

Was erwarten Angehörige vom Trialog – oder: ein ungleicher Kampf um wechselseitige Anerkennung und Beteiligung

Seit der Zeit, als der Trialog noch ein Dialog war, sind wir Angehörigen mit dabei: Angehörige waren von Anfang an in den Hilfsvereinen beteiligt, die sich im Jahre zum Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen zusammen geschlossen haben (siehe den Beitrag von Birgit Görres).

Und auch im Alltagsleben sind es in der Regel Angehörige, die in den Familien den Dialog mit den Familienmitgliedern fortsetzen, die schließlich psychiatrie-erfahren werden und in den Dialog mit den Professionellen eintreten.

Wozu sollen sich Angehörige mit der Frage nach dem Trialog beschäftigen? Wir sind doch von der ersten Minute des psychotischen sowie des psychiatrischen Geschehens dabei, ob wir wollen oder nicht. Von uns wird erwartet, dass wir mit unserem Angehörigen so lange den Dialog führen, bis er „trialogfähig“ ist, bis er also bereit ist, die Hilfen der professionellen Systems anzunehmen.

Jeder Angehörige kann von seiner ganz persönlichen Odyssee auf der Suche nach Hilfe berichten, von den guten Argumenten, warum die angesprochenen Helfer nicht kommen können, warum es unseren erkrankten Familienmitglied noch viel schlechter gehen müsse (obwohl er und wir schon jetzt verzweifelt sind), bis sie intervenieren könnten – oder er sei bereit, freiwillig zu kommen; so wird uns die Aufgabe zuteil, ihn „trialogfähig“ zu machen!

Sobald unser Angehöriger bereit ist, sich auf das professionelle System einzulassen, erfolgt eine wundersame Wandlung: Wir werden von Allem, was nun geschieht, weitgehend ausgeschlossen! Der Patient /Klient steht im Mittelpunkt (gut so!), und wir Angehörigen draussen (schlecht so!); wenn wir in dieser Situation „nicht loslassen können“, erweisen wir uns als „over protecting“, als überfürsorglich.

Dieser Ausschluss gilt so lange,

- bis der entsprechende Teil des Systems seine Aufgabe aus seiner Sicht erfüllt hat¹,
- oder für die Aufgabe kein Geld mehr bekommt²,
- oder meint, mit unserem Angehörigen nichts nützliches mehr anfangen zu können³.

Tritt einer dieser Fälle ein, erfolgt eine zweite kopernikansiche Wende:

nun werden wir Angehörigen wieder zuständig und verantwortlich; dies abzulehnen macht aus over-protecting - Raben-Angehörige.

Leider entspricht diese etwas holzschnittartige Darstellung für den Umgang der Professionellen mit den Angehörigen in sehr, sehr vielen Situationen und Regionen noch der Realität – trotz der proklamierten Wende zum personenzentrierten Ansatz, trotz der vielerorts gestarteten Versuche der Träger, sich in für die regionale Versorgung verantwortlichen Verbänden zusammen zu schließen, trotz der in einigen Kliniken eingeführten „Angehörigenvisiten“, in denen wir zu festgelegten Zeiten mit dem Klinikpersonal unsere Fragen besprechen können und trotz der – allerdings viel spärlicheren – Installierung ambulanter Teams, die unsere psychoseerkrankten Familienmitglieder in ihrem Wohnumfeld aufzusuchen und zu behandeln bereit sind, selbst wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung nicht vorliegt.

¹ Jede der Einrichtungen hat ihr Konzept und ihre häufig selbstdefinierte Aufgabe; für den über diese eigene Helferdefinition hinaus gehenden Hilfebedarf fühlt sich niemand professionell verantwortlich.

² - die Krankenkasse z.B. nicht mehr bereit ist, den Klinikaufenthalt länger zu finanzieren.

³ Wenn unser Angehöriger mit den Betreuern des Betreuten Wohnens, oder diese mit ihm, nicht mehr überein kommen, erfolgt eine Entlassung; wohin wird aus der Klinik und dem Betreuten Wohnen entlassen? In der Regel in den Schoß der Familie.

Obwohl Angehörige nach wie vor überwiegend die aufgezählten negativen Erfahrungen machen müssen nehmen wir sehr wohl die engagierten Bemühungen um Veränderungen in vielen Dienste, Einrichtungen und Regionen wahr, und wir sehen auch, dass an vielen Orten diese Bemühungen erfolgreich sind:

es kommt immer häufiger zu personenorientierten Hilfen – für uns daran erkennbar, dass diese Hilfen nicht mehr den konfektionierten Angeboten entsprechen, sondern den faktischen Bedürfnissen unserer Angehörigen;

wir erfahren in zunehmend mehr Regionen, dass die elendigen Wartelisten verschwinden und schneller und flexibler Hilfe weichen; selbst wenn diese schnell zur Verfügung stehende Hilfe nicht dem Optimum entspricht erkennen wir darin die praktisch werdende Verpflichtung der Träger zur Versorgung der Bürger in ihrer Region.

Die mehrheitlich negativen Erfahrungen auf der einen, die von positiven Entwicklungen geprägten Erfahrungen auf der anderen Seite prägen unsere Erwartungen vom und unser Engagement für den Dialog.

Für uns gibt es drei Ebenen des Dialogs, die natürlich miteinander in Beziehung stehen.

1. Die Ebene der Gestaltung von Strukturen, z.B. von Verbänden mit Versorgungsverpflichtung.
2. Die Ebene der Gestaltung der Behandlungs-, Betreuungs- bzw. Rehabilitationsbeziehung.
3. Die Ebene des bedingungslosen Dialogs in den Psychose-Seminaren.

Entsprechend dieser drei Ebenen gliedern sich unsere Erwartungen.

Die Ebene der Gestaltung der Strukturen

Wir erwarten eine uneingeschränkte Beteiligung in allen Gremien, und dies ist weitgehend realisiert.

Wir wünschen diese Beteiligung – und das ist unsere eigentliche Erwartung -, um mit dafür zu sorgen, dass den schönen Worten von den personenorientierten Hilfen, von der Versorgungsverpflichtung, von der personenzentrierten Hilfeplanung u.s.w. entsprechende Taten folgen, die eine entsprechende Realität schaffen.

Wir wollen den Profis den Rücken stärken, die die mit diesen schönen Worten angetönten Veränderungen tatsächlich wollen.

Dabei wissen wir, dass wir auf dieser Ebene auf engagierte Professionelle oder Politiker angewiesen sind, die den angedeutete Gestaltungswillen haben müssen und die beginnen, entsprechend zu gestalten: erst dann können wir und die Psychiatrie-Erfahrenen mit-tun, bzw. das Tun dialogisch gestalten.

Allerdings wissen wir auch um die Probleme der Beteiligung in Gremien, die die Strukturen gestalten wollen.

1. Es gibt ungeheuer viele Gremien – aber wie können wir Angehörige deren Relevanz einschätzen?

Die Aufgaben- und Zielstellung der Gremien ist keineswegs immer klar definiert; so findet sich so mancher Angehöriger in einer unverbindlichen Diskussionsrunde wieder, obwohl der Name des Gremiums Planungsverantwortung signalisiert (so bei manchen Psychosozialen Ausschüssen). Aber auch das Gegenteil ist keineswegs ungewöhnlich: so manche PSAG hat sich zu einem respektablen und respektierten Entscheidungsgremium gemausert.

Diese Vielfalt irritiert den Einzelnen vor Ort und macht die überregionale Kooperation unter Angehörigen zu Kommunikationen, in denen die Begriffe immer wieder auf ihren konkreten

Gehalt hin überprüft werden müssen. Wir wissen sehr wohl, dass es den Professionellen dabei nicht anders ergeht – aber die sind mit diesen Fragen beruflich und tag täglich befasst, wir Angehörigen tun dies in unserer „Freizeit“.

2. Die Teilnehmenden in den Gremien haben gelernt zu schweigen, wenn wir reden – aber hören sie uns auch zu?

Dies ist eines der ärgerlichsten Phänomene des Dialogs.

Wir sprechen in den Gremien immer wieder unsere Wünsche aus, die Hilfen so zu gestalten, dass wir möglichst ohne permanente Spannungen mit unserem kranken Angehörigen umgehen können, ihn stützen und unterstützen können, ihm die Hilfen unserer Familie geben können, die er für sich nutzen kann und zu denen wir in der Lage sind.

Dazu schlagen wir immer wieder vor, dann und nur dann – aber dann auch tatsächlich - Hilfen zu bekommen, wenn wir und/oder unsere kranken Familienmitglieder nicht mehr weiter wissen – und dass diese Hilfen dort verfügbar sein sollen, wo sie zu dem Zeitpunkt gebraucht werden: also an den Orten, wo wir und/oder unsere Familienmitglieder gerade leben.

Diese Forderung bzw. dieser Wunsch kommt seit Jahren in unterschiedlichen Gewändern daher:

- die Einrichtung von Krisendiensten (heute sprechen wir lieber von der „Krisenfunktion“, die in einer Region erfüllt sein muss),
- die Kritik an den niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern, zu wenig Hausbesuche durchzuführen,
- die Kritik an den Sozialpsychiatrischen Diensten, sehr häufig nur dann zur Verfügung zu stehen, wenn unser krankes Familienmitglied mit ihnen sprechen will (verbunden mit dem gut gemeinten Hinweis, sie kämen allerdings auch dann, wenn wirklich Gefahr im Verzuge sei ...).

Alles dies ist Ausdruck des Ringens um die Lösung des Problems, gerade in kritischen Zeiten schnell und flexibel Hilfe zu erhalten, damit das familiäre Hilfesystem nicht an den aktuell hohen Belastungen zusammen zu brechen droht – mit dem Effekt, dass wir Angehörigen dann die Abgabe unserer Teil-Verantwortung und die „Abgabe“ unseres Familienmitgliedes an eine die totale Verantwortung übernehmende Institution herbeisehen – herbei sehnen mit gemischten Gefühlen.

Gemischt sind die Gefühle, weil wir sehr wohl die völlige Entlastung nach der Zuspitzung der Belastung herbeisehen – und zugleich Scham, Schuld und Trauer empfinden, weil wir in vielen Fällen glauben, auf die „harte“ Version der Abgabe an eine totale Verantwortung übernehmende Institution könnte verzichtet werden, wenn wir und unser Angehöriger vorher „weiche“ Hilfe in ausreichender „Stärke“ erhalten hätten.

Übrigens: diese Gefühle treiben uns Angehörige in diesen Zeiten, und in der Erinnerung an diese Zeiten um – unabhängig davon, ob es nun tatsächlich zu der „harten“ Hilfe kommt oder nicht: oft genug erweisen sich ja die Ressourcen der Familien incl. der Ressourcen der Erkrankten doch größer als befürchtet, und die Bereitschaft, auch extreme Belastungen sogar über längere Zeiträume auf sich zu nehmen, gehört scheinbar zu den Vorzügen (oder Nachteilen?) von Familien mit psychisch kranken Familienmitgliedern.

Schon seit Beginn der organisierten Angehörigenbewegung sagen wir dies und wir wiederholen uns mit schöner Regelmäßigkeit in allen den Gremien – aber hört man uns zu?

Viele Angehörige haben auch heute noch, trotz aller Erfolge der Psychiatriereform, nach wie vor so sehr unter den Belastungen zu leiden, dass vielen von uns Angehörigen selbst in den sogenannten „ruhigen Zeiten“ die notwendige Gelassenheit für eine hilfreiche Unterstützung verloren zu gehen droht.

Vielen Angehörigen gelingt es aufgrund dieser Belastungen nicht, gegen die Verzweiflung, die aufkeimende Kleinmut, den schleichenden Pessimismus und die Verführung zu Verzagtheit und Demoralisierung tagtäglich anzukämpfen – dabei wäre es für uns Angehörige und unser krankes Familienmitglied so wichtig, wenn wir von positiven Zukunftserwartungen erfüllt wären - statt von Klagen über mangelnde Hilfen und über ein Versorgungssystem, das an den Bedürfnissen und dem Bedarf vorbei geht.

Von den professionellen Helfern werden unsere Belastungen sehr wohl gesehen, sie werden sogar wissenschaftlich untersucht⁴.

Mehr noch: darauf wurde sogar eine eigenständige Theorie- und Forschungstradition aufgebaut⁵; eine Tradition, die „High-Expressed-Emotions“⁶ in Familien von den „Low-Expressed-Emotions“ in den Familien unterscheidet – und in den „High-Expressed-Emotions“ in Familien den wesentlichen Grund für vermehrte Rückfälle empirisch nachweisen konnte. Noch heute spukt in den Köpfen eine falsche Interpretation der Ergebnisse herum, nämlich die Auffassung, es gäbe diese beiden Familientypen unabhängig von den erfahrenen Belastungen. Dabei wurde zwischenzeitlich nachgewiesen, dass die „High-Expressed-Emotions“ Reaktionen auf die Belastungen sind – und nicht etwas davon unabhängige familiendynamische Konstanten⁷. Außerdem wurden „High-Expressed-Emotions“ auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern festgestellt, die belastende Betreuungsbeziehungen aushalten müssen.

Das ist die eine Richtung der professionellen Wahrnehmung von Belastungen der Angehörigen.

Die anderen Professionellen⁸ entdecken in ihren Forschungen, dass bei uns Angehörigen die psychosoziale Stressbelastung ebenso hoch ist wie bei Prüfungskandidaten vor dem Staatsexamen, dass 60 % der Angehörigen eigentlich aufgrund der Belastungen behandlungsbedürftig wären, dass die mit objektivierenden Verfahren (dem General Health Questionnaire) gemessene gesundheitliche Belastung doppelt so hoch ist wie unter der Normalbevölkerung u.s.w.

Diese Forscher stellen auch fest, dass wir Angehörigen nicht so sehr unter der Krankheit unserer Familienmitglieder leiden, sondern unter den Umständen des „caring“, d.h. unter den

⁴ Diese Bemerkung ist nicht polemisch gemeint, wir begrüßen das; dennoch ist uns aus naheliegenden Gründen an einer Beseitigung der Belastungen mehr gelegen; in soweit, als deren wissenschaftliche Betrachtung für deren Beseitigung Voraussetzung zu sein scheint, begrüßen und unterstützen wir diese Untersuchungen.

⁵ Siehe z.B. Olbricht, R.: Expressed Emotion (EE) und die Auslösung schizophrener Episoden: Eine Literaturübersicht. Nervenarzt 54 (1983), S. 113-121

⁶ High-Expressed-Emotions“, d.h. die Rede von hoher emotionaler Beteiligung wurde als Bezeichnung gewählt, da in den zuerst untersuchten Familien (1950/51) starke Emotionen sehr offen zu Tage lagen; heute werden die gezeigten Emotionen von den häufig, aber nicht immer mit hohen Emotionen verbundenen kritisch-feindseligen Äußerungen in ernst zu nehmenden Untersuchungen differenziert. In der „halbwissenschaftlichen“ Diskussion wird allerdings noch oft von den „HEE- und LEE-Familien“ geredet und geschrieben.

⁷ „...trotz der Vielzahl der untersuchten Variablen wies nur kritisch-feindseliges Verhalten sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern einen Zusammenhang mit der emotionalen Belastung auf“ (S. 29; Sennekamp, W.: Aspekte der emotionalen Belastung von Angehörigen Schizophrener. Psychiatrische Praxis 22 (1995) S. 27-29)

⁸ Hier sei stellvertretend auf Dr. Frank und die Gießener Angehörigenstudie verwiesen, u.a. im Tagungsbericht zur zwölften Hofgeismarer Psychiatrietagung im Jahre 2002 und in der Veröffentlichung zum ersten Hessischen Psychiatrietag, Wiesbaden und Offenbach 2000 (zu beziehen über den Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.)

Umständen der Hilfgewährung – womit wir wieder beim Ausgangspunkt unserer Überlegungen wären:

Belastend sind die vom Versorgungssystem diktierten Bedingungen, die definieren,
- wie und welche professionellen Hilfen unsere Familienmitglieder bekommen,
- wie wir in diese Hilfeleistungen eingebunden werden, oder eben nicht einbezogen werden,
- und wie und welche Hilfen wir dann kompensatorisch (d.h. in Kompensation der Lücken und der sonstigen Mängel des Versorgungssystems) selbst zu übernehmen haben, damit unser Familienmitglied mit seiner Krankheit und den Krankheitsfolgen möglichst angemessen fertig werden kann.

Das Ärgerliche daran:

wir beteiligen uns aktiv am Dialog in den Gremien, die die Strukturen der Hilfen gestalten – müssen aber mit Bestürzung feststellen, dass diese unsere Beteiligung bisher an vielen Orten zu keinen Veränderungen führte.

Daneben gibt es Regionen, die sich offensichtlich ohne unser Zutun an unseren Wünschen zu orientieren scheinen – obwohl es dort keine aktiven Angehörigenvertreter gibt!

Was sollen wir daraus lernen? Dass der Dialog in diesen Gremien überflüssig ist?

Ich meine nein; aus meiner Sicht bestätigt sich einmal mehr, dass „gute Psychiatrie“ in der Lage ist, die Bedürfnisse von uns Angehörigen zu erkennen, ohne dass wir sie aktuell vortragen – dass wir aber in der Regel mit der Artikulation unserer Erfahrungen, unserer Forderungen und Wünsche noch viel klarer und eindeutiger, noch viel fordernder und lauter werden müssen, um das schweigende Weghören zu durchbrechen.

Es genügt offensichtlich nicht beim Dialog innerhalb der Gremien körperlich anwesend, hell wach und mit guten Argumenten bestückt zu sein.

Um in diesem Dialog mit den eigenen Vorstellungen Wirkungen erzielen zu können ist für uns Angehörige (und das Gleiche gilt wohl auch für die Psychiatrieerfahrenen) mehr als unsere Präsenz und das Wohlwollen der Professionellen erforderlich: es bedarf stützender institutioneller Vorkehrungen, wie z.B. folgende:

- Zu jeder Planung und zu jedem Vorhaben wird von der Politik und den Leistungsträgern eine Stellungnahme seitens der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen verlangt; ein positives Urteil bzw. eine Einigung im Anschluss an eine negative Beurteilung ist für die Realisierung der Planungen unabdingbar.

- Angehörige und Psychiatrieerfahrene werden von der Politik und den Leistungsträgern zur Bewertung der bestehenden Einrichtungen und Dienste aufgefordert; im Falle von negativen Bewertungen erhalten die Angehörigen und die Psychiatrieerfahrenen nach einer ausreichenden „Mängelbeseitigungsfrist“ einen Bericht, wie die Schwachstellen beseitigt wurden.

- Psychiatrieerfahrene und Angehörige erhalten fachkompetente Unterstützung bei der Entwicklung eigener Vorschläge, wie bestimmte Hilfebedarfe beantwortet werden könnten; diese Vorschläge werden von den Gremien präferenziell behandelt.⁹

Dialog auf gleicher Augenhöhe in den Gremien bedeutet, für Angehörige und Psychiatrieerfahrene ungleiche (d.h. sie stärkende) institutionelle Bedingungen zu schaffen, um die naturwüchsige Ungleichheit auszugleichen.

⁹ Ein von Angehörigen entwickelter Vorschlag zur Lösung ihrer Probleme mit „Hilfe-Uneinsichtigen“ ist die Rolle des „Familiengastes“ in regional zuständigen ambulanten Teams; siehe PSU xxxxxxxxxx

Die Ebene der Gestaltung der Behandlungs-, Betreuungs- bzw. Rehabilitationsbeziehung

Auf dieser Ebene des unmittelbaren therapeutischen Kontaktes, der sogenannten „Arbeitsebene“, wünschen Angehörige ebenfalls den Trialog – ohne in das intime therapeutische Verhältnis des Helfenden zum kranken Angehörigen einzudringen.

Allerdings gehört es wohl zu den best behütetsten Missverständnissen seitens vieler Professioneller, eine solche Einmischung zu unterstellen, wenn Angehörige über Behandlung, Betreuung und/oder Rehabilitation und Teilhabe informiert werden wollen und wenn sie sich dazu hinreißen lassen, Professionellen ihre Kenntnisanteil an der sozialen Seite der Erkrankung anzubieten.

Und auch hier gilt wieder: das trifft auf die Einen zu, die Anderen suchen gezielt den Kontakt zu den Angehörigen und ihrem Wissen.

Zwei Aspekte sind uns Angehörigen in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung:

1. Warum wollen wir den „Arbeits-Trialog“?
2. Was macht es einigen Professionellen so schwer, ihn herzustellen bzw. ihn durchzuhalten?

1. Angehörige fordern den Trialog auf der Arbeitsebene.

Die Beteiligung von uns Angehörigen an einem Trialog mit den am therapeutischen Prozess beteiligten bzw. mit denen, die diesen Prozess strukturieren (d.h. organisieren und kontrollieren) und unserem Angehörigen halten wir aus folgenden Gründen für unabdingbar:

- Welche Hilfe auch immer mit unseren Angehörigen vereinbart wird und welche Unterstützungen auch immer als nicht erforderlich oder möglich angesehen werden hat gravierenden Einfluss auf uns, denn darüber wird definiert, was wir als Familienunterstützung zu leisten haben einerseits, aus welchen Bereichen wir uns heraushalten können und sollten andererseits.

- Da nach wie vor ein überaus großer Teil der außerklinischen Hilfen nicht über die primären Kostenträger, sondern die Sozialhilfe nach BSHG finanziert werden ist eine Heranziehung von uns Angehörigen zu den Kosten nicht ausgeschlossen – darüber sollte man mit uns zumindest gesprochen haben.

- Wir Angehörigen bilden in der Regel einen nicht unwesentlicher Teil des „sozialen Umfeldes“ unseres Familienmitgliedes; dies lässt erwarten, dass wir über Erfahrungen und Informationen verfügen, die für die professionellen Helfer nicht unwichtig sein sollten.

- Der aus den obigen Argumenten begründete „Arbeits-Trialog“ zwischen den Helfern, unserem Familienmitglied und uns würde zudem sehr schnell etwas zu Tage treten lassen, das auch in der Sozialpsychiatrie mit dem modernsten Gewand, d.h. der konsequenten Personenorientierung, nach wie vor zu kurz kommt.

Dort werden die Familien zu Recht als Ressource des außerpsychiatrischen Unterstützungssystems gesehen – wobei allerdings der in der Krankheit des Familienmitgliedes begründete Hilfebedarf der „Rest-Familie“ übersehen wird. Diesen blinden Fleck kann man unschwer in allen zur Zeit geläufigen Hilfeplanungsinstrumenten entdecken: nirgendwo wird danach gefragt, ob die bzw. der Erkrankte bisher wesentliche Funktionen für andere Familienmitglieder erfüllte (z.B. für eigene Kinder, für die alt gewordenen Eltern etc.) und welcher Unterstützungsbedarf sich aus der (vorübergehenden) Einbusse an Funktionsfähigkeit ergibt!

Damit sind noch gar nicht die erforderlichen professionellen Hilfen angesprochen, die der Familie dabei helfen könnten, mit ihrer neuen Situation besser fertig zu werden: fachgerechte Informationen über die Erkrankung (incl. Angebot der Teilnahme an Informationsgruppen,

die traditionell „Psycho-Edukativen Gruppen“ genannt werden), sozialarbeiterische Beratung zur Regelung administrativer Angelegenheiten (mit dem Arbeitgeber, mit den Versicherungen etc.), psychotherapie-ähnliche Gesprächsangebote zu Beginn der Erkrankung mit dem doppelten Ziel, die anfängliche tiefe Irritierung zu stabilisieren, ihnen dabei zu helfen, in einer schwierigen Situation Zuversicht und Hoffnung aufrecht zu erhalten und die Familienmitglieder bei anhaltender Erkrankung auf die Teilnahme an einer Angehörigenselbsthilfegruppe vorzubereiten etc.

Auf dem Hintergrund dieser Einschätzungen zur Notwendigkeit und Nützlichkeit des „Arbeits-Trialogs“ sind Angehörige geradezu begeistert von einer Institution, für die sich die Bezeichnung „Angehörigenvisite“ eingebürgert hat und wie sie in einigen Psychiatrischen Abteilungen eingeführt wurde.¹⁰

Diese Angehörigenvisiten finden regelmäßig zu festen Zeiten auf den Stationen statt, sie werden durch deutlich sichtbare (!) Aushänge angekündigt und Angehörige können sich für einen Termin eintragen. In einem entsprechend ausgestatteten Raum finden Sie dann alle Therapeuten vor, und selbstverständlich wird auch der Patient dazu geladen (zu den weiteren Aspekten siehe die Literatur in der Anmerkung).¹¹

Der ungeheure Vorteil dieser Visiten:

- Angehörige (ob Familienmitglieder oder Freunde und Bekannte, denn: „Wer Angehöriger ist, definiert der Patient“!) werden zu einem Gespräch eingeladen – und müssen nicht hinter dem zweifellos belasteten Klinikpersonal her laufen,
- in der Visite kann ganz konkret über die Erkrankung und die Behandlung berichtet und gesprochen werden,
- wir Angehörigen können erfahren, dass auch die Professionellen sehr differenzierte Sichtweisen von der Erkrankung haben – und können uns so von unserer traditionell „arzt-zentrierten Sicht“¹² lösen, denn auch die anderen Berufsgruppen sind anwesend, wir erfahren deren Behandlungsbeitrag und deren Sichtweisen!

Auch hier zeigt sich:

Die Erweiterung des therapeutischen Dialogs um den Trialog dient auch den Professionellen.

Man beachte bitte die Formulierung: es ist nicht die Rede von der Erweiterung des therapeutischen Dialogs zum Trialog, sondern von der Erweiterung um den Trialog; damit soll einmal mehr darauf verwiesen sein, dass mit dem Trialog auf Arbeitsebene von uns Angehörigen gerade nicht die Einmischung in die genuin dialogische Therapiebeziehung gemeint sei und angestrebt werde!

Dass sich unter den Bedingungen des Arbeits-Trialogs auch der therapeutische Dialog verändern mag können wir uns sehr gut vorstellen: der Blick aller Beteiligten wird erweitert,

¹⁰ Ostermann, J.; Hollander, S.: Die Angehörigenvisite. in: Psychiatrische Praxis 1985; **12**: 43-47

Fähndrich, E.; Kempf, M.; Kieser, C.; Schütze, S.: Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus, in: Psychiatrische Praxis 2001; **28**: 115-117

¹¹ Wie selbstverständlich gibt es in diesen Kliniken auch kurze, aber prägnant und aussagefähige Befragungen von Angehörigen, so z.B. in Neukölln.

¹² Befragt man Angehörige, was sie sich z.B. in der Klinik wünschen und wen sie für relevant halten stehen in der Regel die Ärzte allein im Vordergrund: von ihnen wird Hilfe und Unterstützung sowie Information erwartet, also richtet sich die Kritik auch an deren begrenzte Gesprächsbereitschaft und Tendenz, immer in Eile zu sein; diese sehr zentristische Sicht auf die Klinikrealität sollte allen Trialog-Partnern zu Denken geben. Beim ersten Trialogforum am in Magdeburg wurde genau dies im Rahmen der szenischen Vorführung eines „Trialogs“ in der Klinik von der Angehörigen Frau Heim in der Rolle einer Klinikärztin großartig in Szene gesetzt!

das sollte schon Wirkung zeigen. Und dass der Trialog selbst „beiläufig therapeutisch“¹³ wirkt, wissen wir seit den Psychoseseminaren; da ist es nahe liegend, dass das auch beim Arbeits-Trialog beiläufig geschieht.

Dies führt zum zweiten Gesichtspunkt:

Was macht es den Professionellen so schwer, den Trialog auf der Arbeitsebene herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten?

Als Angehöriger kann man dazu nur Hypothesen formulieren und darauf hoffen, dass jemand Berufener auf die Hypothesen antwortet.

Meine Hypothese gründet auf vielen Gesprächen mit Professionellen zur „Angehörigenproblematik“.

Si kommt es heute eher selten vor, dass Gespräche mit den Angehörigen von Klienten bzw. Patienten als untherapeutisch oder auch nur als unsinnig und überflüssig erklärt werden – jedoch: „viele Angehörige sind schon recht schwierig; aber es gibt auch eine ganze Anzahl, die sehr gut in den therapeutischen bzw. Betreuungs-Prozess einbezogen werden können und da hilfreich sind“¹⁴ lautet der allgemeine professionelle Tenor zu uns Angehörigen.

Natürlich sind wie schwierig und nerven mit unseren Anliegen, und leichte bis schwere Neurosen sind wohl in der Gesellschaft normal verteilt, so dass wir diese in angemessenem Prozentsatz teilen. Aber gerade auch das spricht für die Einbeziehung von uns in den Arbeits-Trialog:

Wo könnten „schwierige“ Angehörige ihre schwierige Rolle besser lernen, als im alltäglichen Trialog auf der Arbeitsebene?

Hier gilt das rehabilitative Prinzip: Kompetenzen sollten dort gelernt werden, wo sie genutzt werden können¹⁵ – und das heißt in diesem Falle: in der unmittelbaren Begegnung.

Doch, wie bemerkt, haben viele der Professionellen gerade hier Probleme.

Versuchen Angehörige, auf der Arbeitsebene mit den professionellen Helfern ins Gespräch zu kommen müssen sie – oft mit dem Hinweis auf die Schweigepflicht – hören, sie mögen sich doch bitte heraushalten; wie kommt das?

Meine Hypothese in Kurzversion: Vielen dieser Professionellen gelingt es (noch) nicht, den Unterschied zwischen dem Trialog auf der Arbeitsebene und dem therapeutischen Dialog zu realisieren. Realisieren meint, mit den Beteiligten den Trialog so zu führen, dass daraus eben keine Einmischung in den therapeutischen Dialog wird.

Unsere Erwartung:

Die Professionellen setzen sich in die Lage, mit Klienten und ggf. auch mit uns therapeutische Dialoge zu führen, aber genauso mit den gleichen Beteiligten an anderem Ort und zu einer anderen Zeit den Trialog auf der Arbeitsebene zu pflegen.

In den Trialog gehört z.B.:

- Die Verständigung über die langfristigen Ziele des Klienten, z.B. in Zukunft wieder einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anzustreben, das Studium wieder aufzunehmen oder abzubrechen; je überzeugter auch wir Angehörigen von diesen Zielen sind, desto eher werden wir die Lasten auf dem Weg dorthin mit tragen (können).

¹³ **anmerkung Bock**

¹⁴ Einen kleinen Einblick in die Dichotomie und die konkreten Wahrnehmungsinhalte von „guten Angehörigen“ und „schlechten Angehörigen“ seitens der Professionellen finden Sie in Peukert, R.: Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines Angehörigen; in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bonn 2001 (Psychiatrie-Verlag gGmbH), S. 208f

¹⁵ **Anmerkung Kunze**

- Die Verständigung über die Ziele des Klienten, die seine Familie unmittelbar betreffen (Ausziehen oder wieder in die Wohnung der Eltern zurück kehren; Besprechen einer zurückliegenden Suizidhandlung; die potentielle Nutzung von Angeboten, für die die Angehörigen zur Kasse gebeten werden; Verständigung über die Unterstützungen, die von Angehörigen im Rahmen eines Hilfeplanes erwartet werden etc.).
- Die Verständigung darüber, was die Familienmitglieder tolerieren wollen bzw. können und was nicht, z.B. an Befriedigung nächtlicher Gesprächsbedürfnisse oder was die Maßstäbe von Ordentlichkeit und Hygiene angeht.
- Die Verständigung über potentiell divergent wahrgenommene Rehabilitations- oder Behandlungsverfahren (z.B. über die neuroleptische Behandlung, aber auch Arbeitstraining; es macht wenig Sinn, wenn Angehörige, Profis und Patient unterschiedliche Haltungen haben, die womöglich nicht einmal angesprochen werden).

Mit dieser exemplarischen Aufzählung sollte deutlich geworden sein, worin sich der Arbeits-Trialog von therapeutischer Interaktion unterscheidet. Im Trialog treffen in der Regel aus der jeweiligen Sicht wohl begründete Haltungen, Normen, Erwartungen, Zukunftsentwürfe, Befürchtungen etc. aufeinander, und der Trialog soll dazu beitragen, diese – wo es möglich ist – anzugleichen und ansonsten in der Divergenz gemeinsam lebbar zu machen. Aus Angehörigensicht ist der Trialog auf der Arbeitsebene konsequent realitätsbezogen, verzichtet auf Ausdeutungen ebenso wie auf ein theoretisches Gerüst bzw. eine Schulmeinung, und er baut auf die Möglichkeit der Verständigung als Ergebnis des Bemühens um Verstehen. Aber: dem therapeutischen Dialog nicht unähnlich muss man wohl qua reflexiver Erfahrungsbildung lernen, ihn „fachgerecht“ zu führen.

Mir hat sich immer wieder der Eindruck aufgedrängt, dem „Bemühen um Verstehen“ der Angehörigen stünden größere Hemmnisse entgegen als dem Bemühen um das Verstehen der Psychiatrie-Erfahrenen: zu oft erfolgt die Reaktion unmittelbar auf die erste Äußerung, ohne nach der oder den Bedeutungen dieser Äußerungen zu fragen.

Ein Beispiel dafür führte ich ganz oben ein: die Rede von den Krisendiensten und Hausbesuchen der niedergelassenen Fachärzte, die flexible, angepasste Hilfen im Wohnumfeld meinen.

Ein weiteres Beispiel ist die immer wiederkehrende Klage von Angehörigen über mangelnde Sauberkeits- und Ordnungs-„Erziehung“ in den Wohnheimen, wobei diese Klagen mit dem Hinweis auf unterschiedliche Normvorstellungen beantwortet werden und sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anschließend in der Kaffeeküche über die Rigidität der Angehörigenvorstellungen zu unterhalten pflegen. Wäre es da nicht sinnvoller zu fragen, warum uns Angehörigen das mangelnde Maß an Sauberkeit und Ordnung im Zimmer des Wohnheimes stört und was wir konkret von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erwarten, und was vom Bewohner, der unser Angehöriger ist? Sicher wäre es auch nützlich uns aufzufordern darüber nachzudenken, was wir mit Sauberkeit und Ordnung verbinden.

In der Auseinandersetzung über die mit diesen Fragen angetönten Themen kämen wir im Trialog auf der Arbeitsebene sehr schnell zu den mit den Klagen intendierten Bedeutungen: uns Angehörigen ist es nie gelungen, das ausreichende Maß an Ordnung und Sauberkeit (als Schlüsselbegriffe für eine sozial erfolgversprechende Lebensführung) bei unserem Angehörigen zu erreichen – aber was soll die ganze Betreuung, wenn nicht einmal das dabei heraus kommt? Sind Professionelle in manchen Dingen genauso hilflos wie wir, obwohl sich viele von ihnen immer wieder mal als nahezu Allwissend geben? Ist der „persönliche Stil“ von Sauberkeit und Ordnung, den wir an unserem Angehörigen kritisieren, Ausdruck seiner Schwäche und mangelnder Fähigkeiten – oder Ausdruck seines Bemühens um Aufrechterhaltung von Identität?

Es geht nicht darum, die Äußerungen von uns Angehörigen mit der vermeintlich „richtigen“ Bedeutung zu hinterlegen und uns so auszudeuten. Die Erwartung besteht vielmehr darin, sich auf eine offene Auseinandersetzung über unsere Wünsche, Klagen, Hoffnungen etc. mit ganzer Kraft einzulassen, um gerade nicht vorschnellen Interpretationen aufzusitzen und dort sitzen zu bleiben. („Die Angehörigen regen sich immer über die Sauberkeit auf und bringen die Hygiene ins Spiel – Sachen, die sie zuhause nie geschafft haben, aber jetzt von uns fordern, um vor sich selbst die eigene Erfolglosigkeit zu verbergen.“). Krisendienst, Sauberkeit etc., das sind die ersten Worte, mit denen ein nicht immer gleich erkennbares Thema eingeleitet werden will!¹⁶

Der Dialog auf der Arbeitsebene setzt einerseits die Kompetenz voraus, ihn vom therapeutischen Dialog unterschieden zu erkennen und entsprechend zu Handeln. Der Dialog setzt andererseits die Bereitschaft und Fähigkeit des genau Hinhörens, Nachfragens und der Auseinandersetzung auf der Arbeitsebene voraus, damit das im Dialog zur Sprache kommt, was mit den ersten Worten eingeleitet werden sollte.

Wo kann diese Kompetenz besser erworben und die erforderlichen Fähigkeiten besser eingeübt werden als in einem Rahmen, der von unmittelbarem Handlungsdruck befreit ist, nämlich im Psychoseseminar?

Die Ebene des bedingungslosen Dialogs: das Psychoseseminar

Für Angehörige ist damit eine zentrale Erwartung an die Psychoseseminare ausgesprochen: Wir wünschen uns, dass unter den Rahmenbedingungen der vom Handlungsdruck befreiten Kommunikation im Psychoseseminar die Professionellen (und die Psychiatrieerfahrenen natürlich auch) etwas besser verstehen können, was uns umtreibt.

Soweit sich die Professionellen und Psychiatrieerfahrenen damit kritisch auseinander setzen, sich auch widerständig und insistierend zeigen, helfen sie uns, uns selbst ein wenig besser zu verstehen.

Gemäß der Maßgabe der Kommunikation auf gleicher Augenhöhe gilt gleichermaßen: was wir von den Anderen erwarten, erwarten wir auch von uns; was wir von uns erwarten, erwarten wir auch von den anderen Dialogpartnern.¹⁷

Das in aktiver Auseinandersetzung wachsende wechselseitige Verstehen ist aus unserer Sicht kein Selbstzweck: es führt zu Veränderungen im Handeln.

Viele Angehörige gehen erstmals in ein Psychoseseminar mit der Erwartung, dort zu erfahren, wie sie besser mit ihrem kranken Angehörigen umgehen können (der keine Hilfe annehmen will, der sich immer wieder in Ausnahmesituationen hinein manövriert, der den Angehörigen mit seinem Verhalten Angst einflößt etc.): sie erwarten Ratschläge und eigenen Erkenntnisgewinn aus den Beiträgen der Professionellen und der Psychiatrie-Erfahrenen. Nach einiger Zeit ändert sich diese Erwartung und sie sind eher daran interessiert, Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen die Sichtweisen von Angehörigen nahe zu bringen.¹⁸

¹⁶ Hier gilt was bisher immer gegolten hat: es gibt viele Professionelle, die sich schon lange so verhalten (aber es sind noch zu wenige).

¹⁷ Dass sich dies nicht von selbst einstellt, wenn man sich im Psychoseseminar zusammen findet, versteht sich von selbst: es ist ein Ziel, an dem gemeinsam gearbeitet werden muss – und das Psychoseseminar bietet die Rahmenbedingungen, dieses Ziel auch zu erreichen.

Das Gebot der Aufrichtigkeit gebietet allerdings auch folgenden Hinweis.

Sehr viele der belasteten Angehörigen meiden die Psychose-Seminare; ich habe sogar viele getroffen, die die Seminare ablehnen: aus ihrer Sicht werde dort den Anliegen der Psychiatrie-Erfahrenen zu exklusiv zu breiter Raum gegeben und deren Weltsicht in der Regel bestätigt – wobei doch aus der Weise, wie unsere kranken Angehörigen die Welt sehen und sich verhalten für die Familien so viele Probleme entstünden.

Ich wäre sehr glücklich wenn gerade diese Angehörigen in die Psychose-Seminare kämen und sich offen in die Auseinandersetzungen einbringen.

Das genau ist eine meiner zentralen Erwartungen (im Sinne von Wünschen) an den Trialog:

Es möge uns gelingen, auch die zum Trialog zu „verführen“, die sich am Wenigsten von ihm versprechen – und das gilt für mich besonders für uns Angehörige.¹⁹

Ansonsten ist zu den Psychose-Seminaren in diesem Band viel gesagt, deshalb möchte ich aus Angehörigensicht mit zwei Zukunftserwartung abschließen.

1. Der „Schiefolog“ vieler Psychoseseinare wird zum Trialog

Zu häufig halten sich die ohnehin spärlich vertretenen Professionellen zurück, nutzen die Seminare einseitig zu ihrer „Fortbildung“, bringen ihre eigenen subjektiven Erfahrungen aus der Begegnung mit Psychosen nicht ein, zu denen auch Ängste gehören – und verlegen dies in Supervisionen.

Wo Professionelle dies tun, ist der Trialog eigentlich ein „Schiefolog“: da hängt etwa schief und da geht etwas schief im Trialog.

2. In die Facharztordnung wird der Nachweis der Teilnahme der Kandidaten an Psychoseseinaren aufgenommen; dafür könnte der Nachweis der Teilnahme an Angehörigengruppen entfallen.²⁰

¹⁸ Dabei geschieht Folgendes: indem sie selbst anfänglich „informationshungrig“ Rat und Einsichten suchen, vermitteln sie den Trialog-Partnern intensive Einsichten in die Erlebnis- und Gefühlswelt von uns Angehörigen.

¹⁹ Es ist Sache der Professionellen und der Psychiatrie-Erfahrenen, ihre „Psychose-Seminar-Resistenten“ zu überzeugen bzw. zu verführen.

²⁰ z.B. Ärztekammer Berlin. Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Stand: 12.9.1995, S. 15