

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen
(Direktor: Prof. Dr. J.-E. MEYER)

Psychische Überforderungsreaktionen

IV. Gruppenprozeß unter Stress, dargestellt am Beispiel der Familien chronisch Kranker

Von
STEFAN WIESER

(Eingegangen am 4. August 1963)

Einführung und Fragestellung

In den ersten Studien dieser Reihe ist die Theorie der psychischen Überforderungsreaktionen durch einen Stress vom Typus der Monotonie dargestellt worden. Das im psychologischen Experiment gewonnene Funktionsmodell der Psyche wurde sodann in einer weiteren Arbeit in die Psychopathologie der Demenz und der organischen Wesensänderung übertragen.

Die Erfahrung zeigt, daß nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Gruppen unter einer von außen an sie herangetragenen Belastung ihr Gefüge gesetzmäßig verändern. Die wichtigsten Grundsätze der Stresspsychologie und der experimentellen Neurosenlehre, wie z. B. die Begriffe des psychischen homöostatischen Gleichgewichtes, seine Aufrechterhaltung unter äußerem Druck, Einsatz spezieller psychischer Mechanismen zum energetischen und emotionalen Ausgleich und andere ähnliche Prinzipien sind in diesem Bereich ebenso gültig wie in der Psychologie des Individuums. Obwohl über die Bedeutung der Stressforschung für die Psychiatrie in den letzten Jahren durch die umfassenden deutschsprachigen Sammelreferate von MIERKE, RUSSELL und LANGER manches Wesentliche bekannt geworden ist, so finden wir dennoch weder in diesen zusammenfassenden Berichten noch im übrigen Schrifttum einen Hinweis auf das Verhalten von natürlichen soziologischen Gruppen unter einem andauernden Stress.

Das Studium von Gruppen unter therapeutischen Bedingungen (MORENO) hat der Psychotherapie und Psychiatrie einen tieferen Einblick in die Gesetzmäßigkeiten menschlicher Vergesellschaftungen ermöglicht, es hat überdies das Augenmerk der Soziologie auf die spezielle Psychologie der Gemeinschaftsbildung gelenkt. Von den namhaften

Autoren, die sich mit einschlägigen Problemen beschäftigt haben, scheint uns R. SCHINDLER gewisse Strukturänderungen innerhalb von therapeutischen Gruppen am klarsten gesehen und beschrieben zu haben. Er hat Gruppen geschildert, die während der Behandlung entstehen, sich nach erkennbaren Regeln zusammenfügen, sich stabilisieren, um dann nach vollendeter Strukturierung sich gewissermaßen zu ritualisieren. Unsere eigene Arbeit beruht auf einer anderen Fragestellung, denn wir werden uns nicht mit therapeutischen, sondern mit einer „natürlichen“ Gemeinschaft befassen. Auch wird uns nicht die Entstehung der Gruppe interessieren, sondern ihr Verfall unter einer Belastung, die in ihrer End- und Sinnlosigkeit einer Art unlösbarer Sisyphossituation gleichkommt. In den speziellen therapeutischen Fragestellungen von R. SCHINDLER scheint indessen implizite die allgemeine Vorstellung eines eigengesetzlich ablaufenden Gruppenprozesses enthalten zu sein. Während in der klinischen Psychiatrie der Terminus „Prozeß“ eine spezielle nosologisch-ätiologische Bedeutung angenommen hat, bedeutet er in der allgemeinen Wissenschaftslehre lediglich einen stetigen Wandel von Strukturen in der Zeit, deren Stadien in der Sukzession einander immer unähnlicher werden. Beim Sichten und Ordnen unseres eigenen Materials werden wir uns von dieser allgemeinen und theoretischen Begriffsbestimmung des Wortes Gruppenprozeß leiten lassen.

In der Soziologie sind dynamische Gruppenvorgänge, der stetige innere Wandel von Sozietäten unter sich ändernden äußeren Bedingungen und auch der Zerfall solcher Gemeinschaften schon lange bekannt. Das Begriffspaar „social organization“ — „social disorganization“ gehört zu den tragenden Pfeilern der Lehre von der menschlichen Vergesellschaftung. ELLIOTT u. MERILL haben in einer größeren monographischen Darstellung alles zusammengestellt, was zu diesem Thema die Soziologie und die Soziopsychologie bisher beigetragen haben. Ihre Schrift enthält zwar eine Fülle von Gedanken und Anregungen zur Soziopathologie des Individuums und von Gruppen, die auch den klinischen Psychiater interessieren, für unsere eigenen Fragestellungen erscheint aber das Werk der beiden Autoren ebenso wenig ergiebig wie die thematisch verwandten größeren Arbeiten von BURGESS, MERTON oder die Monographie von HOMANS „Theorie der sozialen Gruppe“. Die in den einschlägigen Werken der Soziologie enthaltenen grundlegenden Kategorien sind zwar auch für den Psychotherapeuten und für den Psychiater bedeutsam, sie sind aber im Einzelfall deshalb wenig ergiebig, weil sie am Beispiel größerer wirtschaftlicher, ethnologischer oder anderer ähnlicher Sozietäten entwickelt werden. Allein ALBERT hat in einer lesenswerten Schrift aus dem Jahre 1960 den Versuch unternommen, die Verhaltensweisen von Familien zu erforschen, deren Gefüge durch die Krankheit eines der Mitglieder vorübergehend gestört wird.

Das Bild, das sich die klinische Psychiatrie von der Stellung der Kranken in ihren Familien macht, ist recht unvollständig. Die gängigen Vorstellungen über die durch die Krankheit veränderten zwischenmenschlichen Beziehungen der Person erschöpften sich in vereinzelten Beobachtungen, die zwar als solche zutreffend sind, die aber letztlich nur sporadische psychologisch-soziologische Beobachtungen darstellen. So ist es z.B. bekannt, daß manche Ehefrauen den regressiven Rückzug von Kranken durch ihre überfürsorgliche Art fordern oder durch ihre Gemütskälte zu sekundären Neurotisierungen Anlaß geben. In diesen und ähnlichen Beobachtungsbruchstücken kommt aber jenes allgemeine Gesetz vom Verhalten einer natürlichen Gruppe, namentlich der Familie unter Stress, nicht zum Ausdruck, worum es uns in dieser Studie eigentlich geht. Die Zusammenhänge sind aber für die Beurteilung der Rehabilitationsmöglichkeiten von chronischen Kranken, für die nachgehende ärztliche Betreuung und schließlich auch für die soziale Prognose von einer solchen fundamentalen Bedeutung, daß es uns notwendig erscheint, ihnen im Rahmen der Studienreihe über psychische Überforderungsreaktionen eine eigene Arbeit zu widmen.

Allgemeine theoretische Voraussetzungen

In der heutigen Psychologie und Soziologie wird zwischen Sekundärgruppen und Primärgruppen als grundlegenden Formen menschlicher Gesellschaften unterschieden. Die Sekundärgruppen sind offen, d.h. ihre Mitgliedschaft ist freiwillig und leicht lösbar, die Interessen der Gruppe erstrecken sich auf einen verhältnismäßig schmalen Sektor, wie etwa die Pflege eines Hobbys, der Aufwand des einzelnen, und die empfangenen psychologischen Prämien sind relativ bescheiden und die gegenseitigen emotionalen Verbindlichkeiten gering. Anders ist es bei der Familie, die geradezu den Prototypus einer Primärgruppe darstellt. Sie ist eine natürliche Gemeinschaft, in die das Individuum allmählich hineinwächst und ihr für lange Zeit seines Lebens eng verbunden bleibt. Der einzelne kann sich nur schwer und unter beträchtlichen Opfern aus ihr lösen, die Wechselwirkungen unter den Mitgliedern umfassen alle Lebensbereiche, woraus sich eine ununterbrochene und vielfältige Matrix von interpersonalen Beziehungen ergibt. Die gegenseitigen Verbindlichkeiten wiederum sind die höchsten, die in Gruppen überhaupt vorkommen.

Das Kernstück der Gruppe wird in geordneten Familien von der Partnerschaft der Eltern gebildet. Der in der Populärpsychologie so oft benutzte Ausdruck, die Partnerschaft sei ein gegenseitiges Geben und Nehmen, drückt deren wahres Wesen nicht präzis genug aus. Nicht das Geben und Nehmen als Formen menschlicher Kommunikation stellen jene Art personaler Beziehungen dar, auf die es eigentlich ankommt, sondern die voneinander empfangenen psychologischen Befriedigungen und

Sinnerfüllungen und der damit gleichzeitig verbundene emotionale Aufwand, die gewährten persönlichen Leistungen und die sonstigen psychologischen Verbindlichkeiten. Etwas zugespitzt formuliert ist das natürliche Gleichgewicht innerhalb der Familie dann gegeben, wenn in ihr die empfangenen psychologischen Prämien gegenüber den restriktiven Verbindlichkeiten und persönlichen Opfern überwiegen. Manche amerikanischen Soziologen (THIBAUT u. KELLY) vertreten hier einen extremen Standpunkt, der in der Formulierung zum Ausdruck kommt, die Familie beruhe auf einer verzweigten Wechselwirkung ihrer Mitglieder auf restriktiv-prämiierender Grundlage. Wie dem auch sei, ist dieses Verhältnis in Richtung einer aufwendigen Leistung verschoben, dann kann das Gefüge nur durch Kompensationen wie religiöse oder ideologische Sinnfindungen und durch andere ähnliche Mechanismen ausgeglichen und damit die Familie intakt gehalten werden.

Es leuchtet ohne weitere Begründung ein, daß die Grundsätze der Gruppenbildung auch für die Familie gültig sind. Auch in ihr gibt es führende Persönlichkeiten, schwarze Schafe, Mitläufer und Außenseiter, aus deren gegenseitigen Bindungen komplizierte Verhaltensmuster resultieren. Solche Wechselwirkungen sind zwar Wirklichkeiten, mit denen man rechnen muß, weil sie das Gefüge der Familie wesentlich mitbestimmen, dennoch ist es nicht angängig, das Leben einer solchen differenzierteren Gruppe auf ein einfaches Soziogramm von Rangordnungen zu reduzieren. Neben dem Rang, den das Individuum in der Familie einnimmt, ist die Rolle, die die jeweilige Persönlichkeit bekleidet, für das Gefüge der Gruppe maßgebend. Der Rang würde in einer linearen Hierarchie den Stellenwert ausdrücken, den die Person einnimmt, im Netzwerk eines Soziogramms könnte sie etwa der Anzahl der positiven Nennungen entsprechen. Im Vergleich zum Rang ist aber die Rolle der wesentlich differenziertere funktionale Begriff. Gewiß gibt es allgemeine Normen, die für alle Mitglieder der Gruppe in gleicher Weise verbindlich sind und die Eigenart jeder einzelnen Familie ausmachen. Innerhalb der Gruppe hat aber jedes Individuum spezielle Aufgaben, und ihm räumen die Mitglieder eigene Pflichten und Rechte ein, die nur ihm und keinem anderen zustehen.

Die Sonderstellung, die eines der Mitglieder auf diese Weise einnimmt, ist indessen keine für immer feststehende und singuläre Position. Es ist wichtig, sich klarzumachen, daß selbst in kleineren Familien jede Person mehrere Rollen innehaben kann. Ein Vater kann z.B. Ernährer, Spielgenosse, Erzieher, Lehrer und auch Partner der Mutter zugleich sein. Die mannigfachen Äußerungsformen des Gemeinschaftslebens einer differenzierten und gut funktionierenden Familie werden durch eine solche spezialisierte Rollenverteilung überhaupt erst ermöglicht. Man kann ganz allgemein sagen, daß die Vielfalt der Rollen, die eines der Mitglieder der

Familie in sich vereinigt, für die Reichhaltigkeit der psychisch-sozialen Gliederung der Familie ausschlaggebend ist. Zwischen dem Rang und den Rollen existieren selbstverständlich feste Beziehungen. So zieht z.B. ein hoher Rang eines der Mitglieder in einer Gemeinschaft zahlreiche Wechselbeziehungen und Kontakte dieser Person mit den anderen Gruppenmitgliedern auf breiter Basis nach sich.

Aber auch noch aus einem anderen Grunde muß vor einer starren Schematisierung der Zusammenhänge ausdrücklich gewarnt werden. MORENO weist immer wieder darauf hin, daß eine einmal etablierte Rangordnung sich als verhältnismäßig stabil erweist und ein stetiges Gleichgewicht der Kräfte im sozialen Feld bedingt. Diesem Grundsatz steht aber die Tatsache nicht entgegen, daß die Gruppe unter Umständen formbar ist und ihr Gefüge bestimmten Situationen jeweils anpaßt. Die Relativität der soziologischen Gliederung der Familie mag durch die Stellung verdeutlicht werden, die beispielsweise eine ältere Verwandte in ihr einnimmt. Eine solche Person wird, wie dies auch ALBERT schon betont hat, hinsichtlich Rechte und Rang unter Umständen an der Peripherie liegen, sie wird aber sofort eine zentrale Stellung einnehmen, wenn Spannungen zwischen den anderen Mitgliedern sie zur Projektionsfigur ihrer Aggressionen werden lassen.

Der anom¹-restruktive Gruppenprozeß

Die Belastung einer Familie durch die Krankheit eines ihrer Mitglieder kann schleichend beginnen oder auch akut mit einem dramatischen Effekt einsetzen. Eine Mutter wird der Familie als Pflegefall wieder anvertraut, nachdem ärztliche Konsilien und klinische Beobachtung die Diagnose „multiple Sklerose“ zur Gewißheit haben werden lassen, bei einem Schizophrenen entwickelt sich aus der prämorbidien Persönlichkeit schleichend eine autistische und gemeinschaftsfeindliche Haltung, die Angehörigen werden nach und nach des Hanges eines Familienvaters zum Alkohol gewahr, ein Partner, bei dem sich eine langgestreckte manische Phase anbahnt, stellt die ratlose Familie durch seine Umtriebigkeit vor schwierige Aufgaben, oder eine noch verborgene Sucht kündigt sich durch eine emotionale Unausgeglichenheit an, die allen Mitgliedern zunächst unlösbar erscheinende Rätsel aufgibt. Die veränderte Haltung des Familienmitgliedes kann indessen auch plötzlich begonnen haben, und ihre Ursache kann von Anfang an bekannt gewesen sein. Ein Hirntrauma mag zu einem organischen Defektzustand mit Demenz und Wesensänderung führen, oder es kann sich aus sonstigen Ursachen plötzlich Erwerbslosigkeit oder Invalidität einstellen. Die Kenntnis der medi-

¹ Anomie bedeutet seit É. DURKHEIM ein soziologisches Störphänomen, das man heute als soziale Desorganisation bezeichnen würde.

zinischen Diagnose bedeutet aber in solchen akuten Fällen noch lange nicht, daß sich die Familie über die Folgen des Zustandes vom Beginn an im klaren ist und alle Konsequenzen überblickt, die sich daraus ergeben. Oft dauert es lange, bis aus einer abstrakten, kaum richtig verstandenen ärztlichen Diagnose eine erlebte Wirklichkeit für alle davon Betroffenen geworden ist.

Orientierungsphase. Wenn die Krankheit allmählich einsetzt und auch weiterhin stetig verläuft, dann werden die Familienmitglieder sich zunächst nur das unbestimmt veränderte Verhalten vergegenwärtigen, ohne sich über das Wesen des Wandels Rechenschaft ablegen zu können. Die Gewohnheiten sind anders geworden, die Reaktionen nicht mehr vertraut und im voraus bestimmbar wie bisher, so daß sich allmählich ein Unbestimmtheitsfaktor in die schon lange feststehende und für alle gültige Formel sozialer Beziehungen einschleicht. Solange die verstärkte Zuwendung zum erkrankten Partner von ihm nach den bisher gültigen Regeln des Familienlebens mit einem bewährten Verhaltensäquivalent quittiert wird, ist das soziale Gefüge nicht gefährdet. Entscheidend fällt aber das Abweichen des betroffenen Mitgliedes von den bisherigen Verhaltensnormen ins Gewicht. Wenn der Kranke vermehrte Aufmerksamkeit beansprucht und in seiner leidensbedingten Egozentrik auf seinen Nächsten nicht mehr eingeht, so kann dies von der Sicht der Angehörigen aus einen erhöhten Leistungsanspruch bei verminderter emotionaler Befriedigung bedeuten.

Die Stetigkeit, mit der Rang und die Rollen bisher getragen wurden, bildete die Gewähr für die zuverlässige Ordnung der interpersonalen Beziehungen und einen festen Halt für die Familienmitglieder. Eine chronische Krankheit bedeutet in ihren Anfängen für die Angehörigen, daß der Rang nicht mehr mit der gewohnten Selbständigkeit getragen und die Rollen nicht in vollem Umfang ausgefüllt werden. Im Grunde genommen ist natürlich jede Krankheit eine psychische Belastung für alle, die mit dem Patienten persönlich verbunden sind, und sie wirkt sich insbesondere dort aus, wo der Betroffene durch eine fest etablierte Ordnung von persönlichen Wechselbeziehungen in sein soziales Umfeld eingefügt erscheint. Es ist indessen nicht unsere Absicht, den Rahmen der Betrachtungen so weit zu stecken, sondern wir wollen uns auf psychiatrische Krankheitszustände mit organischer, neurotischer oder psychotischer Wesensänderung beschränken. In solchen Fällen ist die Belastung der Familie außerordentlich schwerwiegend und der anom-restruktive Gruppenprozeß besonders prägnant. Noch mag ein Kranker in solchen Fällen für seine Familie wirtschaftlich aufkommen und auch seine Funktion als Spielkamerad der kleinen Kinder ausüben, den übrigen Rollen als Vorbild und Erzieher der Kinder und als Partner der Ehefrau ist er vielleicht nicht mehr gewachsen. Damit schränkt sich aber sein sozialer Wirkungs-

grad ein, was die Verarmung der Familie an Lebensformen zur Folge haben wird. Diesem, in seinem Verhalten unberechenbaren und in den Rollen eingeschränkten Mitglied gegenüber wird die Familie ihre Einstellung in gesetzmäßiger Weise verändern. Er wird nicht mehr der bewährte Partner, der vertraute Spielkamerad der Kinder oder der zuverlässige Beschützer aller sein, sondern er wird in den Augen seiner Angehörigen zur Verkörperung von Problemen. Statt von bewährten Verhaltensmustern werden sich die Mitglieder ihm gegenüber von folgenden Grundsätzen leiten lassen.

a) Zunächst wird auf den Kranken ein verstärkter, restriktiver und zugleich prämierender Druck in Richtung der bisher gültigen Normen ausgeübt. Das Verhalten dem kranken Mitglied gegenüber wird dadurch gegensätzlich und voller Kontraste; immer mit dem Ziel, ihn zur Einhaltung der früheren von allen akzeptierten konformistischen Einstellung zu bewegen.

b) Die seit Jahren eingespielte kommunikative Wechselbeziehung der Partner büßt ihre geordnete Folge und ihre bewährte Matrix ein. Statt verbindlicher Regeln und festen Ritualen vollzieht sich das Verhalten nach dem Prinzip des Versuchs und Irrtums (trial and error). In diesen, auf einfaches Suchen und Probieren ausgerichteten zwischenmenschlichen Beziehungen drückt sich das Bedürfnis der Gruppenmitglieder aus, sich über Art und Ausmaß der Verhaltensstörung zu orientieren und neue verbindliche Verhaltensmuster zu finden.

Noch in Unkenntnis der sich ankündigenden chronischen Krankheit wird der Kranke aufgefordert, sich zusammenzunehmen, seine Willenskraft endlich einzusetzen und sich nicht gehenzulassen. Abwechselnd wird er gerügt oder es wird an sein Ehrgefühl appelliert. Später hört man dann rückblickend von der Ehefrau, sie habe es versucht im Guten und im Bösen, aber es habe nichts gefruchtet, oder man habe anfangs die Dinge sehr ernst genommen, bis man begriffen habe, daß der Zustand krankhaft gewesen sei, oder man vernimmt bei der Exploration des Ehemannes, er habe in Liebe und in Härte versucht, seine Frau zu einem vernünftigen Benehmen zu veranlassen.

Erinnern wir uns an dieser Stelle daran, daß im Experiment zu Beginn der psychischen Überforderungsreaktion eine kurze Phase der suchenden und orientierenden Konfrontation mit der neuen Aufgabe zum Ausdruck kam. Dasselbe sehen wir auch im Initialstadium des beginnenden Gruppenprozesses bei der Belastung der Familie mit der Krankheit eines Mitgliedes, so daß wir den Terminus „Orientierungsphase“ aus dem experimentell-theoretischen Teil der Arbeit auf die beginnende Umstrukturierung der Familie unter einem andauernden Stress übertragen möchten.

Belastungs- und Kompensationsphase. Früher oder später wird sich die Familie dessen bewußt, daß der Zustand des einen Angehörigen bis in die ferne Zukunft oder für immer bestehenbleiben wird. Die ärztliche Diagnose ist endlich gesichert, weitere autoritäre Urteile sind eingeholt,

die die Vermutung einer chronischen Erkrankung bestätigen, und die Prognose wird von allen Mitgliedern angenommen. Mit der ungünstigen Langstreckenprognose sieht sich die Gruppe vor eine Belastung gestellt, deren Ende nicht abzusehen ist.

In dieser Situation der wachsenden Belastung verdichten sich die Konflikte in den schon ohnehin bestehenden Wetterwinkeln der Gruppe. Spannungen entstehen vor allem an jenen Stellen, die durch ambivalente Bindungen schon seit jeher die neuralgischen Punkte des Familiengefüges sind. Wie aber nicht anders zu erwarten, wird die bereits in Gang gekommene Auseinandersetzung hauptsächlich zwischen den Partnern ausgetragen.

Selten nur wird der Kranke sofort fallengelassen, sondern es werden verschiedene Wege eingeschlagen, um zu einer befriedigenden Lösung zu gelangen. Einfache organisatorische Maßnahmen wie die Verpflichtung einer Pflegeperson oder die Verteilung der Fürsorge für den Kranken auf die Mitglieder der Familie können eine erste Erleichterung schaffen, doch ersparen sie die inneren Auseinandersetzungen in dem neu entstandenen Kräfteverhältnis der daran Beteiligten nicht. Im individuellen Bereich begegnet man bei den einzelnen Familienmitgliedern manchen Formen der in der Tiefenpsychologie bekannten Abwehrmechanismen (S. FREUD; A. FREUD). Die Erfahrung zeigt indessen, daß in der Ebene der kollektiven familiären Anpassung an den andauernden Stress gewisse Prädilektionsformen innerhalb der in der Psychoanalyse bekannten zahlreichen Kompensationsmöglichkeiten vorkommen. Die Verdrängung oder das Ungeschehenmachen der Problematik durch die Ehefrau oder den Mann — während die übrigen Mitglieder der Familie schon im Begriffe sind, sich aus der Gruppe zu lösen — ist eine der häufigsten Erscheinungen dieser Phase. So kann die Frau in diesem Stadium des Gruppenprozesses die Süchtigkeit des Mannes gegenüber den hellhörig gewordenen Kindern unbewußt leugnen oder gar in voller Absicht zu verbergen versuchen. Sie nimmt ihn selbst ihren eigenen Eltern gegenüber in Schutz und verhält sich Freunden gegenüber so, als ob das Problem überhaupt nicht existierte.

Selbst bei den verhältnismäßig locker gefügten Sekundärgruppen stößt man auf ähnliche Vorgänge. Ein Arbeiter mit beginnender süchtiger Abhängigkeit vom Alkohol wird von seinen Arbeitskameraden im Betrieb, denen er zur Last fällt, ebenfalls nicht sofort im Stich gelassen. Aus verschiedenen Gründen wird er noch für eine Weile von den anderen gedeckt, so daß die „halbe Arbeitskraft“ den Vorgesetzten längere Zeit verborgen bleiben kann. Es kann eine geraume Zeit vergehen, bis sich die Mitglieder einer solchen Werksgemeinschaft in ihrer Stressstoleranz überlastet fühlen, den Problemträger bloßstellen und ihn damit auch nach außen hin preisgeben.

Die Verdrängung ist indessen nicht das einzige Mittel, das den Angehörigen geeignet erscheint, die akut gewordenen Probleme zu lösen. Besonders die Ideologisierungen und Sublimierungen stellen eindrucksvolle Beweise für die Auseinandersetzung der Partner dar, die bis in die Ebene der Transzendenz reichen kann. Nicht selten sieht man beim Gefährten, der die meiste Last zu tragen hat, konfessionelle Konvertierungen, die die Schwere des Sisyphoskonfliktes erträglicher erscheinen lässt. Das Finden von Sinngehalten in dieser Form ist aber nur wenigen Persönlichkeiten vorbehalten. Häufiger sind die Beschäftigungen mit vereinzelten religiösen Motiven oder unbestimmt empfundene gläubige Einstellungen, die aber nur selten zu echten inneren Erneuerungen führen.

Es gibt aber auch rein emotionale Kompensationen, die der Gleichgültigkeit der Aufgabe gegenüber analog sind, die wir schon in der experimentellen Belastungssituation durch eine monotone Arbeit gesehen haben. Man wird an Versuchspersonen aus den ersten Studien erinnert, die die Aufgabe in peripherie Bereiche des Ichs rückten und damit die psychischen Voraussetzungen für das mechanische Dahinfließen einer eintönigen und belastenden Arbeit geschaffen haben. Beim Gruppenprozeß bedeutet dies eine erhebliche Entlastung der gespannten personalen Erziehung, wodurch sich der schon ankündige Zerfall der Familie für eine Weile hinausschieben lässt. Man hört manchmal den Ehemann sagen, anfangs sei man ratlos und unsicher gewesen, jetzt habe man sich aber zu einer Haltung durchgerungen, in der man sich durch nichts mehr erschüttern ließe. Andere wiederum erklären, sie täten ohne innere Beteiligung ihre Pflicht und sie lebten nebeneinander her, verrichteten das Nötige und ließen sich von den sich ewig wiederholenden Problemen nicht beeindrucken.

Vereinzelte Versuche, aus dem gespannt gewordenen psychologisch-soziologischen Feld zu gehen, können sich in der Belastungsphase zwar ereignen, sie überwiegen aber nicht so, wie wir dies bei der beginnenden Desintegration des Familiengefüges sehen werden. Sie bleiben noch durchaus im Rahmen und führen noch nicht zu längerer Abwesenheit oder zum unwiderruflichen Verlassen des Partners.

Anomiephase. Schreitet der Gruppenprozeß unter der unverändert bestehenden Belastung fort, so macht sich nach Monaten oder auch nach Jahren ein weiterer Wandel in der Struktur der Familie bemerkbar. Die Phase, die sich jetzt ankündigt, ist im wesentlichen durch die Aufhebung der Verdrängung und Versagen der anderen Kompensationsmechanismen gekennzeichnet, wodurch die Probleme nunmehr offen ausgetragen werden. Dieses dritte Stadium des Gruppenprozesses führt zu einer mehr oder weniger ausgeprägten, manchmal auch nur angedeuteten Desintegration des Familiengefüges.

Seit den bahnbrechenden Arbeiten von É. DURKHEIM gilt die Anomie als ein Zustand der relativen Verarmung einer Gruppe an allgemein verbindlichen Normen. In größeren soziologischen Einheiten, an denen dieses Phänomen bisher studiert wurde (ökonomische Strukturen, ethnologische Gruppen usw.), bedeutet es eine Reduktion der zwischenmenschlichen Kontakte, eine verminderte soziale Ordnungskontrolle, fehlende Verbindlichkeit der Mitglieder im persönlichen Umgang und einen gewissen Autoritätsverlust der Führerschaft (siehe auch MERTON sowie ELLIOTT u. MERILL).

Zwar ist die offene Auseinandersetzung mit den aktuellen Fragen je nach Temperament und Geistesart der daran Beteiligten verschieden, dennoch kommen einige typische Verhaltensweisen besonders häufig vor. Die Lockerung der Gruppenbande äußert sich in manchmal recht unverhüllten Versuchen, das Spannungsfeld zu verlassen. Kinder können frühzeitig aus dem Hause gehen im Bestreben, andere Bindungen in geeignet erscheinender Umgebung anzuknüpfen. Der gesunde Ehepartner, und unter besonderen Umständen auch der Kranke, sucht und findet einen anderen Gefährten. Besonders leicht bröckeln losere Kontakte ab, und so kann eine ältere Tante oder die alleinstehende Mutter eines Partners frühzeitig die Familie verlassen. Solche Menschen rücken aus ihrer peripheren Stellung jetzt in den Mittelpunkt der Auseinandersetzungen, indem sie Projektionsfiguren für die unverhüllten Aggressionen der anderen bilden. Die Fluchttendenz äußert sich aber nicht immer in solchen unwideruflichen Herauslösungen von Mitgliedern aus der Gruppe. Oft sind dazu nur Ansätze vorhanden, etwa in Form einer Vorbesprechung mit dem Rechtsanwalt, Auszug aus dem gemeinsamen Schlafzimmer, Reisen zu einem Bekannten oder Verwandten für Tage oder Wochen, Flucht in ein Sanatorium zur Erholung und andere Arten getarnter Versuche die engen Barrieren, die in unserem Kulturkreis um Ehe und Familie gelegt sind, wenigstens für eine Weile zu überschreiten.

Es ist schon erwähnt worden, daß sich Störungen innerhalb der Familie in besonders anfälligen Stellen der sozialen Struktur erstmalig manifestieren. Dies gilt insbesondere für die Anomie, deren weiteres Zeichen neben dem sozialen Zerfall die Bildung von Untergruppen in der bis dahin verhältnismäßig homogenen Familie ist. Vorausgesetzt, daß die Familie groß genug ist, bilden sich in ihr energetische Nebenzentren, so etwa um einen Schwiegersohn, der mit dem Verlust des Ranges und der Rolle des Familienvaters relatives Übergewicht bekommt und das eine oder das andere Mitglied stärker an sich bindet. Solche soziologischen Substrukturen, die sich wie Fremdkörper in der bisherigen Familie ausnehmen, können sich aber auch um jedes beliebige Mitglied bilden. Nicht selten kommt dies vor bei einem mit dem Familienhaupt rivalisierenden ältesten Sohn oder um eine Tochter, die bestrebt ist, einen Teil der Rollen der Mutter zu übernehmen. Wie diese Aufsplitterung der ursprünglich ausgeglichenen soziologischen Einheit der Familie auch beschaffen sein

mag, stets kommt in ihr die für eine anome Familie charakteristische Vermindering der Gruppenkohärenz und der Kampf um den freigewordenen Rang und die Rolle zum Ausdruck.

In dieser Zeit häufen sich psychogene Erkrankungen bei Familienmitgliedern und bei Kranken. Beim Patienten selbst, dessen Leiden den chronischen Stress für die anderen bildet, begegnet man besonders oft sekundären Neurotisierungen. Konversionsneurosen sind hier nicht selten, besonders bei wesensveränderten Menschen wobei die Psychogenie zu grotesken Formen des organischen Hysteroids führen, kann. Bei dieser Art sekundärer Neurotisierung sind finale Arrangements die vorherrschende Reaktionsform.

Die abnormalen Reaktionen der anderen Mitglieder sind teilweise anders geartet. Das Wort „abgeleitete Reaktion“ soll zum Ausdruck bringen, daß der schon lange und auf unabsehbare Zeit fortdauernde Stress nicht ohne Folgen für das eine oder das andere gesunde Mitglied der Gruppe geblieben ist. Selbstverständlich sind diese abgeleiteten Reaktionen weder psychopathologisch noch klinisch eine Einheit, sondern man findet darunter die verschiedenen psychogenen Reaktionsmuster, die wir aus der Lehre über die abnormalen Erlebnisreaktionen kennen. Besonders häufig kommen schleichende Versagenszustände und chronifizierte Depressionen mit und ohne begleitende Hypochondrie bei älteren Frauen vor, die mit einem süchtigen oder in seinem Wesen durch einen präsenilen Hirnprozeß veränderten Partner zusammen zu leben gezwungen sind.

Restruktive Phase. Der Gruppenprozeß ist mit der Anomie im typischen Fall noch nicht abgeschlossen. Noch in einer Zeit, in der sich das Gefüge der Familie lockert, machen sich bereits restaurative Kräfte bemerkbar. Diese überwiegen schließlich und führen zu einer Art Defektheilung der Gruppe, womit dann ein neues dynamisches, in sich aber wieder stabiles Gefüge erreicht wird.

Dieser Reintegrations- und Stabilisierungsprozeß beruht auf der vollendeten Neubesetzung der freigewordenen Rolle des endgültig ausgeschiedenen Mitgliedes der Familie und auf der Konsolidierung der neuen Rangordnung. Dies kann sich innerhalb der Familie vollzogen haben, ohne daß ihr die erfolgte Umbruchbildung von außen anzumerken wäre. Für Außenstehende mag alles beim alten geblieben sein; die Kinder sind im Hause geblieben, und die Ehefrau sorgt scheinbar aufopfernd für ihren Partner. In Wirklichkeit ist aber das soziologische Gefüge anders geworden; der kranke Ehemann hat als Empfänger einer Rente nunmehr die Rolle des Geldverdieners inne, alle anderen Funktionen können auf die Frau und auf die Kinder übergegangen sein. Die Bindung der Ehefrau an einen der Söhne kann sich verstärken, der damit die Stellung des Partners und des Erziehers einnimmt, in anderen Fällen wiederum werden die Rollen auf verschiedene Mitglieder verteilt. Dem aufmerksamen Beobachter entgehen indessen die Auswirkungen dieser Umgruppierung auf den Lebensstil und auf die äußeren Kontakte der Gruppe nicht. Die Verbindungen zu den Verwandten und Freunden des erkrankten Ehepartners können sich lockern, seine Beziehungen zu Sekundärgruppen schränken sich ein, und im gleichen Ausmaß schrumpfen seine übrigen sozialen

Kontakte. Statt dessen vertiefen sich die Beziehungen mit den Bekannten und der Familie des anderen Partners, und damit vollzieht sich die Umorientierung auch im äußeren sozialen Umfeld.

Die Verhältnisse können es mit sich bringen, daß sich die Familie manchmal aus sich selbst und im früheren Rahmen nicht wieder stabilisieren kann. So kommt es vor, daß im Zuge des dynamischen Ausgleiches Personen die Gruppe verlassen oder Eingang in sie finden. Eine der häufigsten Lösungen besteht darin, daß die Ehefrau wieder berufstätig wird, den Unterhalt der Familie selbst bestreitet, und dafür ihre Teilrolle als Hausfrau an eine ältere Angehörige abgibt, die von nun an den Haushalt versieht. Sehr oft werden hierbei Lösungen gesucht und gefunden, die auch gewissen regressiven Tendenzen des gesunden Partners entgegenkommen. Dazu gehört die stärkere Anlehnung an die eigene Mutter oder den Vater, denen in der umgruppierten Familie bestimmte Rollen zugewiesen werden. Dies geht manchmal so weit, daß die Eltern des Partners, der die Last des Broterwerbs zu tragen hat, in die gemeinsame Wohnung übernommen werden. Der Verlust des Ranges und der Rollen für den erkrankten Partner ist deshalb endgültig und irreversibel geworden, weil das erreichte dynamische Gleichgewicht stabil ist und sich gegenüber weiteren Störfaktoren als verhältnismäßig widerstandsfähig erweist.

Besondere Varianten

Modellvorstellungen wie diese, mögen sie auch auf empirischer Grundlage beruhen und auf induktivem Wege entstanden sein, haben ihre Nachteile. Manche Erfahrungen, die der Arzt mit den Angehörigen seiner Patienten macht, scheinen sich nicht recht in den dargestellten typischen Verlaufstypus einzufügen. Oft begegnet man in der nachgehenden Fürsorge harmonischen Lösungen von Konflikten, die um den chronischen Kranken entstanden sind und mit glücklicher Hand beigelegt werden konnten; in anderen Fällen meint man die logische Entwicklung des Gruppenprozesses in dem heftigen Auf und Ab der Auseinandersetzungen vermissen zu müssen. Ist es möglich, solche und ähnliche von dem Modellfall abweichende Phänomene dennoch in den eben dargestellten Verlauf zwanglos einzufügen?

Zunächst gilt es zu bedenken, daß der Gruppenprozeß nicht immer seinem inneren Gesetz folgend zu Ende geht und in eine Art soziale Defekt- heilung der Familie mündet. Sicher ist dies häufig der Fall, aber ebensooft kann der Prozeß in einem der Stadien stecken bleiben, womit dann die Entwicklung für immer zu einem frühen Abschluß kommt. In erster Linie ist an gelungene Lösungen zu denken, die sich naturgemäß am häufigsten in der ohnehin durch lebhafte Kompensationsversuche gekennzeichneten Belastungsphase einzustellen pflegen. Bei günstigen charak-

terlichen Voraussetzungen des aktiven Partners wird im schweren Los ein Sinn gefunden, der die bevorstehende Belastung des Lebens erträglich erscheinen läßt. Der alte, seit Jahrzehnten verlorene Glaube kann wieder lebendig werden, oder ein nacherlebtes Opfermotiv vermag sich mit dem Sisyphoskonflikt auszusöhnen. Mütterliche und kraftvolle Persönlichkeiten können die regressive Anlehnung des Partners akzeptieren und ihm den begehrten Schutz mit mehr oder weniger verhüllter Bereitschaft manchmal befriedigt, oft aber auch mit Dulderhaltung für immer gewähren. Besonders bei Stüchtigen, aber auch bei Invaliden, z. B. Hirnverletzten oder Amputierten, kommen solche Dauerhaltungen vor, die den Gruppenprozeß aufzuhalten und der Desintegration entgegenwirken.

In anderen, auf den ersten Blick atypisch erscheinenden Fällen zerfällt der Familienverband, ohne daß restaurative Kräfte zur Neuordnung der Gruppe wirksam geworden wären. Ein Abgleiten des nunmehr allein gebliebenen Individuums auf der sozialen Rangstufe kann die Folge einer solchen Entwicklung sein, die frühzeitig zur Scheidung oder zur Asylierung des Partners führt. Sehr häufig sieht man Rückzüge ins Elternhaus, in dem dann der am chronischen Stress Gescheiterte an der Seite eines älterlichen Vaters oder der verwitweten Mutter seine Existenz fristet.

Es gibt zwei Momente, die dafür verantwortlich sind, daß der anomorestruktive Gruppenprozeß manchmal besonders rasch verläuft und zu ungünstigem Ausgang führt. Bei Verhaltensänderungen, die gegenwärtig aus der Sicht der Gemeinschaft auf selbstverschuldeten Erkrankungen beruhen, wie z. B. eine Sucht oder vielleicht auch eine progressive Paralyse, kommen malignere und raschere Verläufe vor als bei schicksalhaft geltenden Änderungen der Persönlichkeit. Außerdem zeigt die Erfahrung, daß der Ausfall des Familienvaters besser kompensiert werden kann als das Fehlen der Ehefrau. Es soll an dieser Stelle auf die unterschiedlichen Rollen nur kurz hingewiesen werden, die der Mann und die Frau in einer durchschnittlichen Familie einnehmen. In der modernen amerikanischen soziologischen Literatur wird der Mann als „task specialist“ und die Frau als „emotional-social specialist“ bezeichnet. Diese Funktionen sind nicht beliebig austauschbar, vor allem können die Rollen der Ehefrau vom Partner nur unter besonderen Umständen übernommen werden. Diese beiden Faktoren führen dazu, daß der Gruppenprozeß mit seinen Stadien gewissermaßen zeitrafferartig ineinander verschoben und dadurch verkürzt erscheint.

Zum Schluß sei noch eine weitere Variante des im Hauptteil der Studie entwickelten Modells dargestellt. Wir erinnern an die zweite Arbeit dieser Reihe, in der die Sättigungsversuche bei gesunden Versuchspersonen auf Grund der psychologischen Experimente dargestellt wurden. Zwei Verlaufstypen wurden dort beschrieben; der eine war dadurch charakterisiert, daß die Person gewissermaßen in einem Zuge stundenlang

durcharbeitete und dann die Aufgabe auf einmal und unwiderruflich abbrach, beim anderen Verlaufstyp arbeiteten die Versuchspersonen schubweise mit vielen Unterbrechungen und vergeblichen Abbruchsversuchen, woraus ein phasischer Prozeß resultierte.

Diese beiden Grundformen findet man auch bei den Gruppenprozessen unter chronischem Stress. In manchen Familien wird die Grenze der Belastbarkeit gewissermaßen mit einem einzigen Schub erreicht. Die Desintegration erfolgt auf einmal und unwiderruflich, ohne daß sich die Scheidung oder Trennung durch Ansätze zu analogen Fluchtversuchen schon vorher angekündigt hätte. Das glatte und zügige Durchlaufen aller Stadien der Orientierung, der Belastung mit ihren Kompromissen und Ausgleichversuchen bis zur akuten Desintegration charakterisiert diese Variante. Im Gegensatz dazu sind die bewegten Verläufe mit immer wieder sich anbahnenden Krisen und Vergleichen, mit impulsiven Ausbruchsversuchen aus dem gespannten Feld und versöhnlichen Annäherungen. In einem anderen Zusammenhang haben wir bei diesen Formen von einem periodisch-krisenhaften Verlauf gesprochen, der den Gedanken an ein physikalisches Kippsystem aufkommen ließ. Wiederholt scheinen sich aufgespeicherte energetische Spannungen entladen zu wollen, sie werden jedoch vorübergehend behoben, bis sich das System bei fortgesetztem Stress immer wieder aufschaukelt. Schließlich scheint es sich mit beschleunigter Frequenz endgültig zu entladen. Denken wir an die vielen kritischen Auseinandersetzungen schwer belasteter Familien, an die vielen Hoffnungen und Enttäuschungen, an die jedesmal hoffnungsvoll gefaßten und erneut widerrufenen Entschlüsse, weiter auszuhalten, bis eines Tages die Desintegration und die soziologische Defektheilung endgültig vollzogen wird.

Man fühlt sich versucht, aus den hier entwickelten theoretischen Ansätzen und Vorstellungen die praktische Konsequenz für die so ungeheuer wichtige Rehabilitation und fürsorgerisch-ärztliche Betreuung von chronisch Kranken, Süchtigen oder Invaliden zu ziehen. Eigentlich sollte man bei jedem psychotischen und hirnorganischen Defekt oder bei neurotischem Residualzustand die Stellung des Patienten innerhalb der Gruppe genauestens ermitteln und zugleich festzustellen versuchen, welchen Verlauf der Gruppenprozeß in der Familie zu nehmen im Begriffe ist. Dies läuft letztlich auf die Forderung nach einer differenzierten Gruppendiagnose und Prognose bei den chronisch psychiatrisch Kranken hinaus.

Zusammenfassung

In Fortsetzung der Arbeiten über psychische Überforderungsreaktionen wurde in dieser Studie das Verhalten einer Primärgruppe unter einem andauernden Stress dargestellt. Als Beispiel diente die Familie, die

durch die chronische Erkrankung eines der Mitglieder einer andauenden Belastung ausgesetzt wird. Unter Stress findet ein Gruppenprozeß statt, der über eine definierte Folge von Stadien zum Strukturwandel der Gruppe mit neuem und stabilem dynamischem Gleichgewicht führt.

Die initiale Orientierungsphase ist bereits durch eine beginnende Umstrukturierung gekennzeichnet, indem das Verhalten der Mitglieder nicht mehr nach den bisherigen Ordnungen, sondern nach dem Versuch — Irrtum-Prinzip stattfindet. Zugleich wird ein vermehrter normativer Druck auf das nunmehr zur Verkörperung von familiären und persönlichen Problemen gewordene Mitglied ausgeübt.

Die Erkenntnis und die Annahme der ungünstigen Dauerprognose leitet die Belastungs- und Kompensationsphase ein. Die Einstellung des Partners und in geringerem Grade auch die der übrigen Mitglieder ist durch eine Reihe von Ausgleichsversuchen, wie Sinngebung, Sublimierung oder emotionale Verdrängung, charakterisiert, wodurch die ursprüngliche soziale Struktur mit der primären Rangordnung und den innegehabten Rollen vorerst noch beibehalten wird.

In der Anomiephase werden die Kompensationsversuche nach und nach eingestellt, die Gruppenkohärenz läßt nach und desintegrative Tendenzen nehmen überhand. Die vorherrschenden Verhaltensweisen sind symbolische oder wirkliche Fluchtversuche mit Durchbruch der Barrieren, die die Gesellschaft um die Familie errichtet hält, und die Entstehung von soziodynamischen Nebenzentren mit Bildung von Untergruppen mit relativer Autonomie. In dieser Phase häufen sich sekundäre Neurotisierungen beim Kranken und abgeleitete Reaktionen bei den gesunden Mitgliedern.

Meist machen sich schließlich restaurative Kräfte bemerkbar, die zu einer Reorganisation der Familie führen. Das Wesen dieser restriktiven Phase ist eine Art soziale Defektheilung der Gruppe, die durch eine oft tiefgreifende Umgliederung ihr dynamisches Gleichgewicht, allerdings mit nun verteilten Rollen und anderer Rangordnung, wiedererlangt. Die nunmehr erreichte Homöostase ist wohl dafür verantwortlich, daß die Familie in dieser Phase für jede Art therapeutisch-fürsorgerische, aber auch für sonstige äußere Einwirkungen sehr widerstandsfähig bleibt.

Ein Hinweis auf einige der wichtigsten Varianten dieses Verlaufsmodells beschließt die Studie.

Literatur

- ALBERT, R. S.: Stages of breakdown in the relationships and dynamics between the mental patient and his family. *Arch. gen. Psychiat.* **3**, 130, 682 (1960).
- BURGESS, E. W.: Social problems and social processes. In A. M. ROSE: *Human behavior and social processes*. London: Routledge & Kegan 1962.
- ELLIOTT, M. A., and F. E. MERRILL: *Social disorganization*. New York, London: Harper Broth. 1941.

- HOMANS, G. C.: Theorie der sozialen Gruppe. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag 1960.
- LANGER, D.: Die wichtigsten Ergebnisse der Stressforschung (bis 1957) und deren Bedeutung für die Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **26**, 321 (1958).
- MEERTON, R. K.: Social theory and social structure. Glencoe, Ill.: Free Press 1957.
- MIERKE, K.: Die Überforderung von Letztgrenzen der seelisch-geistigen Leistungs- und Belastungsfähigkeit. Prax. Kinderpsychol. **3**, 215 (1954).
- MORENO, I. L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart: Thieme 1959.
- RUSSELL, R. W.: Experimentelle Neurose. Fortschr. Neurol. Psychiat. **21**, 78 (1953).
- SCHINDLER, R.: Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Psyche **11**, 308 (1957/58).
- THIBAUT, J. W., and H. H. KELLY: The social psychology of groups. New York: J. Wiley & Sons, Inc. 1959.

Prof. Dr. ST. WIESER,
Univ.-Nervenklinik, 34 Göttingen, Von Siebold-Str. 5