

Erwartungen der Angehörigen an das Gemeindepsychiatrische Team

- Orientierung der jeweiligen Hilfen am persönlichen Bedürfnis und in Auseinandersetzung mit den geäußerten Bedürfnissen unserer kranken Angehörigen, in Auseinandersetzung mit unseren Ansprüchen und Belastungen und in Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlich definierten Bedarf,
- wirksame und zugleich sparsame Strukturierung der regionalen Versorgung etc. -
- Flexibilisierung Ihrer Angebote,
- Minimierung des iatrogenen Chronifizierungsrisikos - indem Sie Ihre Hilfe vorsichtig und zurückhaltend dosieren und nicht davon ausgehen, wer einmal Hilfe benötigt, benötige diese ein Leben lang (das tritt nur bei oberflächlicher Betrachtung in Widerspruch zu unserem Verdacht, sie könnten sich Ihrer Verantwortung zur Unzeit entziehen!)
- Abschied von einem starren Krankheits- oder Gesundheitskonzept; Sie folgen stattdessen den Alltagskonzepten der Psychiatrie-Erfahrenen und von uns Angehörigen.
Satt in Krankheits-Ein- und Krankheits-Un-Einsichtige zu differenzieren erkennen Sie hin und wieder eine „Hilfe-Un-Ein-Sichtigkeit“. Dies löst bei Ihnen Bemühungen um die Bereitschaft, Ihre Hilfen anzunehmen, aus - ohne vom Kranken „Krankheitseinsicht“ zu erwarten.
alles dies setzen wir als Angehörige voraus, denn das gehört zu Ihrer Kern-Professionalität als Gemeindepsychiatrisches Team.

Aspekte von Angehörigenerwartungen

Ich möchte nun aus den vielfältigen aus Angehörigensicht darüber hinausgehenden Wünschen und/oder Erwartungen an das Gemeindepsychiatrische Team einige herausgreifen, die mir persönlich besonders bedeutsam erscheinen.

Daneben gibt es weitere Erwartungen und Ansprüche, die ich zusammen mit Klaus Laupichler als die sog. „Goldene 13“ formuliert habe und die ich Ihnen gern in der Tagungsdokumentation zur Verfügung stelle.

Unsere Erwartung an das Gemeindepsychiatrisch Team ist - allgemein formuliert:
Das Gemeindepsychiatrische Team hilft uns, einige zentrale Probleme von uns Angehörigen zu lösen.

Im Detail -

und dazu möchte ich zunächst zwei Eigenheiten von Familien ansprechen!

1.

Mit der Erkrankung müssen wir Abschied nehmen von vielen Erwartungen und Wünschen

Wird ein Familienmitglied psychisch krank,

- brechen früher oder später alle Zukunftserwartungen - z.B. alle still gehegten Wünsche für das Kind - in sich zusammen

– der Verlauf einer Psychose in unvorhersehbar, und die Hoffnung, sie verfliege wie eine Grippe, mussten wir alle irgendwann fahren lassen

- wir müssen uns mit drastischen Veränderungen unseres Lebens abfinden.

So macht sich bei uns Angst vor der Zukunft,
schleichend-nagende Verzweiflung breit,
die zu Verzagtheit und Demoralisierung führt.

Ein Teil des innerfamiliären Dramas besteht nun darin, dass genau diese Haltungen und Stimmungen den Gesundheits- und Rehabilitationschancen unseres Angehörigen zuwider läuft!

Hilfreich wäre – statt Spannungen, Angst, Verzweiflung und Demoralisierung – durch jede Situationen hindurch Gelassenheit und Gefasstheit zu erreichen, um unser krankes Familienmitglied zu stützen und es dazu zu bewegen, professionelle Hilfen anzunehmen. Um dahin zu kommen, müssen wir gegen die Verzweiflung, aufkeimenden Kleinmut, Pessimismus und die Verführung zu Verzagtheit und Demoralisierung tag-täglich ankämpfen –
und durch alle Rückschläge hindurch müssen wir dennoch positive Erwartungen aufrecht zu erhalten!

Unsere Erwartung: Es gelingt Ihnen, uns Zuversicht zu vermitteln - denn das würde dem kranken Angehörigen helfen.

2.

Eine weitere Eigenheit von Familien mit psychisch kranken Angehörigen:
Aufgrund der Nähe und in der Nähe sind wir häufig in den jeweiligen Wahn unseres Angehörigen involviert.

Wahnhalte könne auch eine Komprimierung biographischer Erfahrungen sein, und die Biographien von Familienmitgliedern sind aufeinander bezogen.

Mein Bruder Ingo hat sich z.B. in seinen beginnenden Psychosen manchmal als Täter, manchmal als Opfer von NS-Gewalt gesehen – ein Ausdruck der Erfahrung, dass unser Vater Zeit seines Lebens – auch noch als Direktor eines Industrieunternehmens – die Zeit der Nazi-Herrschaft und seine damalige Rolle in Ordnung fand –
meine Mutter hatte sich inzwischen deutlich davon abgewandt, und ich selbst teilte die Nachkriegsbiographien, in die ein vehementer Anti-Faschismus eingebrannt ist.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass die psychotische Thematisierung und Dramatisierung der Nazi-Zeit in der Jetzt-Zeit immer wieder – bis mehr als 60 Jahre nach Beendigung des Nazi-Terrors – schwere **innere** Konflikte bei meiner Mutter und auch bei mir ausgelöst haben – **innere** Konflikte, da wir – jeder auf seine Weise – mit der **sozialen** Bewältigung der Psychose beschäftigt waren!

Denn zumindest damals waren die Familien der größte und flexibleste Einrichtungstyp der Gemeindepsychiatrie ...

3.

Aufgrund des bisher Gesagten wünschen wir uns, dass Sie sich nicht darauf kaprizieren, in den Familien die Ursachen der Probleme zu sehen oder zu suchen - auch wenn Familien Probleme machen und vorhandene Probleme und Konflikte auch schon mal verstärken; Man könnte noch pointierter formulieren: wenn eine hilfreich gemeinte Intention scheitert erwarten wir, dass Sie die Ursachen dieses Scheiterns nicht primär bei den Familien, incl. dem

Patienten, suchen, sondern im Team, in der betrieblichen Organisation und/oder der regionalen Struktur - denn es sollte die Haltung gelten:
„Der Klient und seine Familie sind unsere **Aufgabe**, nicht die Ursache von Problemen“.

4.

Dass eine bestimmte und zunächst plausibel erscheinende Hilfeleistung scheitern kann, gehört zum Leben.

Die häufig darauf folgenden Abbrüche und Trennungen wollen wir allerdings nicht akzeptieren und wir erwarten professionelle Vorkehrungen, dies zu vermeiden - und wenn es dann doch nicht vermieden werden konnte, professionelles Zugehen mit dem Ziel, die krisenhaften Folgen solcher Abbrüche und Trennungen zu vermeiden.

Was wären die minimalen Voraussetzungen, um dieser unserer Erwartung zu entsprechen? Es bedarf einer dem Klienten und uns Angehörigen gegenüber persönlich verantwortliche Person - es bedarf einer „Fallverantwortung“, die unabhängig von der jeweiligen Hilfe sowohl Einrichtungs- als auch Trägerübergreifend Verantwortung übernehmen kann.

Diese Person integriert nicht nur die einzelnen Hilfen zu einem Ganzen. Diese Instanz, die mit ausreichend Kompetenzen gegenüber dem eigenen, aber auch gegenüber den anderen Arbeitsteams und Trägern unabhängig ist kann und soll auch die Übergänge und Zwischenräume zwischen einzelnen Maßnahmen verantwortlich integrieren, und sie ist aus unserer Sicht unabdingbar.

Sie sehen, die von uns erwartete Instanz ist mehr als der Fallmanager oder das, was Koordinierende Bezugspersonen in der heutigen Praxis bewirken können. Die Person, die die Funktionen dieser Instanz übernehmen würde, wäre ein „Carer“ im eigentlichen Wortsinne: jemand, der sich kümmert, jemand der sich um jene Belange seiner Klientel kümmert, die mit der Planung und Erbringung hilfreich gemeinter Hilfen zusammen hängen, sowie mit der Bewertung der Hilfen sowie ihren Wirkungen, dies selbstverständlich gemeinsam mit dem jeweiligen Klienten.

Eine solche Instanz, eine solche Person würde von uns Angehörigen als jemand erlebt werden, der oder die **tatsächlich** Verantwortung übernimmt.

Mit dem Vertrauen in die Übernahme von Verantwortung seitens der Professionellen scheint es bei uns Angehörigen nicht weit her zu sein - andernfalls wäre die Begeisterung von Angehörigen für Veranstaltungen mit dem Titel „Was wird, wenn ich nicht mehr bin?“ nicht nachzuvollziehen, und ebenso wenig wäre das geradezu massenhafte Auftreten von Angehörigen-Initiativen, die selbst (mit und ohne eigenem Kapital) Wohnraum mit angemessener Betreuung initiieren wollen für mich nicht erklärbar.

Dies Veranstaltungen und Initiativen sind aus meiner Sicht Symptome mangelnden Vertrauens in die professionelle Hilfebereitschaft.

5.

Neben dieser speziellen, an eine Person gebundenen Rolle wünschen wir als Institution - und nicht nur in den Kliniken, sondern auch im außerstationären und außerklinischen gemeindepsychiatrischen Raum - die Etablierung von Angehörigenvisiten.

Die wesentliche Erwartung von uns Angehörigen lautet jedoch:
Beistand bei den alltäglichen Belastungen! - und die können gravierend sein.

Folien ohne Text

Eine relevante Rolle im sozialpsychiatrischen Team: der Familiengast!

Da gibt es einen jungen Man, der trotz allen Zuredens und vieler Versuche sich immer wieder völlig zurückzieht, sein Zimmer verschließt, mit niemandem außer seinen Eltern – und zwischenzeitlich nur mit seiner Mutter – Kontakt haben will.

An manchen Tagen will er das Essen vor die Tür gestellt haben und wartet, bis niemand in der Nähe ist, um es sich herein zu holen.

Die Eltern können das Haus nicht mehr gemeinsam verlassen, sie haben Angst um ihr ca. 40jähriges „Kind“, für alle Beteiligten wird die Welt immer enger und bedrohlicher, hin und wieder aufkeimende laute Aktionen des Sohnes – so trommelt er nachts ohne ersichtlichen Grund an die Schlafzimmertüre der Eltern - erscheinen auf einmal gefährlich und der so stille, zurückgezogene Sohn plötzlich als aggressiv erlebt, - und keine Hilfe ist in Sicht:

Er scheint nicht einzusehen, daß er Hilfe bräuchte; kommt ein Profi, zieht er sich in sein Zimmer zurück – und der Profi zieht nach kurzer Zeit wieder von hinnen.

Angehörige kennen ungezählte solcher Situationen dieser Art, die uns – und augenscheinlich auch die Profis – hilflos machen.

Was könnte da noch helfen?

Wie wäre es damit?

Die Eltern schildern dem für die Region zuständigen ambulanten Dienst die Situation, und der Dienst schickt nun eine fachkompetente Person, die ohne Zeitdruck und Zeitbegrenzung mit den Eltern spricht – nicht mit dem Sohn, denn der will ja nichtt.

Im Zuge des Gesprächs wird deutlich, daß die Eltern erschöpft sind, außerdem haben sie Angst **um** ihren Sohn und hin und wieder Angst **vor** ihrem Sohn.

Auch waren sie seit langem nicht mehr im Theater, das sie früher so sehr liebten.

Und da macht die fachkompetente Person einen ganz unfachlichen und banalen Vorschlag: „Gehen **Sie** ins Theater, ich bleibe hier; zeigen sie mir, wo das Essen steht und die sonstigen Örtlichkeiten des Haushaltes; und wollen sie zusammen eine ruhige Nacht verbringen: ich bleibe auch länger, so lange, wie sie in ein Hotel ziehen wollen oder bei Freunden sich ausruhen wollen.“

Was passiert?

Es dauert ein wenig, bis die Eltern erkennen, daß der Vorschlag tatsächlich ernst gemeint ist – dann ziehen sie mit bangen Gefühlen los und müssen in der Theaterpause in ihrer Wohnung anrufen, ob auch alles in Ordnung sei und sie nicht doch gebraucht werden – werden sie nicht!

Für den Sohn kommt die Welt ein wenig durcheinander – nicht zu viel, aber immerhin!
Er bleibt in der ihm Schutz gewährenden Umgebung, niemand rückt ihm bedrohlich auf die Pelle, aber wenn er sein Zimmer verläßt, trifft er auf eine freundliche, unaufdringliche,

einfach nur da seiende Person, die ihm auf Fragen antwortet und gegebenenfalls kleine Bitten – wie der nach einem Tee – erfüllt.

In der Zukunft greifen die Eltern häufiger auf dieses neue, A-typische Medikament zurück – die Person steht kontinuierlich zur Verfügung, in der Wohnung ist sie alles andere als aufdringlich, sie hält sich ansprechbereit und ist einfach nur erwartungsfrei anwesend – aber jederzeit zu Rat und Tat bereit.

Der Sohn in unserer Modellfamilie zeichnet sich vor allem durch Rückzug aus.
Ein paar Straßen weiter lebt eine andere Familie, bei der es immer wieder aus unterschiedlichen Anlässen zu sich eskalierenden Interaktionen kommt

So ist die Tochter z.B. manchmal davon überzeugt, daß das Essen vergiftet sei – und ihr dann Essen anzubieten ist für sie gleichbedeutend mit einem Anschlag auf ihr Leben.
Aus dieser Bedrohung heraus wirft sie den Suppenteller auf den Boden, was die Mutter nachvollziehen kann, den Vater aber sichtlich ärgerlich macht – was wiederum die Angst der Tochter vergrößert und so weiter, und so weiter.

Wir haben also eine der vielen Krisen vor uns – und zwar solcher Krisen, die sehr anstrengend, beängstigend und den normalen Lauf der Dinge völlig durcheinander bringend sind.
Nun ist es leider auch in diesem Falle so, daß die Tochter nicht sieht, warum sie mit einem Arzt oder einer sonstigen sozialpsychiatrischen Fachkraft reden sollte - -wie wir alle wissen, **kein** seltener Fall.

Was tut unser ambulanter Dienst?

Er tut das gleiche wie soeben bei dem Sohn:

Es kommt jemand in die Wohnung, stellt sich **den Eltern** zur Verfügung **und bleibt** – und wenn es erforderlich ist, über Stunden, gegebenenfalls sogar über Tage.

Diese vierte, außerhalb der Familie stehende Person deeskaliert mit ihrer ruhigen, Sicherheit gebenden Art das Geschehen - und sie bleibt, sie ist einfach da, sie drängt der Tochter kein therapeutisches Gespräch auf, ist aber jederzeit ansprechbereit.

Auf weitere Beispiele, bei denen der Familiengast hilfreich wäre, möchte ich verzichten.
Stellen wir uns noch eine, **sehr gravierende** Krisensituation vor, die von den Angehörigen als völlig unerträglich erlebt wird.

In einer solchen Situation können Angehörige in unserer idealen Versorgungsregion mit dem idealen Gemeinpsychiatrischen Team sich ganz schnell und unproblematisch in ein Krisenbett für Angehörige, in das Weglaufhaus für Angehörige bzw. in ein Hotelzimmer zurückziehen –
und eine Mitarbeiterin des Dienstes übernimmt das Regime in der Wohnung - denn die Schwelle zur Indikation eines Klinikaufenthaltes ist bei weitem nicht überschritten, wohl aber die Belastungsgrenze für die Familie.

Für unseren „Familiengast“ gilt, was für alle Gäste zu gelten scheint:

Man freut sich, wenn sie kommen –

und freut sich genauso, wenn sie nach einiger Zeit wieder gehen.

Der Fisch schmeckt, so lange er frisch ist –

nach einiger Zeit beginnt er zu stinken)

Zur Professionalität unserer Familiengäste gehört also neben der unaufdringlichen Hilfsbereitschaft die Kompetenz des sich rechtzeitig Verdünnens –
um gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wieder zur Verfügung zu stehen.

Soviel zu den von uns erwarteten Rollen und Institutionen.

Die Realisierung unsere Erwartungen -

hängt von Ihrem professionellen Verstehen der Angehörigensituation ab

Hinter dem bisher Gesagten steht als zentrale Erwartung an das Team: ein vertrauens- und verständnisvoller Umgang mit Angehörigen- und der basiert auf dem Verstehen der Angehörigensituation.

Erlauben Sie mir daher den Versuch, mir und Ihnen manche auf den ersten Blick unverständliche Haltungen oder Reaktionen von Angehörigen verständlich zu machen. Begeben Sie sich mit mir auf den Weg zum Verstehen von uns Angehörigen.

Das Schuld-Dilemma oder: die Schulvorwurfs-Sensibilität

Wie Sie wissen, leiden alle Eltern-Angehörigen - und das ist die Mehrzahl derer, die sich kümmern - unter impliziten Schuldvorwürfen.

Nach wie vor gibt es Theorien, die den Eltern wesentliche Mitverursachung zuschreiben und nach wie vor erleben Angehörige, dass Ihnen eine Schuld an der Erkrankung vorgeworfen wird

Aber diese Ereignisse werden zunehmend seltener, und in den meisten Regionen, mit Sicherheit auch der Ihren, wird so etwas **niemals** auftreten - und dennoch empfinden nahezu alle Eltern-Angehörige in Haltungen und in so **nicht** gemeinten Äußerungen von Professionellen den Schuldvorwurf - und sie reagieren heftig darauf!

Was könnte der Hintergrund dieser enormen „Schuldvorwurfssensibilität“ sein?

Die psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes ist, das weiß inzwischen jeder, für die Angehörigen traumatisch: die Zeichen der Erkrankung selbst, aber auch die Odyssee durch Verwandtschaft und gut meinende, aber nicht hilfreiche professionelle Institutionen der Hilfe, bis es dann - im Schnitt nach mehr als 5 Jahren - zu einer ersten Klinikeinweisung kommt, häufig dramatisch und zusätzlich traumatisierend.

*Dr. Manfred Ziepert, vom Asklepios Fachklinikum Stadtroda beschreibt dies so:
Ein akut psychisch Erkrankter wird mit Blaulicht und Polizeieskorte in die Klinik gebracht – und die Angehörigen haben das in die Wege geleitet! Der Kranke meint:
„Ihr habt mich verraten. Ich werde abgeschoben, damit ich hier kaputtgehe.“ Und die Angehörigen, die tage- oder gar wochenlang Aggressionen aushalten mussten, Angst um das Leben des Kranken ausstanden oder mit ansehen mussten, wie der Kranke viel Geld ausgab, gar einen großen Teil des Vermögens verschleuderte – für sie wird das Geschehen noch schlimmer, wenn sie schließlich in ihrer Ratlosigkeit den Notarzt oder die Polizei alarmieren. Ihre Schuldgefühle sind dann so schlimm wie alles andere vorher.*

Diesen - der Intervention geschuldeten - Schuldgefühlen gingen aber bereits andere voraus!

Die Angehörigen waren einer unerwarteten Situation - der Erkrankung - häufig plötzlich, in jedem Falle aber hilflos ausgeliefert, und sogar die eigenen Versuche, hilfreich zu sein - die angesprochene Odyssee - beweist noch ihre Hilflosigkeit.

Aus dieser Zeit bleibt die Gewissheit,

- nicht in der Lage gewesen zu sein, dieses schwere Schicksal vom eigenen Kind und der eigenen Familie abgewendet zu haben,
- darin versagt zu haben, das Kind und die eigene Familie zu schützen.

Von spontaner Empathie zum Erleben von Ver-Urteilungswissen

Die von den Eltern nicht nur erlebte, sondern faktische Hilflosigkeit und das vom Kranken erlebte Verhalten der Eltern wirkt:

- die Eltern können ihr Dilemma zwischen totaler Überlastung und totaler Hilfebereitschaft für ihr „Kind“ nicht lösen und sehen sich gezwungen, einen für sie schuldbeladenen Weg zu gehen: Ihre Liebe zu ihrem Kind zwingt sie zu einem Verhalten, das vom Kind als das Gegenteilige erlebt wird.
- die Eltern bleiben für den Kranken keine sicheren, vorhersagbaren Partner mehr,

Das kann dem Kranken das Gefühl einer gewissen Gleichgültigkeit von Nähe und Ferne seitens der Eltern vermitteln,

und das kann in die Gleichzeitigkeit von Ablehnung der Kontakte zu den Eltern bei zugleich überhöhten Erwartungen an sie münden.

So kann sich ein ehemals sicherer Bindungsstil in einen unsicheren bzw. desorganisierten verwandeln - und damit pathogene Prozesse verstärken.

Falls Sie der nur angedeuteten psychodynamischen Argumentation nicht folgen wollen lässt sich das Ergebnis - die Gleichzeitigkeit von Ablehnung der Kontakte zu den Eltern bei zugleich überhöhten Erwartungen an sie - auch einfacher verstehen.

Das Verhalten eines psychisch kranken Kindes wird von den Angehörigen - mehr noch als von den professionellen Helfern - ständig „untersucht“, d.h. es wird beobachtet, ob das beobachtete Verhalten noch „dem Normbereich“ zuzuordnen ist, oder bereits als Signal für eine beginnende Psychose, Depression oder Manie zu kategorisieren ist.

So verändert sich die früher zwischen Mutter und Kind sich spontan realisierende Empathie „unter der Hand“ in ein „Beurteilungswissen“ seitens der Eltern. Dies wird von dem kranken Familienmitglied häufig nicht als Be-, sondern Ver-urteilungswissen erlebt.

Auf Seiten der Eltern wird eine ggf. alltägliche Aufgeregtheit des Angehörigen zu einem Frühwarnzeichen, und je nach dem, welches Psychoedukations-Programm die Familie durchlaufen hat, wird es nur als Frühwarnzeichen, oder elaborierter als frühes, ganz frühes oder spätes Frühwarnzeichen interpretiert.

So wird eine ohnehin schon aufgrund der Erkrankung schwierige Beziehungsgestaltung durch den angedeuteten Prozess (Empathie wandelt sich in Beurteilungswissen) weiter verkompliziert.

Der ausweglose Ausweg ...

Aber -

selbst wenn der empathische Bezug **nicht** wie soeben behauptet verstört wird - Alle, die enge Beziehungen zu Müttern, psychisch kranker Menschen pflegen oder wie ich als Geschwister aus solchen Familien stammen, - sie alle kennen die von den Angehörigen erlebte Ausweglosigkeit angesichts der Erkrankung sowie der Begleitumstände.

Sie haben häufig ein von den Müttern gut gehütetes Geheimnis erfahren: viele, sehr viele Mütter haben angesichts der Zeichen der Erkrankung und der enormen Belastungen für die gesamte Familie in dieser zugleich von eigener Hilflosigkeit geprägten und für sie ausweglosen Situation einen Ausweg geplant: sie hatten erwägt und manchmal bereits beschlossen, sich und ihr krankes Kind zu suizidieren.

Von diesen schwierigen, teils traumatischen Anfangserfahrungen mit der Erkrankung wird gemeinhin nicht geredet, häufig wird folgende Geschichte erzählt:

„Er kam mit Blaulicht ins Krankenhaus, das war ganz schrecklich - aber wir wussten damals nicht, dass es einen Krisendienst gibt; und niemand hatte uns bis dahin gesagt, dass er psychisch krank ist, obwohl er doch schon seit Jahren irgendwie anders wurde und wir von Pontius zu Pilatus gelaufen sind!“

In solchen und ähnlichen, wenig spektakulären Äußerungen ist die Dramaturgie für die „Schuldvorwurfs-Sensibilität“ mit den angesprochen Facetten und Effekten verborgen.

In Zukunft wird bei vielen Eltern jeder Rückfall, aber häufig auch nur Gespräche über die Erkrankung, die oben kurz umrissene Ursprungssituation zu neuem Leben erwecken - und dies ist untrennbar mit dem Erleben von Schuldgefühlen verbunden.

Dieses reaktivierte Gefühl kann man versuchen zu verdrängen, aber auch „kultivieren“. Eine Form der Kultivierung ist die „**projektive Schuldvorwurfs-Sensibilität**“: die inzwischen von den Eltern zwar kognitiv als unsinnig erkannte aber dennoch erlebte eigene Schuld - sie wird als Vorwurf seitens der Gesprächspartner wahrgenommen.

Nebenbei gesagt -

Ich neige inzwischen dazu, einen weiteren Aspekt bei Angehörigen, der mich sehr ärgerlich macht, auf diese Dynamik zurück zu führen.

Diese psycho-soziale Dynamik ist mit Schmerzen und höchst unangenehmen Erinnerungen verbunden - vielleicht ist es das, was es vielen Eltern so schwer macht, mehr als nur biologisch Verursachtes im Erleben und Handeln ihrer kranken Familienmitglieder zu sehen. Von da aus ist es nicht mehr weit bis zur Stoffwechselerkrankung des Gehirns, zur Überschätzung der medikamentösen Behandlung und so zu den Voraussetzungen von Verführungen durch die Pharmaindustrie.

Zum Glück -

alle Mitglieder des Teams sind Profis und somit sind sie grundsätzlich in der Lage, mit Projektionen umzugehen.

Die Projektionen zeigen sich häufig und direkt als Gegenübertragungen im Team, wenn Sie sich z.B. dabei ertappen, zu denken oder zu sagen: „... bei dieser Mutter oder diesem Vater wundert mich das nicht“ - ohne dass Sie das so meinen: es war eben nicht ganz einfach mit dem Vater oder der Mutter, sie sind ein wenig verärgert - wissen aber zugleich, dass solches elterliche Verhalten nicht psychiatrisch-pathogen ist.

Sollten Sie so etwas bei sich beobachten, so sollte dies - das ist unser Wunsch - ihre professionelle Energie auslösen. Gerade diese Angehörigen sind hilfebedürftig. Ihre Helfensbereitschaft sollte gerade dann geweckt werden, wenn sie Abwehr dagegen spüren.

Ein weiterer aus meiner Sicht für professionelle Helfer wichtiger Gesichtspunkt:
wir sind als Angehörige in tiefe Ambivalenzen verstrickt.

Unser Familienmitglied signalisiert unmissverständlich großen Hilfebedarf – sollen wir das zurückweisen, da er ja nur auf Zuneigung hinaus will bzw. sich von den realen Anforderungen des Lebens drücken will – oder müssen wir das Bedürfnis befriedigen, da er sich andernfalls völlig überfordert sieht und wieder krank wird oder sogar einen Suizidversuch machen wird?

Zumeist steckt in seinem uns gegenüber geäußerten Bedürfnis nach Hilfe bereits eine eigene Ambivalenz unseres Angehörigen.

Er signalisiert sein Bedürfnis nach Hilfe, er hat aber zugleich Angst davor, dadurch seinen Autonomie-Anspruch, die Basis von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstachtung aufzugeben – und dem steht nun unsere Befürchtung gegenüber, zuwenig Hilfe zu leisten – was in Krankheit, Verwahrlosung oder gar Suizid führt – oder zuviel – womit wir ein „Unselbständigkeitstrainig“ anzetteln würden.

Auf diese Weise werden alle Beteiligten oft dazu verführt, Ambivalenzen im Familiendrama zu inszenieren:

der Eine repräsentiert die unbedingte Hilfsbereitschaft und Nachgiebigkeit; er symbolisiert die besondere Bedürftigkeit, die Erschwernis dieses Lebens, er übernimmt die Schutzfunktion, der Andere die Realität und die Ansprüche der Wirklichkeit: er ist fordernd –

Derartige Polarisierungen sind deshalb so verführerisch, weil es gut tut, einmal unbeding und einschränkungslos nachgiebig sein zu können und genauso gut fühlt es sich an, der Realität zu folgen –

Endlich kann man in der Uneindeutigkeit - eindeutig sein!

Ist unser Familienleben erstmal polarisiert, ist beides völlig ungefährlich: es passiert weder das eine, noch das andere – wir blockieren uns wechselseitig – und das ist letztlich wahrscheinlich sogar gut so:

In der Polarisierung tritt die wohl unvermeidbare Zerrissenheit von uns Angehörigen zu Tage, die uns sonst üblicherweise innerlich, als Einzelpersonen zerreißt: wer wagt von uns Angehörigen schon zu sagen, was in der jeweiligen Situation gerade richtig ist?

Und wie sieht das im Team aus?

Warum habe ich versucht, Ihnen das Erleben und die Erlebensdynamik von uns Angehörigen ein wenig zu schildern?

Hier wünschen wir uns vom Team eine Auflösung, eine Verflüssigung dieser Pole, Hinweise, wie wir mit den angesprochenen Dilemmata leben können; wir wünschten uns, Sie würden uns helfen, dies situationsgerecht auszubalancieren!

Ich glaube nicht, dass das durch sog. „Angehörigenberatung“ oder Bemühungen um die (Wieder-)Etablierung von Angehörigengruppen möglich ist.

Alle angesprochenen Phänomene resultieren ja aus den Interaktionen in den Familien, **alle** Familienmitglieder sind daran beteiligt.

Die fachliche Konzentration des Teams auf die Kranken, die Psychiatrie-Erfahrenen - und die **parallele** Etablierung von Angehörigen-Angeboten kann aus meiner Sicht **nicht** die Lösung sein.

Es bedarf einer fachlichen Integration aller Perspektiven der Familien im Team.

6.

Dies spricht - und damit komme ich sowohl zum Ende als auch zum Kern unserer Erwartungen - für die Etablierung einer „Angehörigen-Anwaltschaft“ im Team, einer Person, die die Haltungen und Interessen von uns Angehörigen im Team repräsentieren kann - im Sinne einer vertrauensbasierten verständnisvollen Hinwendung und Berücksichtigung der Irrungen und Wirrungen von und in Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen.

Dies ist nicht die persönlich verantwortliche koordinierende Bezugsperson, von der ich anfangs sprach. Über das Zusammenspiel der beiden Rollen können wir im Workshop nachdenken.

Das heißt konkret: Sowohl im gesamt-regional zuständigen als auch in den jeweiligen Arbeitsteam gibt es jemanden, der die Perspektive der Angehörigen „professionell“ übernimmt - und der bzw. die auch bei problematischer Familiendynamik dafür sorgt, dass erstens das Team integriert bleibt und dass zweitens die „Sperrigkeit des gesamten Falles“ - die Familienmitglieder eingeschlossen - im Team aufrecht erhält - anstatt die wohlfeile Lösung zu wählen, den Angehörigen mit fachlich verbrämter Argumentation aus dem Wege zu gehen.

Damit haben Sie das fünfte - und vorläufig letzte - Qualitätssiegel verdient!

Dies kann übrigens durch den auch von uns vehement geforderten Dialog auf allen Ebenen, auf der Steuerungs-, - der Organisations- und der Arbeitsebene nicht ersetzt werden, ebenso wie der Dialog durch die im Team repräsentierte „Angehörigen-Anwaltschaft“ nicht ersetzt werden kann.

Epilog

Ich bin Angehöriger, und zwar ein Geschwister. Ich habe einen zwei Jahre älteren psychisch kranken Bruder, der während der Abiturprüfung auffällig wurde, vom Hausarzt „zur Stärkung seiner Persönlichkeit“ zur Bundeswehr geschickt wurde, und schließlich mit Blaulicht und Polizei in einer Psychiatrischen Klinik landete.

*Nach - insbesondere für meine Eltern - aufreibenden 20 Jahren lebte Ingo eine ganze Reihe von Jahren ruhig und eher mäßig zufrieden und in selbst gewählter Einschränkung in einer Partnerschaft vor sich hin, bis ihn Experimente mit Atypika zu neuem Leben, und sogar wieder neuer und junger Liebe erweckten:
er befreite sich aus den Fesseln von Angst vor dem Leben, von Sicherheit durch Abhängigkeit, von Rückzug um der Vermeidung von Krankheitsrisiken willen.
(So ähnlich drückte er sich aus).*

*Die Anstrengung dazu war für ihn so gewaltig, dass er sie nur mit einem Schluck aus der Manie-Flasche zu bewältigen glaubte - worauf aber leider, wie in seinen jüngeren Jahren, Niedergeschlagenheit folgte, sowie Angst, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit:
der neu gewonnenen Lebenslust folgte für ihn ein Lebensgefühl - und damit ein subjektives Leben - das er so nicht leben zu können glaubte.*

Seine behandelnde Ärztin war für ihn immer ansprechbar, unsere noch rüstige Mutter war wieder für ihn da, meine eigene Familie hat sich bemüht, auch eine ehemalige Lebenspartnerin aus früheren und schlimmen Tagen, die Klinik, die Tagesklinik und die Institutsambulanz - aber niemand konnte ihm die Menge oder Qualität von Hoffnung geben, die es ihm erlaubt hätte, an eine Veränderung dieses Lebens zu glauben, das er nicht mehr aushalten wollte bzw. konnte.

Er nutzte die Medikamente, die ihm Leben helfen sollten, um sich das Leben zu nehmen.

Seit damals - es ist inzwischen fünf Jahre her - treibt mich etwas auch heute noch um, was ich auch nicht vergessen will, denn darin liegt vielleicht die letzte Botschaft, die mir mein Bruder Ingo mit gegeben hat.

Er hat in den letzten Wochen vor seinem Suizid wiederholt davon gesprochen, dass er sich nicht nur überflüssig und nutzlos in dieser geschäftigen Welt vorkomme - sondern dass es ihn sehr bedrücke, wie belastend er für alle Menschen sei, die sich für ihn noch interessieren würden.

Er sah sich als enorme Belastung

- für seine Angehörigen,
- für die - von ihm inzwischen durchweg als gutwillig wahrgenommenen - Profis,
- und er sah sich als Belastung für das Sozialsystem.

*Was machen wir - die Angehörigen und die Profis - oder was machen wir **nicht**, dass solche Ideen aufkommen können?*

Klaus Dörner würde in seiner unnachahmlichen Ausdrucksweise sagen:

Bei meinem Bruder Ingo sei die „Anreicherung seiner Person an Bedeutung für Andere“ nicht gelungen.

Er konnte sich prima auf Kinder und deren Lerntempo einstellen - Welch` eine „Anreicherung von Bedeutung“ für lernschwache Kinder aus unserer Nachbarschaft und für meinen Enkel hätte man daraus machen können!

Kann man jemanden auf den möglichen Suizid des kranken Angehörigen vorbereiten? Immerhin wird voraussichtlich jeder Zehnte davon betroffen!

Ich glaube kaum; aber vielleicht wäre ein Gesprächsangebot hilfreich - und nicht die abgeschmackte Rede, mitleidvoll vorgetragen:

„Wer sich das Leben nehmen will, der findet einen Weg“.

Das mag Menschen beruhigen und trösten, die keinen nahen Angehörigen durch Suizid verloren haben; aber Angehörige wissen: er oder sie wollte nicht tot sein - er oder sie wollte und konnte nicht länger so leben - und das lässt die Angehörigen unweigerlich mit Fragen zurück

Meiner Mutter hat sich übrigens keiner der vielen Professionellen als Gesprächspartner angeboten, mich hat nach einiger Zeit ein Krankenpfleger angerufen, den ich aus dem Psychoseseminar kannte.

Die leidvolle Erfahrung hat mich ein wenig demütiger werden lassen, und seit dem kommt es mir manchmal eigenartig vor, wenn ich - wie heute - Erwartungen von uns Angehörigen an Professionelle formuliere - so, als sei Alles machbar! Es ist nicht Alles machbar, auch noch so gut überlegte Hilfen von Angehörigen und von Professionellen können auch in der Erfahrung von Hilflosigkeit enden.

Davon dürfen wir aber unsere Zuversicht nicht zerstören lassen!