

» Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Angehörigen

Anita Holzinger¹, Peter Müller², Stephan Priebe³, Matthias C. Angermeyer¹

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

² Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

³ Unit for Social & Community Psychiatry, Bart's and the London School of Medicine, London, U.K.

Zusammenfassung: Fragestellung: Ausgehend von einer früheren quantitativen Studie über die Vorstellungen von Angehörigen über die Ursachen der Schizophrenie, in der eine eindeutige Präferenz für psychosoziale Erklärungen und eine Tendenz zu einem multikausalen Erklärungskonzept gefunden wurde, untersuchten wir in der vorliegenden Studie, ob sich dieses Ergebnis mit Hilfe semiquantitativer Methoden bestätigen lässt. Darüber hinaus interessierte uns, ob sich die Ursachenvorstellungen von Angehörigen und Patienten unterscheiden. **Methode:** Mit 31 Angehörigen schizophrener Patienten wurde ein problemzentriertes Interview zur subjektiven Krankheitstheorie durchgeführt. Das Interview wurde computergestützt inhaltsanalytisch ausgewertet. **Ergebnis:** Auch in dieser Studie zeigten die Angehörigen eine eindeutige Präferenz für psychosoziale Erklärungen für die Entstehung der Erkrankung. Vergleichsweise selten wurden biologische Erklärungen herangezogen. Nur von knapp einem Drittel wurde ein multikausales Konzept im engeren Sinn angenommen. Dieses Ergebnis deckt sich im Wesentlichen mit dem der Befragung der Patienten. **Diskussion:** Das Untersuchungsergebnis wird vor dem Hintergrund des Konzepts der subjektiven Krankheitstheorie sowie der Theorie der sozialen Repräsentationen diskutiert.

Causes of Schizophrenia – Beliefs of Patients' Relatives:

Objective: In a former quantitative study on relatives' beliefs about the causes of functional psychoses a preference for psychosocial explanations was found. There were also indications of an inclination towards a multicausal concept. The aim of this study is to try to replicate these findings using semi-qualitative methods. In addition, we are interested in knowing to what extent the causal beliefs of relatives are similar to those of the patients. **Method:** Problem-centered interviews were conducted with 31 relatives of schizophrenic patients. A computer-assisted qualitative content analysis was carried out with the transcripts of the interviews. **Results:** As in the previous study, relatives showed a strong propensity to endorse psychosocial explanations. However, among only one third a multicausal concept could be observed. The causal beliefs of relatives and patients were quite similar. **Discussion:** The findings are discussed with

reference to the concept of subjective illness theory and the concept of social representations.

Im zweiten Teil unserer Untersuchung zu den Vorstellungen über die Ursachen der Schizophrenie stehen die Angehörigen im Mittelpunkt. Wie bei den Patienten dient uns auch hier die Studie von Angermeyer et al. [1] als Ausgangspunkt, bei der die ätiologischen Vorstellungen mit Hilfe einer Checkliste erfasst wurden. Ähnlich wie bei den Patienten hatte man auch bei den Angehörigen eine Präferenz für psychosoziale Erklärungen für die Entstehung der Schizophrenie bzw. ganz allgemein funktioneller Psychosen festgestellt. Auch schienen die Angehörigen ein multikausales Krankheitsmodell zu favorisieren. Eine ähnliche Tendenz ließ sich in einer später durchgeführten postalischen Umfrage bei den Mitgliedern der deutschen und österreichischen Angehörigenverbände, wenn auch nicht so ausgeprägt, beobachten [2].

Uns interessierte nun, ob sich diese mit Hilfe quantitativer Methoden gewonnenen Ergebnisse mit Hilfe semiquantitativer Methoden replizieren lassen. Darüber hinaus wollten wir Genaueres darüber erfahren, wie sich die Angehörigen die ätiologischen Wirkmechanismen im Detail vorstellen. Schließlich stellte sich die Frage, ob sich Angehörige und Patienten eventuell in ihren Ursachenvorstellungen unterscheiden.

Methode

Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus den nächsten Angehörigen der schizophrenen Patienten zusammen, die im Rahmen unserer Studie zur subjektiven Krankheitstheorie befragt worden waren [3]. Von den insgesamt 102 Patienten verfügten 39 über keinen nächsten Angehörigen. 17 Patienten hatten ihre Zustimmung zum Angehörigeninterview verweigert. 15 Angehörige hatten die Teilnahme an der Studie abgelehnt. Somit verblieben 31 Angehörige, mit denen das problemzentrierte Interview zur subjektiven Krankheitstheorie durchgeführt wurde. Das Interview ist im Aufbau identisch mit dem Patienteninterview. Es dient zur Exploration der Krankheitsvorstellungen der Angehörigen, wobei folgende Punkte thematisiert werden: die Problemdefinition (wird das Gesundheitsproblem als psychische Krankheit oder anders definiert?), die Etikettierung des Problems (welche „Diagnose“ benutzt der Angehörige?), Erklärungen für das Auftreten der Gesundheitsstörung,

die Einschätzung des weiteren Verlaufs der Erkrankung und ihrer sozialen Auswirkungen sowie die Kontrollüberzeugungen. Für die vorliegende Untersuchung wurden nur die Antworten auf die Frage nach den Ursachen der Erkrankung berücksichtigt (Einzelheiten s. [3]). Das Interview wurde auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden einer computergestützten Inhaltsanalyse unterzogen unter Verwendung des Programms WinMax [4]. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an das von Mayring [5] vorgeschlagene Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Das Interview mit den Angehörigen wurde zum gleichen Zeitpunkt wie das mit den Patienten durchgeführt, nämlich bei deren Entlassung aus stationärer bzw. tagesklinischer Behandlung. Es beteiligten sich daran zwölf Mütter, ein Vater, sechs (Ehe-)Partner. Der Rest setzte sich aus Geschwistern, sonstigen Verwandten und engen Freunden zusammen. Keiner der Befragten hatte an einem psychoedukativen Programm teilgenommen.

Ergebnisse

Um feststellen zu können, welche Erklärungskonzepte zur Entstehung der schizophrenen Erkrankung von den Angehörigen favorisiert wurden, zählten wir zunächst aus, wie häufig die verschiedenen Ursachenkategorien genannt wurden (Tab. 1).

Die Ursachen, die von den Angehörigen am häufigsten genannt wurden, waren dieselben die auch von den Patienten bevorzugt wurden. Zwei Drittel waren der Meinung, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung stehen würden. Die Hälfte dachte, dass Einflüsse oder Traumata in der Kindheit beziehungsweise ein schwieriges Elternhaus eine Rolle spielen würden. Persönlichkeitsmerkmale wurden schließlich am dritthäufigsten genannt. Eher zurückhaltend äußerten sich die Angehörigen, ähnlich wie die Patienten, gegenüber Erbeeinflüssen. Ein Viertel brachte die unterschiedlichsten biologischen Ursachen ins Spiel.

Wie bei den Patienten zogen auch die Angehörigen beim Thema *Vererbung* fast ausnahmslos die unmittelbar nächste Verwandtschaft in Betracht. Die meisten tasteten sich zögernd, sich selbst fragend, an dieses Thema heran. So überlegte die Frau eines Patienten: „Ich weiß jetzt nicht, inwieweit das vererbbar ist, ich sage mal das weiß ich nicht. Das ist zwar erzählt worden in der Familie, dass mein Schwiegervater da in der Nervenklinik war und meine Schwiegermutter auch... deswegen könnte das möglicherweise ein Faktor sein.“ Eine andere Angehörige berichtete, dass ihr Vater ja auch psychisch krank gewesen sei „dass das da vielleicht auch irgendwo damit zusammenhängen könnte“. „Ich denke schon, dass eine Veranlagung da ist“, und „Das hat sie wahrscheinlich schon in der Erbanlage mit auf die Welt gebracht“ mutmaßten in ähnlicher

Weise weitere Angehörige. Wurden innerhalb der Familie Hinweise gefunden, hieß das aber nicht, dass der Schluss einer Vererbbarkeit auch tatsächlich gezogen wurde. Diese Mutter überlegte: „Sonst erblich wüsste ich jetzt... in der Verwandtschaft nix. Also wir haben... mein Mann hat eine mongoloide Schwester. Aber das ist ja nun was anderes, das hat ja nichts damit zu tun.“ An anderer Stelle berichtet dieselbe dann noch auf die Konfrontationsfrage: „Ich weiß nicht... also wir haben ja noch eine Tochter gehabt. Die hat sich mit 16 Jahren das Leben genommen...“

Eine Gruppe von Angehörigen nahm die unterschiedlichsten organischen oder hormonellen Störungen an, die wir unter die Kategorie „*andere biologische Störungen*“ subsumierten. Es wurde überlegt, ob nicht ein Unfall, bei dem sich der Patient ein „Schädeltrauma“ zugezogen hatte, damit zusammenhängt. „Also, ich denke, das war der doppelte Schädelbasisbruch“ überlegte ein anderer Angehöriger. Dass eine „Entwicklungsstörung“ vorliegen könnte, dass bei „vielen dieser Patienten die Gefäße verengt“ seien oder dass die Krankheitssymptome „in den Zeiten wo sie die Regel hat“ verstärkt in den Vordergrund treten würden, waren weitere Antworten auf die Frage nach der Ursache der Erkrankung. Auf die Konfrontationsfrage, ob nicht eine Stoffwechselstörung vorliegen könnte, ging überhaupt nur ein Angehöriger ein, der damit folgendes verband: „Ja, das glaube ich. Das ist ja bei mir auch der Fall, und bei mir ist es deswegen, weil ich immer zu schwaches Blut habe. Da wird das Gehirn nicht richtig durchblutet.“

Alkohol und Drogen wurden ausnahmslos spontan zur Sprache gebracht. Es wurde hier durchweg ohne weitere Erklärung einfach festgestellt, dass die Einnahme dieser Substanzen zu der Erkrankung geführt hätte. Nur ein Angehöriger zweifelte, ob zwischen der Drogeneinnahme und der Erkrankung tatsächlich ein Zusammenhang besteht: „Ich weiß es nicht. Ich habe gehört, dass er früher, so mit 20, ziemlich viele Drogen genommen hat. Ich weiß nicht ob Drogen Auslöser für eine Schizophrenie sein können. Also er soll auch sehr viele Trips und LSD und so was genommen haben.“

Als wichtigstes *Persönlichkeitsmerkmal*, das nach Meinung der Angehörigen mit zu der Erkrankung beigetragen haben könnte, wurde „Sensibilität“ angeführt. Daneben wurden auch Eigenschaften wie „dass sie sehr naiv“ sei und „dass sie immer schon sehr empfindlich“ gewesen sei angeführt. Größtenteils wurden allerdings Überlegungen in diese Richtung erst auf die Konfrontationsfrage des Interviewers hin angestellt.

Eine belastende *Kindheit* oder Konflikte im *Elternhaus* wurden, wie bei den Patienten, am zweithäufigsten als Ursache der Erkrankung angenommen. Häufig wurden nur vage Anspielungen auf die Kindheit oder das Elternhaus der Patienten gemacht. Was genau die Probleme verursacht hatte blieb oft im

Tab. 1 Von Angehörigen schizophrener Patienten genannte Ursachen der Krankheit (n = 31).

	Vererbung	andere biologische Ursachen	Alkohol/Drogen	Persönlichkeit	Kindheit/Elternhaus	psychosoziale Belastungen	Umwelt	Schuldzu-schreibung	weiß nicht
Eingangsfrage/Nachfrage	6	6	5	4	10	22	1	10	3
Konfrontationsfrage	3	2	-	7	6	1	1	-	-
insgesamt	9	8	5	11	16	23	2	10	3

Dunkeln. „Ich denke mir mal eher, dass das aus der Kindheit kommt. Ich weiß halt nur, dass sie Erfahrungen in der Kindheit gemacht hat, die wahrscheinlich nicht so ganz schön waren.“ Oder: „Ich habe das Gefühl, dass da irgendwas in ihrer Kindheit liegen muss“, waren typische Aussagen zur Frage nach der wichtigsten Ursache. Gewalt in der Kindheit wurde von einigen Angehörigen thematisiert: „Ja, seine Kindheit ist sicherlich nicht einfach gewesen. Er ist von seinem Vater geschlagen worden, von seiner älteren Schwester wohl im Dunkeln gehänselt worden“, wusste diese Angehörige zu berichten. „Sie hat zu wenig Liebe gekriegt, zu wenig Zuwendung, dass der Vater mal mit dem Messer nach ihr geworfen hat und solche Sachen...“ erzählte ein anderer. Ein strenger Vater, der eine zu hohe Erwartungshaltung an seine Kinder hatte, ständige Streitigkeiten mit den Eltern sowie Bevorzugung von Geschwistern wurde von weiteren Angehörigen verantwortlich gemacht. „Dass er nicht in der Familie aufgewachsen ist, sondern von Heim zu Heim, von Pflegeeltern zu Pflegeeltern“ herumgereicht worden sei „und er vielleicht unglücklich war in der Pflegefamilie“, war für einen anderen Angehörigen ausschlaggebend für den psychischen Zustand des Patienten. Einige Befragte stellten die starke Mutterbindung der Patienten in den Vordergrund. Ein „richtiges Mamakind“ sei sie gewesen, „so richtig anhänglich. Das hat lange gedauert bis sie sich mal weg bewegt hat...“ meinte eine Mutter dazu. Eine andere beschrieb: „Er ist unheimlich verwöhnt worden. Er war ein Wunschkind und ich denke manchmal, vielleicht haben wir ihn zu sehr verwöhnt. Im Nachhinein meine ich, es war vielleicht gar nicht zu seinem Vorteil, dass man ihn so verzärtelt hat.“

Zwei von drei Angehörigen waren schließlich der Auffassung *psychosoziale Belastungen* würden ein wichtiger Faktor bei der Entstehung der Krankheit sein, wobei *chronischen Belastungen* wiederum die größte Bedeutung beigemessen wurde. „Überlastung, egal welcher Art“, ganz allgemein „Überforderung“ sowie Druck und Stress im schulischen oder Arbeitsbereich wurden dafür verantwortlich gemacht. Dass die Kinder erwachsen wurden und „sie nicht mehr so viel zu tun hatte“, stellte für einen Ehemann ein ursächliches Problem im Hinblick auf die Krankheit seiner Frau dar. Im Gegensatz zu den Patienten wurden von den Angehörigen äußerst selten *Beziehungsprobleme* als Ursache angesehen. Nur zwei Angehörige äußerten sich diesbezüglich. Eine Mutter meinte, dass ihr Sohn einmal Probleme mit einem Mädchen gehabt hätte: „Das hat ihn vielleicht so mitgenommen.“ Eine andere erzählte: „Dann kam da noch die Sache mit ihrem Freund, dass sie den besucht hat und dann war das alles wieder so toll und der hat ihr aber gesagt sie soll ihn in Ruhe lassen. Das würde ich sagen war der Auslöser.“ Schlussendlich führten einige Befragte den psychischen Zustand der Patienten auf *Isolation* und *Einsamkeit* zurück: „Ob es jetzt eine endogene Ursache hat? Also ich meine, es ist der Verlust an Beziehungspersonen und der Mangel an Mitteilung, der das verursacht hat, aber das ist wie gesagt nur ein Ansatz.“ Häufiger als die Patienten machten Angehörige (1/3) *life events* für die Krankheit verantwortlich. Es wurden Lebensereignisse wie die Heirat und die rasch darauf folgende Geburt eines Kindes, häufiger Umgebungswechsel und der damit verbundene Wechsel des sozialen Umfeldes und der Freunde, Kriegserlebnisse, Schwangerschaftsunterbrechungen und Unfälle angeführt. Für zwei Angehörige machte es die Fülle dieser lebensverändernden Ereignisse aus, dass die Krankheit entstehen konnte. Ein Ehemann beschrieb beispielsweise: „Immer wenn

so 'ne (Führerschein-)Prüfung angesetzt war, ist ein Familienangehöriger von uns gestorben und das hat sie also immer so ein bisschen schockiert.“

Für weitere zwei Angehörige waren *Umweltfaktoren*, wie die Arbeit in einer Chemiefabrik mit hochexplosiven Stoffen sowie die „ganzen Umweltgifte“ von ursächlicher Bedeutung. Im Unterschied zu den Patienten schrieb kein einziger Angehöriger das Auftreten der Erkrankung dem *Schicksal* zu.

Einem Phänomen, dem wir nur bei den Angehörigen begegneten, war das der persönlichen *Schuldzuschreibung*. Immerhin ein Drittel der Angehörigen äußerte mehr oder weniger direkt Schuldgefühle, fühlte sich schuldig als Mitverursacher der Erkrankung: „Man gibt sich dann selbst die Schuld und denkt: Mensch was hast du denn falsch gemacht.“ Oder: „Also als Eltern meint man ja auch manches hätte man besser machen können...“ Etwas subtiler stellten sich die Selbstvorwürfe bei anderen Angehörigen dar: „Ich kann mir vorstellen, dass mein Job eine Rolle spielen könnte. Ich bin sehr viel unterwegs und mache sehr viele Probleme dadurch, weil ich Unruhe in die Familie bringe.“ Auch Urlaubsaufenthalte des Angehörigen, die Scheidung vom Ehemann als der Patient noch ein Kind gewesen war, der Umstand, dass der Patient kein Wunschkind gewesen war, oder dass man zu wenig Zeit zu Hause zugebracht hatte, wurden als mögliche Krankheitsursachen in Erwägung gezogen.

Nur drei Angehörige konnten *keine Erklärung* für das Zustandekommen der Erkrankung finden. „Das weiß ich nicht. Ich denke, dass das alles nur Vermutungen sind und dass die Krankheit im Wesentlichen nicht erforscht ist, sonst würde man ja auch das Interview nicht machen.“ Oder: „Das ist wie ein Rätsel, das ist ganz plötzlich ihr so widerfahren.“

Wie bei den Patienten untersuchten wir auch hier, wie *komplex* die Vorstellungen der befragten Angehörigen über die Ursachen der Erkrankung waren. Auch hier wurden am häufigsten ($n = 18$) mehrere Ursachen genannt, die unvermittelt nebeneinander bestanden. Nur etwa ein Drittel ($n = 9$) führte mehrere Ursachen an, die miteinander in Verbindung gebracht wurden. Diese Angehörige war der Meinung: „An erster Stelle würde ich meinen die Scheidung, dann den Verlust der Kinder und dann den Tod seiner Mutter. Ich weiß nicht, ob die Trennung von mir... die mag sicherlich dann auch noch eine Rolle gespielt haben und da er ja sowieso ein sehr labiler Mensch ist, wird ihn das sehr getroffen haben.“ Einige dieser Befragten verknüpften unterschiedliche Faktoren miteinander, zählten daneben aber auch noch andere Ursachen auf, die damit nicht in Zusammenhang gebracht wurden. Ganz im Gegensatz zu den Patienten, bei denen knapp einem Viertel nur ein einziger Erkrankungsgrund einfiel, gab es bei den Angehörigen nur einen der eine alleinige Ursache angab. Überhaupt nannten die Angehörigen im Durchschnitt mehr Ursachen als die Patienten.

Diskussion

Ähnlich wie die schizophrenen Patienten [3] gaben auch deren Angehörige psychosozialen Erklärungen den Vorzug. Erbeflüsse sowie andere biologische Ursachen wurden vergleichsweise selten angenommen. Ein multikausales Konzept im engeren Sinne wurde von uns, ähnlich wie bei den Patienten,

auch beim Großteil der Angehörigen nicht beobachtet. Im Unterschied zu den Patienten nannten Angehörige aber häufiger life events als Ursache. Mit einer Ausnahme führten sie immer mehrere ursächliche Faktoren an, die aber meist nicht miteinander in Beziehung gebracht wurden. Überhaupt zählten die Angehörigen durchschnittlich mehr Ursachen als die Patienten auf. Beziehungsprobleme wurden von den Angehörigen selten als ätiologisch relevant betrachtet. Analysiert man die Texte auf die Art und Weise hin wie geantwortet wurde, so fällt beim Thema Vererbung auf, dass sich hierzu die Angehörigen meist zögerlich, eher sich selbst fragend äußerten. Auch das Thema Kindheit und Elternhaus wurde von den meisten allgemeiner, weniger konkret behandelt, als dies bei den Patienten der Fall war.

Man kann somit feststellen, dass das Ergebnis der früheren Untersuchung, dass Patienten wie Angehörige eine auffallende Präferenz für psychosoziale Deutungen aufweisen offenbar kein Artefakt darstellt, lässt es sich doch bei gänzlich unterschiedlichem Vorgehen replizieren. Anders verhielt es sich bezüglich der damals postulierten Multikausalität. Aus der schlichten Tatsache, dass mehrere der angebotenen ätiologischen Möglichkeiten bejaht werden, ergibt sich nicht zwingend, dass diese auch als in einem Zusammenhang miteinander stehend gedacht werden.

Es stellt sich hier unweigerlich die Frage, weshalb sich gerade psychosoziale Erklärungen gleichermaßen bei Angehörigen und Patienten so großer Beliebtheit erfreuen. Geht man von dem aus der Medizinpsychologie stammenden Konzept der subjektiven Krankheitstheorie [6] aus, das die aktive Bewältigungsleistung der Betroffenen in den Vordergrund stellt, so spiegeln sich in den Antworten der Befragten die Bemühungen wider, die Entstehung der Erkrankung zu rekonstruieren und daraus schlüssige Erklärungen abzuleiten und so individuelle Strategien zu entwickeln mit der Krankheit, auch der Umwelt gegenüber, umzugehen. Leferink [7] fand in seiner Studie über „Krankheit und Identität“ bei allen befragten Eltern chronisch psychisch Kranker, eine permanente Verteidigungshaltung der Umwelt gegenüber. Die Erwartung als jemand behandelt zu werden, der etwas potenziell Schlechtes oder Falsches getan hat, war bei fast allen Angehörigen seiner Studie zu spüren. Die Zuschreibung einer Krankheit stärkte, so Leferink, die sozial-moralische Position der Eltern. Sie berge aber auch eine Gefahr in sich etwa in Form der These von der Erblichkeit, bei der die Pathologie vom erkrankten Kind auf die Eltern und Großeltern „abfärbe“. Die „optimale“ Störung sei deshalb eine, die extern begründbar, aber nicht erblich bedingt sei. Dies sei möglicherweise eine der Hauptgründe für die Beliebtheit der „Stress-Theorie“ [8]. Auch bei den von uns untersuchten Angehörigen äußerte ein Drittel Schuldgefühle und fühlte sich für die Erkrankung des Patienten mitverantwortlich. Hierin dürfte auch die Erklärung für die von uns beobachteten diffusen Schilderungen der Kindheitstraumata oder unklar dargestellten Problematiken des Elternhauses sowie der zögerlichen Aussagen zur Vererbung liegen.

Im Gegensatz zum Konzept der subjektiven Krankheitstheorie setzt das Konzept der sozialen Repräsentationen nicht am individuellen Wissen an. Vielmehr wird hier davon ausgegangen, dass Vorstellungen sozial geteilt sind, das heißt weniger individuumspezifisch als gruppenspezifisch sind. Über soziale Repräsentationen soll Zugang gefunden werden zur Art und

Weise wie eine Gesellschaft „denkt“ in Bezug auf einen bestimmten Gegenstand, in unserem Fall die Schizophrenie. Ansatzpunkt sind dabei die Subjekte, die Teil dieser Gesellschaft sind, ihre Art zu denken und ihr Wissen [9,10]. Umfragen in der Allgemeinbevölkerung zur Entstehung der Schizophrenie [11] haben gezeigt, dass Stressfaktoren von Laien am häufigsten als Erklärung herangezogen werden. Überhaupt scheint das Stresskonzept zur Zeit das populärste kollektive Erklärungs- und Interpretationsangebot für Krankheit darzustellen. Der spektakuläre Erfolg des Stresskonzepts verdankt sich Pollock [12] zufolge vor allem dem Umstand, dass es ein breites Spektrum von Themen unter einem Begriff zu versammeln in der Lage ist. Ebenso wie es gestattet, die Ursache – und damit letztlich auch die Verantwortung – für das Auftreten von Krankheit im Verhalten des Einzelnen zu lokalisieren, der sich selbst über Gebühr psychosozialen Belastungen aussetzt, so erlaubt es gleichermaßen pathogene gesellschaftliche Strukturen, die das Individuum zum Opfer schädlicher Einflüsse werden lassen, dafür haftbar zu machen. In der von Pollock 1986 durchgeführten Untersuchung bei schizophrenen Patienten und deren Angehörigen fanden sich Hinweise darauf, dass diese noch bereitwilliger auf Stresserklärungen rekurrierten als von Krankheit nicht unmittelbar Betroffene. Dies erklärt Pollock damit, dass an den Folgen zu starker Belastung zu erkranken, gesellschaftlich eher positiv bewertet werde. Eine Ursache, die gemeinhin eher mit einer so reputierlichen Krankheit wie dem Herzinfarkt in Verbindung gebracht wird, könnte somit auch eine psychische Erkrankung anders bewerten lassen, sie in den Reigen der anderen Krankheiten aufnehmen lassen. So könnte die Präferenz für psychosoziale Ursachen über die Rezeption der in der Gesellschaft vorherrschenden Wissensbestände hinausgehend auch einen individuellen Versuch darstellen, dem Stigma der Krankheit Schizophrenie [13–15] entgegenzuwirken.

Schließlich könnte noch etwas die häufige Nennung psychosozialer Belastungen erklären. Sie liegen gewissermaßen nahe, da sie der unmittelbaren Alltagserfahrung zugänglich sind, während dies für biologische Einflüsse häufig nicht gilt. Es dürfte nicht so schwer sein bei dem „search for meaning“ in der jüngsten Vergangenheit fündig zu werden und irgendeine belastende Situation oder ein belastendes Ereignis ausfindig zu machen. Es handelt sich hier also um tatsächlich Erlebtes (was sich auch in der Lebendigkeit der Schilderungen widerspiegelt), bei den biologischen Erklärungen dagegen weitgehend nur um Erlerntes. Dies lässt einen eher skeptisch sein, inwieweit die im Rahmen der psychoedukativen Bemühungen, die zur Zeit so populär sind, vermittelten Informationen von den Betroffenen tatsächlich inkorporiert und „beherzigt“ werden [16].

Literatur

- 1 Angermeyer MC, Klusmann D, Walpuski O. The causes of functional psychoses as seen by the patients and their relatives. II. The relatives' point of view. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1988; 238: 55–61
- 2 Angermeyer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 199–204
- 3 Holzinger A, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten. *Psychiatrie Prax* 2001; 28: im Druck
- 4 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studienverlag, 1988

- ⁵ Kuckartz U. WinMax. Professionelle Version. Handbuch zum Textanalyse-System WinMax für Windows. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1998
- ⁶ Flick U. Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In: Flick U (Hrsg): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa, 1998: 7–30
- ⁷ Leferink K. Die Person und ihre Krankheit. „Mangelnde Einsicht“ als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In: Angermeyer MC, Zaumseil M (Hrsg): Verrückte Entwürfe. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, 1997: 206–261
- ⁸ Angermeyer MC. „Zuviel Stress?“ In: Flick U (Hrsg): Wann fühlen wir uns gesund? Weinheim, München: Juventa, 1998: 230–240
- ⁹ Holzinger A, Angermeyer MC, Matschinger H. Was fällt Ihnen zum Wort Schizophrenie ein? Eine Untersuchung zur sozialen Repräsentation der Schizophrenie. Psychiat Prax 1998; 25: 9–13
- ¹⁰ Jodelet D. Soziale Repräsentation psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich. In: Angermeyer MC, Zaumseil M (Hrsg): Verrückte Entwürfe. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, 1997: 262–298
- ¹¹ Angermeyer MC, Matschinger H. Lay beliefs about schizophrenic disorder: The results of a population survey in Germany. Acta Psychiatr Scand 1994; 382, Suppl 89: 39–45
- ¹² Pollock K. On the nature of social stress: production of a modern mythology. Soc Sci Med 1988; 26: 381–392
- ¹³ Angermeyer MC, Schulze B. Lo stigma dal punto di vista di chi soffre di schizofrenia e delle loro famiglie. In: Asioli F, Bassi M (eds): Lotta allo stigma. Bologna: Editrice Compositori, 2000: 29–47
- ¹⁴ Finzen A. Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. Psychiat Prax 2000; 27: 316–320
- ¹⁵ Gutierrez-Lobos K, Holzinger A. Psychisch krank und gefährlich? Einstellungen von JournalistInnen und MedizinstudentInnen. Psychiat Prax 2000; 27: 336–339
- ¹⁶ Della Picca E, Fischer R. Psychoedukation während stationärer Behandlung. Psychiat Prax 2000; 27: 351–353

Dr. Anita Holzinger

Universitätsklinik für Psychiatrie
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie
und Evaluationsforschung
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien
Österreich

BUCHBESPRECHUNG

■ Auf Messers Schneide. Von der Beziehung zwischen Sprache und Biografie

Grundlage des Buches ist eine Studie zur qualitativen Erforschung der Biografie von Kindern psychotischer Eltern. Durch fokussierte Interviews mit betroffenen, inzwischen erwachsenen Kindern soll Aufschluss gewonnen werden über die psychosoziale Situation, die Entwicklung der Betroffenen, sowie deren subjektive Perspektive. Da unter „Biografie“ nicht nur der individuelle Lebenslauf, die inhaltliche Geschichte, sondern auch die Art und Weise des Erzählens gemeint ist, wurde das Projekt entsprechend aufgeteilt, die vorliegende Arbeit ist das Ergebnis der Analyse der biografischen Erzählform.

Da wir es in der knapp bemessenen Zeit eines psychiatrischen Erstgesprächs gewöhnt sind, möglichst viel an inhaltlicher Information herauszuholen, bleibt der formale Aspekt meist unbeachtet, oder er dient der psychopathologischen Orientierung. Sollberger plädiert für einen Wahrnehmungsschritt weg von der Untersuchung möglicher Patienten (den High-Risk-Probanden) hin zur Fragestellung, wie jemand mit „ungünstigen“ Voraussetzungen einen kreativen Umgang mit der eigenen Biografie realisiert, wobei in Betracht genommen wird, dass eine Normalbiografie immer auch Wahlbiografie ist, weil nacherzählt. Hinzu kommt der Gedanke, dass die Person im Erzählen eine eigene Welt der Erlebnisse und Erfahrungen kreiert und damit ein eigenes biografisches Selbstverständnis aufbaut was identitätsbildend wirkt.

Mit diesem Rüstzeug werden nun einzelne Passagen aus den transkribierten Interviews näher beleuchtet, es wird insbesondere auf Konnotationen oder Metaphern geachtet und erläutert, wie auch der Erzählfluss der um Erklärungen und Rechtfertigung ringt. Dieses Muster, so erläutert Sollberger weiter, scheint sich durch alle Interviews hindurchzuziehen, wobei durch die Situation des Gesprächsgegenübers eine Erzählhaltung provoziert wird, in welcher das Leben so erzählt wird, als ob der Befragte auch dafür gerade stehen müsse. Wenn dabei der Partner nicht wie oben erwähnt als Patient gesehen wird, ergibt sich auch kein therapeutisches Setting einer wie auch immer gearteten Psychotherapie. Mit Seelsorge hat dies auch wenig gemein, da nicht eine fatalistische Schicksals-ergebenheit zugrunde liegt, sondern das Leben eher aus der Perspektive einer Gradwanderung mit unzähligen Risiken und Gefährdungen beschrieben wird. Am ehesten ist diese Form des Sich-Erzählen-Lassens mit einer „philosophischen Praxis“ vereinbar. Denn wer in der analysierten Erzählform nicht bloß die Zeichen einer zugrunde liegenden biografischen Erfahrung lesen will, sondern davon ausgeht, dass auch die Erzählform wiederum die Erinnerungstätigkeit leitet, der bemüht sich selber um die Frage nach der Identität des Menschen. Sollberger ist Philosoph und Mediziner, was bedeutet, dass der Text eine Tiefe bekommt, die selten ist und somit genau gelesen werden will.

Dass zwei Drittel aller Kinder mit einem psychotischen Elternteil trotzdem gesund bleiben, spricht eben für ihre kreative Potenz, der Sollberger auf der Spur ist. In der Verfolgung der Sprache, der erzählten Biografie, ist er der Richtige.

Roman B. Fischer, Basel

▶ Sollberger Daniel. **Psychotische Eltern – verletzte Kinder.** Sozialpsychiatrische Texte Nr. 3. 2000. (Edition Das Narrenschiff, Psychiatrie Verlag, Bonn.) DM 29,80.