
Ulrike Borst

Psychische Störungen und Familienunternehmen

Die Angst des Juniors vor der Nachfolge

Erst seit etwa 15 bis 20 Jahren gibt es Forschung und Fachliteratur über die Spezifika von Familienunternehmen. Gleichzeitig wird betont, dass das Familienunternehmen zwar die am weitesten verbreitete Art des Unternehmens ist, aber eine relativ neue soziale Konstruktion (Zucker u. Borwick, 1993); bevor man sich überhaupt Gedanken machte, wie die formelle Struktur des Unternehmens mit den informellen Familienstrukturen zusammenspielt, war dieses Zusammenspiel etwas Selbstverständliches. Einiges ist auch geschrieben worden über die Probleme, die es aufwirft, wenn ein Familienmitglied die Rolle in der Familie und die Rolle im Unternehmen nicht zusammen bringt. Hier werden dann manchmal Familientherapeuten zugezogen, die ihr Augenmerk zunächst auf die Probleme der Familie richten, später dann vielleicht die Unternehmensperspektive einnehmen. Der gemeinsame Nenner der systemischen Sichtweise begünstigt beide Tätigkeiten, die familientherapeutische und die organisationsberaterische, und erleichtert den Perspektivenwechsel (z. B. Levold et al., 2005; von Schlippe u. Groth, 2006).

Mit diesem Beitrag möchte ich zunächst eine auf das Individuum zentrierte, psychiatrische Perspektive einnehmen, wohl wissend, dass sie nicht unumstritten ist. Wer sich zu viel mit individueller Psychopathologie und psychiatrischer Krankheitslehre befasst, dem könnte das Denken in zirkulären Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen verloren gehen, die Grundhaltung der Ressourcenorientierung und das Handeln im Sinne einer Verflüssigung von Eigenschaften zu Verhaltensweisen. Ich will in diesem Beitrag aber beides tun: die individuelle Belastung sowie die systemischen Zusammenhänge sehen (vgl. auch Borst, 2003). Denn es ist sicher auch für Organisationsberater von Nutzen, gelegentlich die individuelle Belastung eines Familien- und Unternehmensmitglieds in den Blick zu nehmen und sich zu fragen: Wofür ist das gezeigte Symptom ein Zeichen – Zeichen einer Krankheit oder Zeichen eines Familienproblems oder eines Unternehmensproblems oder alles zusammen? Wie muss die Kommunikation in der Familie und im Unternehmen verändert werden, damit Konflikte anders als durch Krankheit eines Mitglieds gelöst werden können?

Erfahrungshintergrund

Worüber man schreiben kann, hängt vom Erfahrungshintergrund ab. Meiner ist die langjährige Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen: zunächst als Forscherin in einem EEG-Labor, dann als Stationspsychologin auf einer Schizophreniestation, anschließend in Oberarzt-Funktion auf einer Psychotherapiestation für Patienten mit allen psychiatrischen Diagnosen. Die letzten Jahre arbeite ich ambulant mit Paaren und Familien weiter, die mir gegen Ende eines stationären Aufenthaltes des »Indexpatienten« von den verschiedensten Stationen zugewiesen werden. Die psychiatrischen Dienste, unter deren Dach ich meine Dienste anbiete, sind Grundversorger in einer ländlichen Region. Entsprechend sind die Familienunternehmen, mit denen ich Erfahrungen gesammelt habe, Bauernhöfe, kleine Geschäfte und mittelständische Unternehmen. Die großen Unternehmen mit mehreren hundert Mitarbeitenden fehlen. Möge die Leserin und der Leser selbst entscheiden, ob und wie meine Ausführungen auf große Unternehmen übertragbar sind.

Im Folgenden will ich zunächst an Hand von Fallbeispielen darüber berichten, wie individuelle psychische Störungen entstehen und welche Diagnosen als Ergebnis von Problemen im Familienunternehmen gestellt werden. Anschließend beschreibe ich – mit Rückgriff auf die Fallbeispiele – die mehr oder weniger spezifischen Konflikte in Unternehmerfamilien und schlage Interventionen vor, die auch außerhalb psychiatrischer Kontexte von Nutzen sein könnten, und auch nicht nur, wenn sich ein Familienmitglied psychiatrisch auffällig verhält.

Psychische Probleme im Kontext von Familienunternehmen

~~Im Folgenden soll anhand von~~ Fallbeispielen aus meiner praktischen Erfahrung ~~ein~~ Einblick in die Vielgestaltigkeit von auslösenden Bedingungen ~~gegeben werden~~, die sich im Kontext eines Familienbetriebes ergeben können: Überforderung (Urs W.), Diskrepanz von Erfordernissen des Familienbetriebs und eigenen Lebenszielen (Roland D.), finanzielle Übervorteilung und Neid (Elsi N.) und ein Phänomen, das als »Narzissmus der zweiten Lebenshälfte« bezeichnet wird, oder auch: »Die Älteren bleiben immer die Besseren« (Reto F.).

Manie oder Geschäftsübernahme?

Urs W. wird 1960 als fünftes Kind eines Kaufleute-Paares in einer Ostschweizer Kleinstadt geboren. Sein Vater baut über Jahre hinweg ein Büroartikelgeschäft auf, die Mutter erzieht die Kinder und hilft mit der Buchhaltung. Die Familie gehört einer freikirchlichen Gemeinde an. Urs W. ist gut in der Schule. Nach der kaufmännischen Schulaus-

bildung absolviert er mit glänzenden Abschlüssen mehrere EDV-Kurse und hilft dem Vater im Geschäft.

Kurz vor Beginn der Rekrutenschule (Grundwehrdienst), mit zwanzig Jahren, arbeitet er viel und baut in der knappen Freizeit an einem Haus für die kirchliche Jugendgruppe, die er leitet. In den ersten Tagen der Rekrutenschule entwickelt er eine Schuppenflechte. Da er aus Glaubensgründen den Dienst mit der Waffe verweigert, ist er Außenseiter. Nach vier Tagen wird er vom Militärarzt gesehen, da er sich sonderbar verhält, und in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Hier tritt er arrogant auf, ist motorisch unruhig, nimmt den Mitpatienten Zigaretten weg und raucht, obwohl er bisher Nichtraucher war. Beim Sprechen buchstabiert er einzelne Wörter. Zuweilen gibt er an, Hitler zu sein. Man diagnostiziert eine Schizophrenie mit manischen Zügen. Unter antipsychotischer Medikation legt sich diese Symptomatik bald. Er wirkt nun unsicher und bemüht, alles richtig zu machen. In einem ersten Familiengespräch allerdings ist er dem Vater gegenüber distanzlos und spottet über dessen Geldgier. In der folgenden Zeit verlässt er immer öfter die Klinik, um dem Vater im Geschäft zu helfen. Er macht bei der Arbeit viele Fehler, der Vater zeigt sich jedoch geduldig. Nach einem halben Jahr wird er aus der Klinik entlassen.

Acht Jahre später wird er vom Hausarzt wieder in die Klinik eingewiesen. Er steht kurz vor den Abschlussprüfungen der Buchhaltungsschule. Er verhält sich angetrieben, ideenflüchtig und distanzlos. Es ist zu erfahren, dass in der Familie diskutiert wird, ob er das Geschäft demnächst vom Vater übernehmen solle. Die Therapeuten kommen während einer Supervision zum Schluss, dass dies unmöglich sei. Als vier Monate später Weihnachten vor der Tür steht, wird Herr W. in gebessertem Zustand entlassen.

Sechs Wochen später wird er bereits wieder eingewiesen. Mit seiner Schizophrenie-Diagnose kommt er dieses Mal direkt auf meine Station. Er spricht nun zeitweise Englisch, gestikuliert heftig, schreibt Unmengen von Papier mit Tabellen und Zahlen voll. Immer noch wird in der Familie diskutiert, ob er den Betrieb übernehmen solle. Als ihn einmal die Mutter in der Klinik besucht, erklärt er ihr in großer Chefpose, seine Geschwister verstünden nichts vom Papeteriebetrieb. Von seiner Mutter bekommt er zu hören, dass sie regen Kontakt zu seinen Freunden hat und mit diesen über seinen Gesundheitszustand diskutiert.

Während der dreimonatigen Hospitalisation wird die Diagnose einer Schizophrenie aufgegeben, da die typischen Ich-Störungen fehlen. Das Störungsbild entspricht viel eher einer bipolaren affektiven Störung, früher manisch-depressive Krankheit genannt. Herr W. gewinnt ein neues Verständnis seiner manischen Zustände: Immer, wenn er mit Lernstoff oder Quartalsabrechnungen in Rückstand gerät, reagiert sein Vater nervös, da er den Ruf des Geschäfts gefährdet sieht. Einer der beiden Brüder wendet sich massiv gegen die Übertragung des Geschäfts an Urs W., obwohl er selbst keine Ambitionen in diese Richtung hat. Vater und Bruder zeigen sich dann wenig verständnisvoll für die Situation, während die Mutter ihn in solchen Phasen sehr in Schutz nimmt. Ganz beiläufig stellt sich heraus, dass zwei seiner Geschwister auch schon psychiatrisch hospitalisiert waren. Die manischen Symptome sind ein sehr direkter, aber überspitzter Ausdruck dessen, was Herr W. im »Normalzustand« nicht ist: ein selbstbewusster junger Mann, der weiß, was er kann.

In den Jahren nach der Klinikentlassung werden insgesamt acht Gespräche mit

Herrn W. und seinen Eltern geführt, die vor allem die geplante Geschäftsübergabe zum Inhalt haben. Zunächst vereinbart Herr W. selbstständig mit dem Steueramt eine einmalige Fristverlängerung. Dann wird der Bereich Büromaschinen, in den die EDV immer stärker Einzug gehalten hatte, weitgehend aufgegeben. Mit dem Vater wird vereinbart, an welchen Tagen er mit Rat und Tat zur Seite steht und an welchen nicht. Herr W. bespricht mit seiner Mutter, wie er den Kontakt zwischen ihr und seinen Freunden geregelt haben möchte. Die Einzeltherapie wird ebenfalls ambulant weiter geführt. Immer wieder geht es um die hohen Ansprüche des Vaters und um das Drängen der Mutter, dass er bald heiraten solle. Urs W. braucht noch lange, bis er seine eigenen Meinungen den Eltern gegenüber vertreten kann. Schließlich ist er aber so weit: Mit 33 Jahren übernimmt er während einer Erkrankung des Vaters das Geschäft probeweise. Mit 34 Jahren heiratet er eine Frau, die von der Mutter nicht ausgesucht, aber doch schnell akzeptiert wird. Mit 35 Jahren übernimmt er den Betrieb endgültig, nicht ohne zuvor mit seinen Geschwistern erbrechtliche Fragen diskutiert zu haben.

Heute hat Herr W. mit seiner Frau zwei Kinder. Er führt das Büroartikelgeschäft, das inzwischen zusätzlich Geschenkartikel im Sortiment hat. Die Eltern haben sich auf das Altenteil zurückgezogen. Selbst in geschäftlich turbulenten Zeiten geht Herr W. mindestens alle zwei Tage reiten. Seit 15 Jahren ist er rückfallfrei, wird aber einmal jährlich in die Klinik eingeladen, um gegen ein kleines Honorar zusammen mit anderen Mitgliedern einer Kommission die Qualitätsbemühungen der Klinik in Augenschein zu nehmen.

Zusammenfassung: Für Urs W. war der Vater von Kindheit an streng und dominant, aber gerecht. Fehler durften nicht vorkommen. Die Mutter dagegen kümmerte sich überaus engagiert um die sozialen Kontakte ihrer Kinder. Die fünf Kinder erzog das Paar zu tüchtigen und gläubigen Staatsbürgern und Familienmenschen. Drei von ihnen »leisteten« sich allerdings psychische Krisen in Form von manischen Zuständen. Nachdem der Vater die Eignung seines Sohnes für die Übernahme des Geschäfts nicht mehr grundsätzlich in Frage stellte und kleine Ausbrüche aus dem Alltagsbetrieb in Form von Reitstunden oder manischen Krisen tolerierte, gelang es Herrn W., ohne Krisen auszukommen. Das Dilemma (»Den Vater überflügeln oder nicht?«) wurde von Herrn W. zwischen dem zwanzigsten und dem dreißigsten Lebensjahr noch so gelöst, indem er *nacheinander* in manische und in weniger selbstbewusste Zustände verfiel (»diachron«). Die Therapie half, hinter den Anforderungen des Vaters dessen Wohlwollen sichtbar werden zu lassen und so mit dazu beizutragen, das angesprochene Dilemma auf andere Weise zu lösen.

Das Symptom rettet das Erbe, aber nicht den Hof

Roland D. wird 1966 als jüngstes Kind eines Landwirtspaares geboren. Seine beiden Schwestern sind wenig älter. Der Vater, ebenfalls Jüngster, stammt aus dem Thurgau. Dessen Vater wiederum, Jahrgang 1883, hatte in Zeiten des Zweiten Weltkriegs einen kleinen Hof gekauft, den der ältere Sohn nicht übernehmen wollte. Der 14 Jahre jüngere Bruder, der Vater von Roland D., war als Hoferbe erst in Frage gekommen, nach-

dem er über eine Zeitungsanzeige eine Ehefrau gefunden hatte und heiratete. Zu diesem Zeitpunkt war der Großvater von Roland D. bereits 82 Jahre alt.

Rolands Mutter stammt aus dem Emmental, wo sie als zweitjüngstes von neun Kindern ebenfalls in bäuerlichem Milieu aufwuchs, allerdings nicht auf einem familieneigenen Hof. Ihr Vater hatte nach einer Beinamputation keine Chance auf einen eigenen Hof gehabt. Auf die Zeitungsanzeige ihres späteren Mannes hatte sie gar nicht selbst geantwortet, sondern ihre Mutter. Sie selbst hatte eigentlich Jura studieren wollen, fügte sich aber ohne weitere Diskussionen dem Wunsch der Mutter und zog in den Thurgau.

Die Eltern von Roland D. bewirtschaften den Hof genau 25 Jahre lang und verkaufen ihn dann im Jahr 1991. Hätten sie ihn vorher verkauft, hätte der Erlös mit den drei Geschwistern von Herrn D. geteilt werden müssen – so will es das im Thurgau geltende Erbrecht. Roland D. gilt seinen Eltern als tüchtige Hilfe und lernt bereits mit sechs Jahren Traktor fahren. Diese Hilfe ist umso nötiger, als der Vater eine Kuhhaar- und Heuallergie entwickelt. Roland D. macht zwar eine Lehre als Heizungsmonteur, arbeitet aber fast noch mehr auf dem elterlichen Hof.

1985 wird Roland D. erstmals psychiatrisch hospitalisiert. Die Diagnose lautet »paranoid-schizophrene Ersterkrankung«. Die Mutter berichtet, der früher so brave Bub habe im Jahr zuvor öfters einmal in Wirtschaften verkehrt und sei angetrunken nach Hause gekommen. Ein attraktives Mädchen, zu dem er gern eine Beziehung aufgenommen hätte, habe ihn abgewiesen, was in ihm Enttäuschung und Wut ausgelöst habe. Er selbst ist zunächst nahezu mutistisch, später etwas gesprächiger, was auf die antipsychotische Medikation zurückgeführt wird. Nach zwei Wochen wird Roland D. bereits wieder entlassen und schließt wenig später seine Lehre ab. Gut zwei Jahre später wird Roland D. auf Drängen der Eltern wieder eingewiesen. Die Eltern sind enttäuscht, dass ihr Sohn den Hof nicht übernehmen will. Roland D. selbst spricht von großen Problemen, die er habe, mehr Einblick in sein Erleben gibt er nicht. Er wünscht sich, mit therapeutischer Hilfe eine berufliche Perspektive entwickeln zu können. Nach zehntägigem Aufenthalt wird er entlassen.

Zwei Jahre später, im April 1990, wird Roland D. erneut hospitalisiert, dieses Mal für drei Wochen. Er erzählt von Akten, die er kürzlich vernichtet habe, da sie belastendes Material über ihn enthalten hätten. Er deutet vage an, seine Vergehen hätten mit Drogen- und Alkoholkonsum sowie mit dem Lesen von Pornoheften zu tun. Die Therapeuten diagnostizieren nun definitiv eine Schizophrenie. Die vierte und vorläufig letzte Hospitalisation beginnt viereinhalb Jahre später und dauert ein Jahr. Roland D. hat mittlerweile einen Kontrollzwang entwickelt, der seinen Tag komplett ausfüllt. In etlichen Familiengesprächen zeigt sich folgender Konflikt: Die Mutter hat Heimweh nach dem Emmental und würde gern, nun da der geerbte Hof im Thurgau verkauft ist, dort einen neuen Hof kaufen. Sie redet ohne Punkt und Komma. Der Vater dagegen schweigt meist, antwortet nur wenn unbedingt nötig in Form von Einwortsätzen, von denen man nie weiß, ob sie ernst oder zynisch gemeint sind. Er scheint im Thurgau bleiben zu wollen, will aber auch wieder einen neuen Hof bewirtschaften. Beide Eltern können sich die Landwirtschaft aber nur mit Rolands Hilfe vorstellen.

Allmählich wird in den Einzel- wie in den Familiensitzungen eine Umdeutung, ein Reframing erarbeitet: Die Symptomatik wird als Methode beschrieben, mit der ausge-

drückt werden kann, dass Roland D. nicht landwirtschaftlich tätig sein will. Sie ist so auch eine besondere Qualität, denn es stellt sich heraus, dass auch der Vater nie als Bauer arbeiten wollte, sondern lieber eine handwerkliche Lehre gemacht hätte, und dass die Mutter eigentlich hatte studieren wollen. Es gelingt Roland D. zunehmend, die Kontrollen einzuschränken und den Rest des Tages zuerst in der Arbeitstherapie, später in einer Fahrradwerkstatt zu verbringen. Nach Austritt aus der Klinik wohnt er zwar wieder bei den Eltern, die Landwirtschaft ist jedoch kein Thema mehr, und er geht weiterhin täglich zum Arbeiten aus dem Haus. Die Eltern führen jedoch ihre Auseinandersetzungen darüber, in welchem Landesteil sie künftig wohnen wollen, fort. Zeitweise denken sie sogar an eine Trennung. Heute, zwölf Jahre nach Therapieende, lebt Roland D. in einer eignen Wohnung. Die Eltern sind zusammen im Thurgau geblieben.

Zusammenfassung: Die eigene Biographie des Vaters, vor allem die verhinderte freie Berufs- und Partnerwahl, wirkt unglücklich. Trotz Allergie muss der geerbte Hof betrieben werden, die Heirat steht ebenfalls im Dienste dieses Ziels. Während die Mutter ihr Heimweh wortreich ausdrückt, werden Vater und Sohn immer stiller. Der Sohn lernt auf diese Weise, sich seinen Weg über die gravierende Symptomatik zu erkämpfen. Erst, als die Bewirtschaftung des geerbten Hofes über 25 Jahre hinweg als Lebensleistung der Eltern gewürdigt wird und der Konflikt der Eltern über den weiteren Lebensweg offen zu Tage tritt, kann Roland D. den eigenen Weg ebenfalls offen verteidigen. Je mehr er vom Vater hört, welche Wünsche und Ziele er früher hatte und heute hat, desto leichter fällt es ihm, seine Wünsche und Ziele auszudrücken. Die Symptomatik tritt in den Hintergrund. Noch ist es Roland D. aber nicht möglich, seine jugendlichen Exzesse als normal und nicht als strafbar zu sehen. Pflichterfüllung ist eben doch noch ein starkes Gebot und die gelegentlich durchblitzende Schlitzohrigkeit des Vaters kein ausreichendes Modell für Lebensfreude.

Die »Ledrige« wird nicht geachtet

Ich hörte von Frau N. zum ersten Mal, als sie in einer großen Fallvorstellung besprochen wurde. Ihr Verhalten auf der alterspsychiatrischen Station brachte das Personal zur Verzweiflung. Etliche Fachleute anderer Stationen diskutierten auf hohem akademischem Niveau, ob hier eine Persönlichkeitsstörung, eine bipolare affektive Störung des Typs IIa oder des Typs IIb vorliege. Die zuständige Oberärztin hatte im Rahmen einer systemischen Weiterbildung gerade das Genogramm erhoben, was mir so aufschlussreich erschien, dass ich meine Dienste als ambulante Nachbehandlerin anbot. Frau N. nahm das Angebot gern an und kam kurz vor der Klinikentlassung zum ersten Mal und in der Folge regelmäßig alle zwei Wochen zu mir. Wir begannen, ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte aufzurollen und neu zu beschreiben.

Frau N. wurde 1935 in der Nähe von Zürich als jüngstes von fünf Kindern liberaler katholischer Eltern geboren. Ihr Vater hatte sich vom Schuhmacher zum Geschäftsmann entwickelt, der gemeinsam mit seinem Bruder eine Kette von sehr erfolgreichen Schuhgeschäften im gesamten Ostschweizer Raum aufgebaut hatte. Er sei ein gutmütiger Mann mit meist ausgeglichener Stimmung gewesen, der jedoch zwei Mal wegen

depressiver Verstimmungen psychiatrisch hospitalisiert gewesen sei. Die Mutter, ursprünglich Weißnäherin aus Liechtenstein, sei eine Vollblut-Geschäftsfrau gewesen, die daneben aber auch gut für die Kinder gesorgt habe. Das Elternhaus sei geprägt gewesen von Liebe und Respekt der Eltern füreinander.

Drei der fünf Kinder hätten verschiedene Rollen im Familienunternehmen eingenommen: Die zweitälteste Schwester litt an juvenilem Diabetes und wollte deshalb keine Familie gründen. Sie habe eigentlich studieren wollen, wurde aber von der Mutter in den elterlichen Betrieb gedrängt. Ab 1955, dem Jahr der Geschäftsübergabe an die jüngere Generation, habe sie einen 25-prozentigen Anteil am Geschäft bekommen; allerdings mit der Verpflichtung, diesen Anteil im Pensionierungsalter an den Bruder abzugeben. Der einzige Bruder **Franz**, der Drittgeborene, sei vom Vater zu einer Schuhmacherlehre gedrängt worden, habe diesen Beruf aber nie gemocht und habe deshalb noch eine kaufmännische Ausbildung angehängt. 1955 sei er dann ebenfalls zu 25 % Teilhaber geworden, habe aber weiterhin in einer anderen Firma als Direktor gearbeitet und sei erst viel später im Familienbetrieb tätig geworden. Sie selbst habe eine Lehre als Schuhverkäuferin absolviert, habe sich sehr für das Geschäft engagiert, habe immer den Einkauf für alle Filialen gemacht und 28-jährig eine neu eröffnete Filiale als Filialeiterin übernommen. Sie sei aber nicht Teilhaberin gewesen, weil sie 1955 noch kein Interesse an den finanziellen Seiten des Unternehmens gehabt habe und nicht habe streiten wollen. Die restlichen 50 % habe damals ein Cousin, Sohn des zweiten Firmengründers, übernommen. Diese Aufteilung sei 1955 von ihrem Vater und dessen Bruder, im Hintergrund aber wahrscheinlich von der Mutter, relativ willkürlich so entschieden worden. Sie als Jüngste habe damals eine besondere Rolle innegehabt: Sie habe gern gearbeitet, aber viel mehr Freiheiten als ihre Geschwister gehabt und sei sehr selbstständig gewesen.

Zwei der fünf Kinder waren nicht im Familienunternehmen tätig oder als Teilhaberinnen eingebunden: Die älteste Schwester **Margrit** habe in jungen Jahren einen »Abenteurer« geheiratet, der sich bald als Nichtsnutz herausgestellt habe. Sie habe sich scheiden lassen und mit einem Erbvorbezug einen Handarbeitsladen im Geschäftshaus eröffnet. Ihrem zweiten Mann, einem Arzt, habe sie später die Praxis geführt, die sich ebenfalls im Geschäftshaus befand. – Die Zweitjüngste sei als Frühgeburt immer ein wenig geschont worden, sei eher bequem und am Geschäft nicht sonderlich interessiert gewesen. Sie sei wegen depressiver Verstimmungen lange in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen.

Ihre erste Tochter ist 1964 zur Welt gekommen. Sie sei nach nur kurzer Bekanntschaft mit ihrem späteren Mann ungeplant schwanger geworden und habe ihn dann gleich geheiratet. Kurz nach der Heirat sei es dann zu Neuverhandlungen gekommen, in deren Verlauf ihrem Mann die Mitarbeit im Betrieb angeboten wurde. Sie hätten damals beide in ein Angestelltenverhältnis eingewilligt, da angesichts der familiären Situation die Existenzsicherung im Vordergrund gestanden sei. Nach der Geburt der zweiten Tochter 1967 seien dann aber harte Zeiten gekommen, als sie mit den beiden kleinen Kindern die verschiedenen Schuhgeschäfte tatkräftig aufzubauen und zu erweitern half, dafür aber sehr wenig Anerkennung durch die Verwandtschaft in der Geschäftsleitung erfuhr. Sie hat Briefe aufgehoben, die zeigen, wie unpersönlich und hart mit ihr umgegangen wurde. Auch heute noch ist sie voller Bitterkeit und Enttäu-

schung über diesen Verlauf. Sie bezeichnet sich selbst als sehr interessiert und fähig im Umgang mit Lederwaren («Ich bin eine Ledrige») und erzählt mit strahlenden Augen, wie sie in den guten Zeiten als Einkäuferin auf verschiedenen Messen in Italien tätig war. Ihr Mann dagegen sei kein »Ledriger«, habe sie aber in die Rolle als Hausfrau, Mutter und Geschäftsfrau gezwungen. Sie seien auf Vorschlag ihres Bruders beide Filialleiter geworden, ihr Mann sei aber ab 1972 als Trainer in einem Sportverband sehr eingespannt gewesen und habe viel verreisen müssen.

Die alten Krankengeschichten sind eine Fundgrube psychiatriehistorischer Art, obwohl sie nur bis in die Anfänge der 1970er Jahre zurückreichen; etliche Hospitalisationen in vier verschiedenen psychiatrischen Kliniken hat Frau N. bis heute hinter sich. Bei einer der ersten schrieb der Arzt: »Sie wäre lieber Geschäftsfrau und nicht Hausfrau und Mutter«, und »Sie nahm eine führende Rolle auf der Abteilung ein.« Auch das Konkurrenzverhältnis zum Ehemann wird beobachtet. Alle drei Beobachtungen führen aber anscheinend zu Verwunderung und Verurteilung bei den Therapeuten. Dann, 1977, ein anderer Arzt: »Man gewann den Eindruck, die Patientin benutze den Referenten als geduldigen Zuhörer ihrer interessanten Lebensgeschichte.« Wie aus dem Kontext hervorgeht, wollte aber dieser Arzt einzig eine Infusionskur durchführen. – Der nächste Arzt, 1979: »Zwischendurch wirkte sie leicht hypomanisch, meinte auch, tageweise im Geschäftsleben aktiv werden zu können.« – Der nächste Arzt, Ende 1980, hatte offensichtlich ein Faible für Familiendynamik, so dass Frau N. erstmals in den Genuss mehrerer Paargespräche und eines Familiengesprächs kam; hier wurde zusätzlich zum Paarkonflikt ein heftiger Vater-Tochter-Konflikt konstatiert.

Zwischen 1981 und 2001 hat Frau N. eine gute Zeit. Mann und Töchter lassen ihr genügend Spielraum, sich eine Parallelwelt auf ~~Gran Canaria~~ aufzubauen. Sie kauft dort eine Wohnung und verbringt alle Ferien dort. Zwischen ihrem Mann und ihr ist emotional und sexuell eine riesengroße Distanz.

Im Rahmen der geplanten und von ihrer Seite her gut vorbereiteten Trennung von ihrem Mann kam es ab 2000 wieder zu schweren depressiven Episoden. Nach einem schweren Suizidversuch durch Sprung aus großer Höhe im Jahre 2002 ist Frau N. gehbehindert und leidet unter starken Schmerzen im rechten Fußgelenk. Ihr Traum, auf die alten Tage nach ~~Gran Canaria~~ zu ziehen, wird dadurch hinfällig, da sie nun auf die Hilfe ihres Mannes angewiesen ist und er nicht mitziehen will. Die psychiatrischen Hospitalisationen folgen nun wieder dicht aufeinander. Pflegekräfte und Ärzteschaft geraten mit Frau N.s Scharfzüngigkeit an ihre Grenzen. Sie bringt mit ihrer Kritik an den Stationsabläufen ganze Teams gegen sich auf, was ihr die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einträgt. Im Anschluss an die erwähnte große Fallbesprechung kommt sie zu mir in ambulante Therapie.

Heute wirkt Frau N. wie eine psychisch relativ gesunde Frau, die allerdings ihre Krankheitsgeschichte zu gut verinnerlicht hat. Ich muss darauf achten, diese nicht zu schnell in Frage zu stellen. Immer wieder weist sie mich auf den Schweregrad ihrer depressiven Verstimmungen hin. Allmählich aber wächst die Erkenntnis, dass sie aus eigener Kraft diese Zustände überstehen kann. Die Neubetrachtung ihrer Biographie als die einer »Geschäftsfrau und Mutter unter widrigen Umständen« statt als die Geschichte einer »chronisch Depressiven« oder gar »Persönlichkeitsgestörten« scheint viel besser zu ihr zu passen. In Paargesprächen wird deutlich, dass die Eheleute nach

Jahrzehnten der Konkurrenz im Arbeitsalltag und völlig zum Stillstand gekommener sexueller Aktivität nun zu einem neuen, durchaus altersgemäßen, höflichen und fürsorglichen, wenig aufregenden Umgang kommen können.

Zusammenfassung: Die Häufung von depressiven Störungen in Familie N. weist wohl auf eine Disposition hin. Neben genetischen und neurochemischen Faktoren mag aber dabei ein gewisses Modell-Lernen eine Rolle gespielt haben: Konflikte werden nicht ausgetragen, sondern durch depressiven Rückzug in eine psychiatrische Klinik gelöst. Dieses Muster hat Frau N. etwa 25 Mal gezeigt, wobei sie jeweils kurz nach Klinikeintritt zumindest energiemäßig aufblühte und den Stationsbetrieb zu revolutionieren versuchte. Im Familienunternehmen und in der Paarbeziehung, später nur noch in der Paarbeziehung, gelang ihr das nicht ausreichend. Die »kleinen Fluchten« nach ~~Gran Canaria~~ stabilisierten sie zwanzig Jahre lang. Geblieben ist aber die bittere Erkenntnis, dass es keine Anerkennung von Mann und Herkunftsfamilie für ihre beruflichen Leistungen gab und gibt. Heute setzt sich allmählich die Erkenntnis durch, dass die meisten Entscheidungen im Leben sich im Nachhinein als gute und autonome Wahl herausstellen.

Im Schatten der Mutter

Reto F. kommt auf Empfehlung eines Bekannten zu mir. Er möchte das Ende einer zehn Jahre währenden Beziehung zu seiner Partnerin verstehen, die ihn drei Monate zuvor wegen eines anderen Mannes verlassen hat. Er wurde 1969 als zweites Kind geboren und leidet, ebenso wie Mutter und ältere Schwester, an einer angeborenen Sehbehinderung. Seine Mutter gründete eine Selbsthilfeorganisation für Sehbehinderte, leitete diese bis zu ihrer Pensionierung und ist mittlerweile Stiftungsratspräsidentin. Er selbst ist Geschäftsführer einer großen Einrichtung, die von dieser Stiftung getragen wird.

Reto F. beschreibt sich selbst als nachgiebig, geduldig und opferbereit. Seine frühere Partnerin habe immer öfter beklagt, dass sie sich ihm gegenüber wie eine Täterin vorkomme und mit dem schlechten Gewissen immer weniger zurechtkomme. Einige Parallelen zu seinem Verhalten der Mutter gegenüber werden deutlich. Diese taucht recht oft in der von Reto F. geführten Einrichtung auf, schaut ihm bei der Arbeit über die Schulter und kritisiert ihn. Er sei zwischen ihr und seinen Mitarbeitenden hin- und hergerissen. Seine Mutter sei bei den Mitarbeitenden unbeliebt wegen ihrer Schroffheit, und darum versuche er alles, um sie zufrieden zu stellen, fühle sich dabei aber ohnmächtig und als ihr Opfer. Die Therapie wird zeitweise in ein Coaching überführt, als Reto F. die strategische Neuausrichtung der Einrichtung und die Leitbildentwicklung zusammen mit allen übergeordneten Gremien und der Mitarbeiterschaft zu bewältigen hat. Es gelingt ihm zunehmend, seine Ideen der Mutter gegenüber zu vertreten und sich handlungsfähig zu fühlen. Gegen Ende, nach zwanzig Sitzungen, ist er auch wieder zuversichtlich, was die Chancen einer neuen Partnerschaft betrifft.

Konflikte der Unternehmerfamilie als Auslöser oder Folge von psychischen Problemen eines Mitglieds

Die nun folgende zusammenfassende und grob kategorisierende Auflistung von Konflikten ist natürlich weder vollständig noch trennscharf noch hochspezifisch für Unternehmerfamilien. Sie mag dennoch nützlich sein, um in der Beratung von Familienunternehmen das richtige Werkzeug auszuwählen.

- *Zielkonflikt – Fortbestand des Unternehmens versus Wohlergehen des Familienmitglieds*: Wenn der Familienbetrieb als solcher fortbestehen soll, muss ein Familienmitglied leiden, weil es beispielsweise nicht seinen beruflichen Neigungen nachgehen kann. Auf der individuellen Ebene führt dieser Konflikt unter Umständen nicht zu offener Rebellion oder Anpassung, sondern zu einem Ausstieg in die psychische Krankheit wie zum Beispiel eine psychotische, Zwangs- oder Angststörung (vgl. auch Levold et al., 2005). Wie am Fallbeispiel Roland D. gezeigt, kann die Beratung darauf abzielen, die Ambivalenz aller Familienmitglieder zu Tage zu fördern und offen über mögliche Szenarien zu sprechen.
- *Loyalitätskonflikte*: Ohnehin bestehende Loyalitätskonflikte können in Familienunternehmen dadurch verschärft werden, dass Geschäfts- und Gefühlslogik bei jedem Familienmitglied in unterschiedlichem Ausmaß zum Tragen kommen und zu unterschiedlichen, widersprüchlichen Schlussfolgerungen führen. Wenn zum Beispiel im Falle von Urs W. der Mutter das Wohlergehen des Sohnes am meisten am Herzen liegt, kann sie in Konflikt geraten mit ihrem Mann, dem vielleicht gerade die rechtzeitigen Buchungen am Herzen liegen. Die Beraterin oder Therapeutin muss darauf achten, dass sie allparteilich ist und dass unter dem Strich die Beweggründe der Familienmitglieder gleich wichtig genommen werden.
- *Geschwisterrivalität*: Weit über die übliche Zeitdauer hinaus dauern Rivalitäten erwachsener Geschwister, wenn sie ins Familienunternehmen eingebunden sind. Es ist erstaunlich, aber gar nicht selten, dass – wie im Falle von Frau N. – noch über 70-Jährige mit ihrem ungerechten Vater oder ihren bevorzugten Geschwistern hadern. Auf der individuellen Ebene kann das zu depressiven oder auch manischen Stimmungslagen führen. Die Beratung oder Therapie sollte sich um Soll und Haben auf den verschiedenen Konten (Zeit-, Geld-, Macht-, Zuneigungskonten) kümmern und dafür sorgen, dass die »Haben-Seite« besser wahrgenommen wird und die Verantwortung für das eigene Leben von jedem selbst übernommen wird.
- *Partnerrivalität und geschlechtsspezifische Rollen*: Was bei Paaren ohnehin schon oft zum Problem wird, kann sich bei gemeinsamer Arbeit für den Familienbetrieb verschärfen: Wer leistet mehr? Wessen Arbeit wird höher bewertet? Wie viel Zeit bekomme ich für mich? – Die Belastung der Frauen mit Haushalt und Kindererziehung ist auch heute noch in aller Regel größer als die der Männer, entsprechend bleibt weniger Zeit für das Unternehmen. Wie bei Frau N. zu sehen, kann auf individueller Ebene Depression (»Ich kann nichts«) oder auch Manie

- (»Ich kann alles«) die Folge sein. Die Beratung oder Therapie kann hilfreich sein, indem sie getrennte Bereiche sichtbar macht, in denen Mann und Frau jeweils unersetzliche Arbeit leisten, und Entscheidungen für einen von mehreren Wegen als autonome Wahl beschreibt.
- *Narzissmus des Älteren und Selbstwert des Jüngeren*: Diese Problemlage wird spätestens bei Nachfolgeregelungen virulent. Oder, wie im Falle von Reto G., funkt die Mutter als in Fachkreisen hoch angesehene Person dem Sohn in die Geschäftsleitung hinein. Individuell kann das bedeuten, dass der Sohn oder die Tochter sich ewig in Deckung halten. Beratung kann hier in Richtung Einzelcoaching gehen, indem der Nachfolger »seine eigene Spur« legt oder »einen dritten Weg« neben Kampf und Unterordnung (Simon, 2005) geht. Der Narzissmus der Älteren ist je nach individuellem Störungsgrad anzugehen: Bei »normalem Narzissmus« (Kernberg, 1994; siehe Exkurs) kann die Beratung darauf abzielen, für angemessene Würdigung der Lebensleistung durch das Umfeld zu sorgen und der Trauer über den Verlust an Einfluss und Schaffenskraft zum Ausdruck zu verhelfen. Bei »pathologischem Narzissmus« dagegen kann durchaus eine Einzeltherapie des Älteren mit gründlicher Biographiarbeit angezeigt sein. Am Ende der Beratung oder Therapie sollte es möglich sein, dass der Patriarch seinen Segen gibt zu dem, was sein Nachfolger tut.

Exkurs – Probleme der Älteren in Nachfolgesituationen: Lebensaufgaben und Narzissmus

Beim Umgang mit Klientinnen und Klienten zwischen vierzig und sechzig, die auf die Tatsache des Älterwerdens mit Verleugnung, Abwertung anderer oder Depression reagieren, erscheinen mir Kernbergs (1994) Ausführungen zum normalen und zum pathologischen Narzissmus im mittleren Lebensalter hilfreich. Allerdings arbeite ich auf dieser Grundlage nicht analytisch-deutend, sondern systemisch-fragend.

Kernberg beschreibt zunächst die Lebensaufgaben im mittleren Erwachsenenalter. Für das Thema des Generationenwechsels in Betrieben, nicht nur in Familienunternehmen, scheinen mir jene Aufgaben besonders wichtig, die große Herausforderungen für die narzisstische Befriedigung darstellen:

1. die Aufgabe, die Grenzen der eigenen Kreativität und Leistungsfähigkeit anzuerkennen;
2. die Aufgabe, zu akzeptieren, dass die Leistungen anderer Menschen an einem bestimmten Punkt die eigenen übertreffen werden, und
3. die Aufgabe, anzuerkennen, dass Autorität, Macht und sexuelle Möglichkeiten gesellschaftlich und kulturell an eine jüngere Generation übergehen.

Als Reaktion auf das Älterwerden und die damit einhergehenden schrumpfenden narzisstischen Befriedigungen kann es bei »pathologischem Narzissmus« nach

Kernberg zu folgenden Abwehrvorgängen kommen, die er als Kontinuum mit zunehmender Wichtigkeit für den älter werdenden Menschen sieht:

- *Verleugnung*: Zunahme von Verhaltensweisen, die in der Vergangenheit narzisstische Befriedigung gewährten. Als Beispiel wäre hier der Firmenchef zu nennen, der sich durch eine junge Geliebte suggerieren lässt, er sei physisch noch so attraktiv wie früher.
- *Abwertung* der inneren und äußeren Realität: »Einige der Patienten, die sich mit dem Verlust der körperlichen Anziehungskraft, den Einschränkungen ihrer gesellschaftlichen und politischen Macht, den Grenzen ihrer Arbeit und im Fortschritt ihrer beruflichen oder künstlerischen Fertigkeiten oder ihrer Karriere stellen müssen, werten nun ab, was ihnen keine neuen Befriedigungen, ob phantasierte oder reale, mehr gewährt« (S. 162). Als Beispiel soll hier die Mutter von Reto F. dienen, die kein gutes Haar an der Führungskompetenz ihres Sohnes lässt.
- *Depression*: entweder als Trauer über den Verlust narzisstisch besetzter Funktionen, oder als Bewusstsein der Einsamkeit, wenn die Abwertungsvorgänge die Welt menschenleer und wertlos gemacht haben, oder als Bedauern und Schuld über versäumte Gelegenheiten des Gebens und Nehmens. Ein Beispiel stellt der habilitierte Arzt mit großer Praxis dar, der darüber trauert, dass sein Einfluss in der Fachwelt schwindet, der durch seine harsche Kritik Freunde im Kollegenkreis verloren hat, und der seiner Frau und den Kindern während Jahrzehnten unentwegter Arbeit nicht das gegeben hat, was sie sich von ihm erhofft haben. Für Beratung und Therapie sind übrigens eher die Personen zugänglich, die unter ihrem Zustand leiden; das sind eher die Firmenchefs, die in depressiver Stimmungslage sind, als diejenigen, die alles und jeden entwerten.

Kernberg bezieht sich vor allem auf das Älterwerden in der Familie und die Herausforderungen, die die Autonomieentwicklung der Kinder für die Eltern mit sich bringt. Bei Firmengründern, Professoren und Ähnlichen bis jenseits des sechzigsten Lebensjahrs mächtigen Personen scheinen mir diese Entwicklungsaufgaben erst dann, dafür aber umso heftiger anzustehen, wenn die Stabübergabe an den Nachfolger – wenn es der eigene Sohn ist, ist die Aufgabe doppelt anspruchsvoll – unmittelbar bevorsteht.

Statt einer Zusammenfassung: Plädoyer für einen Perspektivenwechsel

Ich hoffe, es ist mir gelungen, die komplexen Zusammenhänge zwischen individueller Belastung, Familiendynamik und Unternehmensproblemen darzustellen. Eine rein psychiatrische Perspektive auf die individuelle Belastung, wie sie von den professionellen Helferinnen und Helfern oft am Anfang einer psychiatrischen Behand-

lung eingenommen wird, bringt Fragen hervor, die das Unternehmen als auslösenden Stressfaktor dingfest machen und das in der Psychiatrie gängige Vulnerabilitäts-Stress-Modell bestätigen. Die logische Konsequenz ist dann schnell, den Patienten dahingehend zu beraten, aus dem Unternehmen auszusteigen.

Kommt die Familie mit ins Spiel, sei es live in Familiengesprächen oder aber auch nur in Gedankenexperimenten während des therapeutischen Zweiergesprächs, kann das Symptom auch als Kommunikationsbeitrag verstanden werden. Die Konsequenz heißt dann, dass die Familienkommunikation verändert werden sollte, damit auch ohne Symptom ausgedrückt werden kann, was die Anliegen sind.

Aus Unternehmensperspektive stellen familiäre Konflikte ohnehin ein Problem dar – das durch psychische Störungen eines Familien- und Unternehmensmitglieds vielleicht verschärft, vielleicht aber auch vereinfacht wird: Wenn das »kranke« Mitglied aussteigt, ist das Problem manchmal schnell gelöst. Angemessener erscheint mir aber, wie an den Fallbeispielen gezeigt werden sollte, genau hinzusehen und hinzuhören, um hinter den Symptomen des »kranke« Familien- und Unternehmensmitglieds herauszufinden, an was das Unternehmen und an was die Nachfolgeregelung krankt.

Eine mögliche und sinnvolle Konsequenz aus einer mehrperspektivischen Betrachtung könnte sein, dass Psychotherapeuten und Organisationsberater besser zusammenarbeiten, Neugier für die jeweils »anderen« Anliegen – denen des Einzelnen und denen des Familienbetriebs – entwickeln, ihre Fragen in beide Richtungen ausweiten und bei Bedarf spezialisierte Hilfen vermitteln.

Fragen und Fragen über Fragen

- ✚ Hat früher oder heute jemand das Verhalten eines Familienmitglieds mit psychiatrischen Begriffen beschrieben?
- ✚ Wie reagierten oder reagieren die Familienmitglieder oder andere Personen darauf?
- ✚ Wer sieht einen Zusammenhang zwischen Familienbetrieb und den Symptomen?
- ✚ Wäre der Betrieb nicht vorhanden, wie würden Sie mit den Symptomen oder dem Symptomträger umgehen?
- ✚ Stehen die Auffälligkeiten im Dienste des Betriebs oder richten sie sich gegen ihn?
- ✚ Helfen Krisenzeiten und Symptome dabei, einen Konflikt im Zusammenhang mit dem Unternehmen zu lösen oder zu kontrollieren? Was wird durch das Symptom möglich, was anders nicht ginge?
- ✚ Könnte beispielsweise eine spätere Betriebsübergabe hilfreich sein?
- ✚ Wie unterscheiden sich symptomatische und symptomfreie Zeiten? Was machen die einzelnen Familienmitglieder dann konkret anders?