber später bei der NVA tätig. Aufgrund seiner psychischen Probleme konnte er später nur noch eine leichte Tätigkeit als Pförtner ausüben. Im Alter von 28 Jahren musste sich Herr Schneider zum ersten Mal wegen einer schweren Depression in stationäre psychiatrische Behandlung begeben. Insgesamt war er etwa sechsmal wegen depressiver Episoden in einer psychiatrischen Klinik; beim letzten Klinikaufenthalt vor acht Jahren traten zusätzlich Halluzinationen und Wahngedanken auf (Diagnose: schizoaffektive Störung). Seit 1991 bezieht er eine Erwerbsunfähigkeits-Rente. Seiner heutigen Ehepartnerin (54) begegnete Herr Schneider zum ersten Mal 1977 in der psychiatrischen Klinik; vier Jahre später trafen sich die beiden aus Zufall wieder und knüpften eine Beziehung an. Nach langjähriger Verlobungszeit heiratete das Paar 1988. Frau Schneider ist bereits seit über 30 Jahren an Schizophrenie erkrankt und wurde in diesem Zusammenhang mehrmals stationär behandelt. Der letzte Psychiatrieaufenthalt war 1977, seither konnten sich anbahnende akute Krankheits-episoden immer ambulant abgefangen werden. Trotz ihrer Erkrankung und der dadurch bedingten Defizite war sie viele Jahre als Sekretärin tätig; im Zuge der Berentungswelle nach der Wende entschloss sie sich, eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen.

Herr Schneider fühlt sich durch seine *eigenen psychischen Probleme* stark beeinträchtigt. Aufgrund seiner eigenen langjährigen depressiven bzw. schizoaffektiven Erkrankung hat er das Gefühl, zu einem Außenseiter der Gesellschaft geworden zu sein. Der Umgang mit anderen (v. a. unbekannt) Menschen ist ihm eher unangenehm; Stress und Aufregung kann er nicht ertragen, und er fühlt sich schnell überfordert. Besonders seine seit vielen Jahren bestehende Schlaflosigkeit macht Herrn Schneider sehr zu schaffen. Mit den Jahren ist jedoch sein Anspruchsniveau im Hinblick auf sein Wohlbefinden gesunken: »[Die Schulnote] drei bis vier ist mein befriedigender Zustand, wenn mich jemand fragen tut.« Herr und Frau Schneider führen ein *ruhiges Leben*. »Wir machen nicht viel. Wir liegen viel in unserer Freizeit, das entspannt uns.« Das Paar verbringt viel Zeit gemeinsam zu Hause; Fernsehen, Radio hören, Lesen oder einfach nur gemütliches Auf-dem-Sofa-Liegen stellen bevorzugte Beschäftigungen dar. Dieses kontemplative und ereignisarme Leben wird von beiden Partnern als sehr angenehm empfunden, auch wenn es zuweilen mit Langeweile verbunden ist. Die mit vergleichsweise geringen Anforderungen und Verpflichtungen verbundene Alltagsgestaltung stellt zugleich einen *krankheitsangepassten Lebensstil* dar. Aufregung und Stress werden weitgehend vermieden, um das Risiko eines erneuten psychotischen Schubs zu minimieren: »Es ist wichtig, sich nicht viel zu ärgern und so weiter, [damit wir] gut über die Runden kommen.«

Gegenseitige Hilfe und Unterstützung stellt für Herrn Schneider ein wichtiges Fundament der Partnerschaft dar. So bringt die verminderte Belastbarkeit seiner Frau Einschränkungen mit sich (z. B. bei der Bewältigung der Hausarbeit) und erfordert eine gewisse Rücksichtnahme und Mithilfe von seiner Seite. Umgekehrt verlässt sich Herr Schneider selbst in vielen Dingen auf die Unterstützung seiner Frau (z. B. Organisation des Haushalts, Umgang mit Ärzten und Behörden). Dabei ist sich Herr Schneider darüber im Klaren, dass die Leistungsbilanz der beiden Partner unausgewogen ist: »Wir helfen uns gegenseitig. Meine Frau hilft nur meistens mehr.« Obgleich er deswegen ein schlechtes Gewissen hat und seine Frau prinzipiell mehr unterstützen möchte, ist er sich unsicher hinsichtlich konkreter Hilfemöglichkeiten (ein stärkeres Engagement bei der Hausarbeit kollidiert offenbar mit seinem männlichen Rollenverständnis). Hinzu kommt, dass er durch seine psychische Erkrankung insgesamt stärker beeinträchtigt ist als seine Frau und daher auch mehr Hilfe benötigt. Seine sich aktuell ungünstig entwickelnde Zuckerkrankheit, die wohl in absehbarer Zeit eine Insulinbehandlung erforderlich machen wird, dürfte das bestehende Ungleichgewicht hinsichtlich der gegenseitigen Unterstützung weiter zu Lasten von Frau Schneider verstärken. Der Alltag wird zum größten Teil zusammen verbracht; die meisten Beschäftigungen werden nach Möglichkeit gemeinsam ausgeübt, und auch bei der Nervenärztin vereinbaren Herr und Frau Schneider immer einen gemeinsamen Termin. Insgesamt erscheint es gerechtfertigt, von einem *sympiotischen Beziehungsalltag* zu sprechen. Dabei wird eine im Wesentlichen traditionelle Rollenauffassung hinsichtlich Ehe und Partnerschaft praktiziert: Herr Schneider ist zumindest pro forma der »Herr im Haus«, also z. B. auch derjenige, dem bei Entscheidungen das letzte Wort zusteht, während Frau Schneider für typisch weibliche Arbeiten (z. B. Kochen, Putzen) zuständig ist und sich im Zweifelsfall dem Manne unterzuordnen hat. Realiter hat jedoch Frau Schneider eine wesentlich aktivere Rolle in der Partnerschaft. So wird die Organisation des Haushalts und des gemeinsamen Lebens weitgehend von Frau Schneider übernommen, während Herr Schneider meist nur einen unterstützenden Beitrag leistet.

Im Laufe der mittlerweile 16-jährigen Partnerschaft von Herrn und Frau Schneider gab es offenbar viele krankheitsbedingte Probleme und Krisen: »Es gab eben ganz schwierige Sachen manchmal, wo wir durchmussten.« (Frau Schneider) Trotz der z. T. sehr großen Einschränkungen hat die Beziehung gehalten und erscheint – wohl auch aus Mangel an Alternativen – stabil. Herr und Frau sind sich so gegenseitig Halt und Anker im Leben geworden.

Fallportrait 7/Interview 009

»Ich habe auch ein eigenes Leben. Die Anpassung muss nicht bis zur Aufopferung gehen.«

Frau Hoffmann ist 49 Jahre alt. Sie legt Wert auf eine gepflegtes, geschmackvolles Äußeres und präsentiert sich als intelligente, selbstbewusste und attraktive Frau. Als Inhaberin einer Buchhandlung hat sich sie nach der Wende eine eigenständige berufliche Existenz aufgebaut, die ihr sehr viel bedeutet. Mit ihrem erkrankten Ehepartner (54) ist Frau Hoffmann seit 28 Jahren verheiratet; das Paar hat zwei erwachsene Söhne, von denen der jüngere (19 Jahre) noch zu Hause wohnt.

Die Erkrankung des Ehepartners ist erstmals vor 13 Jahren aufgetreten und bedeutete für Frau Hoffmann besonders anfangs eine sehr starke Belastung: »Die allerschlimmste Zeit war, als ich noch nicht wusste, wie’s einzuordnen ist.« Als die Diagnose *Schizophrenie* feststand, konnte sie »besser damit umgehen«: Es wurde klar, dass viele der als problematisch und unberechenbar erlebten Verhaltensweisen des Ehepartners einer medizinischen Erkrankung geschuldet waren. Gleichwohl blieb bis heute als schwierigstes und belastendstes Problem für Frau Hoffmann die Frage bestehen: »Was ist der Ursprungsmentalität zuzuordnen und was ist der Krankheit zuzuordnen [?]«. Diese Frage ist für Frau Hoffmann im Alltag häufig nicht entscheidbar. Einerseits unterstellt Frau Hoffmann ihrem Partner immer wieder Mutwillen im Hinblick auf sein Verhalten und ärgert sich darüber, dass er seine »Narrenfreiheit« auf ihre Kosten ausnutzt. Auf der anderen Seite empfindet sie Unsicherheit im Hinblick darauf, inwieweit der Partner für sein Verhalten überhaupt verantwortlich gemacht werden kann. Diese *Ambivalenz* stellt Frau Hoffmann als das größte und belastendste Problem des Zusammenlebens dar.

Im Alltag erlebt Frau Hoffmann – abhängig von den jeweiligen Erkrankungsphasen des Partners – unterschiedliche *emotionale Belastungen*. Phasen der Antriebslosigkeit und Teilnahmslosigkeit, in denen der Partner auch vermehrt Alkohol konsumiert, wechseln häufig mit Phasen eines übersteigerten Tatendrangs. Die oft abrupten Übergänge zwischen diesen Zuständen werden von auch Frau Hoffmann als emotionale »Wechselbäder« empfunden, die Trauer, Ohnmacht und Resignation, aber auch Wut und trotziges Aufbegehren mit sich bringen. Der »tägliche Kleinkrieg«, das erhöhte Konfliktpotenzial in der Familie, Gefühle der Einsamkeit und des Alleingelassen-Seins in ihrer Verantwortung sowie der Ohnmacht und der Überforderung bringen Frau Hoffmann zunehmend an den Rand eines Beziehungs-»burnouts«. Im letzten Jahr hat sie im Zusammenhang mit einem akuten Krankheitsschub ihres Ehepartners erstmals einen mehrere Monate andauernden Zustand absoluter Leere und Erschöpfung erlebt (CIDI-Diagnose: schwere depressive Episode).

In diesem Zusammenhang sieht Frau Hoffmann die eigene *Berufstätigkeit als wichtige*

Möglichkeit der Entlastung. Die räumliche, gedankliche und emotionale Distanzierung vom erkrankten Partner erlebt sie einerseits als erholsamen »time-out«, andererseits als Quelle der Selbstbestätigung und Sinngebung. Die Freiräume, welche die eigene Berufstätigkeit als selbstständige Buchhändlerin eröffnet, stellen für sie eine lebenswichtige Kontrasterfahrung dar, ohne die sie die Belastungen im Zusammenleben mit dem erkrankten Partner nicht ertragen könnte: »Wahrscheinlich hätte ich [sonst] die Ehe beendet.« Die schizophrene Erkrankung des Ehemanns hat für Frau Hoffmann eine *deutliche Rollenverschiebung in der Partnerschaft* mit sich gebracht: »In gewisser Weise hab ich ein drittes Kind dazubekommen.« Die vor Erkrankungsbeginn weitgehend symmetrische Rollenverteilung hat sich zunehmend in Richtung einer komplementären Rollenverteilung verändert, in der Frau Hoffmann den Ehemann nicht mehr wie früher als starken, autonomen und attraktiven Partner wahrnimmt. Heute wird der Ehepartner eher als schwacher, hilfebedürftiger, »kindischer« Mensch wahrgenommen, der, obwohl er liebenswert ist, in vielen Dingen nicht für voll genommen werden kann und für den zunehmend Verantwortung übernommen werden muss. Zu der veränderten Wahrnehmung des Ehepartners trägt auch dessen beruflicher Abstieg bei (Abteilungsleiter – Sachbearbeiter – seit kurzem arbeitslos).

Nach und nach hat Frau Hoffmann zunehmend eine *innere Distanz zum erkrankten Partner* entwickelt, um sich selbst zu schützen: »das lässt sich auf so ne lange Dauer wahrscheinlich doch nicht ertragen.« Im Laufe der Jahre hat sie die *Grenzen der Solidarität und moralischen Verantwortlichkeit* für den erkrankten Ehepartner abgesteckt: »Anpassung muss nicht bis zur Aufopferung gehen!« Frau Hoffmann fühlt sich mit 49 Jahren noch als aktive und attraktive Frau, der prinzipiell Alternativen offen stehen: »Als Ehefrau bin ich nicht unbedingt dazu verpflichtet. [...] Ich habe auch ein eigenes Leben.« Insbesondere in den für sie sehr anstrengenden akuten Krankheitsphasen des Partners hat Frau Hoffmann daher immer wieder eine Trennung erwogen.

Fallportrait 8/Interview 036

»Manchmal muss ich sie anlärren, sonst krieg ich überhaupt nischt zu essen.«

Herr Eisner ist 53 Jahre alt und hat ein bewegtes Leben mit unterschiedlichen Beziehungen und beruflichen Tätigkeiten hinter sich (kein Schulabschluss; Hilfsarbeiter, Bäcker, Bergmann). Zu seiner ersten Ehepartnerin und seinen erwachsenen Söhnen hat er nach offenbar dramatischen familiären Auseinandersetzungen keinen Kontakt mehr. Trotz seiner jahrelangen Arbeitslosigkeit und der damit einhergehenden ungünstigen finanziellen Situation (Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe) bekundet Herr Eisner, das Leben zu genießen. Gemeinsam mit seiner erkrankten Partnerin Frau Fuchs widmet er sich unterschiedlichen, eher anspruchslosen Freizeitaktivitäten (Ausflüge, Spazierengehen, Kneipenbesuche). Seinen massiven Alkoholkonsum spielt Herr Eisner Außenstehenden gegenüber zwar herunter, doch lassen sich die deutlichen Folgen des jahrelangen Alkoholmissbrauchs nur schwer verbergen.

Seine schizophrene Partnerin Frau Fuchs hat Herr Eisner vor zehn Jahren kennen gelernt; Frau Fuchs war zu diesem Zeitpunkt bereits seit 16 Jahren erkrankt. Obgleich Herr Eisner die ärztliche Diagnose »Schizophrenie« nicht kennt, glaubt er aufgrund seiner langjähri-

gen Erfahrung die Symptome und Verhaltensweisen seiner Partnerin gut einschätzen zu können: »Man kennt die Krankheit. [...] Ich kenne sie so gut, ich merke es [wenn] ihre Kurve abfällt. Dann fängt sie an zu trampeln, und dann ist es aus mit ihr.«

Die krankheitsbedingten Defizite seiner Partnerin (z. B. erhöhter Schlafbedarf, Bewegungsunruhe etc.) erlebt Herr Eisner zwar durchaus als Beeinträchtigung des Zusammenlebens; gleichwohl gehört dies für ihn bereits zum gewohnten Alltag und wird nicht als außergewöhnliche Belastung empfunden. Den Beziehungsalltag erlebt er als »normal« und unspektakulär (»Wüsst nicht, was es da zu sagen gibt«). Zur Normalität des Zusammenlebens mit Frau Fuchs gehören neben den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und der seit vielen Jahren notwendigen Einnahme von Medikamenten auch die Tatsache, dass in regelmäßigen Abständen ein Klinikaufenthalt unumgänglich ist. Diese *Normalisierung des Beziehungs- und Krankheitsalltags* geht mit der Einschätzung einher, dass die Erkrankung der Partnerin insgesamt berechenbar bzw. handhabbar ist und daher keine besondere Bedrohung darstellt.

Die Normalisierung des gemeinsamen Alltags führt dazu, dass Herr Eisner ungeachtet der Erkrankung von Frau Fuchs auf die von ihm als richtig und legitim empfundene Rollenverteilung in der Partnerschaft besteht. Der Anspruch des männlichen Partners auf bestimmte weibliche Versorgungsleistungen (z. B. Essen gekocht zu bekommen) stellt für Herrn Eisner eine selbstverständliche Voraussetzung des Zusammenlebens dar – »[sonst] könnt ich och alleine bleiben!«. Derartige Anrechte werden von ihm energisch eingefordert, selbst dann, wenn dies mit dem Risiko verbunden ist, einen neuerlichen Erkrankungsschub der Partnerin zu begünstigen. Dem »guten Willen«, die Partnerin bei sich abzeichnenden Krisen zu schonen, sind für Herrn Eisner dort Grenzen gesetzt, wo es um die Priorität eigener Bedürfnisse und Ansprüche geht: »Manchmal muss ich sie anlärren, sonst krieg ich überhaupt nischt zu essen!«

Im Hinblick auf seine Partnerschaft stellt Herr Eisner durchaus bewusst *Kosten-Nutzen-Überlegungen* an, wobei seine Gesamtbilanz nicht ungünstig auszufallen scheint. Abgesehen von den erwähnten weiblichen Versorgungsleistungen zieht Herr Eisner weitere handfeste Vorteile aus der Partnerschaft mit Frau Fuchs. So stellt in Anbetracht seiner prekären finanziellen Situation die »Gütergemeinschaft« mit Frau Fuchs (die aufgrund ihrer Berentung über ein regelmäßiges bescheidenes Einkommen verfügt) eine materielle Absicherung dar, wenn auch auf niedrigem Niveau. Ferner bringt der Schwerbehindertensstatus seiner Partnerin auch Vorteile für Herrn Eisner mit sich, etwa die kostenlose Mitbenutzung der öffentlichen Verkehrsmittel. Trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen zieht er insgesamt eine sehr positive Bilanz hinsichtlich des Zusammenlebens: »Ich hab's bis jetzt nicht bereut.«

Fallportrait 9/Interview 167

»Ich habe mich im Gedankenlesen geübt. Die Krankheit macht's notwendig, dass man seinen Partner genau beobachtet.«

Frau Thomasius ist 33 Jahre alt. Zu DDR-Zeiten war sie als Bauzeichnerin in einem technischen Betrieb tätig. Nach der Wende verlor sie ihre Stelle und war einige Jahre arbeitslos; heute nimmt sie an einer Umschulungsmaßnahme teil. Mit ihrem Ehepartner ist sie

seit 1985 verheiratet. Herr Thomasius ist 36 Jahre alt und arbeitet im Servicebereich eines Großunternehmens. Herr und Frau Thomasius haben zwei Söhne im Alter von 8 und 10 Jahren. Das Zusammenleben in der Familie wird stark durch die Weltanschauung und den Lebensstil der Wave-Gothic-Szene geprägt, der sich Herr und Frau Thomasius seit vielen Jahren verbunden fühlen.

1996 und 1999 erlebte Herr Thomasius zwei schizophrene Schübe mit ausgeprägter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik. Beide Male war er für mehrere Monate in stationärer psychiatrischer Behandlung. Heute ist er weitgehend wiederhergestellt; trotz nach wie vor vorhandener Symptome (gelegentliches Stimmenhören) ist er wieder in der Lage, seiner Berufstätigkeit nachzugehen.

Bereits 1995 hatte sich der erste schizophrene Schub angebahnt. Unter Alkoholeinfluss hatte sich Herr Thomasius in eine Stimmung wütender Aggressivität hineingesteigert und seine Frau brutal geschlagen. Dieser Gewaltausbruch traf Frau Thomasius wie aus heiterem Himmel, zumal sich ihr Mann ihr gegenüber nie anders als sanft und liebevoll verhalten hatte. Das damalige Erlebnis hat sie nachhaltig traumatisiert. Zwar hat sie ihrem Mann sein Fehlverhalten längst verziehen, doch empfindet sie die damalige Situation bis heute wie eine Wunde, die niemals heilen kann. Seit jenem Abend ist es Frau Thomasius unmöglich, mit ihrem Mann Sex zu haben – das intensiv erinnerte Bild der Gewalt steht wie eine Mauer zwischen ihnen. Beide Partner leiden sehr unter dieser Situation.

Als bei ihrem Mann einige Monate nach diesem Gewaltausbruch die Schizophrenie akut ausbrach, durchlebte Frau Thomasius ein Chaos belastender und verwirrender Emotionen. Frau Thomasius räumt rückblickend ein, damals durchaus Gefühle der Schadenfreude und des Triumphs empfunden zu haben, weil sie die psychische Krankheit zunächst als schicksalhafte Bestrafung für die erlittene Misshandlung deutete. Andererseits litt sie sehr unter der Erkrankung ihres Mannes, weil sie ihn ja nach wie vor liebte. Angesichts des damals völlig veränderten Wesens ihres Mannes sowie der begrenzten eigenen Einflussmöglichkeiten erlebte sie Gefühle von Ohnmacht, Verzweiflung und Depression. In dieser Situation fühlte sich Frau Thomasius so überfordert, dass sie eine Trennung von ihrem geliebten Mann in Erwägung zog; da dies aber ebenfalls undenkbar erschien, dachte sie häufig daran, als letzten Ausweg Selbstmord zu begehen.

Die erlebten *Belastungen während des Erkrankungsbeginns* waren umso größer, als Frau Thomasius zum damaligen Zeitpunkt nur sehr wenig über psychische Erkrankungen wusste und das Verhalten bzw. die Symptome ihres Mannes zunächst nicht einordnen konnte. Zu diesem Informationsdefizit kamen Ängste und Stigmatisierungsbefürchtungen, die sich auf immer noch sehr verbreitete Psychiatrieklischees bezogen und erst allmählich im Verlauf der psychiatrischen Behandlung relativiert wurden: »Wenn man mit so was das erste Mal in Berührung kommt, denkt man bloß, ja was die anderen denken: ›Oh, Klappsmühle‹ und ›der ist doof‹, [...] was so's Volk darüber sagt. Und dann liest man das in dem Buch. ›Um Gottes Willen, was, schizophren!‹ und schon sieht man da vorm inneren Auge irgendwelche Zwangsjacken oder was weeiß ich, irgendwelche finsternen Keller die von außen wie ein Krankenhaus aussehen, und da hat man echt Angst.«

Auch während der *zweiten akuten Krankheitsphase* ihres Mannes durchlebte Frau Thomasius eine schwere Krise. Obwohl sie aufgrund der Erfahrungen des ersten Schubs gelernt hatte, die Symptome der Schizophrenie besser einzuschätzen, erlebte sie die Persönlichkeitsveränderung und die angstvoll-aggressive Agitiertheit ihres Mannes erneut als

massive Belastung. Gleichwohl bewertet sie den zweiten Schub rückblickend als insgesamt weniger belastend, weil sie damals mehr eigene Möglichkeiten sah, auf die Erkrankung zu reagieren und adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen: »Es ist schon ein Riesenschritt, dass wir uns beim zweiten Mal eher gekümmert ham, weil wir's dann doch eher gemerkt ham, was es ist.«

Aufgrund der Erfahrungen der beiden schizophrenen Schübe hat Frau Thomasius gemeinsam mit ihrem Mann eine *Strategie des Krisenmanagements* abgeleitet. Diese Strategie basiert darauf, bereits bei den ersten sich abzeichnenden Frühwarnzeichen unverzüglich den Arzt oder die Klinik aufzusuchen und entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten, um so eine psychotische Eskalation zu vermeiden. »Falls er dann wieder apathisch wird oder desinteressiert, da unternehmen wir dann lieber gleich zu dem Zeitpunkt was.« Im alltäglichen Zusammenleben wird das Verhalten von Herrn Thomasius kontinuierlich mit besorgter Wachsamkeit im Hinblick auf mögliche Krankheitsanzeichen beobachtet: »Ich habe mich im – in Anführungsstrichen – Gedankenlesen geübt, weil die Krankheit macht's einfach notwendig, dass man sein' Partner ebend genau beobachtet. Dass man Signale deuten kann und dass man drauf eingeht, und dass man gleich was unternimmt.«

Bei der Bewältigung der psychischen Erkrankung spielt die *Zugehörigkeit des Paares zur Wave-Gothic-Szene* eine nicht unerhebliche Rolle. Die beim Erkrankungsbeginn von ihren Eltern erhobene Beschuldigung, die düstere Gothic-Weltanschauung sei die Ursache für die Schizophrenie ihres Mannes, hatte bei Frau Thomasius zunächst zu Schuldgefühlen und einer tiefen inneren Zerrissenheit geführt. Heute sieht sie den gemeinsamen Gothic-Stil dagegen als authentische, angemessene und keineswegs krankheitsbegünstigende Lebensweise. Dadurch, dass ihr Ehepartner hinsichtlich des Lebensstils sehr ähnlich denkt, empfindet sie ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl: »Ich lebe mein Leben so, wie's mir gefällt. Ich kann gar nicht anders. Und da wir alle beede einer Ansicht sind, gibt's da überhaupt keene Probleme.« Frau Thomasius sieht sich umso mehr in der Angemessenheit ihres Lebensstils bestätigt, als durch das Ausleben der damit verbundenen Bedürfnisse die Bewältigung der psychischen Krankheit oft erleichtert wird: »Andere Leute gehen im Park spazieren, ich geh ebend auf Friedhöfe oder wir fahrn auf ne Burg. Wenn wir mal denken: oh shit, es geht nicht mehr weiter, dann setzen wir uns ins Auto und fahren dort hin.«

Die schizophrene Erkrankung hat auch für Frau Thomasius viele grundlegende, ja existenzielle Fragen aufgeworfen: »Durch die Erkrankung sind wir och beede stutziger geworden. Wir haben uns oft zusammengesetzt und stundenlange Diskussionen geführt. [...] Dass es ihm vielleicht sogar vorbestimmt ist, in Abständen die Krankheit zu haben. [Dass es] wie Schicksal ist, dass es halt so sein muss.« Diese *Versuche, einen sinnhaften Bezug zum eigenen Leben herzustellen*, spiegeln ihr Bemühen wider, die psychische Erkrankung in die gemeinsame Biografie und Identität als Paar zu integrieren. Vor diesem Hintergrund sieht sie heute auch positive Aspekte der erlebten Belastungen: »Ich meene, man lebt doch, um sich selbst sein Leben zu gestalten und was Schönes draus zu machen. Und wenn eben Tiefschläge kommen, da muss man auch was Positives rausziehen.« Dabei hat Frau Thomasius das Gefühl, dass die Partnerschaft zu ihrem Mann sogar gestärkt aus den krankheitsbedingten Krisen hervorgegangen ist: »Die Krankheit hat uns eigentlich so richtig bewiesen, dass wir zusammengehören und einer ohne den anderen gar nicht sein kann.«

Fallportrait 10/Interview 032

»Die Krankheit hat ihn total verändert – und demzufolge auch die Familie, mich und ebendoch's ganze Umfeld.«

Frau Körner ist 39 Jahre alt; mit ihrem erkrankten Ehemann (40) ist sie seit fast 20 Jahren verheiratet. Das Paar hat zwei Kinder im Alter von 15 und 17 Jahren. Bis zur Erkrankung erlebte Frau Körner das Familienleben und die Beziehung als sehr befriedigend und harmonisch. Sie war stolz auf ihren Mann, der in ihren Augen selbstbewusst, humorvoll und handwerklich begabt war. Die gesellschaftlichen Umbrüche der deutschen Wiedervereinigung hatten beide Partner beruflich unbeschadet überstanden: Frau Körner wurde als Angestellte von einem großen Dienstleistungsbetrieb übernommen, und auch Herr Körner fand schon bald eine ihn zufrieden stellende Beschäftigung als Verkäufer. Aufgrund des Doppelverdienstes gab es keine finanziellen Sorgen, und die Familie konnte ihre privaten Lebensvorstellungen weitgehend verwirklichen. Vor etwa vier Jahren erkrankte Herr Körner während eines Kuraufenthalts an Schizophrenie. Seitdem war er mehrfach und für jeweils mehrere Monate in stationärer psychiatrischer Behandlung. Seine Berufstätigkeit konnte Herr Körner angesichts schwerer Funktionsbeeinträchtigungen nicht weiterführen; heute bezieht er eine Erwerbsunfähigkeits-Rente.

Für Frau Körner bewertet die schizophrene Erkrankung ihres Partners rückblickend als *tiefen biografischen Einschnitt*, ja als Lebenskatastrophe: »Fast alles« hat sich für sie seither verändert. Noch heute ist Frau Körner erschüttert über die erkrankungsbedingten Veränderungen in Partnerschaft und Familienleben: »Es ist manchmal sehr schwer für mich und die Kinder, damit klarzukommen, 's ist nicht einfach. Man will's eben nicht wahrhaben manchmal, was die Krankheit angerichtet hat.«

Die *Zeit des Erkrankungsbeginns* und des langen Klinikaufenthalts ihres Mannes erlebte Frau Körner als besonders belastende Phase: »S war eine harte Zeit, die mich auch viel Nerven gekostet hat.« Zu der zeitaufwändigen und nervenaufreibenden Betreuung des erkrankten Partners kamen die ohnehin vorhandenen Anforderungen von Beruf, Kindererziehung und Haushalt. Frau Körner hatte in dieser Zeit das Gefühl, der Situation nicht mehr gewachsen zu sein: »Ich stand ja auch kurz vorm Black-out. [...] Es war eben alles ein bisschen viel. Es kam halt alles zusammen.« Als Folge der massiven nervlichen Anspannung erlebte Frau Körner innerhalb kurzer Zeit mehrere Panikattacken und war wochenlang krankgeschrieben. Es erscheint plausibel, dass die seit ihrer Kindheit bestehende Neigung zu Angst und Vermeidungsverhalten in dieser Belastungsphase akut zum Ausbruch kam. Die seelische Krise und die Angstsymptome (Panikattacken, Agoraphobie) ließen Frau Körner befürchten, selbst psychisch zu erkranken: »Ich hatte schon Angst, selber überzuschnappen.«

Im Zusammenhang mit dem Erkrankungsbeginn formuliert Frau Körner sehr deutliche *Kritik an Psychiatrie und Ärzten*. Diese bezieht sich z. B. darauf, dass versäumt wurde, sie rechtzeitig und angemessen über die Erkrankung ihres Ehepartners zu informieren: »[Er kam] als todkranker Mann wieder nach Hause. Ohne mich zu informieren, haben sie ihn mir nach Hause gebracht, total verändert!« Auch den behandelnden Ärzten in der psychiatrischen Klinik wirft sie mangelhafte Informationsweitergabe vor und unterstellt ihnen fachliche Inkompetenz. So hat Frau Körner z. B. den Verdacht, ihr Ehemann sei bei der Verabreichung von Psychopharmaka als »Versuchskaninchen« missbraucht worden,

weil nach ihrem Eindruck viele unterschiedliche Medikamente ausprobiert wurden, ohne dass sich eine spürbare Besserung zeigte und der Wechsel der Präparate von den Ärzten erläutert wurde.

Nach dem Abklingen der akuten Symptomatik ihres Mannes erlebte Frau Körner vielfältige *negative Veränderungen und Belastungen im alltäglichen Zusammenleben*. Ihren Mann nimmt Frau Körner als durch die Krankheit »total anderen Mensch« wahr. Es gelingt ihr kaum noch, ihn aus seiner »düsteren Welt herauszuholen«. Der Humor und die Fröhlichkeit, die sie früher an ihrem Mann so geschätzt hat, sind völlig verschwunden; dafür nimmt Frau K. an ihrem Mann zunehmend unsympathische und »nervige« Züge an ihrem Mann wahr, wie etwa launische und unberechenbare Stimmungen, Pedanterie, Rechthaberei und cholerische Ausbrüche. Zusätzlich belastet wird das Zusammenleben durch das Ende von Herrn Körners Arbeitsbiografie: Zum einen bringt die mehr zu Hause verbrachte Zeit auch mehr »Reibungsflächen« und häufigere Konflikte zwischen den Familienmitgliedern mit sich. Zum anderen erlebt Herr Körner durch die unfreiwillige Untätigkeit oft Langeweile, Sinnverlust und depressive Stimmungen.

Als besonders belastend empfindet Frau Körner das seit dem Ausbruch der Schizophrenie deutlich *erhöhte Konfliktpotenzial in der Familie*. Häufig kommt es zu »Reibereien« zwischen Herrn Körner und seinem 17-jährigen Sohn, in denen Frau Körner – meist erfolglos – zu vermitteln versucht und nicht selten selbst in die Schusslinie gerät. Die im Alltag häufig gleich oder ähnlich ablaufenden Konfliktepisoden kosten viel Kraft und haben auf Dauer eine zermürbende Wirkung.

Schmerzlich erlebt Frau Körner den Verlust des früheren Partners, der – wie sie berichtet – vor seiner schizophrenen Erkrankung selbstbewusst, selbstständig und humorvoll war und die männliche Familienrolle (Ehepartner, Vater, Brotverdiener, »Mann im Haus«) angemessen ausfüllen konnte. Aufgrund der krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderung und der Erwerbsunfähigkeit des Ehepartners erlebt Frau Körner eine deutliche *Verschiebung der familialen Rollengleichgewichts* zu ihren Lasten, welche sie verunsichert und bedrückt. Auch der *Verlust des gemeinsamen Freundeskreises* ist in den Augen Frau Körners der Persönlichkeitsveränderung des Ehepartners geschuldet. Frau Körner als kontaktfreudige, extravertierte Frau erlebt diesen Verlust der sozialen Kontakte als besonders schmerzhaft. Zum einen ist ihr die Möglichkeit genommen, sich gemeinsam mit dem Partner nach »außen«, d. h. im Kontakt mit anderen, als Paar positiv zu erleben. Zum anderen leidet sie unter dem Gefühl bzw. der Befürchtung zunehmender Isolation und des Alleingelassen-Seins.

Die krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderung des Ehepartners hat die *frühere Beziehungsdefinition grundlegend in Frage gestellt*: Der Impuls, »am liebsten wegzurennen« und »alles hinter sich zu lassen«, ist immer wieder in akuten Belastungssituationen aufgetreten. Den Schritt, sich von ihrem Mann zu trennen und »sich nicht selbst kaputtzumachen«, hat Frau Körner bereits mehrfach gedanklich durchgespielt, zumal sie in diesem Punkt emotionale Unterstützung von Arbeitskolleginnen bekommt. Trotz der *geringen Beziehungszufriedenheit* hat sie eine Trennung bislang jedoch nicht ernsthaft in Erwägung gezogen: »Man hat auch eine Verantwortung.«

Als Gegenpol zu den vielfältigen Belastungen und Sorgen verfügt Frau Körner auch *über psychosoziale Ressourcen*, die es ihr ermöglichen, den Alltag nicht nur negativ zu erleben, Distanz zu belastenden Gefühlen zu schaffen und positive Gegengewichte in ihrem

Leben zu setzen (Berufstätigkeit und ein gutes Verhältnis zu Arbeitskolleginnen; intakte Beziehungen zu ihren Kindern; aktive Grundhaltung; gute soziale Kompetenzen; Planung eigener angenehmer Freizeitaktivitäten). Ihre Fähigkeit, »abzuschalten« und die eigenen Belastungen und Probleme gedanklich auszublenden, zeigt sich u. a. daran, dass sie ihren körperlichen Gesundheitszustand als »gut« bezeichnet, trotz der in letzter Zeit sehr starken Rückenschmerzen und des chronisch hohen Blutdrucks. Ihrer deutlich ausgeprägten Angststörung (starkes Vermeidungsverhalten) hat Frau Körner noch nie besondere Beachtung geschenkt und sie fühlt sich im Alltag in keiner Weise eingeschränkt.

Fallportrait 11/Interview 138

»Jetzt ist es ja vorbei. Es kann sein, dass er dieses Jahr schon wieder arbeiten gehen kann.«

Frau Mädler ist 25 Jahre alt. Nach ihrem Hauptschulabschluss übte sie verschiedene einfache Tätigkeiten aus; heute ist sie als Reinigungskraft in einer großen Firma tätig. Frau Mädler hat eine sehr schwere Kindheit hinter sich, über die sie nur sehr ungern spricht. Aus ihren wenigen Angaben geht hervor, dass sie als Einzelkind bei ihrer allein erziehenden, offenbar alkoholabhängigen Mutter aufgewachsen ist. Angst und Traumatisierung prägten die Jahre ihrer Kindheit. Seit vielen Jahren hat sie keinen Kontakt mehr zu ihrer Mutter. Aufgrund ihrer traumatischen Kindheitserfahrungen zeigten sich massive psychische Entwicklungsstörungen bei ihr, wegen derer sie jahrelang in psychotherapeutischer Behandlung war. Bis heute ist sie Bettnässerin.

Mit ihrem Lebenspartner Herrn Lukas (24 Jahre) ist Frau Mädler seit sieben Jahren befreundet. Das Paar lebt seit einigen Jahren in einer gemeinsamen Wohnung im Haus von Frau Mädlers Großmutter. Herr Lukas arbeitet als Produktionshelfer in einem Industriebetrieb. Aus seiner rechts-nationalistischen politischen Überzeugung macht er kein Hehl. Vor etwa einem halben Jahr zeigten sich bei ihm erstmals schizophrene Symptome. Arbeitskollegen brachten ihn wegen akuter Angstzustände zum Arzt; dieser überwies ihn direkt in eine psychiatrische Klinik. Sein Versuch, bereits wenige Wochen später wieder arbeiten zu gehen, führte zu einem erneuten Aufflammen des noch nicht völlig abgeklungenen schizophrenen Schubs. Auf Anraten des behandelnden Arztes entschloss sich Herr Lukas daraufhin zu einer längeren (bis heute andauernden) Behandlung in einer Tagesklinik.

Die schizophrenen Symptome ihres Partners waren Frau Mädler zunächst gar nicht sonderlich aufgefallen. Als Herr Lukas in Gesprächen äußerte, er wolle die Welt verändern und Deutschland retten, fasste sie dies lediglich als nicht ganz ernst gemeinte Übertreibung seiner ihr ja bekannten politischen Gesinnung auf: »Ich hab mir da nichts bei gedacht. Ich dachte, das hat er aus Spaß so gesagt.« Frau Mädler reagierte daher sehr *überrascht und erschrocken*, als Herr Lukas auf Initiative von Arbeitskollegen in eine psychiatrische Behandlung überwiesen wurde. Im Nachhinein macht sie sich Vorwürfe, die Krankheitssymptome ihres Partners nicht früher bemerkt zu haben. Immer wieder versucht sie, den Erkrankungsbeginn zu rekonstruieren und die damaligen Verhaltensauffälligkeiten ihres Partners richtig einzuordnen.

Die Phase des *Erkrankungsbeginns* war für Frau Mädler mit *massiven emotionalen Belas-*

tungen verbunden, zumal Herr Lukas trotz der eingeleiteten psychiatrischen Behandlung zunehmend Verhaltensweisen zeigte, die sie als bizarr, z. T. sogar als schockierend erlebte. Sie fühlte sich voller Angst und Verzweiflung, zumal ihr Partner immer wieder Selbstmordabsichten äußerte: »Ich war fix und fertig. Ich habe och geweint, weil ich dachte, die Krankheit geht nie wieder zurück.« Die Sorgen und Ängste um ihren Partner waren in dieser Zeit so groß, dass sie sich kaum noch in der Lage fühlte, die Anforderungen ihrer Berufstätigkeit zu bewältigen.

Im täglichen Zusammenleben mit ihrem Partner erlebte Frau Mädler dessen Antriebslosigkeit und Passivität als besonders Besorgnis erregende Veränderungen. Dies war umso mehr der Fall, als Vitalität und Robustheit im Selbstverständnis von Herrn Lukas sonst eine offenbar zentrale Rolle spielen. Auch für Frau Mädler selbst stellt der Umstand, dass ihr Partner nicht mehr (bzw. nur noch eingeschränkt) arbeitsfähig ist, das deutlichste Zeichen seiner psychischen Krankheit dar. Die Sorgen, die sie sich macht, beziehen sich daher stark auf eine möglicherweise *dauerhaft beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit* von Herrn Lukas: »Ich wünsch' keenem so ne Krankheit. Weil ich weeiß nich ob er wieder arbeiten gehen kann.« Vor diesem Hintergrund fühlt sie sich in dem Maße weniger belastet, als die Aktivität ihres Partners allmählich zurückkehrt.

Rückblickend führt Frau Mädler den psychischen Zusammenbruch ihres Partners hauptsächlich auf seine beruflichen Stressbelastungen und sein Schlafdefizit zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs zurück. Damit interpretiert sie die psychischen Probleme ihres Partners als nachvollziehbare, temporäre und gleichsam »normale« Überlastungsreaktion. Diese *Krankheitsdeutung* weist zwei wichtige Aspekte auf: Zum einen vermeidet sie die Belastung, die mit dem Eingeständnis verbunden wäre, dass ihr Partner an einer Schizophrenie leidet. Zum anderen vermindert sie das Gefühl der Ohnmacht, da vergleichbare Überlastungsreaktionen künftig ausgeschlossen werden können, wenn ihr Partner beruflichem Stress aus dem Weg geht.

Im Hinblick auf die Zukunft schwankt Frau Mädler zwischen *Angst und Hoffnung*. Sorgen macht sie sich vor allem im Hinblick darauf, ob womöglich bleibende psychische Beeinträchtigungen ihres Partners zu befürchten sind: »Ich weiß nicht, ob das wieder richtig weggeht, [ob er wieder wird] wie er früher war. Weil jemand hat mir erzählt, e Teil bleibt, aber ob's stimmt, kann man noch nicht einschätzen.« Auf der anderen Seite zeichnet sich in letzter Zeit eine deutliche Besserung des Zustands von Herrn Lukas ab, die ihr Anlass zu Hoffnung und Optimismus gibt.

Außenstehenden gegenüber tendiert Frau Mädler dazu, die psychische Erkrankung ihres Partners herunterzuspielen oder zu verschweigen. Sie vermeidet weitgehend stigmatisierende Krankheitsbegriffe wie z. B. »Schizophrenie«, »Psychose« oder »Wahn«. Frau Mädler respektiert dabei nicht zuletzt den Wunsch ihres Partners, ihn nicht durch die Schilderung seiner als peinlich empfundenen psychischen Probleme zu kompromittieren. Sie hat daher die Interpretation ihres Partners übernommen, der seine psychische Krankheit als *vorübergehende, bereits weitgehend überwundene Phase* sieht: »Aber jetzt ist es ja vorbei. Es kann sein, dass er dieses Jahr schon wieder arbeiten gehen kann.«

Fallportrait 12/Interview 176

»Sein Schub war keine so große Überraschung für mich.«

Frau Konrad ist 26 Jahre alt. Aufgrund ihres kulturellen Interesses hatte sie nach ihrem Abitur ein Germanistikstudium aufgenommen. Im Alter von 21 und 23 Jahren erlebte sie zwei schwere psychotische Krisen, die mit mehrmonatigen Klinikaufenthalten verbunden waren (mutmaßliche Diagnose: Schizoaffektive Störung). Aufgrund ihrer psychischen Erkrankung sah sie sich nicht imstande, ihr Studium zu Ende zu führen. Deshalb begann sie einige Zeit nach ihrer Entlassung aus der psychiatrischen Klinik eine kaufmännische Ausbildung im Rahmen einer Fördermaßnahme für psychisch Kranke. Frau Konrad fühlt sich heute wieder weitgehend gesund und durch die Psychopharmaka kaum noch beeinträchtigt. Sie ist daher sehr zuversichtlich, ihre Ausbildung erfolgreich abzuschließen und danach regulär in dem erlernten Beruf zu arbeiten.

Ihren seit 1990 an Schizophrenie erkrankten Partner Herrn Leuschner (25 Jahre), der ebenfalls an der beruflichen Fördermaßnahme teilnahm, hat Frau Konrad vor etwa neun Monaten kennen gelernt. Frau Konrad und Herr Leuschner verliebten sich leidenschaftlich ineinander und beschlossen bereits nach kurzer Zeit, in eine gemeinsame Wohnung zu ziehen. Nach zwei Monaten, in denen das Paar sehr glücklich zusammenlebte, erlitt Herr Leuschner einen schizophrenen Rückfall mit ausgeprägter paranoider Symptomatik und starken Ängsten. Seither ist er in stationärer psychiatrischer Behandlung. Aufgrund der Schwere und der Häufigkeit seiner schizophrenen Schübe haben ihm die behandelnden Ärzte die Beantragung einer Erwerbsunfähigkeitsrente empfohlen.

Angesichts der starken psychischen Beeinträchtigungen ihres Partners, der nicht nur unter den schizophrenen Symptomen, sondern auch unter schweren Nebenwirkungen der zur Zeit noch hoch dosierten Neuroleptika leidet, empfindet Frau Konrad Trauer, Schmerz und Mitleid: »Es tut schon weh, wenn man jetzt den Partner so sieht.« Das Bangen um den erkrankten Partner und die Hoffnung auf dessen Wiederherstellung beherrschen zur Zeit ihre Gedanken. Obwohl sie die Hoffnung auf eine Ausheilung der Schizophrenie noch nicht völlig aufgegeben hat, schätzt sie diese Möglichkeit aufgrund der Schwere und Länge der bisherigen Krankheitschübe als immer unwahrscheinlicher ein. Aus diesem Grund macht sie sich auch Sorgen im Hinblick auf die berufliche Zukunft und die langfristige materielle Absicherung ihres Partners.

Im Vergleich zu einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung erlebt Frau Konrad den stationären Klinikaufenthalt ihres Partners als wesentlich stärkeren Eingriff in das gemeinsame Leben. Der noch im Aufbau befindliche Beziehungsalltag des Paares wurde durch die Klinikweisung abrupt und schmerzhaft unterbrochen. Durch tägliche Krankenbesuche versucht Frau Konrad, den intensiven Kontakt zu Herrn Leuschner so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Sie nimmt dabei in Kauf, dass diese Krankenbesuche mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden sind und die Planung ihrer Freizeit stark bestimmen. Seit etwa einem halben Jahr sind die Besuche in der Klinik ein fester Bestandteil von Frau Konrads Alltag. Diese Krankenbesuche sind mit unterschiedlichen Motiven verbunden: Erstens hat sie nach wie vor den Wunsch, den geliebten Partner täglich zu sehen und möglichst viel Zeit mit ihm gemeinsam zu verbringen. Zweitens möchte sie dem Partner ihre Solidarität zeigen, ihm Mut machen und dadurch aktiv etwas zu seiner Genesung beitragen. Drittens bewirken die Krankenbesuche auch eine emotionale Entlastung. Das Gefühl, über den Krank-

heitsverlauf und die Behandlungsmaßnahmen genau informiert zu sein, vermittelt Frau Konrad eine gewisse Sicherheit: »Dadurch, dass ich ihn täglich sehe, geht's eigentlich. [So weiß ich:] Na ja, morgen seh' ich ihn ja wieder.«

Trotz mancher Einschränkungen und Sorgen fühlt sich Frau Konrad durch die Schizophrenie ihres Partners nur mäßig belastet: »Es geht eigentlich. Auf einer Skala von eins bis zehn vielleicht die vier.« In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass sie sich bereits zu Beginn der Partnerschaft über die Schizophrenie ihres Partners und das Risiko eines psychotischen Rückfalls im Klaren war: »Ich wusste ja, dass er die Krankheit hat, wo ich ihn kennen gelernt hab. Deswegen war sein Schub keine so große Überraschung für mich.« Hinzu kommt, dass die Diagnose »Schizophrenie« für Frau Konrad kaum mit Stigma und Angst behaftet war. Aufgrund ihrer eigenen psychischen Erkrankung und der darin gemachten Erfahrungen konnte sie die Schizophrenie ihres Partners weitgehend realistisch einschätzen und deshalb antizipieren, welche Belastungen mit einem erneuten Schub verbunden sein würden.

Eine stabile und befriedigende Beziehung hält Frau Konrad trotz der Schizophrenie von Herrn Leuschner durchaus für möglich, wenn sich beide Partner auf die zu erwartenden Schwierigkeiten einstellen und geeignete Rahmenbedingungen gegeben sind (z. B. Geduld; Compliance; optimale Medikation; finanzielle Absicherung durch Erwerbsunfähigkeits-Rente). Trotz der aktuellen Belastungen blickt sie einer gemeinsamen Zukunft mit vorsichtigem Optimismus entgegen. Für Frau Konrad wiegen die positiven Aspekte der Partnerschaft die erkrankungsbedingten Einschränkungen und Probleme bei weitem auf. In diesem Zusammenhang erlebt sie das liebevolle Zusammensein, die gemeinsamen Interessen, das auf gemeinsamer Krankheitserfahrung beruhende Verständnis sowie die gegenseitige Solidarität als ein wichtiges Fundament der Beziehung.

Fallportrait 13/Interview 140

»Ich weiß nicht, ob ich eine Trennung psychisch durchgestanden hätte.«

Herr Lehmann ist 54 Jahre alt; er hat Mathematik studiert und übte zu DDR-Zeiten eine anspruchsvolle berufliche Tätigkeit aus. Nach der Wende wurde er jedoch arbeitslos und es gelang ihm nicht mehr, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (aktuell ist er in einer AB-Maßnahme beschäftigt). Mit seiner Partnerin Frau Kästner (48 Jahre alt) lebt Herr Lehmann seit über 15 Jahren zusammen. Zu Beginn der Partnerschaft war Frau Kästner bereits erkrankt, doch traten die schizophrener Schübe während der ersten Jahre offenbar relativ selten auf, sodass sie ihren Beruf als Sekretärin weiterhin ausüben konnte. In den letzten Jahren sind Erkrankungsschübe und stationäre Klinikaufenthalte jedoch häufiger geworden; die EU-Berentung erfolgte 1992.

Die schizophrener Erkrankungsschübe seiner Partnerin, welche vor allem mit starken Stimmungsschwankungen und »unberechenbaren« Verhaltensweisen einhergehen, bedeuten für Herrn Lehmann eine massive *seelische Belastung und Überforderung*. Die Grenzen der eigenen Belastbarkeit sind für Herrn Lehmann umso schneller überschritten, als er sich selbst als »hoch sensiblen«, ängstlichen und wenig robusten Menschen charakterisiert. In diesem Zusammenhang erlebt er einen emotionalen Teufelskreis: Die Erfolglosigkeit seiner Bemühungen, der Partnerin aus ihrer Antriebslosigkeit und Depression

herauszuhelfen, führen dazu, dass sich Herr Lehmann selbst hilflos und ohnmächtig fühlt und seinerseits »sehr schnell nervlich am Boden« ist. In dieser depressiven Stimmung wiederum fühlt er sich umso weniger im Stande, seiner Partnerin wirksam zu helfen. Aufgrund schwerer depressiver Krisen, die er in diesem Zusammenhang durchlebt hat, hat sich Herr Lehmann bereits zweimal freiwillig in tagesklinisch-psychiatrische Behandlung begeben. Das Eingeständnis des eigenen Versagens als Partner ist für ihn sehr schmerzhaft: »Wahrscheinlich bräuchte sie einen Partner, der stärker [belastbar] ist, um das zu verkraften.«

Zugleich erlebt Herr Lehmann die psychotischen Schübe seiner Partnerin immer wieder als *existenzielle Bedrohung der Partnerschaft*. Während ihrer psychischer Krisen hat Frau Kästner bereits mehrfach Selbstmordabsichten geäußert bzw. Selbstmordversuche unternommen; ferner hat sie oft damit gedroht, sich von Herrn Lehmann zu trennen und aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen. Inwieweit die Trennungsabsichten seiner Partnerin ihrer Schizophrenie geschuldet sind oder aber den »normalen« Beziehungsproblemen (wie z. B. den sexuellen Schwierigkeiten zwischen den beiden Partnern), ist für Herrn Lehmann nur schwer entscheidbar. Gleichwohl erscheint ihm erstere Deutung weniger bedrohlich: »Ich hatte immer angenommen – oder *gehofft* muss ich sagen – dass [ihre Trennungsabsicht] durch die hypomanische Phase bedingt ist.« Bei der Bevorzugung dieser Lesart dürfte eine Rolle spielen, dass Trennungswünsche selbst als »Krankheitssymptom« relativiert werden können und keine persönliche Abwertung auslösen; überdies besteht dabei eher die Hoffnung, dass die Partnerin bei einem Abklingen der schizophrener Symptomatik die Trennungsabsichten zurücknimmt.

Insgesamt ist Herrn Lehmanns eigene seelische Befindlichkeit offenbar sehr stark vom Gesundheitszustand der erkrankten Partnerin und den damit verbundenen Auswirkungen auf deren Beziehungsverhalten abhängig. Ein Leben ohne Frau Kästner ist für Herrn Lehmann nicht vorstellbar und erscheint ihm sinnlos, Trennungsabsichten der Partnerin lösen massive, existenzielle Ängste bei ihm aus. Auch die aktuelle Beziehungskrise hat ihn außerordentlich stark belastet: »Ich weiß nicht, ob ich eine Trennung psychisch durchgestanden hätte.« Die ausgeprägte *emotionale Abhängigkeit von der erkrankten Partnerin* führt dazu, dass Herr Lehmann bei Beziehungsproblemen auch in anderen Lebensbereichen (z. B. im Berufsleben) erhebliche Beeinträchtigungen erlebt. Seine ohnehin nur geringe Selbstwertschätzung wird mit jeder Partnerschaftskrise zusätzlich geschwächt. Biografisch betrachtet kann eine enge *Koppelung zwischen Erkrankungsgeschichte und Beziehungsgeschichte* angenommen werden: Während akute Krankheitsphasen von Frau Kästner in der Regel mit schweren Beziehungskrisen einhergingen, brachte die Besserung bzw. Stabilisierung ihres Gesundheitszustands auch eine Konsolidierung der Partnerschaft mit sich. Nachdem die Beziehung trotz der immer wiederkehrender Krisen und fehlender äußerer Verbindlichkeiten (wie z. B. Heirat oder Kinder) über viele Jahre hinweg gehalten hat, dürften die positiven Aspekte der »stabilen« Beziehungsphasen letztlich für die Partner überwiegen. Zugleich ist davon auszugehen, dass die – zumindest latent – immer vorhandene Bedrohung der Partnerschaft durch die Schizophrenie für Herrn Lehmann mit einer langfristigen seelischen Anspannung verbunden war.

Fallportrait 14/Interview 050

»Meine Bedürfnisse und sein Ruhebedürfnis auf einen Nenner zu bringen ist gar nicht so leicht.«

Frau Nolte ist 59 Jahre alt; aus ihrer ersten Ehe hat sie zwei erwachsene Kinder. Bis zu ihrer vorgezogenen Berentung vor drei Jahren war sie als Lehrerin tätig. Mit ihrem psychisch kranken Partner (65 Jahre) ist sie seit 1991 in zweiter Ehe verheiratet. Herr und Frau Nolte waren als Kinder gemeinsam in die Schule gegangen, hatten sich aber viele Jahre lang aus den Augen verloren. Nach der Erneuerung ihrer Bekanntschaft beschloss sie rasch, zu heiraten. Auch für Herrn Nolte ist es die zweite Ehe; er hat ebenfalls einen erwachsenen Sohn aus erster Ehe.

Herr Nolte ist seit 35 Jahren an Schizophrenie erkrankt. Im Verlauf der Erkrankung traten mehrere heftige Schübe auf, wegen derer Herr Nolte jeweils längere Zeit in stationärer psychiatrischer Behandlung war. Trotz seiner Schizophrenie konnte er noch viele Jahre in seinem Beruf als leitender Angestellter arbeiten; auf die Dauer war er dieser Aufgabe jedoch nicht mehr gewachsen und musste einen allmählichen beruflichen Abstieg hinnehmen; zuletzt war er in seiner Werft als Pförtner tätig. Seinen letzten schizophrenen Schub erlebte Herr Nolte 1988. Damals erlebte er sehr starke Beeinträchtigungen und Symptome und war er über ein Jahr lang in stationärer Behandlung; in dieser Zeit ging auch seine erste Ehe in die Brüche.

Die *erkrankungsbedingten Antriebschwierigkeiten* ihres Ehemanns, den sie meist als passiv und »träge« erlebt, stellen für Frau Nolte das zentrale Problem des alltäglichen Zusammenlebens dar. Herr Nolte zeigt kaum noch Interesse an einer aktiven Freizeitgestaltung (wie z. B. Spazieren gehen, Ausflüge etc.), sondern wünscht sich eher einen ruhigen, stresslosen Tagesablauf zu Hause. Frau Nolte würde dagegen gerne sehr viel mehr unternehmen und leidet darunter, Abstriche bei ihren Freizeitaktivitäten machen zu müssen: »Ich will, ich muss ja immer raus. Also *ich*. Nur rumsitzen, das macht mich wahnsinnig!« Weil sie gleichzeitig großen Wert auf eine gemeinsame Freizeitgestaltung legt, ist die Gestaltung des Beziehungsalltags und das *Ausbalancieren der unterschiedlichen Bedürfnisse* oft mit einer gereizten Stimmung zwischen den Partnern verbunden: »Meine Bedürfnisse und sein Ruhebedürfnis auf einen Nenner zu bringen ist gar nicht so leicht!« Weil sich ihr Mann aufgrund seiner Antriebsprobleme zunehmend von seinen Aufgaben im Haushalt zurückzieht, hat Frau Nolte zudem das Gefühl, dass die Arbeiten und Pflichten in der Partnerschaft ungerecht verteilt sind: »Ich muss drängen und vielleicht och mal schimpfen, dass er auch mal was macht. Das Tägliche mache ich ja fast alles selber. [...] Die paar Aufgaben, die ich ihm zuteile, sind ihm och noch zu viel!« Gleichzeitig nimmt Frau Nolte ihren Mann als im Hinblick auf die Alltagsbewältigung unbeholfen und wenig lebensstüchtig, sich selbst als kompetent und pragmatisch wahr. Diese *komplementäre Rollenverteilung* zwischen den beiden Partnern hat sich nicht zuletzt dadurch verstärkt, dass Herr Nolte in den letzten Jahren durch zusätzliche körperliche Erkrankungen zeitweise auf besondere Unterstützung und Rücksichtnahme durch seine Frau angewiesen war.

Zwar kennt Frau Nolte die Diagnose »Schizophrenie«, doch fällt es ihr oft schwer, Verständnis für die Probleme ihres Ehemanns aufzubringen. So ist es für sie z. B. sehr schwierig zu entscheiden, inwieweit die Antriebschwierigkeiten ihres Ehemanns seiner psychi-

schen Erkrankung geschuldet sind. Häufig ärgert sie sich über die »Trägheit« ihres Mannes und bringt ihren Unmut oder ihre Belustigung darüber zum Ausdruck; zugleich ist sie unsicher im Hinblick auf den Umgang mit den Defiziten ihres Mannes: »Manchmal weiß ich echt nicht, ob ich ihm Unrecht tue, wenn ich ihn auch mal schimpfe oder so. Ob er nicht will oder ob er nicht kann, das ist für mich 'n Problem.«

Insgesamt ist Frau Nolte mit ihrem Beziehungsalltag unzufrieden. Die erkrankungsbedingten Defizite ihres Mannes lassen sich nur schlecht mit ihrem Partnerschaftsideal vereinbaren: Dieses beinhaltet u. a. die Erwartung, dass ein guter Ehemann Initiative zeigen und zumindest die spezifisch männlichen Hausarbeiten zuverlässig erledigen sollte. Ferner beinhaltet dieses Idealbild die Auffassung, dass in einer harmonischen Ehe möglichst viele Aktivitäten gemeinsam ausgeübt werden sollten und dass Geben und Nehmen gerecht verteilt sein sollten. All diese Erwartungen sind nach Auffassung von Frau Nolte in ihrer Ehe nicht bzw. nicht mehr erfüllt. Dass sie die Ehe trotz ihrer *geringen Beziehungszufriedenheit* nicht in Frage stellt, dürfte zum einen mit ihrer trotz aller Einschränkungen vorhandenen Zuneigung, zum anderen mit ihrem Verantwortungsgefühl ihrem Mann gegenüber zusammenhängen.

Fallportrait 15/Interview 013

»Man lebt immer mit der Gefahr, dass sie urplötzlich wieder mal ein Tief hat.«

Herr Wolff übte nach der Wende aufgrund seiner kaufmännische Ausbildung eine Tätigkeit als Handelsvertreter aus, mit der viele Reisen und häufige Abwesenheit von zu Hause verbunden war. Seit 1997 ist er arbeitslos, und angesichts seines vorgeschrittenen Alters (57 Jahre) und der schizophrenen Erkrankung seiner Ehepartnerin unternimmt er keine allzu großen Bemühungen, vor Erreichen des Rentenalters wieder auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Mit seiner erkrankten Ehefrau (49 Jahre alt) ist Herr Wolff seit 20 Jahren verheiratet; die Ehe ist kinderlos. Nach sechs Jahren Ehe traten bei Frau Wolff erstmals schizophrene Symptome mit Verfolgungsideen, Angstzuständen und Suizidversuchen auf. Im Lauf der letzten Jahre hat die Schwere der Erkrankungsschübe offenbar nachgelassen, und Frau Wolff ist heute trotz immer noch starker Stimmungsschwankungen nicht mehr im gleichen Maße suizidgefährdet wie zu Beginn der Erkrankung.

Der Beginn der schizophrenen Erkrankungssymptome seiner Frau war auch für Herrn Wolff mit erheblichen seelischen Belastungen verbunden: »Die ersten Jahre waren sehr schlimm.« Die absurd erscheinenden Verfolgungsgedanken seiner Frau, ihre massiven Angstzustände und nicht zuletzt die stationären Psychiatricaufenthalte mit der damaligen Elektrokrampftherapie lösten bei Herrn Wolff eine starke Verunsicherung und »Befremden« aus. Angesichts mehrerer Suizidversuche sowie eines dramatischen Verlustes an Autonomie und Selbstverantwortlichkeit erschien ihm nicht nur das Leben seiner Frau, sondern auch die Partnerschaft und der gemeinsame Lebensentwurf existenziell bedroht. Hinzu kam, dass Herr Wolff damals von seinem sozialen Umfeld, d. h. von Freunden und Bekannten wenig Hilfe, Unterstützung und Verständnis erwarten konnte. Diese *akuten Belastungen zu Beginn der Erkrankung* waren für ihn um so gravierender, als gleichzeitig durch den Untergang der DDR und die damit verbundenen Veränderungen des Arbeitsmarkts seine beruflichen Existenz gefährdet war. Durch Flexibilität und eine mit häufi-

gen Reisen verbundene Tätigkeit konnte er seinen Arbeitsplatz halten, allerdings zu dem Preis, weiterhin häufig nicht zu Hause sein zu können, was wiederum mit vielen Sorgen und einem schlechten Gewissen gegenüber seiner erkrankten Frau verbunden war.

Obgleich er seine Frau heute nicht mehr als akut suizidgefährdet einschätzt, ist sich Herr Wolff darüber im Klaren, dass seine Frau an einer schweren, chronischen Krankheit leidet. Diese nüchterne, realistische Einschätzung geht einher mit dem Bemühen, alle zur Verfügung stehenden (v. a. medizinischen) Möglichkeiten zu nutzen, um ein weitgehend normales Leben mit der Schizophrenie zu ermöglichen »Man weiß ja och, dass es keene Heilung gibt, aber das ist doch eene Änderung [...], dass es gemildert wird.«

Im Zusammenleben mit seiner Frau erlebt Herr Wolff eine Reihe von *Belastungen und Einschränkungen des Beziehungsalltags*. Insbesondere die »depressiven«, antriebsarmen Phasen der Ehepartnerin (z. B. Teilnahmelosigkeit; Reizbarkeit; Unfähigkeit, alltägliche Aufgaben zu bewältigen) werden als sehr problematisch empfunden. Auch das in solchen Phasen exzessive Rauchen seiner Frau stellt für Herrn Wolff als Nichtraucher eine deutliche Beeinträchtigung dar. Generell, aber vor allem in den antriebsarmen Phasen versucht er, seiner Frau soweit wie möglich von Alltagsaufgaben (z. B. im Haushalt) zu entlasten. Die insgesamt unausgewogene »Leistungsbilanz« der beiden Partner wird im Allgemeinen durch das erkrankungsbedingte Handicap seiner Frau gerechtfertigt. Es fällt Herrn Wolff jedoch zuweilen sehr schwer, mit Kritik und Vorwürfen seiner Frau umzugehen, die sich just gegen diese vielfältigen Unterstützungsbemühungen richten. Auch Freunde und Bekannte können nach Herrn Wolffs Eindruck nicht ermessen und würdigen, was er als Ehepartner für seine erkrankte Frau leistet, »weil sie die nie erleben, wenn se mal'n Tief hat«. Mit einer gewissen Verbitterung stellt er fest, dass Außenstehende nur die angenehmen, gesunden Persönlichkeitsanteile seiner Frau erleben, während er ungeachtet seiner viel höheren »Aufwendungen« die belastenden, kranken Seiten tragen und ertragen muss.

Im Verlauf von 14 Jahren gemeinsamem Beziehungs- und Krankheitsalltags hat Herr Wolff gelernt, mit der Schizophrenie seiner Frau umzugehen: »Man kennt die Krankheit, man hat sich darauf eingestellt.« Auch sein ruhiges, besonnenes Temperament sieht er als vorteilhaft für den Umgang mit der Erkrankung der Partnerin an. Aufgrund seiner langjährigen Erfahrungen und Beobachtungen sowie seiner theoretischen Beschäftigung mit dem Thema »Schizophrenie« (u. a. Besuch einer psychoedukativen Angehörigengruppe) glaubt er, die Verhaltensweisen und Symptome seiner Frau im Prinzip einschätzen zu können: »Man merkt mitunter an bestimmten Verhaltensweisen, dass es bald wieder mal so weit ist.«

Gleichwohl bleibt die Unberechenbarkeit im Krankheitsverlauf seiner Frau für Herrn Wolff als größtes und belastendstes Problem des Zusammenlebens bestehen. Die extremen Stimmungseinbrüche seiner Frau ereignen sich nach seinem Empfinden oft »urplötzlich« und »wie aus heiterem Himmel«. Herr Wolff »lebt immer in der Gefahr oder mit dem Bewusstsein«, dass sich unvermittelt eine schwere psychische Krise ereignen könnte. »Dieses Ungewisse« wird von Herrn Wolff als erhebliche Einschränkung der Alltags- und Freizeitgestaltung empfunden.

Fallportrait 16/Interview 040

»Das packt man ja kaum, das alles alleine zu machen.«

Herr Biermann ist 72 Jahre alt; Zu DDR-Zeiten führte er über viele Jahre hinweg und unter oft schwierigen Bedingungen einen kleinen Handwerksbetrieb. Bis heute erledigt er zu Hause kleinere Auftragsarbeiten früherer Stammkunden. Seine sehr viel jüngere Ehepartnerin (47 Jahre) kennt Herr Biermann bereits »von Kindesbeinen an«, denn sie ist die Stieftochter seines Bruders. Seit 1970 sind Herr und Frau Biermann verheiratet. Das Paar hat zwei erwachsene Töchter: Die jüngere Tochter (18) ist Abiturientin und wohnt zu Hause bei den Eltern, die ältere (25) lebt mit ihrer eigenen Familie am Rande der Stadt.

1972 erkrankte Frau Biermann an Schizophrenie und verbrachte neun Monate in einer psychiatrischen Klinik. In der Folge traten im Abstand von einigen Jahren mehrere akute Krankheitsphasen auf; zwei Schübe wurden durch die Geburt der Kinder ausgelöst (»Kindbett-Psychose«). Im Laufe der 30-jährigen Ehe war Frau Biermann insgesamt sieben Mal in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung. Die letzte psychotische Krise, die mit einem mehrere Monate währenden Besuch in einer Tagesklinik verbunden war, liegt etwa ein Jahr zurück.

Die akuten Krankheitsphasen seiner Frau waren für Herrn Biermann insbesondere zu Beginn mit großen Belastungen verbunden. In der Regel waren die Schübe mit einem stationären Klinikaufenthalt und somit mit einer längeren Abwesenheit seiner Frau von zu Hause verbunden. In dieser Situation sah sich Herr Biermann vor die schwierige, ja unlösbare Aufgabe gestellt, Beruf, Kindererziehung und Haushalt alleine zu bewältigen. Damals musste Herr Biermann seinen Handwerksbetrieb zeitweilig schließen und damit finanzielle Verluste in Kauf nehmen: »Da bin ich dann ä Vierteljahr alleine gewesen mit den Kindern hier und musste das alles bewerkstelligen. Da konnt' ich och ä Vierteljahr nicht auf Arbeit gehen, also musste 's Geschäft da liegen lassen. [...] Da [musste ich] vom Krankengeld meiner Frau leben. Na, das war schon 'ne schwierige Situation!« Diese *Kumulation akuter Belastungen* empfand Herr Biermann umso mehr als Überforderung, als er nicht auf Hilfe von Verwandten oder Freunden zurückgreifen konnte, um zumindest einen Teil der zu bewältigenden Aufgaben zu delegieren.

Neben den akuten Belastungen während der psychotischen Schübe erlebte Herr Biermann erhebliche *Veränderungen und Beeinträchtigungen im gemeinsamen Alltag*. Auch in den weitgehend stabilen Krankheitsphasen lebte er viele Jahre hindurch gleichsam in ständiger Alarmbereitschaft: »Da sind manchmal die Kinder [ins Geschäft] gekommen: ›Komm schnell nach Hause, die Mutti macht das und das und das!‹ Das ist schon oft vorgekommen, das war schon schwierig!« Zudem war Frau Biermann aufgrund ihrer Negativsymptome (Antriebsprobleme, verminderte Belastbarkeit, kognitive Defizite) immer weniger in der Lage, die Aufgaben des Haushalts und der Kindererziehung zu bewältigen. Häufig sah sich Herr Biermann gezwungen, zusätzlich zu seiner anstrengenden Berufstätigkeit liegen gebliebene Hausarbeiten zu erledigen. Bis heute übernimmt er einen großen Teil der Aufgaben, für die seiner Auffassung nach eigentlich seine Frau zuständig wäre (Kochen, Abwaschen, Aufräumen etc.): »Ich muss die ganze Wirtschaft machen. [...] Das bleibt eben so lange, bis ich wieder mal Zeit hab. Das packt man ja kaum, das alles alleine zu machen!«

Das größte und belastendste Problem ist für Herr Biermann das *erhöhte Konfliktpotenzial*

im Beziehungsalltag. Seine erkrankte Ehepartnerin erlebt er seit dem Beginn der Schizophrenie als nörglerisch, streitlustig und wenig kompromissbereit. Häufig kommt es zu Konflikten, wenn sich Herr Biermann zu Unrecht von seiner Frau kritisiert oder angegriffen fühlt. Bei Meinungsverschiedenheiten (z. B. im Hinblick auf sinnvolle bzw. unnötige Anschaffungen oder die Organisation des Haushalts) versucht Herr Biermann meist erfolglos, seine Frau »zur Vernunft« zu bringen. Letztlich gibt er häufig nach, weil er Rücksicht auf die Defizite seiner erkrankten Ehepartnerin nehmen will: »Ich muss mich eben viel nach meiner Frau richten, na? Aufgrund der Krankheit, um ä bisschen Ruhe in die Sache zu bringen, wenn's mal wieder bissel eskaliert.«

Die Schizophrenie hat insgesamt zu einer *polarisierten Rollenverteilung zwischen den Ehepartnern* beigetragen: Während sich Herr Biermann um eine solide, fleißige und genügsame Lebensführung bemüht, erlebt er seine Ehefrau in vielen Situationen als faul, chaotisch und unvernünftig. Vor allem die unausgewogene Aufgabenverteilung in der Partnerschaft erlebt Herr Biermann als sehr ungerecht, zumal er seine Frau bei etwas gutem Willen für fähig hält, wesentlich mehr zur Hausarbeit beizutragen. Gleichwohl sind die Belastungen für Herrn Biermann heute insgesamt weniger gravierend als früher: »Jetzt ist es ja nicht mehr so schlimm mit der Belastung. Jetzt bin ich ja och zu Hause den ganzen Tag, bin ja Rentner.«

Fallportrait 17/Interview 037

»Ich dachte früher, ein Christ muss dort stehen bleiben, wo ihn der Herrgott in der Ehe hingestellt hat.«

Frau Dr. Riemann ist 59 Jahre alt. Früher hatte sie als Naturwissenschaftlerin eine leitende Position in einem Forschungsinstitut; aufgrund eines Herzleidens schied sie jedoch 1989 aus dem Berufsleben aus und ist seither berentet. Mit ihrem psychisch kranken Ehemann ist Frau Dr. Riemann seit 28 Jahren verheiratet; das Ehepaar hat eine erwachsene Tochter, die aktuell noch Studentin ist und bei den Eltern wohnt. Herr Riemann (55 Jahre) war trotz gravierender psychischer Probleme bis vor etwa einem halben Jahr als Anwalt tätig. Als ihm Ende 1998 hinsichtlich seiner Berufstätigkeit größere strukturelle Veränderungen angekündigt wurden, brach er psychisch völlig zusammen und begab sich erstmals in seinem Leben in psychiatrische Behandlung. Angesichts des untypischen, nicht-schubhaften Verlaufs der Erkrankung und des vollständigen Fehlens halluzinatorischer Symptome wurde die Diagnosestellung von den behandelnden Ärzten kontrovers diskutiert. Aufgrund der dauerhaften Wahnvorstellungen und der ausgeprägten formalen Denkstörungen einigte man sich jedoch schließlich auf die Diagnose »Schizophrenie«. Herr Riemann befindet sich aktuell zur Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik.

Obwohl die psychiatrische Behandlung ihres Mannes erst vor kurzem eingeleitet wurde, bestehen nach Auffassung von Frau Dr. Riemann seine psychischen Probleme im Prinzip schon seit Beginn der Ehe. Allerdings war dies für sie zum Zeitpunkt des Kennenlernens nicht erkennbar: »Ich habe meinen Mann als völlig andere, liebenswerte, aufgeschlossene Persönlichkeit kennen gelernt – also das Gegenbild von dem, was sich [nach der Heirat] sofort zeigte.« In diesem Zusammenhang unterstellt sie ihrem Mann, er habe sie damals (u. a. um in »bessere Verhältnisse« einzuheiraten) bewusst getäuscht und erst nach

der Eheschließung sein »wahres Gesicht« gezeigt. Frau Dr. Riemann empfand ihren Mann zunehmend als gefühlskalten, brutalen und zwanghaften Menschen. Gleichzeitig erlebte sie ihn jedoch als unselbstständig und verletzlich wie ein kleines Kind und glaubte, dass er weitgehend auf ihre Hilfestellung angewiesen sei.

Der eheliche Alltag war für Frau Dr. Riemann durch *vielfältige Probleme und Belastungen* geprägt. Zunächst war es die Unselbstständigkeit und Unzuverlässigkeit im Hinblick auf praktische Dinge (z. B. Organisation des Haushalts und des Familienlebens), die Frau Dr. Riemann als große Einschränkung und Enttäuschung erlebte: »Ich musste alles in die eigenen Hände nehmen, sonst hätte erstens nichts geklappt und zweitens ist mein Mann jemand, auf den Sie in der Familie überhaupt nicht zählen können.« Gegenüber Außenstehenden empfand sie es immer wieder als sehr peinlich, wenn sich ihr Mann ihrer Ansicht nach unangemessen verhielt (z. B. mimosenhaft, exzentrisch und kindisch-destruktiv). Zugleich hatte Frau Dr. Riemann das Gefühl, »normale partnerschaftliche Forderungen« wie z. B. Höflichkeit, Rücksichtnahme oder Gesprächsbereitschaft nicht einmal ansatzweise stellen zu können.

Hinzu kam, dass Herr Riemann im Hinblick auf seine psychischen Probleme eine Art Doppelleben führte: Während er sich am Arbeitsplatz offenbar weitgehend unter Kontrolle hatte und zuverlässig »funktionierte«, lebte er seine aggressiven und regressiven Impulse zu Hause ungezügelt aus. So wurde er z. B. häufig bei geringfügigen Anlässen von Angst und Verzweiflung überwältigt und musste dann von Frau Dr. Riemann getröstet werden wie ein kleines Kind. Die schweren hypochondrischen Ängste ihres Mannes waren für sie umso schwerer zu ertragen, als sie selbst im Lauf der Jahre mehrfach ernstlich erkrankte (Herzleiden, Osteoporose, Krebs), bei ihrem Mann aber keinerlei emotionalen Rückhalt fand. Auf der anderen Seite musste sie fast täglich gröbste Gehässigkeiten und Beschimpfungen ihres Mannes ertragen. »Er ist über die Maßen böse. Das kann ich nicht wiedergeben, da würd' ich bitterlich weinen.« Mehrfach wurde sie von ihrem Mann massiv bedroht und körperlich misshandelt. Das eheliche Zusammenleben war deshalb geprägt durch Angst und Traumatisierung. Für den Fall einer Scheidung drohte Herr Riemann furchtbare Konsequenzen an: »Er sagt, eher würd' er mich totschiessen – das glaub ich dem auch!«

Der Umgang mit diesen vielfältigen Problemen und Belastungen fiel Frau Dr. Riemann oft sehr schwer. Mit der Zeit lernte sie, das Verhalten ihres Mannes sowie Frühwarnzeichen einer Zustandsverschlechterung besser einzuschätzen und darauf zu reagieren. So konnte sie z. B. potenziell peinliche oder konflikträchtige Situationen durch entsprechende Maßnahmen oft rechtzeitig entschärfen: »Wenn Sie 30 Jahre mit so einem Menschen leben und es durchdenken und immer wieder versuchen, geradezurücken oder im Vorfeld schon für ihn zu ebnen, dass es besser wird, da wissen Sie schon, wie das läuft.« Durch eine weitgehende Reduktion bzw. Vermeidung des Kontakts gelang es ihr häufig, Konflikten und aggressiven Eskalationen mit ihrem Mann aus dem Weg zu gehen: »Da stell ich ihm sein Essen hin und wir schließen uns ein aus Angst. So können wir uns manchmal einem Bombardement entziehen.« In ihrer schwierigen Situation fand sie besonders in ihrem Glauben an Gott inneren Halt. Das Gebet und die Beichte empfand sie immer wieder als große Entlastung, ja als »Psychotherapie«, ohne die sie die Ehe mit ihrem Mann nicht mehr ertragen hätte.

Trotz der gravierenden erkrankungsbedingten Probleme und Konflikte wurde nach au-

ßen das Bild einer normalen und respektablen Ehe präsentiert. Hinter der sorgsam aufrechterhaltenen Fassade einer intakten Familie erlebte Frau Dr. Riemann ihre Ehe als entsetzliche Belastung; zugleich war sie bis zum Beginn der psychiatrischen Behandlung bemüht, die psychischen Probleme ihres Mannes zu Hause »aufzufangen« und Außenstehenden gegenüber zu decken. Die gleichsam mütterliche Fürsorge und Verantwortung, die ihr Verhalten dem Ehemann gegenüber bestimmte, verstärkte die äußerst polarisierte, dabei aber komplementäre Rollenverteilung innerhalb der Beziehung. Die Möglichkeit einer Trennung oder Scheidung wurde zwar immer wieder gedanklich durchgespielt, aber auch immer wieder verworfen. So betrachtet dürfte Frau Dr. Riemann ihrerseits viel dazu beigetragen haben, den Status quo in der Ehe über all die Jahre hinweg aufrechtzuerhalten. Ihr Selbstverständnis als gläubige Katholikin war für Frau Dr. Riemann ein wichtiger Grund, sich trotz der vielen Belastungen nicht von ihrem Mann zu trennen. Dabei spielte die starke Orientierung an kirchlich-moralischen Vorstellungen von der lebenslangen, unbedingten Verpflichtung einem Ehepartner gegenüber eine zentrale Rolle: »Ich dachte früher, ein Christ muss dort stehen bleiben, wo ihn der Herrgott in der Ehe hingestellt hat.« Hinzu kam, dass Frau Dr. Riemann offenbar nicht riskieren wollte, mit einer Scheidung gegen konservative kirchliche und soziale Normen zu verstoßen: »Ich war [auch] aus Feigheit gegen die Scheidung. Ich hab mir dieses Kartenhaus an Idealismus aufgebaut, um meine eigene Schwäche damit zu kaschieren.« Heute sind es andere Gründe, die sie davon abhalten, die Ehe zu beenden. Insbesondere spielt dabei die Angst eine Rolle, schuld daran zu sein, wenn sich ihr Mann nach einer Trennung umbringen würde. Doch auch eine Verelendung ihres Ehemanns könnte sie nicht ertragen: »wenn ich ihn vielleicht bei den Obdachlosen treffe, betrunken oder liederlich oder was weiß ich. Das ist es, was mich heute hier hält. Sonst nichts.«

Mit der aktuellen psychiatrischen Behandlung ist Frau Dr. Riemann nicht zufrieden; die Diagnose »Schizophrenie« und die medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika hält sie für falsch. Nach wie vor hält sie an ihrer eigenen Krankheitsdeutung fest, dass die psychischen Probleme ihres Mannes seiner zwanghaften Persönlichkeitsstruktur geschuldet sind: »Für meine Begriffe hat er ein geradezu klassisches Bild von einer Neurose. Die Rigidität hat ihn immer auf diese Angstschiene geschoben.« Sie mutmaßt deshalb, dass die eigentlichen Probleme ihres Mannes in der psychiatrischen Tagesklinik unbearbeitet bleiben, weil hierzu eine aufarbeitend-konfrontative »Gesprächstherapie« notwendig wäre. Frau Dr. Riemann blickt heute mit Gefühlen der Trauer und Verbitterung, zum Teil auch mit Zynismus auf ihre Ehe zurück. Bis heute hadert sie mit dem Schicksal, diesen Ehemann geheiratet zu haben. Angesichts der vielen Kränkungen und Verletzungen, die ihr von ihrem Mann zugefügt wurden (und immer noch werden), empfindet sie Gefühle von Scham, Schmerz und Verzweiflung. Frau Dr. Riemann schwankt zwischen der resignativen Überzeugung, dass es für sie zu spät ist, noch etwas an ihrer Situation zu ändern und dem Impuls, ihre »Ehehölle« und ihr bisheriges verkorkstes Leben hinter sich zu lassen: »Ich wünschte, ich könnte diese vier Möbelstücke nehmen und wär' ganz weit weg. Ganz weit.«

Fallportrait 18/Interview 033

»Ich hab sie ja nicht nur fürs Bett geheiratet, sondern auch, dass sie sich um den Haushalt kümmert.«

Herr Seume hat einen schweren Lebensweg hinter sich. Er ist im Heim aufgewachsen und hat eine Sonderschule für Lernbehinderte besucht. Mit 18 Jahren hatte er große Schwierigkeiten beim Übergang in ein selbstständiges Erwachsenenleben. Jahrelang arbeitete er nachts als Heizer. Um seinen Ängsten und Depressionen zu entfliehen, begann Herr Seume damals, in großen Mengen Alkohol und Medikamente zu konsumieren. Schließlich musste er sich in psychiatrische Behandlung begeben. Nach der Wende verlor er seinen Arbeitsplatz, bekam aber aufgrund der damaligen Übergangsbestimmungen relativ rasch eine Erwerbsunfähigkeits-Rente. Heute ist Herr Seume 37 Jahre alt; er hat seine Sucht überwunden, ist aber nach wie vor sehr labil und auf eine engmaschige Sozialbetreuung angewiesen. Herr Seume gibt sich jedoch große Mühe, trotz seiner intellektuellen Defizite und seiner psychischen Probleme ein weitgehend »normales«, angepasstes Leben zu führen. Mit seiner an Schizophrenie erkrankten Ehepartnerin (38) ist Herr Seume seit 1991 verheiratet; die gemeinsame Nervenärztin spielte damals offenbar die Rolle der »Beziehungsstifterin«. Frau Seume war zum Zeitpunkt des Kennenlernens bereits zwölf Jahre psychisch krank. In der Anfangszeit der Beziehung hat sich Herr Seume offenbar zum ersten Mal in seinem Leben richtig glücklich gefühlt. Herr und Frau Seume haben eine gemeinsame fünfjährige Tochter; die jedoch bei einer Pflegemutter lebt, weil das Jugendamt den Eltern das Sorgerecht entzogen hat. Über diese Maßnahme ist Herr Seume bis heute sehr verbittert.

Als zentrales Problem erlebt Herr Seume die *schwierige finanzielle Situation*, mit der er und seine Frau leben müssen. Sowohl er als auch seine Frau beziehen eine Erwerbsunfähigkeits-Rente, doch Herr Seume empfindet das gemeinsame Einkommen als bei weitem zu niedrig, um einen zwar bescheidenen, aber angemessenen Lebensstandard zu gewährleisten: »Diese einfachen Ausgaben kriegen wir nicht auf die Reihe.« Besonders verbittert ist Herr Seume darüber, dass soziale Vergleiche fast immer zu seinen Ungunsten ausfallen: »Was der [Nachbar] sich angeschafft hat, und dann wir?« Die schwierige finanzielle Situation wird zusätzlich verschärft durch die Probleme von Herrn und Frau Seume, mit Geld umzugehen – beide haben einen gerichtlich eingesetzten Betreuer, der für die finanziellen Belange zuständig sind. Allerdings ist Herr Seume der Auffassung, dass die aktuelle finanzielle Knappheit vor allem der Inkompetenz und Gleichgültigkeit seiner Frau geschuldet ist, während er selbst verzweifelt bemüht ist, eine gewisse Solidität und Ordnung in das gemeinsame Leben zu bringen.

Herr Seume ist sehr bemüht, die drohende Stigmatisierung durch die psychischen Probleme beider Partner zu vermeiden und ein weitgehend *normales, an bürgerlichen Wertvorstellungen orientiertes Leben* zu führen. Dazu gehört z. B. eine gesunde, regelmäßige Lebensführung ohne Alkohol und Zigaretten; ferner ist Herr Seume vor einigen Jahren der Kirche der Mormonen beigetreten, wo er inneren Halt und Anerkennung findet. Durch Aushilftätigkeiten (z. B. Entrümpelungen) versucht er, seine finanzielle Situation etwas zu verbessern und sich dem Ideal einer geregelten Arbeit anzunähern. Auch in Äußerlichkeiten – etwa was Geschmack oder materielle Wünsche angeht – orientiert sich Herr Seume an kleinbürgerlichen Klischees und Normalitätsvorstellungen (z.B. Urlaub in Thüringen,

Haustiere, eigener Schrebergarten). Gleichzeitig ist sich Herr Seume schmerzlich bewusst, dass das erträumte normale, bürgerlichen Leben in den meisten Punkten für immer unerreichbar bleiben wird – zumal seine diesbezüglichen Anstrengungen immer wieder von Frau Seume durchkreuzt werden (z. B. durch Betteln und Kippensammeln in der Nachbarschaft).

Im *alltäglichen Zusammenleben* sieht sich Herr Seume mit dem Problem konfrontiert, dass seine Frau ihren Tag nicht selbstständig strukturieren kann und – zusätzlich zu der ohnehin notwendigen Betreuung durch psychosoziale Einrichtungen – zunehmend auf seine Hilfe und Anleitung angewiesen ist. Immer häufiger fühlt er sich von dieser Situation überfordert. Seine Erwartung, seinerseits von der Partnerin entlastet zu werden (z. B. im Haushalt), wird für ihn immer weniger erfüllt. »Da müsste sich meine Frau einfach zusammenehmen und mich unterstützen. [...] Ich hab sie ja nicht nur fürs Bett geheiratet, sondern auch, dass sie sich um den Haushalt kümmert und dass abends Essen da ist.« Wenn Frau Seume aufgrund eines akuten psychotischen Schubs längere Zeit in einer psychiatrischen Klinik verbringen muss, so ist dies für Herrn Seume besonders unangenehm und belastend, da er während ihres Klinikaufenthalts allein für die Organisation des gesamten Haushalts zuständig ist. Nicht der schizophrene Schub seiner Frau, sondern vielmehr die sich daraus ergebende Anforderung, den Alltag völlig ohne ihre Hilfe und Unterstützung bewältigen zu müssen, ist für ihn eine erschreckende Vorstellung.

Aufgrund dieser vielen Probleme überlegt Herr Seume in letzter Zeit immer öfter, ob er sich von seiner Frau trennen soll. Die ursprüngliche Partnerschaftsdefinition ist für ihn durch die fortschreitende Erkrankung und die Defizite seiner Partnerin in Frage gestellt: »Meine Frau ist nicht mehr so, wie ich sie kennen gelernt habe. Früher hat sie selbstständig nachgedacht, heute muss ich ihr alles sagen.« Die Rollenverteilung in der Partnerschaft empfindet er als sehr ungerecht; als legitim empfundene weibliche Versorgungsleistungen (z. B. Sexualität, Haushaltsführung) können immer weniger eingefordert werden. Häufig empfindet Herr Seume die Verantwortung für seine Frau nur noch als entsetzliche Last: »Grauenhaft ist das!«

Fallportrait 19/Interview 155

»Ich wollte ihn nicht verlieren, weil es ist Liebe im Spiel – auch heute noch«

Frau Frischmuth (36 Jahre) ist als selbstständige Krankengymnastin tätig. Sie hat sie eine eigene kleine Praxis; diese liegt Tür an Tür mit der Wohnung, in der sie mit ihrem erkrankten Partner (35) und ihren zwei Kindern (10 und 12 Jahre) lebt. Herr und Frau Frischmuth sind seit 14 Jahren verheiratet. Zwei Jahre vor der Eheschließung hatte Herr Frischmuth einen ersten schizophrenen Schub erlebt, war danach jedoch jahrelang ohne Medikamente symptomfrei. Während der ersten Jahre der Ehe hatte Frau Frischmuth »nie etwas von seiner Krankheit gemerkt«, und das Zusammenleben war von Harmonie, optimistischen Zukunftsplänen, Elternschaft und dem Aufbau einer gemeinsamen Existenz geprägt. 1992, 1994 und 1996 kam es jedoch zu erneuten Ausbrüchen der Schizophrenie. Aufgrund der jahrelangen Symptomfreiheit erlebte Frau Frischmuth den 1990 auftretenden Schub ihres Mannes wie eine Neuerkrankung. »Theoretisch« hatte sie zwar gewusst, dass ihr Mannes »als junger Bursche einen Nervenzusammenbruch gehabt« hatte; mit der

Möglichkeit eines erneuten Schubs hatte sie jedoch nicht wirklich gerechnet. Während der drei *akuten Erkrankungsphasen* nahm sie starke Veränderungen an ihrem Mann wahr, die sie sehr erschreckten und belasteten. Diese Veränderungen betrafen die Ausstrahlung, das Verhalten, ja die gesamte Persönlichkeit ihres Ehepartners. »Mein Mann hatte ganz andere Züge, der sah so hässlich aus.« Herr Frischmuth, ansonsten ein eher sanfter und umgänglicher Mensch, verhielt sich plötzlich eigenbrötlerisch, abweisend und aggressiv, z. T. auch kindisch und verantwortungslos. Mehrmals war er tagelang spurlos verschwunden und musste über Polizei und DRK gesucht werden, während Frau Frischmuth voller Angst auf ein Lebenszeichen wartete. Während der schizophrenen Schübe kam es immer wieder zu Vorfällen, die mit großen emotionalen Belastungen für sie verbunden waren. So verstörte sie ein Gewaltausbruch ihres Mannes mit Sachbeschädigung und Körperverletzung umso mehr, als dies polizeiliche Ermittlungen und ein Gerichtsverfahren nach sich zog. Nach einer extremen Fastenkur, die er unternommen hatte, um die Schizophrenie auf »natürlichem« Wege zu überwinden, schwebte Herrn Frischmuth in akuter Lebensgefahr und musste künstlich ernährt werden. Völlig verzweifelt war Frau Frischmuth, als ihr Mann nach einer Klinikeinweisung bekundete, er wolle sich von ihr scheiden lassen und sie monatelang »wie Luft« behandelte.

Die akuten Krankheitsphasen ihres Mannes waren für Frau Frischmuth umso aufreibender, als sie gleichzeitig viele weitere Aufgaben und Verpflichtungen alleine bewältigen musste (z. B. Kindererziehung, Beruf, Haushalt). Außerdem hatte sie keine Freunde und Verwandte in Leipzig, die sie hätten entlasten oder unterstützen können. Diese *Kumulation unterschiedlicher Belastungen* bei gleichzeitig *fehlenden sozialen Ressourcen* führte dazu, dass sich Frau Frischmuth während des ersten (miterlebten) Schubs völlig verzweifelt und überfordert fühlte. Als zudem ihre Partnerschaft und Lebensplanung existenziell bedroht schien, wurde die seelische Belastung so groß, dass sie sich in psychologische Behandlung begab: »Es war unerträglich. [Normalerweise] hab ich viel Optimismus, aber da hab ich gedacht, das schaffste nicht alleine.«

Es war eine »ganz, ganz schwere Lektion« für Frau Frischmuth, zu verstehen und zu akzeptieren, dass ihr Mann vermutlich sein Leben lang psychisch krank sein wird und Neuroleptika einnehmen muss, um das Risiko eines Rückfalls zu minimieren. Durch Gespräche mit Ärzten und Psychologen sowie durch die Lektüre von Ratgeberliteratur erwarb sie nach und nach eine Art Basiswissen im Hinblick auf die Schizophrenie. Heute fühlt sie sich informierter und kompetenter im Umgang mit der Erkrankung ihres Mannes. In diesem Zusammenhang haben sich Herr und Frau Frischmuth auf ein Konzept des gemeinsamen Krisenmanagements geeinigt, nach dem sie bereits bei den ersten Anzeichen eines schizophrenen Schubs verfahren (Früherkennung; Sofortmaßnahmen). Dieses Krisenkonzept bedeutet für Frau Frischmuth ein weitere wichtige Handhabe im Umgang mit der Erkrankung.

Um die vielfältigen Probleme und Belastungen im Zusammenhang mit der Schizophrenie ihres Mannes zu bewältigen, unternahm Frau Frischmuth eine Reihe unterschiedlicher Schritte. Durch regelmäßige Beratungsgespräche mit einer Psychotherapeutin versuchte sie, eine emotionale Entlastung für sich selbst zu erreichen. Diese Gespräche halfen ihr auch dabei, ihre belastenden Erlebnisse neu zu bewerten und im Hinblick auf eine Fortsetzung der Partnerschaft einzuordnen. Um die konkreten Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen, welche die Schizophrenie ihres Mannes aufwarf, bediente sie sich dage-

gen aktiver, problemorientierter Strategien (z. B. Aneignung von krankheitsspezifischem Wissen; Entwicklung einer gemeinsamen Strategie des Krisenmanagements; neues Arrangement bei der Organisation des Familienalltags).

Durch die drei schweren schizophrenen Schübe und die Berentung von Herrn Frischmuth hat sich der gemeinsame Alltag stark verändert. Aufgrund seiner Erwerbsunfähigkeit verbringt Herr Frischmuth heute viel Zeit relativ untätig zu Hause, während Frau Frischmuth die Aufgabe der »Familienernährerin« übernommen hat. In diesem Zusammenhang hat offenbar auch eine Polarisierung hinsichtlich der Rollenverteilung in der Partnerschaft stattgefunden. Während Frau Frischmuth sich als aktiv, optimistisch und belastbar darstellt, beschreibt sie ihren erkrankten Ehepartner als schwach, passiv und überempfindlich. Der Umgang mit den erkrankungsbedingten Problemen ihres Ehepartners wird für sie dadurch erschwert, dass man ihm seine Schizophrenie nicht unmittelbar anmerkt: »Er ist eigentlich so wie [sic!] ein gesunder Mensch, wie jeder andere auch.« Trotz dieser scheinbaren Normalität gibt es im alltäglichen Zusammenleben viele Einschränkungen und Schwierigkeiten. So ist Herr Frischmuth z. B. psychisch sehr labil, antriebsarm und neigt bereits bei geringfügigen Anlässen zu Depressivität: »Ich versteh's eben nicht, dass er immer so viel grübelt und grübelt und grübelt.« Bei der Organisation des familialen Zusammenlebens und der Freizeitgestaltung nimmt Frau Frischmuth immer auch auf die erkrankungsbedingten Defizite ihres Mannes Rücksicht – nicht zuletzt deshalb, weil andernfalls mit dem Risiko eines erneuten psychotischen Schubs gerechnet werden muss. Die Schizophrenie ist so zu einem zentralen Bezugspunkt im gemeinsamen Alltag geworden.

Trotz der vielen erlebten, bestehenden und antizipierten bzw. befürchteten Belastungen ist Frau Frischmuth entschlossen, an der Partnerschaft mit ihrem erkrankten Mann festzuhalten. Ihre mit vielen Opfern verbundene Solidarität sieht sie gleichsam als Zeichen für eine besonders wertvolle und erhaltenswerte Partnerschaft: »Man muss auch in bitteren Stunden zueinander halten. Das ist eine größere Kunst, als eine glückliche Ehe ohne schwere Prüfung zu führen.« Frau Frischmuth ist deshalb bereit, die krankheitsbedingten Einschränkungen des Alltags und auch mögliche neue Schübe in Kauf zu nehmen. Eine Trennung würde sie erst dann in Erwägung ziehen, wenn sie eine körperliche Bedrohung durch ihren Mann befürchten müsste – eine Möglichkeit, die sie allerdings als sehr unwahrscheinlich einstuft.

In diesem Zusammenhang sind für Frau Frischmuth die *positive Aspekte der Partnerschaft* ein wichtiges Gegengewicht zu den erlebten Belastungen und Einschränkungen. Nach ihrem Empfinden ist das Fundament der Beziehung, das aus gegenseitigem Verstehen, Zuneigung sowie gemeinsamen Interessen und Werthaltungen besteht, durch die Schizophrenie bisher nicht zerstört worden. Trotz der Erkrankung gibt es für Frau Frischmuth noch viele intakte Bereiche des Zusammenlebens: »Ich wollte ihn nicht verlieren, weil es ist Liebe im Spiel – auch heute noch. Er ist ja, wenn er gesund ist, ein sehr guter Mann für mich, auch für die Kinder ein guter Vater. Auch die Chemie stimmt ja zwischen mir und meinem Mann.«

Fallportrait 20/Interview 095

»Wir leben eigentlich ganz normal.«

Herr Kowalski, 59 Jahre alt, Jurist, ist seit 1965 mit seiner erkrankten Ehepartnerin (61 Jahre) verheiratet. Das Ehepaar hat zwei erwachsene Söhne, die eigene Familien gegründet haben und in andere Städte leben. Frau Kowalski erlebte ihren ersten schizophrenen Schub bereits ein Jahr nach der Eheschließung im Anschluss an die Geburt ihres ersten Sohns. Aufgrund dieser akuten Erkrankungsphase musste sie ein halbes Jahr stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden. Nur langsam erholte sie sich damals von ihrem Schub; insgesamt dauerte es etwa zwei Jahre, bis eine weitgehende Besserung eintrat. Danach verzichtete Frau Kowalski darauf, wieder in ihrem Beruf als Schneiderin zurückzukehren; stattdessen widmete sie sich dem Haushalt und der Erziehung der Kinder. Eine Erwerbsunfähigkeitsrente wurde aus diesem Grund nie beantragt. Seit ihrem ersten Schub ist sie in ambulanter psychiatrischer Betreuung und nimmt regelmäßig Neuroleptika. Über viele Jahre hinweg konnten zeitweilige psychische Krisen ambulant abgefangen werden. Vor fünf Jahren kam es jedoch zu einem erneuten schweren schizophrenen Schub mit längerem Psychiatricaufenthalt.

Als seine Ehepartnerin vor 33 Jahren an Schizophrenie erkrankte, bedeutete dies für Herrn Kowalski eine »einschneidende Veränderung« in seinem Leben. Den Beginn der Erkrankung empfand er als plötzlich, erschreckend und überwältigend; das Verhalten der Ehepartnerin nahm er als bizarr verändert und unheimlich wahr. Angesichts der verstörenden Symptome seiner Ehepartnerin und der Klinikeinweisung fühlte sich Herr Kowalski voller Angst, Verzweiflung und Ohnmacht. Hinzu kam, dass er die Lebens- und Behandlungsbedingungen in der psychiatrischen Klinik als unmenschlich und schockierend erlebte. Diese *Belastungen beim Erkrankungsbeginn* wurden einerseits dadurch verschärft, dass lange Zeit Informationsdefizite hinsichtlich Diagnose, Behandlung und Verlauf der psychischen Erkrankung der Ehepartnerin bestanden. Andererseits wollte sich Herr Kowalski zunächst gar nicht damit auseinandersetzen, dass seine Frau an einer Schizophrenie erkrankt war – ein Akzeptieren dieser Tatsache war ihm erst später möglich, als seine Frau schon auf dem Wege der Besserung war: »Ich weiß gar nicht, ob ich [diese Informationen] hätte haben wollen. Im Nachhinein hat man das schon etwas anders gesehen.« Da seine Frau auch nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik noch relativ lange stark beeinträchtigt war (u. a. durch Antriebslosigkeit, Apathie, Nebenwirkungen der Medikamente), machte er sich große Sorgen im Hinblick auf die gemeinsame Zukunft und Lebensplanung. Er war deshalb sehr erleichtert, als sich der Gesundheitszustand seiner Frau langsam, aber stetig verbesserte.

Um das Risiko eines schizophrenen Rückfalls zu vermindern, wurden in den folgenden Jahren viele *Vorsichtsmaßnahmen* ergriffen. Als beispielsweise Herr und Frau Kowalski im Zusammenhang mit der zweiten Schwangerschaft einen erneuten schizophrenen Schub befürchteten, entschieden sie sich für eine Entbindung in der Uniklinik, wo sie sich im Notfall die schnellste und kompetenteste Hilfe erwarteten. Auch danach unterstützte Herr Kowalski seine Frau immer darin, sich strikt an die Anweisungen der behandelnden Ärzte zu halten. Diese *ausgeprägte Compliance* (z. B. regelmäßige ambulante Betreuung über viele Jahre hinweg; Medikamenteneinnahme trotz lästiger Nebenwirkungen) wurde bis heute weitgehend durchgehalten. Immer dann, wenn Herr Kowalski mögliche Anfangs-

symptome einer akuten Erkrankung bei seiner Frau wahrnimmt, ermutigt er sie, sofort professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen: »Wenn ich jetzt was merken würde, würd' ich sagen: Geh lieber noch mal hin [Klinik].« Um mögliche Krankheitsauslöser wie Aufregungen und Belastungen weitgehend zu vermeiden, wurden gewohnte Alltagsaktivitäten und -routinen verändert und z. T. eingeschränkt. In diesem Zusammenhang unterstützte Herr Kowalski seine Frau auch darin, auf eine Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit zu verzichten – zumal andere, nicht krankheitsbezogene Argumente ebenfalls für eine solche Entscheidung sprachen.

Dieser auf die Vermeidung von Stress abzielende, *krankheitsangepasste Lebensstil* erfordert eine Reihe von Zugeständnissen. Neben den finanziellen Abstrichen durch den Verzicht auf einen Doppelverdienst sind dabei Konzessionen bei der gemeinsamen Alltagsgestaltung und Lebensplanung zu nennen. Herr Kowalski ist grundsätzlich bemüht, so weit wie möglich auf die Bedürfnisse und den Tagesrhythmus seiner Frau Rücksicht zu nehmen und gemeinsam mit ihr befriedigende Lösungen zu finden (»Wir passen uns da ab.«). Dies bedeutet u. a. auch, dass Herr Kowalski oft auf gemeinsame Freizeitaktivitäten verzichtet, die seine Ehepartnerin als zu belastend empfindet (z. B. Theaterbesuche, Familienfeiern etc.). Weil dadurch auch die Gelegenheiten für soziale Kontakte außerhalb der Familie abgenommen haben, ist der Beziehungsalltag insgesamt ruhiger und introvertierter geworden.

Obwohl es viele Jahre lang zu keiner akuten psychotischen Episode mehr kam, ist die psychische Erkrankung im gemeinsamen Alltag häufig spürbar. Herr Kowalski erlebt seine Frau im Vergleich zu früher als verändert. Ihre oft plötzlichen und überraschenden Stimmungsschwankungen und ihre Anflüge von Gereiztheit und Aggressivität geben ihm immer wieder Anlass zu *Sorgen und Befürchtungen* hinsichtlich eines Wiederaufflackerns der Schizophrenie: »Das waren auch immer so Momente, wo ich bissel Angst hatte, dass es wieder ausbricht.« Auch in Situationen oder bei Anlässen, die erfahrungsgemäß das Risiko eines schizophrenen Rückfalls bergen (z. B. Geburtstagsfeste, Besuch), beobachtet er seine Frau mit ängstlicher Wachsamkeit hinsichtlich eventueller Krankheitssymptome: »Ich bin da natürlich etwas überempfindlich.« Größere Lebensveränderungen, wie z. B. der Umzug in eine andere Wohnung, würden nach Einschätzung von Herrn Kowalski ein unkalkulierbares Risiko darstellen: »Wenn ich jetzt sagen würde, wir würden umziehen, da würd' sie krank.«

Herr Kowalski neigt dazu, die Beeinträchtigungen durch die psychische Krankheit seiner Frau als geringfügig, das eigene Leben und die Partnerschaft als »ganz normal« und unauffällig darzustellen. Die Schizophrenie wird dabei weitgehend mit akuten Erkrankungsphasen gleichgesetzt, die die Normalität des gemeinsamen Alltags zwar mehrfach dramatisch erschüttert, letztlich aber nicht ernsthaft gefährdet haben: »Danach [schizophrener Schub] gab's eigentlich keine Probleme weiter. Das lief dann eigentlich ganz normal.« Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang auch, dass Herr Kowalski psychiatrische Krankheitsbegriffe (wie z. B. »Schizophrenie«, »Psychose«, »Wahn«, »Schub« etc.) konsequent vermeidet; dagegen werden oft alternative Erklärungsmöglichkeiten für die Beeinträchtigungen seiner Frau bevorzugt, die auf deren Ent-Pathologisierung hinauslaufen (z. B. nachlassende Vitalität im Alter; Unausgelastetheit der Ehepartnerin; »normale« Stimmungsschwankungen). Diese *Normalisierung der Schizophrenie und des Beziehungsalltags* gestattet es Herrn Kowalski, sein Idealbild eines »normalen« (d. h. weitgehend

angepassten und unauffälligen) Familienlebens aufrechtzuerhalten. Zugleich dürfte diese Normalisierung eine erhebliche kognitive Ambivalenz mit sich bringen, denn Herr Kowalski ist sich der »latenten« Gefahr ernsthafter psychischer Probleme bzw. eines erneuten Schubs durchaus bewusst, falls der krankheitsangepasste Lebensstil nicht eingehalten wird.

Fallportrait 21/Interview 010

»Wenn ihre psychische Erkrankung durchbricht, müssen wir bisschen nach dem Arzt rennen und so. Ansonsten – ganz normales Leben.«

Herr Hering ist 46 Jahre alt. Als Ingenieur war er zu DDR-Zeiten in der Schwerindustrie tätig; nach der Wende wurde er jedoch arbeitslos. Zur Zeit ist er im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungs-Maßnahme tätig. Seine Ehepartnerin (43 Jahre) hat Herr Hering vor 1987 in seinem Betrieb kennen gelernt. Zum damaligen Zeitpunkt war Frau Hering bereits drei Jahre an Schizophrenie erkrankt und hatte mehrere stationäre Psychiatrieaufenthalte hinter sich. Gleichwohl war sie weiter berufstätig; die sich anbahnenden schizophrenen Schübe konnten meist ambulant abgefangen werden. Nach einem erneuten schizophrenen Schub beantragte Frau Hering 1992 auf Anraten ihres Nervenarztes eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Herr und Frau Hering haben zwei Kinder im Alter von fünf und neun Jahren; die Familie lebt unter räumlich sehr beengten Verhältnissen. Während sich Frau Hering meist in der Wohnung aufhält und sich für Haushalt und Kindererziehung zuständig fühlt, sieht Herr Hering seine Rolle in erster Linie als Ernährer der Familie. Während seiner Arbeitswoche ist er nur wenig zu Hause; der Kontakt zwischen den Ehepartnern beschränkt sich im Alltag auf zwei Stunden vor dem Schlafengehen, die meist gemeinsam vor dem Fernseher verbracht werden. Am Wochenende unternimmt die Familie gemeinsame Ausflüge, z. B. in den Zoo oder zum Camping an einen Badesee.

Durch die psychische Erkrankung seiner Ehepartnerin fühlt sich Herr Hering nur geringfügig beeinträchtigt. Die Erkrankung seiner Frau ist für ihn zwar latent vorhanden, aber durch die Medikamente fast vollständig unter Kontrolle. Die auftretenden akuten psychischen Krisen werden als seltene bzw. rasch vorübergehende Störungen des normalen Beziehungsalltags wahrgenommen: »Die großen Schübe [sind] alle schon weg.[...] Eigentlich merkt man's nur alle paar Jahre mal, dass es durchbricht.« Aus diesem Grund erlebt Herr Hering die Erkrankung seiner Frau nicht als ernsthafte Bedrohung von Partnerschaft und Familie. Bei der Behandlung der Erkrankung hält sich Herr Hering lieber heraus. Er selbst kennt bezeichnenderweise nicht einmal die Diagnose »Schizophrenie«, und für Krankheitssymptome wie Übererregtheit oder Antriebsarmut bringt er nur wenig Verständnis auf. Bei psychischen Krisen und Symptomen überlässt er die notwendigen Schritte und Maßnahmen weitestgehend seiner Frau und den behandelnden Ärzten, die seiner Erfahrung nach die Probleme rasch wieder unter Kontrolle bekommen: »Das war'n immer nur so drei Tage, und dann hatten sie das wieder im Griff. Da hab ich selbst nie so sehr viel davon mitbekommen.«

Herr Hering schildert seinen Beziehungs- und Familienalltag als »völlig normal« und »genau so wie in anderen Familien«. Normalität ist für ihn schon deshalb gegeben, weil

er seine Frau erst nach ihrem Erkrankungsbeginn und mit ihren Beeinträchtigungen (z. B. geringe Belastbarkeit, Antriebsprobleme) kennen gelernt hat: »Ich kenne sie nicht anders.« Sein Alltag, den er als unspektakulär, gleichförmig und eher ereignisarm schildert, entspricht im Wesentlichen seinen Idealvorstellungen einer an unauffälliger Anpassung orientierten Normalität.

Um sein Idealbild eines »normalen Familienlebens« bzw. einer »normalen Ehe« trotz der Schizophrenie seiner Partnerin aufrechterhalten zu können, neigt Herr Hering dazu, die erkrankungsbedingten Probleme herunterzuspielen. Zwar konzediert er grundsätzlich, dass seine Frau psychisch krank ist, doch sieht er die erkrankungsbedingten Probleme nicht als außergewöhnliche Abweichung von der Norm an. Die psychischen Krisen der Ehefrau interpretiert er als seltene und insgesamt erträgliche Störungen eines ansonsten weitgehend reibungslosen Alltags. Zugleich werden die mit einer (drohenden) psychotischen Krise verbundenen Stressbelastungen entdramatisiert: »Wenn ihre psychische Erkrankung durchbricht, müssen wir bisschen nach dem Arzt rennen und so. Ansonsten – ganz normales Leben.«

Fallportrait 22/Interview 143

»Ich fühle mich teilweise machtlos. Möchte gerne helfen, aber wie?«

Herr Linke ist 51 Jahre alt. Aus erster Ehe hat er zwei erwachsene Söhne, zu denen heute nur noch ein lockerer Kontakt besteht. Zu DDR-Zeiten war er viele Jahre bei der Post tätig. Nach der Wende wollte er die Welt kennen lernen; für eine Spedition fuhr er mit einem LKW durch ganz Europa. Vor allem seiner erkrankten Partnerin Frau Pauli zuliebe will Herr Linke heute sein »Nomadenleben« wieder aufgeben und sesshafter werden. Die Partnerschaft besteht seit zwei Jahren. Bereits zu Beginn ihrer Bekanntschaft hatte ihm Frau Pauli offen gesagt, dass sie psychisch krank sei und eine Partnerschaft mit ihr deshalb nicht leicht sein würde. Frau Pauli ist heute 35 Jahre alt; seit ihrem 21. Lebensjahr ist sie an Schizophrenie erkrankt. Aufgrund ihrer psychischen Erkrankung bezieht sie eine Erwerbsunfähigkeits-Rente. In den letzten Jahren ist ihre Schizophrenie zunehmend durch negative Symptome (wie z. B. Rückzugsverhalten, Antriebslosigkeit, Apathie) geprägt. Aufgrund akuter psychotischer Krisen war sie bereits häufig in stationärer psychiatrischer Behandlung. Auch in den zwei Jahren ihrer Partnerschaft zu Herrn Linke hatte sie zwei schizophrene Schübe, die beide Male mit einem Klinikaufenthalt verbunden waren.

Aufgrund seiner bisherigen Erfahrungen und eines Informationsgesprächs mit einer Ärztin kann sich Herr Linke die psychische Erkrankung seiner Partnerin relativ gut erklären. Sein *subjektives Krankheitsmodell* entspricht im Wesentlichen der Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese: Herr Linke glaubt, dass seine Partnerin sehr sensibel und überempfindlich ist, sodass schon relativ moderate Stressbelastungen oder ungünstige Witterungsbedingungen eine schwere psychische Krise auslösen können. Krankheitsfördernd wirken nach seiner Erfahrung nicht nur unangenehme Erlebnisse und Belastungen, sondern auch die Überflutung mit positiven Eindrücken: »Es [kommen] zu viel Einflüsse mit einem Mal. Und da ist das Problem, das zu verarbeiten, da setzt sich was feste. Und dann arbeitet der Kopf nicht weiter, dann tritt diese Krankheit extrem auf.«

Dieses plausible Krankheitsmodell hilft Herrn Linke, der Schizophrenie den Nimbus des

Unheimlichen und Unerklärlichen zu nehmen und einen *krankheitsangemessenen Lebensstil* seiner Partnerin zu unterstützen. Dieser beinhaltet einen gemächlichen, anforderungsarmen Alltag, der weitgehend frei ist von Zeit- und Leistungsdruck: »Ich hab versucht, eine Ruhe rüberzubringen, und damit lief's eigentlich ganz gut. Wir sind hier nicht irgendwie in Hektik, du musst das oder dies oder jenes. [...] Das ist unsere Art zu leben, die Ruhe.« Bei sich anbahnenden psychischen Krisen unterstützt Herr Linke seine Partnerin darin, umgehend professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, um den schizophrenen Schub möglichst ambulant abfangen zu können.

Gleichwohl empfindet sich Herr Linke im Hinblick auf die psychische Erkrankung seiner Partnerin immer noch unzureichend informiert: »Mir fehlt das fachliche Wissen oder überhaupt die Möglichkeit, mal eine Information da drüber zu kriegen.« Sein Krankheitsmodell ist zwar auf einer abstrakten Ebene plausibel und differenziert, aber es reicht offenbar nicht aus, um seine Unsicherheit im Umgang mit den konkreten psychischen Problemen seiner Partnerin völlig abzubauen. *Krankheitsbedingte Probleme im Beziehungsalltag* ergeben sich vor allem aus den Minussymptomen der Schizophrenie. Herrn Linke fällt es zuweilen sehr schwer, die depressive, apathische Stimmung seiner Partnerin zu ertragen, zumal diese auch mit kognitiven Einbußen (Abwesenheit, Zerstreutheit) und Kommunikationsproblemen einhergeht: »Ich fühle mich teilweise machtlos der Sache gegenüber. Möchte gerne helfen, aber wie?« Dieses *Gefühl der Hilflosigkeit* ist für ihn umso schwerer zu ertragen, als er normalerweise gewohnt ist, in schwierigen Situationen pragmatisch und lösungsorientiert zu handeln. Die fehlende Handhabe im Hinblick auf die konkreten psychischen Probleme seiner Partnerin löst immer wieder Unmut und Ärger bei ihm aus: »Da bin ich wie gesagt e Laie. Ich habe da manchmal e bissel Wut drüber, dass ich eben nich reagieren kann. [Wenn] ich merke, da is was, aber was machste jetzt?«

Herr Linke empfindet sich selbst als aktiv-robusten Gegenpol zu seiner wenig belastbaren, hilfebedürftigen Partnerin. Trotz seines sehr unternehmungslustigen, extravertierten Naturells ist er bereit, sich so weit wie möglich auf den ruhigen, krankheitsangemessenen Lebensstil von Frau Pauli einzustellen. Die voraussichtlich auch in Zukunft regelmäßigen Psychiatrieaufenthalte seiner Partnerin empfindet er zwar als unangenehme Unterbrechungen des gemeinsamen Beziehungsalltag, doch er nimmt dies als notwendige und letztlich noch erträgliche Einschränkung in Kauf. Nicht zuletzt hilft ihm seine humorvolle, optimistische Lebenseinstellung dabei, die krankheitsbedingten Probleme des Zusammenlebens zu relativieren. Der gemeinsame Zukunft mit seiner Partnerin sieht Herr Linke trotz der erwartbaren Probleme gelassen entgegen: »Ich sehe alles immer e bissel positiv. Irgendwie wird's schon weitergehen!«

Fallportrait 23/Interview 070

»Mein Mann ist auch froh, dass er in so 'ner Familie drin ist, wo sich alle bissel helfen.«

Frau Heinrich ist 49 Jahre alt; aus ihrer ersten Ehe hat sie drei erwachsene Töchter. Zu DDR-Zeiten war sie in der Produktion eines großen Betriebs tätig; nach der Wende wurde sie arbeitslos und fand nach einiger Zeit eine Stelle als Reinigungskraft. Vor etwa einem Jahr wurde ihr diese Stelle gekündigt, seitdem ist sie arbeitslos. Mit ihrem psychisch kran-

ken Partner (42 Jahre) ist Frau Heinrich seit über zehn Jahren in zweiter Ehe verheiratet. Gemeinsam mit ihrem Mann, ihrer 88-jährigen pflegebedürftigen Mutter sowie einer ihrer Töchter und deren Kindern lebt sie in einer Vier-Generationen-Familie im eigenen Haus. Herr Heinrich war bis zum Ausbruch seiner Schizophrenie als Schweißer im gleichen Betrieb wie seine Frau tätig. Beginnend ab 1988 erlebte er innerhalb weniger Jahre vier heftige Erkrankungsschübe und unternahm mehrere Selbstmordversuche. Während der akuten Erkrankungsphasen war er jeweils längere Zeit in stationären psychiatrischer Behandlung. Seit 1990 ist Herr Heinrich berentet. Auch beim letzten schizophrenen Schub, der etwa drei Jahre zurückliegt, hatte er in einer völlig verzweifelten Stimmung versucht, sich das Leben zu nehmen. Seit seiner Entlassung aus der psychiatrischen Klinik ist sein Gesundheitszustand offenbar relativ stabil; in zweiwöchigem Abstand sucht er einen niedergelassenen Psychiater auf, der ihm ein Depot-Neuroleptikum verabreicht.

Die *akuten Krankheitsphasen* ihres Mannes waren für Frau Heinrich jedes Mal mit extremen emotionalen Belastungen verbunden. Als besonders beängstigend erlebte sie dabei den Umstand, dass sich die schizophrenen Schübe völlig unerwartet und sehr rasch entwickelten und dass ihr Mann dann Selbstmord begehen wollte. Aus diesem Grund lebt sie seit Jahren in der ständigen Sorge, ihr Mann könne ganz plötzlich und womöglich während ihrer Abwesenheit erneut erkranken: »Man macht sich halt Gedanken. Man hat Angst, es wird doch nicht wieder was passieren von heute auf morgen.« Auch einem möglichen erneuten Psychiatrieaufenthalt sieht sie mit großem Unbehagen entgegen.

In diesem Zusammenhang äußert Frau Heinrich *vehemente Kritik an Psychiatrie und Ärzten*. Aufgrund wiederholter negativer Erfahrungen ist sie zu der Überzeugung gelangt, dass viele Psychiater arrogant und inkompetent sind. Den Patienten und ihren Angehörigen stehen sie ihrem Eindruck nach meist gleichgültig gegenüber. In mehreren akuten Krisensituationen hätten sich Ärzte vollkommen verantwortungslos gegenüber ihrem erkrankten Ehemann verhalten. Frau Heinrich wirft den Ärzten ferner vor, diese hätten sie als besorgte und verantwortungsbewusste Ehepartnerin nicht nur nicht ernst genommen, sondern auch noch für ihr Handeln kritisiert und beschuldigt – egal, wie sie sich verhalten habe. Als besonders taktlos empfand sie die Frage eines Arztes, ob ihre Ehe überhaupt noch lebenswert sei: »Das ist doch arrogant hoch drei und unsensibel. Das hat mir so weh getan!«

Auch im alltäglichen Zusammenleben mit dem erkrankten Ehepartner treten vielfältige Belastungen auf. In den Augen von Frau Heinrich ist ihr Mann durch die Schizophrenie ein ganz anderer Mensch geworden. Diese *krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderung* stellt für sie eine schmerzliche Verlusterfahrung dar. Vor der Erkrankung erlebte sie ihren Mann als männlich-robust und zupackend, heute dagegen als kraftlos und wenig belastbar, oft auch als überempfindlich und reizbar: »Mein Mann war früher ein Arbeitstier von früh bis abend. Heute ist er das Gegenteil, ich meine, das ist krankheitsbedingt. [...] Es gab Zeiten, da hat ihn die Fliege an der Wand gestört.« Im Alltag ist ihr Mann häufig wegen geringfügiger Anlässe verängstigt, deprimiert oder auch aggressiv und braucht dann viel Zuspruch und Trost. Hinzu kommt, dass er durch seine Schizophrenie offenbar vergesslicher und nachlässiger geworden ist, was Frau Heinrich insbesondere im Zusammenhang mit Arztbesuchen und der Einnahme von Medikamenten Anlass zur Sorge gibt. Nicht zuletzt kann Herr Heinrich aufgrund seiner verminderten Belastbarkeit viele seiner früheren Aufgaben nicht mehr bzw. nicht mehr alleine bewältigen, sodass Frau Heinrich zusätzliche Verpflichtungen (z. B. Haushalt, Garten, Alltagsorganisation) übernehmen muss.

Im Lauf der Jahre hat Frau Heinrich gelernt, besser mit der Schizophrenie ihres Mannes umzugehen und die Erkrankungssymptome einzuschätzen. »Am Anfang war's nicht so einfach, als man die Krankheit noch nicht so akzeptiert hatte. Ehe man dann nach und nach gemerkt hatte, was hilft oder was falsch ist jetzt im Moment.« Heute ist sie meist in der Lage, sich auf die erkrankungsbedingten Probleme des Ehepartners einzustellen und situations- und problemangemessen zu reagieren: »Je mehr man sich auf jemand einstellt, umso mehr kann man [der Krankheit] entgegenwirken.« In diesem Zusammenhang spielen Geduld, Gelassenheit und die Bereitschaft, sich viel Zeit für Gespräche zu nehmen, eine besonders wichtige Rolle für Frau Heinrich. Gerade in Krisensituationen stellt das Miteinander-Reden eine bewährte Bewältigungsstrategie für sie dar: »Wir reden von früh bis abend, aber es hilft ihm und ich merke dann, wie es wieder besser wird.« Frau Heinrich sieht die *Bewältigung der Schizophrenie als gemeinsame Aufgabe*, bei der auch ihr Mann viel beiträgt: »Er gibt sich auch große Mühe. Er hat trotz seiner Krankheit och an sich gearbeitet, [...] das is für ihn eine große Herausforderung gewesen.«

Frau Heinrich empfindet eine *starke moralische Verpflichtung* ihrem Mann gegenüber, aber auch gegenüber den anderen Familienmitgliedern. »Ich kann ja nu hier nich die Tür zumachen [und sagen]: So, das ist mein Mann und der braucht mich. Ich meene, de Familie hört ja nicht mit dem eigenen Mann auf.« So kümmert sie sich auch um ihre pflegebedürftige Mutter und unterstützt ihre allein erziehende Tochter bei der Erziehung ihrer Kinder.

Auch die eigene Arbeitslosigkeit stellt für Frau Heinrich ein sehr belastendes Problem dar. Obwohl sie einräumt, dass sie sich jetzt viel mehr Zeit für ihren erkrankten Partner und die pflegebedürftige Mutter nehmen kann, erlebt sie die Ungewissheit ihrer Situation insgesamt als schwere Krise. Häufig wird sie durch massive Ängste und Zukunftsorgen gequält: »Das ist ja nu wieder, was mich kaputt macht. Wie geht's weiter? Was wird mit 800 Mark Arbeitslosenhilfe? Wie geht's weiter, wenn ich mal gehe, was macht dann mein Mann? Ich durchlebe das jeden Tag, siebenmal die Woche.«

Die *Folgen der erlebten Belastungen* sind besonders im seelischen Bereich deutlich ausgeprägt. Frau Heinrich leidet in letzter Zeit vermehrt an emotionaler Labilität, Schlaflosigkeit und depressiven Verstimmungen: »Bin nervöser geworden. Bei jedem bisschen fängt man an zu heulen. [Die Haut ist] wahnsinnig dünner. Ich dachte früher immer, ich hab 'ne Elefantenhaut. Nee, hab ich nicht!« Seit einiger Zeit ist sie wegen Depressionen in nervenärztlicher Behandlung.

Trotz ihrer vielfältigen Belastungen fühlt sich Frau Heinrich nicht vollkommen entmutigt; ihre Partnerschaft bewertet sie ungeachtet aller Probleme insgesamt als positiv. Ganz generell ist sie sehr stolz auf den *Zusammenhalt und die Solidarität innerhalb ihrer großen Familie*, und für ihr eigenes Selbstverständnis hat »Familie« eine zentrale Bedeutung. Der eigene Clan stellt für Frau Heinrich nicht nur Verpflichtung und Belastung dar, sondern auch einen inneren Halt und eine wichtige Ressource bei der Bewältigung ihrer vielfältigen Probleme: »Wir haben uns schon immer gegenseitig geholfen, obwohl's nicht immer einfach war. Sie haben och meinem Mann geholfen, wo's ihm schlecht ging. Es is immer ein Geben und Nehmen untereinander. Mein Mann ist och froh, dass er in so 'ner Familie drin ist, wo sich alle bissel helfen.«

Fallportrait 24/Interview 031

»Weil ich auch betroffen bin, versteh ich ihn und kann drauf eingehen.«

Frau Wieland ist 33 Jahre alt. Zu DDR-Zeiten war sie als Facharbeiterin in einem Großbetrieb tätig; nach der Wende absolvierte sie eine Umschulung im kaufmännischen Bereich. Mit 27 Jahren erkrankte sie an Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische Symptomatik); insgesamt erlebte sie bis heute drei akute Erkrankungsschübe. Zur Vorbeugung eines erneuten Krankheitsausbruchs nimmt sie bis heute sehr gewissenhaft Neuroleptika. Dadurch gelingt es ihr offenbar gut, die Schizophrenie unter Kontrolle zu halten; eine Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit strebt Frau Wieland daher vorläufig nicht an. Ihren ebenfalls an Schizophrenie erkrankten Partner Herrn Diederichs (31) hat Frau Wieland vor vier Jahren während eines psychiatrischen Klinikaufenthalts kennen- und lieben gelernt. Schon nach verhältnismäßig kurzer Zeit beschlossen Frau Wieland und Herr Diederichs, als Paar zusammenzubleiben. Heute haben sie eine 1 ½-jährige kleine Tochter; seit kurzem sind sie auch verheiratet. Herr Diederichs war vor seiner EU-Berentung als Architekt tätig; mit seiner Schizophrenie versucht er sich bewusst und intensiv auseinander zu setzen (Studium von Fachliteratur, Teilnahme an Betroffenen-Initiativen, Tagebuchschreiben).

Frau Wieland bewertet ihre *eigene Psychoseerfahrung als Hilfe im Umgang mit dem erkrankten Partner*. Beispielsweise fällt es ihr leichter, mit feindseligen Verhaltensweisen des Ehepartners umzugehen, wenn sie sich daran erinnert, dass sie selbst während eines schizophrener Erkrankungsschubs sehr negative Gefühle gegenüber ihren Eltern hegte: »Ich weiß dann schon, wie man damit umgehen muss.« Die schizophrenen Symptome des Partners lösen vergleichsweise wenig Angst und Verunsicherung aus, weil sie glaubt, diese aufgrund ihrer eigenen Erfahrung gut verstehen und angemessen darauf reagieren zu können.

Gleichwohl ist sich Frau Wieland auch der Grenzen dieser Empathie bewusst. Es ist ihr nicht immer möglich, ihren Partners zu verstehen, und in manchen Situation fühlt sie sich ratlos und überfordert. Besonders während einer akut-schizophrenen Phase löst sein misstrauisches und abweisendes Verhalten bei Frau Wieland Verletztheit und Ratlosigkeit aus: »Auch wenn man selbst betroffen ist, weiß man sich kaum zu helfen, weil jeder reagiert anders. [...] Er dachte ich bin beim Geheimdienst und wollte nischt mehr von mir wissen, war sehr grob. Das war dann nicht einfach.«

Auch in den weitgehend »stabilen« Phasen ihres Partners erlebt Frau Wieland viele *alltägliche Belastungen und Beeinträchtigungen*: »Das Zusammenleben ist schwierig, weil er hat so Schlafstörungen und da ist er oft launisch. Lässt seine Launen immer an uns aus. Wenn mal bei ihm was nicht klappt, dann kriegen wir's zu spüren.« Ihren Partner empfindet sie häufig als »grillig« und gleichgültig ihr und dem Kind gegenüber. Vor allem seine starken Stimmungsschwankungen und seine Rückzugs- bzw. Abkapselungstendenzen bereiten ihr große Sorgen und sie befürchtet eine »Verhärtung« bzw. Chronifizierung dieses Zustands. Nicht zuletzt ist die gemeinsame Sexualität durch die Nebenwirkungen der Medikamente stark beeinträchtigt – eine Situation, unter der beide Partner leiden.

Angesichts dieser Belastungen hegt Frau Wieland durchaus eine gewisse Skepsis im Hinblick auf die gemeinsame Zukunft, doch letztlich überwiegt ein *vorsichtiger Optimismus*. Mit Herrn Diederichs teilt sie die Hoffnung, trotz der Schizophrenie ein weitgehend »nor-

males« bürgerliches Familienleben führen zu können. Liebe, Ehe und Elternschaft beziehen sich für Frau Wieland und Herrn Diederichs auch auf das Bedürfnis, dem eigenen, von der psychischen Krankheit erschütterten Leben Sinn, Verankerung und Stabilität zu geben.

Fallportrait 25/Interview 026

»Am schlimmsten ist es, wenn alle beide durchhängen. Das ist nicht in den Griff zu kriegen.«

Frau Richter ist 59 Jahre alt; als politisch interessierte und engagierte Ingenieurin gehörte sie zu DDR-Zeiten zu den intellektuellen Kadern. Seit fast 30 Jahren erlebt sie immer wieder schwere depressive Episoden, die ihre Berufstätigkeit bis heute stark behindern. Aus ihrer ersten Ehe hat Frau Richter einen 33-jährigen Sohn. Ihren an Schizophrenie erkrankten Ehemann, Herrn Dr. Heine, lernte sie 1982 während eines mehrmonatigen stationären Psychiatrieaufenthalts kennen.

Damals stellten die beiden Partner viele gemeinsame Interessen fest; durch Verabredungen und gemeinsame, positiv erlebte Aktivitäten halfen sich Frau Richter und Herr Dr. Heine gegenseitig, ihre seelischen Probleme zu bewältigen. Bis heute ist die Beziehung zwischen den beiden Ehepartnern von *gegenseitigem Respekt und Wertschätzung* geprägt. Die Erwartung, dass gemeinsames Glück auch mit den gravierenden psychischen Erkrankungen beider Partner möglich ist, gab schließlich den Ausschlag für die Entscheidung, zusammenzuleben und zu heiraten.

Im Verlauf der 18-jährigen Partnerschaft erlebte Frau Richter unterschiedliche *Belastungen durch die Schizophrenie ihres Ehepartners*. Die paranoiden Vorstellungen ihres Mannes, der sich von der Stasi verfolgt fühlte und die Psychiatrie als deren repressives Machtmittel ansah, wirkten für sie anfangs durchaus nicht abwegig oder unglaubwürdig, zumal Herr Dr. Heine politisch gesehen tatsächlich ein kritischer Kopf war und seine Vermutungen zumindest teilweise sehr plausibel klangen. Aufgrund der Unsicherheit, inwieweit die Wahnvorstellungen und Ängste des Partners einen realen Hintergrund hatten, fühlte sich Frau Richter stark verunsichert. In dem Bemühen, ihren Partner ernst zu nehmen und sein Erleben nicht vorschnell als »krank« abzutun, versuchte sie, sich durch eigene Nachforschungen Klarheit zu verschaffen. Als sich nach und nach herausstellte, dass die Verfolgungsideen des Partners tatsächlich paranoid waren, musste sie damit leben, dass ihr Partner sehr lange (bis vor ca. drei Jahren) keine bzw. keine stabile Krankheitseinsicht zeigte und die verordneten Neuroleptika eigenmächtig abzusetzen pflegte, was zu häufigen Wiedererkrankungen führte. Auch dies war für Frau Richter immer wieder mit erheblichen seelischen Belastungen verbunden.

Als Verschärfung der durch die Schizophrenie ihres Ehepartners bedingten Probleme sieht Frau Richter die *wendebedingten Veränderungen und Ungerechtigkeiten*. Die Wahrnehmung, dass – anders als zu DDR-Zeiten – psychisch Kranke heute weitgehend vom Erwerbsleben ausgegrenzt werden und dass die früher verbreitete Solidarität unter den Arbeitnehmern zunehmend verschwindet, ist für Frau Richter eine Quelle von Ärger und Empörung.

Ihre eigenen schweren Depressionen empfindet Frau Richter als größte Belastung. Der

emotionale »Absturz ins Bodenlose« kommt immer wieder unvorhersehbar und unkontrollierbar. Vor allem diese Ohnmacht ist es, die Frau Richter immer wieder als »furchtbar« und »beängstigend« erlebt. Kränkend an den depressiven Episoden sind insbesondere die (zeitweiligen) intellektuellen Defizite (»Trotteligkeit«; »wie Alzheimer«), die ihr auch die Ausübung ihres Berufs erschweren. Diese *Belastungen durch die eigene psychische Erkrankung* sind dann besonders stark, wenn zur gleichen Zeit der Ehepartner eine akute psychische Krise durchlebt. Von ihm ist dann – anders als sonst – keine Unterstützung zu erwarten, und das Zusammenleben ist doppelt belastet: »Wenn dann nun alle beide durchhängen, [...] dann ist das nicht in den Griff zu kriegen.«

Auf der anderen Seite betrachtet Frau Richter ihre *eigene Erfahrung mit psychischer Krankheit als Hilfe im Umgang mit dem schizophrenen Ehepartner*. Trotz der Unterschiede, die sie zwischen den beiden Erkrankungen feststellt, sieht Frau Richter auch viele »Analogien«: »Wenn man das selber schon mal erlebt hat, [...] kann man das och mal beim anderen tolerieren.« Gleichwohl gibt es auch Grenzen dieser Empathie: Zum einen ist es Frau Richter nicht immer möglich, die Probleme des Partners ausreichend nachzuvollziehen; zum anderen fällt es ihr trotz des Wissens um die Erkrankung zuweilen schwer, ihren Unmut zu unterdrücken: »Obwohl man weiß, was da vorgeht, kann man's nicht ändern. Das ist irgendwie bedrückend, aber damit muss man irgendwie leben.« Das Verständnis und das Akzeptieren des erkrankten Partners aufgrund der eigenen Erfahrung mit seelischen Problemen vermag die eigenen Belastungen zu reduzieren, aber nicht zu beseitigen.

Fallportrait 26/Interview 035

»Wir tun uns gegenseitig stützen und geben uns gegenseitig Kraft«

Frau Kaulbach (42 Jahre) hat selbst »mit den Nerven zu tun«: Seit ihrer Kindheit leidet sie unter ihren großen Kontaktschwierigkeiten, sozialen Hemmungen und z. T. massiven Ängsten. Hinzu kommen erhebliche kognitive bzw. intellektuelle Defizite (z. B. langsame Auffassungsgabe, geringe geistige Beweglichkeit; Probleme beim Lesen und Schreiben, Lernbehinderung mutmaßlich als Folge einer frühkindlichen Hirnhautentzündung). Frau Kaulbach hat offensichtlich eine sehr schwere Kindheit erlebt (Außenseiterstatus bei Gleichaltrigen; liebloses Elternhaus, brutaler, gewalttätiger Vater; mit 14 Jahren Vergewaltigung durch einen Unbekannten). Frau Kaulbach hat eine 20-jährige Tochter, die sich jedoch »aus Scham über so eine Mutter« von ihr »losgesagt« hat. Auch andere soziale Kontakte (Freunde, Verwandte) scheinen nicht zu bestehen; Frau Kaulbach lebt – abgesehen von dem intensiven Kontakt zu ihrem Lebenspartner – sozial weitgehend isoliert. Ihren an Schizophrenie erkrankten Lebenspartner Herrn Koch (38 Jahre) hat Frau Kaulbach vor ca. drei Jahren bei einem Aufenthalt in der psychiatrischen Uni-Tagesklinik kennen gelernt. Nach relativ kurzer Zeit beschlossen die beiden, in Herrn Kochs kleiner Wohnung zusammenzuziehen. Beide Partner sind durch EU-Renten materiell abgesichert und verbringen sehr viel Zeit gemeinsam zu Hause. Trotz der äußerst beengten Wohnverhältnisse und des offenbar extrem ereignisarmen Alltags äußert sich Frau Kaulbach sehr zufrieden über ihre derzeitige Lebenssituation. Diese sei heute sehr viel besser als vor der Beziehung zu Herrn Koch. Die *positive Bewertung ihrer Partnerschaft und des gemein-*

samen Lebensalltags ergibt sich somit auch aus einer Kontrasterfahrung zu ihrer früheren Lebenssituation

Das Zusammenzuleben mit Herrn Koch bringt für Frau Kaulbach zahlreiche Erleichterungen mit sich. Dank seiner überdurchschnittlichen Intelligenz und Bildung und seines forschen bis aggressiven Auftretens ist Herr Koch in der Lage, ihr viele für sie unangenehme Dinge und Schwierigkeiten abzunehmen (z. B. Behördengänge). Zugleich scheint er sich geduldig darum zu bemühen, Frau Kaulbachs soziale Kompetenzen aufzubauen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken (z. B. lernen, sich »besser auszudrücken«; eigene Interessen und Bedürfnisse besser zu vertreten etc.; die eigene Person mehr zu schätzen). Positiv erlebt sie auch das »Miteinander-Reden« als partnerschaftliche Form des Umgangs mit Problemen und Konflikten. Frau Kaulbach empfindet Herrn Koch gegenüber liebevolle Dankbarkeit: »Wenn ich ihn nicht hätte, da wüsst' ich gar nicht wie ich hier so durchs Leben gehen sollte.« Dagegen schätzt Herr Koch seine Partnerin als »herzensguten Mensch«, die für ihn da sei und ihn »mit all seinen Macken« liebt.

Vor diesem Hintergrund hat sich Frau Kaulbach die von Herrn Koch vorgegebene Beziehungsdefinition zu eigen gemacht: »Wir tun uns gegenseitig stützen.« Durch die Erfahrung beider Partner mit – wenn auch sehr unterschiedlichen – seelischen Schwierigkeiten und sozialen Defiziten scheint bei beiden eine große Bereitschaft vorhanden zu sein, den jeweils anderen zu verstehen, so zu akzeptieren wie er ist, und, wo man kann, zu helfen. Aus dieser *gegenseitigen Hilfe und Unterstützung* zieht Frau Kaulbach – ebenso wie ihr Partner – Kraft, Selbstbewusstsein und Zufriedenheit.

Der *symbiotische Charakter der Beziehung* zwischen den so ungleichen Partnern kommt vor allem darin deutlich zum Ausdruck, dass engere soziale Beziehungen außerhalb der Partnerschaft offenbar völlig fehlen und gleichzeitig der jeweils andere den ausschließlichen persönlichen Bezugspunkt darzustellen scheint (täglich ca. 12–14 Stunden gemeinsam verbrachte Zeit). Gleichwohl scheinen Frau Kaulbach und Herr Koch eine *façon de vivre* gefunden zu haben, welche beiden einen weitgehend befriedigenden und subjektiv krankheitsangemessenen Lebensalltag gewährleistet.

Fallportrait 27/Interview 062

»Ich verrate meinen Mann niemals, für keine Millionen.«

Frau Torberg ist Ungarin und lebt seit sieben Jahren in Deutschland. Sie ist 48 Jahre alt und damit erheblich älter als ihr 34-jähriger Ehepartner. In Budapest war sie viele Jahre Lehrerin und gehörte einer künstlerisch-intellektuellen Bohème-Szene an. Seit sie in Deutschland lebt, ist sie bei einer Reinigungsfirma tätig. Aus ihrer ersten Ehe hat Frau Torberg einen erwachsenen Sohn, der jedoch in Russland lebt und den sie nur selten sieht. Ihren erkrankten Ehepartner hat Frau Torberg 1992 kennen gelernt, als sich dieser anlässlich eines Studienreise in Budapest aufhielt und bei gemeinsamen Freunden wohnte. Sie verliebte sie sich heftig in den humorvollen und unternehmungslustigen jungen Mann. Nach kurzer Zeit heiratete das Paar, und Frau Torberg siedelte nach Deutschland über, um hier gemeinsam mit ihrem Ehemann »ein neues Leben zu beginnen«.

Herr Torberg ist gelernter Drucker; im Alter von 26 Jahren hatte er erstmals einen schizophrenen Schub, sich jedoch relativ rasch wieder erholt. Als er seine Ehepart-

nerin kennen lernte, hatte er jahrelang keine Symptome mehr erlebt und rechnete auch nicht damit, dass die psychische Krankheit wieder aufflammen könnte. Ein Jahr nach der Heirat erlitt Herr Torberg jedoch einen schweren psychotischen Rückfall, der mit einem langen Psychiatrieaufenthalt verbunden war. Auch nach dem Abklingen der akuten Symptomatik litt er unter erheblichen psychischen Beeinträchtigungen und musste eine Erwerbsunfähigkeits-Rente beantragen. Heute lebt Herr Torberg sehr zurückgezogen, Die Wohnung verlässt er nur selten. Viel Zeit verbringt er mit Fernsehen und Schlafen; hin und wieder hilft er seiner Frau bei ihrer Reinigungstätigkeit.

Der Umzug nach Deutschland und die schizophrene Erkrankung ihres Ehepartners haben das Leben von Frau Torberg sehr verändert. Oft ist sie sehr traurig über Verlust ihres guten Berufs, der sozialen Kontakte sowie des unbeschwerten und abwechslungsreichen Lebens in Budapest. Als besonders schmerzlichen Verlust empfindet Frau Torberg die starke *Persönlichkeitsveränderung ihres Ehepartners*. Heute erlebt sie ihren Mann als apathisch, depressiv und unselbstständig; sein Humor, seine Aktivität und auch seine Sexualität sind fast vollständig verschwunden. Viele frühere Quellen der Lebensfreude sind dadurch für Frau Torberg versiegt, und sie zieht eine resignierte Bilanz: »Zigaretten rauchen ist das Einzige, was ich noch habe in meinem Leben.«

Im alltäglichen Zusammenleben mit ihrem Ehepartner ist Frau Torberg mit vielen Beeinträchtigungen und Problemen konfrontiert. Die stark ausgeprägten Negativsymptome (Antriebslosigkeit, kognitive Defizite sozialer Rückzug) haben dazu geführt, dass ihr Mann nur noch sehr wenig zur Bewältigung alltäglicher Aufgaben beitragen kann und ein sehr passives und zurückgezogenes Leben führt. Die Schizophrenie von Herrn Torberg hat daher auch zu einer *Rollenverschiebung in der Beziehung* geführt: Während Frau Torberg energisch und pragmatisch versucht, die vielfältigen krankheitsbedingten Anforderungen und Probleme zu meistern, ist ihr Ehepartner sehr stark auf ihre Unterstützung und Hilfestellung angewiesen. Da die Kontakte zu seinen früheren Freunden und Bekannten größtenteils verloren gegangen sind, ist sie eine seiner wenigen verbliebenen Verbindungen zur Außenwelt: »Er hat nur noch mich!«

Im Hinblick auf die Zukunft macht sich Frau Torberg viele Sorgen. Insbesondere hegt sie die Befürchtung, arbeitslos zu werden – nicht nur wegen der dann zu erwartenden finanziellen Probleme. Die mit der Berufstätigkeit verbundenen Aktivitäten und sozialen Kontakte stellen für Frau Torberg vor allem einen wichtigen Ausgleich zu dem ruhigen, passiven und nahezu ereignislosen Beziehungsalltag dar: »Wenn ich nur bei meinem Mann bin, schön, ja, einen Tag, gut. Aber am zweiten Tag [...] bin ich wie tot. Couch oder Bett und Fernsehen, natürlich. Saubermachen, Kochen, das mach ich gerne, aber ohne Aktivität bin ich wie nichts!« Hinzu kommt die Befürchtung, dass sich Schizophrenie des Mannes mit zunehmender Erkrankungsdauer immer weiter verschlimmert, ohne dass sie dies in irgendeiner Weise beeinflussen kann: »Deshalb mache ich mir Sorgen, wenn er wird 40 und 45 oder 50 – ich denke, das wird schlimmer. Ich weiß das intuitiv. [...] Daran ändern kann ich aber nichts.«

Frau Torberg ist gleichwohl entschlossen, unter allen Umständen bei ihrem erkrankten Ehepartner zu bleiben und solidarisch zu ihm zu stehen: »Ich verrate meinen Mann niemals, für keine Millionen!« Ihrem Mann gegenüber nicht empfindet Frau Torberg nur liebevolle und zärtliche Gefühle, sondern auch eine besondere moralische Verpflichtung, denn sie wirft sich vor, für das Wiederauftreten und die Verschlimmerung der Schizophrenie

verantwortlich zu sein. Nach ihrer Übersiedlung nach Deutschland hatte sie eine tiefe psychische Krise erlebt und war zeitweise alkoholabhängig. Ihrem Mann gegenüber verhielt sie sich in dieser Zeit rücksichtslos und grob: »Das war mehr als Belastung [für ihn], das war Brutalität. Mein armer Mann hat geheult, wenn ich betrunken war, hat er Angst vor mir gehabt. So hab ich seine Gesundheit kaputtgemacht.« Bis heute empfindet Frau Torberg *Schuld, Reue und Mitleid ihrem Ehepartner gegenüber*. Ihre unbedingte Treue und Solidarität – »bis zum Tod« – stellt für sie deshalb auch den Versuch dar, ihr früheres Fehlverhalten wieder gutzumachen.

Mit der psychiatrischen Behandlung ihres Ehepartners ist Frau Torberg sehr unzufrieden. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen hat sie den Eindruck gewonnen, dass die Psychiater »ihren Job nicht richtig machen«. Ihre eigenen Belastungen und Probleme lastet sie daher auch dem *Desinteresse und dem mangelnden Pflichtbewusstsein der Ärzte* an. Ihrer Meinung nach war der Kontakt zwischen den Ärzten und ihrem Mann viel zu oberflächlich. Ihr Hauptkritikpunkt ist, dass sich Ärzte durchweg zu wenig Zeit für persönliche Gespräche nehmen – ein Aspekt, den sie selbst für sehr wichtig hält: »Mein Traum ist, dass mein Mann [einen] *richtigen* Psychiater kriegt, der nicht nur Spritze [gibt] oder die Rezepte, sondern sich auch noch mit ihm unterhalten [will].« Überdies vermutet Frau Torberg, dass die medikamentösen Möglichkeiten nicht voll ausgeschöpft werden: »Ich bin kein Arzt, aber vielleicht braucht er andere Medikamente, weil der Organismus ist schon dran gewöhnt. Vielleicht muss er neue kriegen nach fünf Jahren, bloß zum versuchen und gucken, vielleicht helfen die besser.«

Fallportrait 28/Interview 076

»Irgendwie passen wir zusammen wie ein Paar alte Pantoffeln.«

Herr Schönefeld ist 38 Jahre alt. Nach dem Besuch der Hauptschule hat er in einer Fabrik gearbeitet, eine Berufsausbildung hat er allerdings nicht gemacht. Auftreten und Lebensstil können einem einfachen »Arbeitermilieu« zugeordnet werden. Als junger Mann hat Herr Schönefeld eine schwierige Lebensphase durchgemacht: Aufgrund wiederholter Eigentumsdelikte wurde er zu einer mehrjährigen Gefängnisstrafe verurteilt – eine Strafe, die er damals als unangemessen hart empfand, zumal er während der Haftstrafe vielfältige Demütigungen seitens der Mithäftlinge erdulden musste. Nach seiner Haftentlassung fiel es ihm schwer, wieder Fuß zu fassen; in der Folge kam es zu Alkoholproblemen und offenbar auch regelmäßig zu Schlägereien. Aktuell ist Herr Schönefeld arbeitslos; zuletzt war er im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungs-Maßnahme als Bauhelfer tätig. Von der Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland sieht er sich als ungelernter Arbeiter besonders stark betroffen. Er selbst hat das Gefühl, vom Schicksal hart und ungerecht behandelt worden zu sein; durch seine vielen negativen Erfahrungen ist er sehr misstrauisch und einzelgängerisch geworden: »Ich hab im Leben einfach zu viel Scheiße erlebt!«

Seine erkrankte Ehepartnerin (37 Jahre) hat Herr Schönefeld vor elf Jahren in einer Gaststätte kennen gelernt. Die Lebensgeschichte von Frau Schönefeld ist ebenfalls die einer Außenseiterin: Nach dem Besuch einer Sonderschule für Lernbehinderte war sie einige Jahre lang als Reinigungskraft tätig; in ihrem 18. Lebensjahr erkrankte sie an Schizophrenie und war im weiteren Krankheitsverlauf mehrere Male für längere Zeit in stationärer psychi-

atrischer Behandlung; die Invalidisierung/Berentung erfolgte bereits kurze Zeit nach der Ersterkrankung. Im Verlauf der Ehe kam es zu zwei weiteren akuten psychotischen Rückfällen, die beide mit einem längeren Klinikaufenthalt verbunden waren.

Herr Schönefeld fühlt sich im Allgemeinen durch die psychische Erkrankung nicht wesentlich belastet. Die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen seiner Frau (z. B. Ungeschicklichkeit, Antriebsprobleme) betrachtet er zwar als gewisses *Handicap des Beziehungsalltags*, nicht aber als schwerwiegende Einschränkung. In diesem Zusammenhang sieht Herr Schönefeld seine heute größere Lebenserfahrung und Besonnenheit als Voraussetzung, um mit seiner schizophrenen Partnerin zusammenleben zu können und Rücksicht auf sie zu nehmen: »Wo ich zwanzig war, na ja, da war ich noch nicht so weit, da wär' das nichts geworden. Aber mit den Jahren wird man nun auch ä bissel ruhiger.«

Belastungen und Sorgen im Zusammenhang mit der Schizophrenie seiner Frau erlebt Herr Schönefeld vor allem in Situationen, in denen er einen erneuten Krankheitsschub befürchtet: »Wenn sie einen Rückfall hat, also jetzt wenn sie die Neigung zum Rückfall hat, das belastet mich, weil da tut sie mir in dem Sinn dann auch Leid, ne.« Aufgrund der beiden psychotischen Schübe, die er im Lauf der Partnerschaft miterlebt hat, kann er die dabei auftretenden akuten Belastungen realistisch einschätzen. Er ist deswegen bereit, seine Partnerin in psychischen Krisen zu unterstützen, soweit dies in seinen Kräften steht.

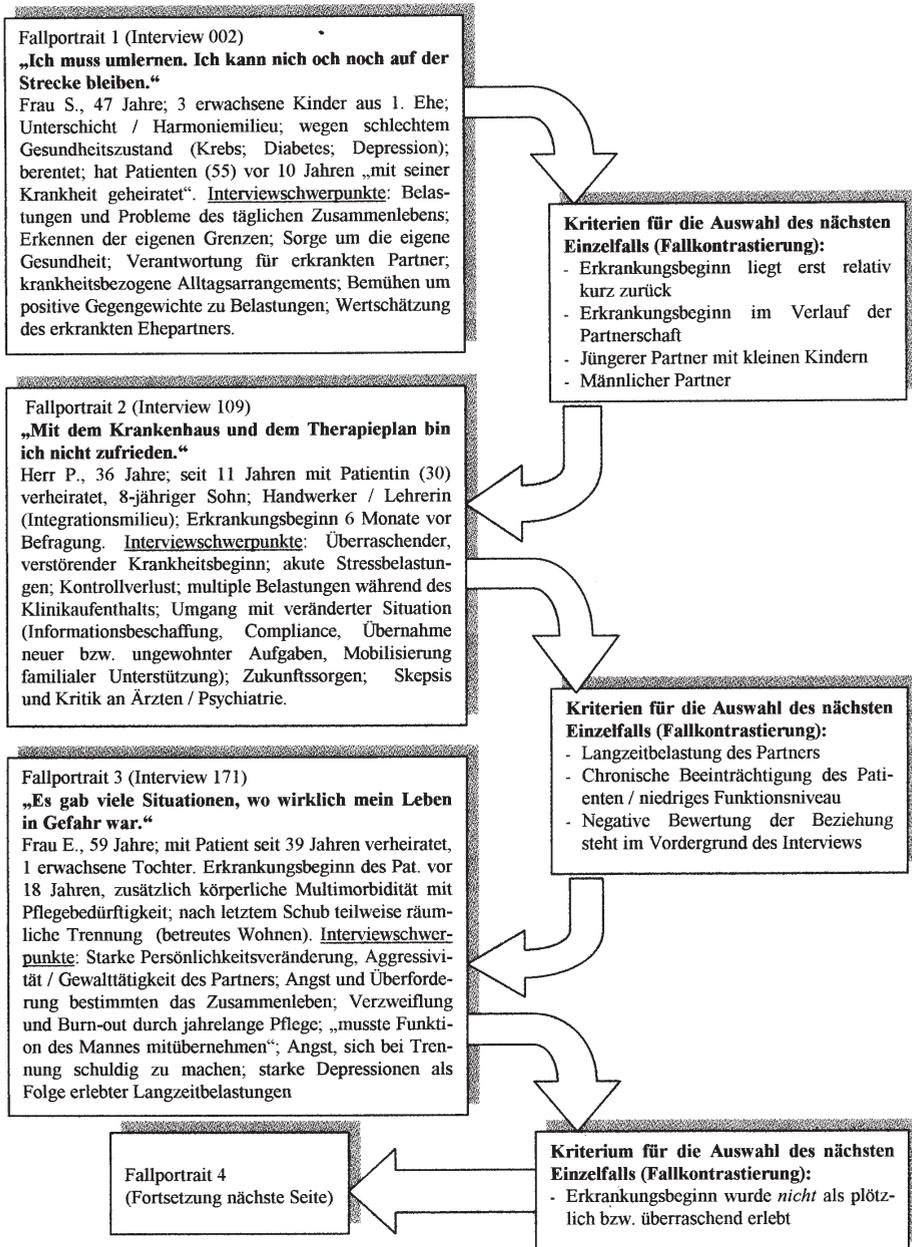
Im Umgang mit der psychischen Erkrankung seiner Frau und drohenden schizophrenen Rückfällen stellt für Herrn Schönefeld die *konsequente Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems* die primäre Bewältigungsstrategie dar. Bei entsprechenden Verhaltensauffälligkeiten seiner Frau wird sofort die behandelnde Ärztin aufgesucht, um notwendige Behandlungsschritte (z. B. Veränderung der Medikation) zu ermöglichen und so drohende Krankheitsschübe ambulant abzufangen zu können. Besonders in akuten Krisenphasen sieht Herr Schönefeld die enge Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin als sehr wichtig an. So hat er z. B. mit ihr die Absprache getroffen, seine erkrankte Ehefrau während sich anbahnender psychischer Krisen genau zu beobachten und darüber Aufzeichnungen zu machen: »Da suchen wir aber sofort gleich 'nen Arzt auf und da wird ihr gleich geholfen. [...] Da nehm ich Notizen mit, alles, wie sie sich verhält und verhalten hat. Ich beobachte sie dann ne Woche und das geb ich dann der Ärztin.«

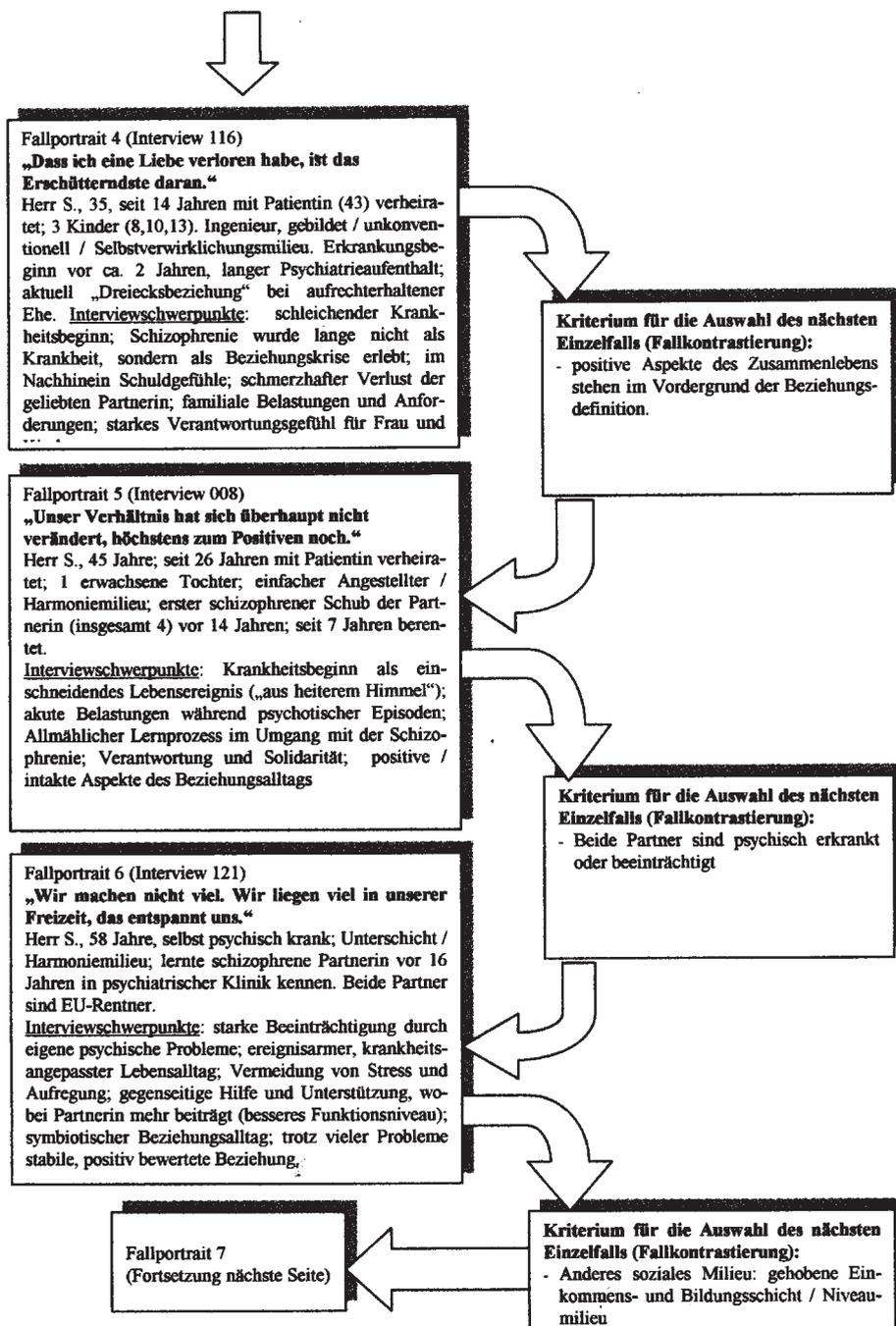
Aktuell ist für Herr Schönefeld die psychische Erkrankung seiner Frau weit weniger belastend als seine derzeitige *Arbeitslosigkeit*. Dabei bedrückt ihn besonders, dass ihm von seiner sozialen Umgebung (z. B. von den Nachbarn) unterstellt werden könnte, er sei asozial und zu faul zum Arbeiten. Hinzu kommt, dass es Herr Schönefeld als beschämend erlebt, dauerhaft auf Kosten der Gesellschaft zu leben: »Da heißt es eben, der ist ein faules Schwein oder Assi, und das ist eben das, was mich belastet! [...] Man kommt sich ä bissel wie ä Schmarotzer vor.« Die Schwierigkeiten bei der Arbeitsplatzsuche erlebt Herr Schönefeld immer wieder als frustrierend und demütigend. Seine Chancen auf eine neue Beschäftigung sieht er aufgrund eines fehlenden Ausbildungsabschlusses eher pessimistisch; darüber hinaus hegt er die Befürchtung, manchen Anforderungen des Arbeitsmarkts (z. B. Fortbildungen, Führerscheinprüfung) in intellektueller Hinsicht nicht gewachsen zu sein: »Ich bin ä Praktiker. Fürs Theoretische hab ich absolut keen Bock.« Seine Hoffnungen richten sich derzeit auf eine vom Arbeitsamt in Aussicht gestellte AB-Maßnahme.

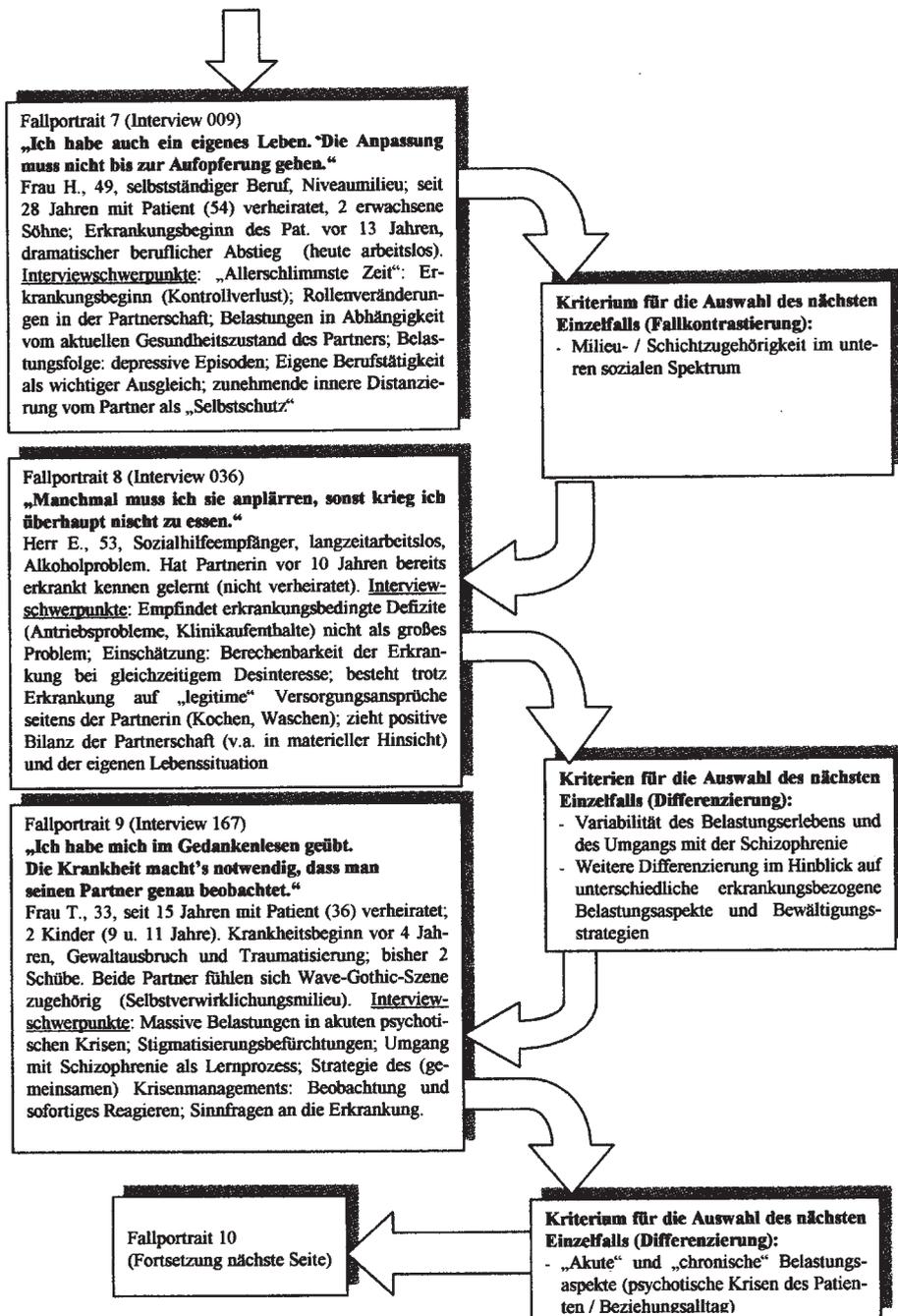
Hinsichtlich des Zusammenlebens mit seiner psychisch kranken Ehepartnerin zieht Herr Schönefeld eine sehr *positive Beziehungsbilanz*. In den Augen passen er und seine Part-

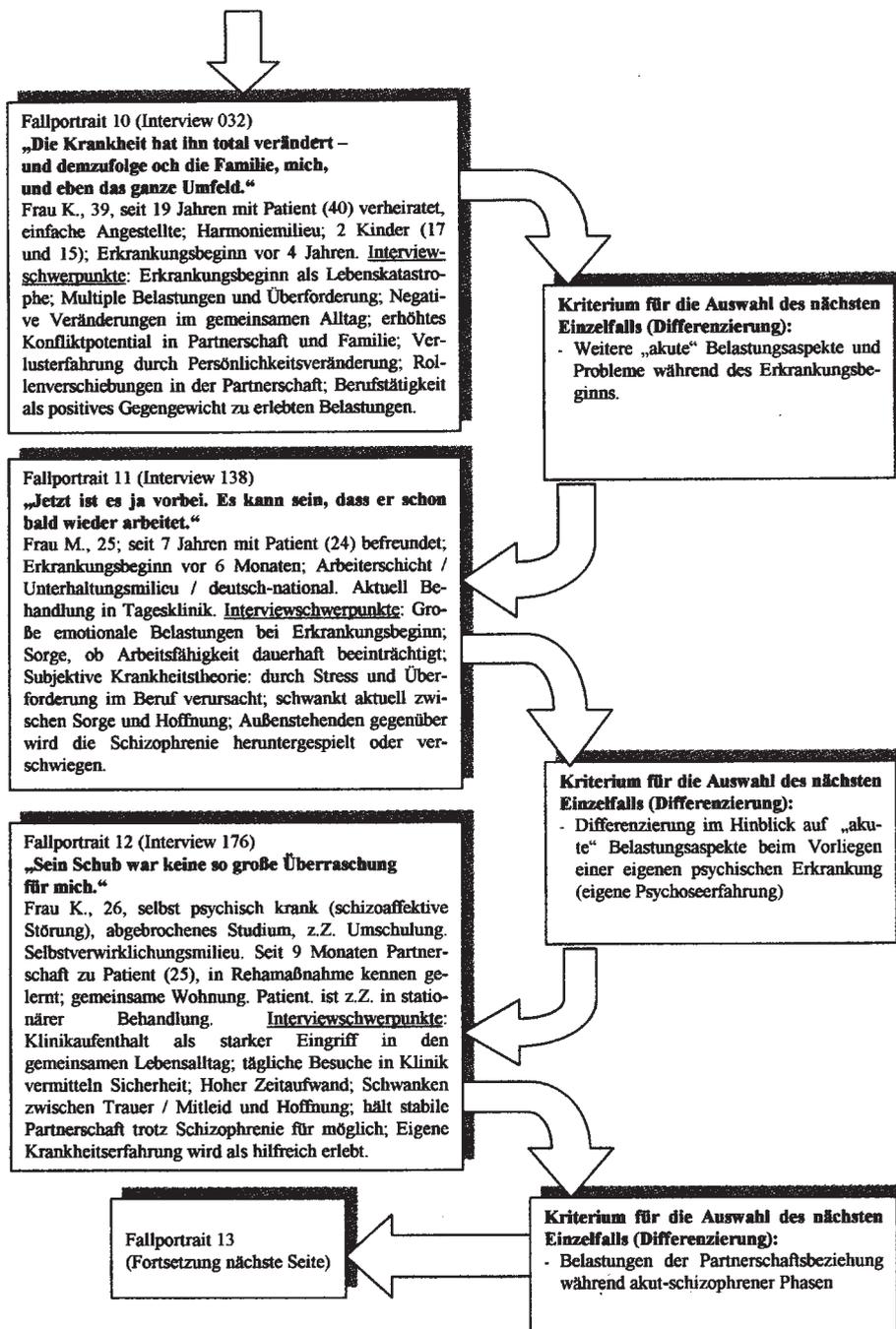
nerin gut zusammen, weil sie sich in vieler Hinsicht ähnlich sind – beide haben ein schwieriges Schicksal mit vielen negativen Erfahrungen hinter sich und fühlen sich als Außenseiter der Gesellschaft. Auch hinsichtlich der Erwartungen und Wünsche an das eheliche Zusammenleben gibt es offenbar eine weitgehende Übereinstimmung; z. B. wünschen sich weder Herr Schönefeld noch seine Ehepartnerin Kinder. Insgesamt fasst Herr Schönefeld diese Situation in einer ironischen Metapher zusammen: »Irgendwie passen wir zusammen wie ein Paar alte Pantoffeln.« Im Vergleich zu der Alternative des Alleinlebens sieht er viele Vorteile in seiner Partnerschaft: »Ich bin zufriedener als vorher, wo ich ledig war. Erst mal doppeltes Einkommen, das macht schon was aus, in der heutigen Zeit sowieso. Und dann eben, ist [das Eheleben besser als] das Alleenesein, das fängt schon damit an, da schmeckt doch kein Essen allene.« Darüber hinaus hat Herr Schönefeld das Gefühl, dass die Ehe und die Verantwortungsübernahme für seine erkrankte Partnerin einen positiven und stabilisierenden Einfluss auf sein Leben und seinen Charakter hat. So hat er beispielsweise aus Rücksicht auf seine Ehepartnerin seinen Alkoholkonsum stark reduziert und bemüht sich um einen regelmäßigen, soliden Lebenswandel. Im Hinblick auf eine langfristige gemeinsame Lebensperspektive ist Herr Schönefeld recht optimistisch: »Also, es läuft und läuft und läuft!«

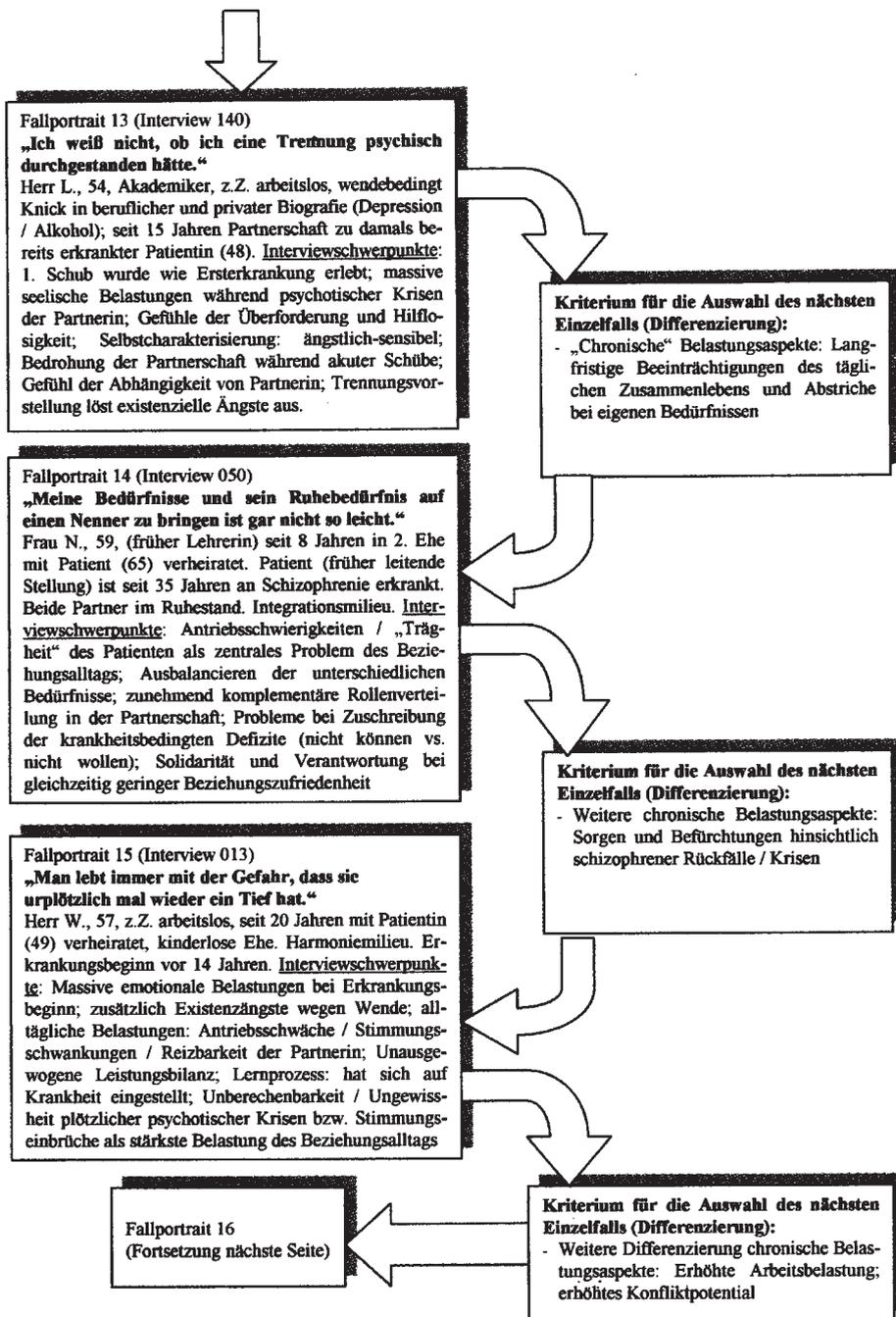
Anhang B: Schematische Darstellung des theoretischen Samplings

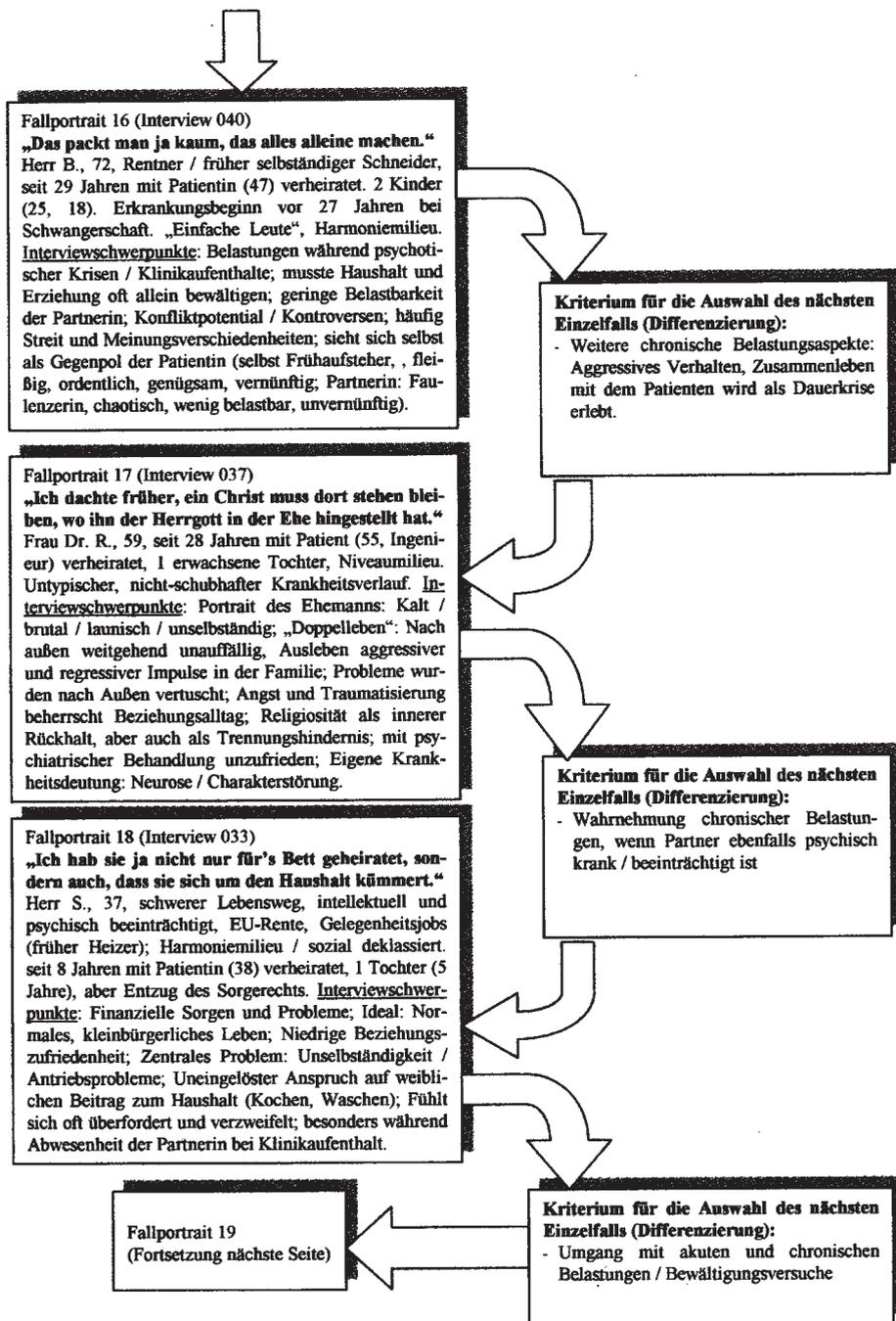


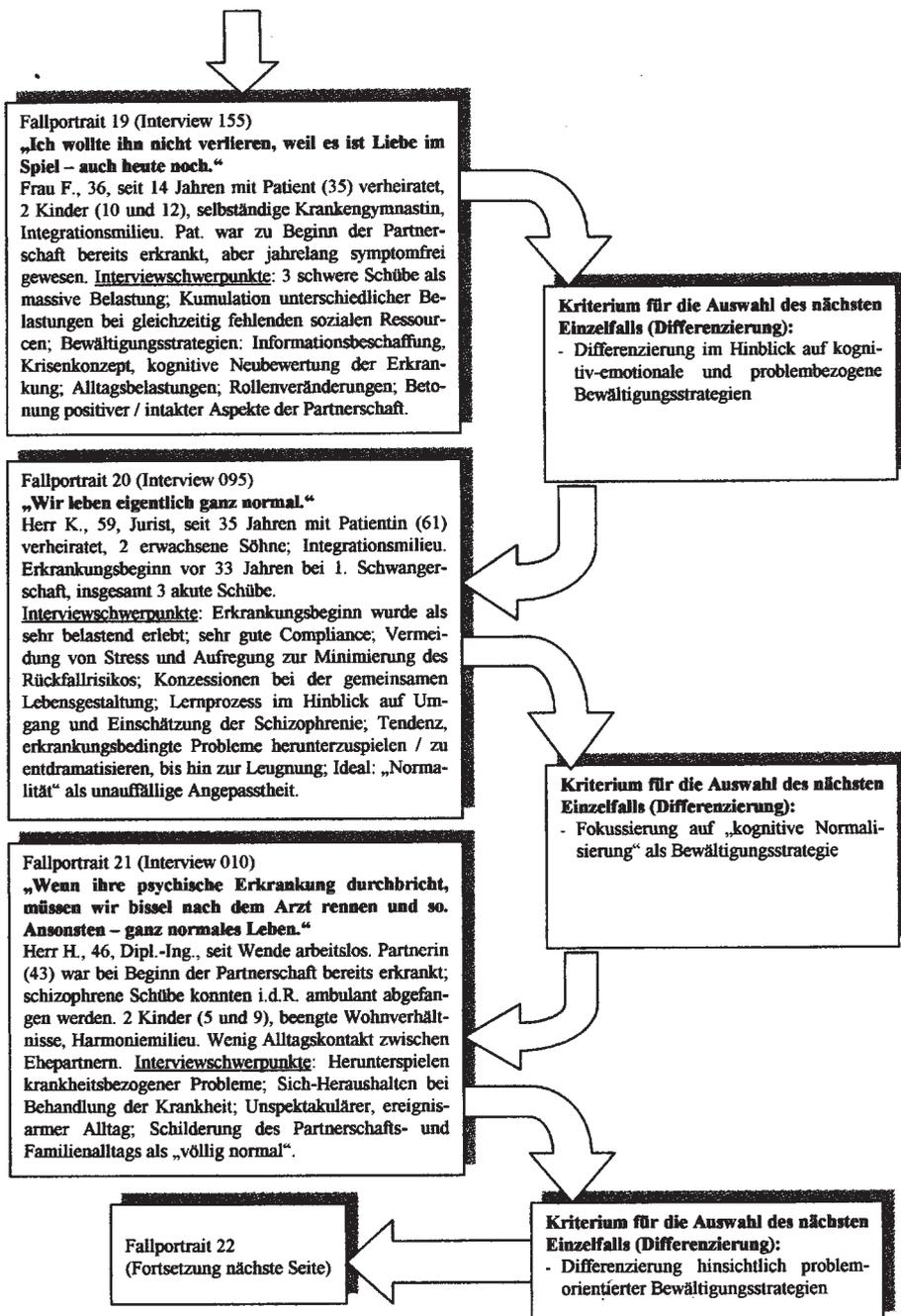


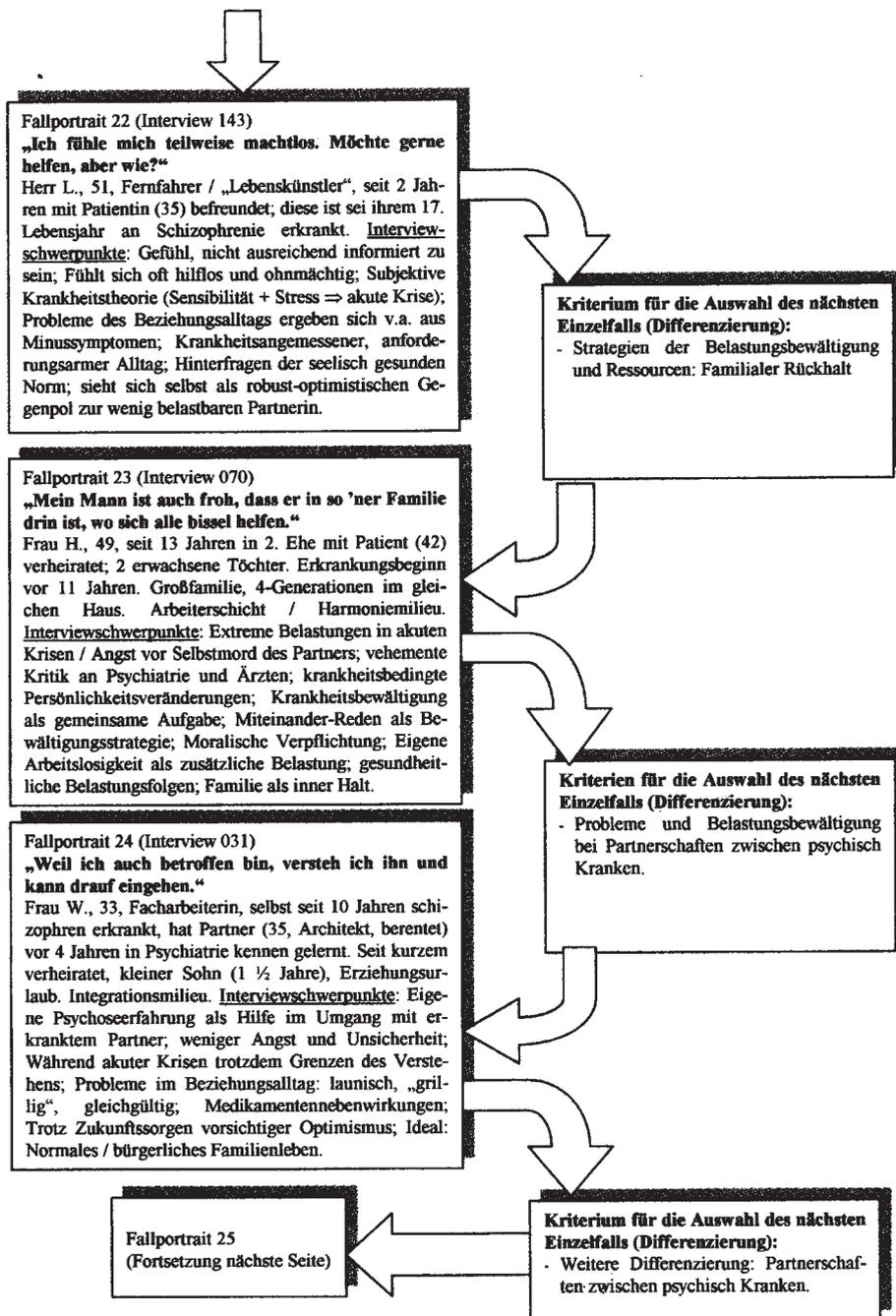


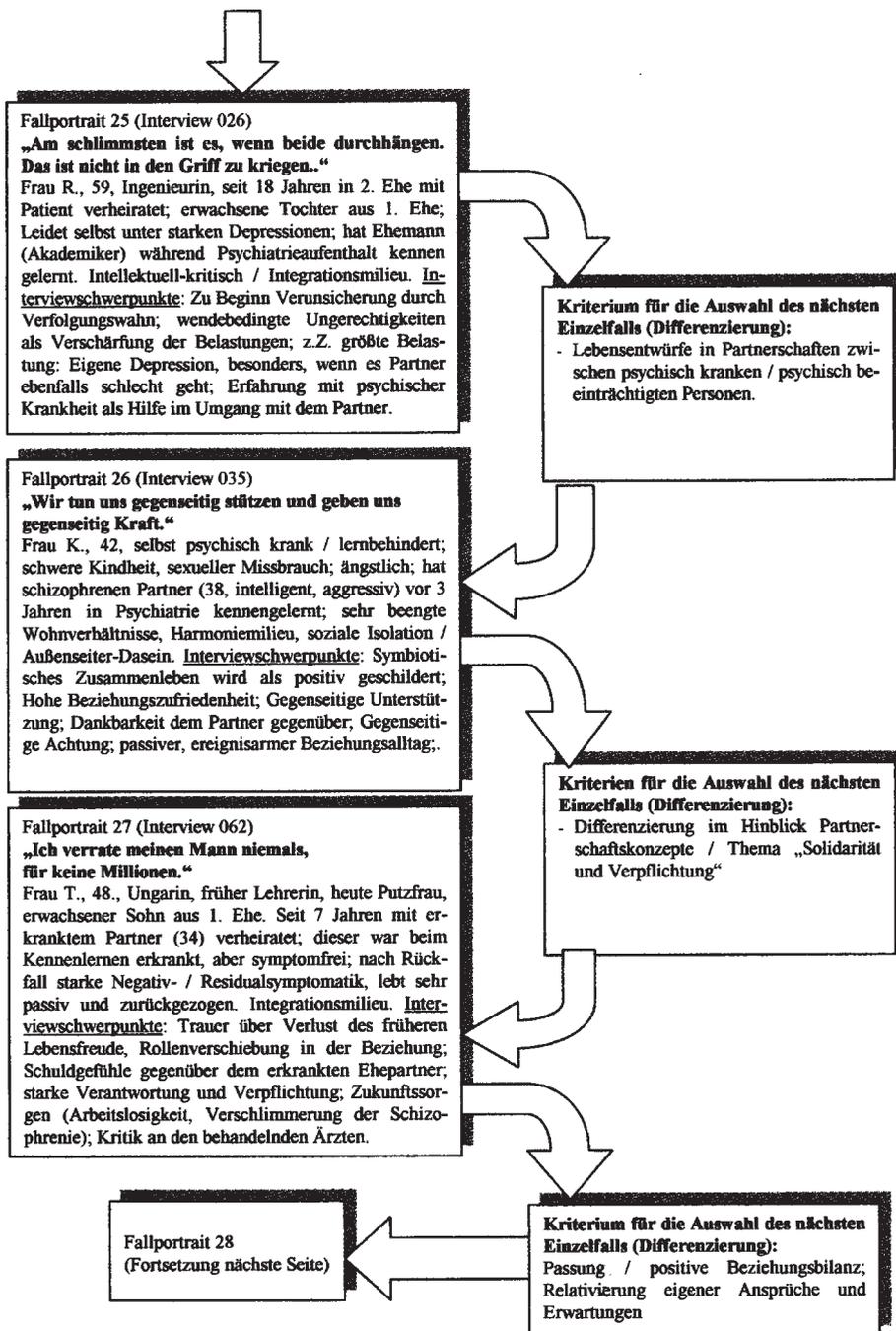














Fallportrait 28 (Interview 076)

„Irgendwie passen wir zusammen wie zwei alte Pantoffeln.“

Frau S., 38, arbeitsloser Bauhelfer, seit 11 Jahren mit Patientin verheiratet; kinderlos. Früher Haftstrafen, Alkoholabhängigkeit; heute Bemühen um solide Lebensführung; fühlt sich trotzdem als sozialer Außenseiter. Patientin (37): Lernbehindert, seit ihrem 18. Lebensjahr erkrankt. Unterschicht / Harmoniemilieu. Interviewschwerpunkte: Keine schwerwiegenden Einschränkungen durch Erkrankung; Passung der gegenseitigen Erwartungen; Sorgen v.a. im Zusammenhang mit akuten Schüben; Compliance als primäre Bewältigungsstrategie; Hauptbelastung: Arbeitslosigkeit.

