

Vortrag

Familien-Selbsthilfe in der Psychiatrie – „Ein praktisch gelebter Dialog“



Dr. Melene Bahner, Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin

Ich danke dem Vorstand des Angehörigenverbandes psychisch Kranker als Psychoanalytikerin, einige Ausführungen zu diesem Thema machen zu können. In meiner Tätigkeit als psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin hatte ich nie etwas von der Existenz des Verbandes gehört. Erst auf der Suche nach neuer Zugehörigkeit bekam ich den Verband Angehörige psychisch Kranker „ApK“ genannt, der seit 2003 auch Betroffene als Mitglieder aufnimmt. Ein wichtiges Kriterium für mich war, dass der Verband sich die Stärkung der Angehörigenposition und damit auch die Stärkung der Betroffenenposition, das heißt für mich die Entwicklung der Sprachfähigkeit im Dialog von Betroffenen, Angehörigen und Psychiatrie/Psychotherapie zur Aufgabe gestellt hat. Als Mitglied habe ich von Anfang an Verständnis und Sachverstand erlebt. So standen beispielsweise bei dem ersten Treffen Empathie, Zeit und nicht zuletzt eine Tasse Kaffee zur Verfügung. Vielleicht ist es gerade die Bescheidenheit der Mittel eines Verbandes, der sich vor allem auf ehrenamtliche Helfer stützt, der ständige Kampf um neue Projekte und vor allem um tiefere Einsichten, um Angehörigen und sich selbst zu helfen, die das Gefühl authentischer Beziehungen entstehen lassen. Durch die Verbandsgründung vor 20 Jahren ist aus dem Dialog „Kranker und behandelnde Institution“ ein institutioneller Dialog entstanden – im Rahmen des Verbandes stärken sich Angehörige gegenseitig, informieren sich und nehmen Teil an der Diskussion zur Optimie-

rung der Behandlung. Es entstand ein diskursiver Freiraum von Psychiatrie und Psychotherapie, in dessen Kontext sich die kranken Angehörigen befinden. Die Angehörigen haben so als dritte Kraft eine „eigene“ Stimme in diesem Dialog entwickelt. Über die Notwendigkeit der Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozess gibt es leider nach meiner persönlichen Erfahrung, völlig unverständlich, unterschiedliche Meinungen. Lange Jahre war es üblich, häufig auch aus guten Gründen, den Kranken aus seinem Umfeld zu lösen und ihn in ein individuelles Behandlungssetting einzubinden. Wie man heute feststellen muss, und hier kann der Verband zu seinem 20. Geburtstag klare Aussagen machen, endete dies leider häufig in weitgehender Isolation der Kranken. Cullberg, ein schwedischer Psychiater, der einen an Schizophrenie erkrankten Bruder über 50 Jahre begleitete, hat seine Doppelerfahrung als Angehöriger und professionell Tätiger in die Psychiatriereform in Schweden 1994 eingebracht. Ein Herzstück dieser Reform ist die konsequente Einbeziehung des Angehörigen-systems in die Krankenbehandlung: „Es stehen jetzt Methoden zur Verfügung, bei denen systematische Vorträge, Gruppendiskussionen und individuelle Familiengespräche Hand in Hand gehen. Sie unterstützen die Familie dabei, einen Weg zu finden, um mit dem Patienten zusammenzuleben, die Kommunikation zu erleichtern und das emotionale Klima zu stabilisieren. Dahinter steht das Wissen, dass durch Verringerung feindseliger Kommunikation Rückfälle in Familien reduziert werden können, in denen Kritik und Irritationen offen zum Ausdruck gebracht werden. Oft sind diese Probleme ein Hinweis auf das Maß, in denen die Familie durch Situationen belastet wird und in dem die Angehörigen ebenso Hilfe und Unterstützung brauchen, um sich verändern zu können“ (Cullberg, S. 277). Ohne auf die Methoden, die nach Cullberg in den Behandlungsprozess eingebunden werden, genauer einzugehen, seien diese wenigstens zusammengefasst aufgezählt: Vernetzung der Betreuung, Aufklärung über die Erkrankung, Personal, das Hausbesuche in kompetenter Art durchführt, einfühlsame Un-

terstützung bei Medikamenteneinnahme, Einschätzung funktioneller Behinderungen. Vernetzung sozialer und psychiatrisch/psychotherapeutischer Dienste. Einsetzung eines persönlichen Ombudsmannes, sowie eines sog. Advokaten, der die Interessen der Kranken in den Gemeinden wahrnimmt und Interessen des Erkrankten koordiniert, bezogen auf die Familien, Einrichtung von Familientreffen zur Information und Kontaktaufnahme immer auf freiwilliger Basis. Erstellung eines sog. Programmes zur Bestimmung der Belastungssituation der Familie und deren Ressourcen, das gleichzeitig Scham und Schuldgefühle aufgreift und minimiert. Einbindung systemischer Familientherapiemodelle, Psychoedukation, immer unter dem Aspekt des Erkennens von Problemen und möglicher Lösungen und vieles mehr.“ Den Kontakt zu Selbsthilfegruppen für Angehörige und Erkrankte hält Cullberg für dringend notwendig. Die Einbindung des Kranken auf diese beschriebene Weise bringt einen Trialog in Gang. Der Entwicklungsprozess, der zu einem gelungenen Trialog führt, wird in der Psychoanalyse mit dem Begriff der Triangulierung beschrieben und erläutert. Der Begriff der Triangulierung wird in der Psychoanalyse verwandt, wenn die Symbiose zwischen Mutter und Kind aufgelöst wird durch das Hinzukommen eines Dritten. Die Verarbeitung des Hinzukommens eines Dritten ist für die Ichwerdung von zentraler Bedeutung. Wichtig dabei ist, dass die Beziehung zwischen den Eltern durch die Hinwendung zu einem Elternteil nicht zerstört und der verlassene Elternteil durch die Liebe zwischen den Eltern geschützt wird. Das führt zur Anerkennung der Beziehung zwischen den Bezugspersonen und zum Übergang in eine sog. Trianguläre Beziehungsstruktur. Dadurch kann das Kind seine Schuldgefühle verarbeiten, die entstehen, wenn es sich von einem ab- und dem anderen zuwendet. Es erwirbt die Fähigkeit, mit Alternativen zu leben und entwickelt die Vorstellung, eine Beziehung durch eine andere ersetzen zu können. Zunehmend erlebt es sich eigenständig auch in Beziehungen zu anderen Menschen, die ihrerseits wichtige Beziehungen mit einander haben. Damit wird die Grundlage für das Leben im Dreieck als Urform der sozialen Beziehungen geschaffen. Das Scheitern dieses Prozesses führt zu dauernden Loyalitätskonflikten, zum Fortbestehen der Angst vor Liebesverlust und zum Hass auf die gelebten Beziehungen. Das Erleben des Gelingens einer

solchen triangulären Beziehungsstruktur ist zentral bei der Behandlung psychisch Kranker (Ermann). Der Trialog setzt sprachfähige und koalitionsbereite Partner voraus, die dem Kranken idealerweise ein Kommunikationsmodell anbieten können, das diesen im besten Fall in die Normalität menschlicher Beziehungen zurückführen kann. Warum ist der Trialog nun keine Selbstverständlichkeit, sondern eine Form des Umganges im Rahmen der psychiatrisch psychotherapeutischen Versorgung, die als besonders mühselig erscheint? Statistisch gesehen, werden häufig schwere psychische Erkrankungen oft als nicht heilbar eingestuft. Viele erkrankte Menschen haben mehrere Krisen. Häufig ist der Ausgang offen, bis hin zum Suizid der Kranken, selbst bei aller Anstrengungen der Beteiligten. Für die arbeitenden Menschen in den Institutionen ist es demnach immer wieder ein großer Kraftaufwand, sich dem kranken Menschen zu öffnen und auf Heilung oder zumindest Besserung hinzuarbeiten. Die zu ergreifenden Maßnahmen sind oft auch in der eigenen Wahrnehmung problematisch z.B. Zwangsmedikation oder werden als nicht ausreichend angesehen. Zunehmende Bürokratie bei immer weniger Zeit und Geld für die Kranken, auch Stellenstreichungen, tun ihr Übriges. Dringend erforderliche Situationen zur Verarbeitung und Reflektion wie Supervision oder qualifizierende Fortbildungen werden oft nicht ausreichend zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig erscheint die Fülle an neuen Erkenntnissen im Einzelfall nicht umsetzbar, zumal die Kranken ja oft nicht mehr sprachfähig und ohne entsprechende Krankheitseinsicht die Institution erreichen. Zu diesem Zeitpunkt ist nicht mehr erkennbar, über welche Ressourcen der Kranke zum Zeitpunkt vor seiner oft schleichend beginnenden Erkrankung manchmal über mehrere Jahre hinweg verfügte. Kenntnisse darüber sind nur durch hinreichende Einbeziehung von Angehörigen zu erwerben. Ohne diese Einbeziehung wird oft ins Ungewisse hinein behandelt mit unklarer Perspektive für die Wiedereingliederung. Die alleinige Fokussierung auf dringend notwendige Medikamentenvergabe und Verhaltensstrategien ist eine verständliche Folge. Das Verstehen und verstehen wollen, ein zentraler Vorgang, Heilungsprozesse einzuleiten und zu begleiten, kann so oft nicht gelingen. Es fehlen Zeit und Kapazität, um eine dem Kranken gerecht werdende biographische Anamnese zu erheben, ein Verstehensprozess kann nicht er-

folgen. Für die dringend notwendige Einbeziehung von Angehörigen bleibt wenig Raum. Die Situation der Angehörigen ist insgesamt gesehen sehr schwierig. Die Erkrankten kommen in der Regel zu einem Zeitpunkt mit den Institutionen in Kontakt: „Wenn es nicht mehr anders geht“. Also am Ende einer längeren krisenhaften Entwicklung. Kommt der Kranke dann endlich in eine Behandlungssituation, hat sich das soziale Netz in der Regel schon dramatisch verändert. Erschöpfungssymptome zeigen sich. Angehörige reagieren selbst mit Erkrankungen. Häufig sind auch die Kinder als Angehörige schon schwer mit betroffen von der krisenhaften Entwicklung. Es erscheint mir besonders wichtig bei dem Trialog, Kinder in ihrer inneren Not nicht zu vergessen, sie nicht zu isolieren und sie in den Trialog mit einzu beziehen, soweit dies möglich ist. Die kranken Menschen selbst stehen in der Regel, wenn sie mit der Institution konfrontiert werden, unter hohem bewussten oder unbewusstem Anpassungsdruck, viele erwarten auch nichts mehr oder befinden sich im Zustand der Ablehnung offen oder verdeckt. Das Lernen, sich als krank zu akzeptieren, wie bei allen schweren Erkrankungen, stellt immer einen schmerzhaften Prozess dar, der oft zusätzlich die Sprachfähigkeit beeinträchtigt. Der Kranke kann gar nicht sagen, wo es ihm eigentlich „weh“ tut. Es ist ein mühseliger Prozess, wenn er denn gelingt, die „ver - rückte Ausdruckweise“ zu decodieren zu Gunsten einer emotionalen Sprach- und Erlebensfähigkeit. Nachdem ich kurz die aus meiner Sicht wesentlichen Probleme, die einem Trialog im Wege stehen, aufgezeichnet habe, möchte ich zusammenfassend feststellen, dass im Mittelpunkt aller Bemühungen der Erhalt der noch bestehenden Bindungen oder deren Rekonstruktion stehen muss. Bestenfalls kann eine Erweiterung erfolgen. Im Rahmen eines Kurzvortrages können an dieser Stelle viele Themen nur angerissen werden.

Da ist vor allem die konsequente Einbeziehung der Familie und damit verbunden die Wahrnehmung, dass mit den Angehörigen bedeutsame Gespräche möglich sind, zu nennen. In diesen Gesprächen werden für den Betroffenen und seine Angehörigen der Krankheitsprozess und die Chance zur Rückkehr zur Normalität sichtbar.

Der Verband, der heute 20-jähriges Bestehen feiert, mit seinem Vorstandsmitglied Frau Crämer, hat es mir ermöglicht, meine berufliche Qualifikation einzubringen und im Arbeitskreis Aquarellmalerei von Herrn Crämer habe ich viele produktive Stunden erlebt. Dankeschön!

Literatur zum Vortrag TRIALOG:

Cullberg, Johan
Therapie der Psychose, ein interdisziplinärer Ansatz
Deutsche Übersetzung 2008
Psychiatriverlag

Ermann, Michael
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Kohlhammer 4. Auflage 2004

Richter, Horst Eberhard,
Patient Familie
Rowolth, 1970

Rogers, Carl R.
Therapeut und Klient, Grundlagen der Gesprächspsychotherapie
Kindlerverlag 1977

Lisofsky; Beate
Die vergessenen Kinder, Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland. Info, ApK, 22009 Familienselbsthilfe-Psychiatrie.
Angehörige psychisch Kranker