

# Triologisches Handeln aus der Sicht der Angehörigen psychisch Kranker\*

## Auf dem Weg zum Dialog

Idealerweise soll der „Dialog“ in der Psychiatrie nach heutigem Verständnis eine Verhandlung auf gleicher Augenhöhe unter Behandlern und Vertretern der ambulanten Versorgungseinrichtungen, Betroffenen und ihren Angehörigen sein, eine gemeinsame, ergebnisoffene Suche nach der bestmöglichen, passgenauen Behandlung und Versorgung für einen psychisch erkrankten Menschen. Ist das nicht eigentlich ein utopisches Ziel?

Ja und nein! In der Regel ist es zunächst eine Verhandlung unter sehr ungleichen Partnern. Daher müssen die jeweils Überlegenen, wenn sie wirklich echte freie gemeinsame Entscheidungen erreichen wollen, darauf verzichten, ihre Überlegenheit auszuspielen. Sie müssen den in dieser Situation schwächeren Gesprächspartnern ernsthaft zuhören und sich in deren Sicht der Dinge hineinversetzen können. Das gilt ganz besonders für die Psychiatrie. Ohne eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist das wichtigste Ziel der Psychiatrie, eine möglichst dauerhafte Remission, nicht zu erreichen.

## Das klassische Familiengespräch

1987, mitten im Enthospitalisierungsprozess, erkrankte meine Tochter an Schizophrenie.

Man hatte noch keine Ahnung von dem, was man heute unter Dialog versteht, aber man war doch davon überzeugt, dass ein Gespräch unter allen Beteiligten stattfinden musste, damit der Kranke sich auf eine Behandlung einließ und die Angehörigen nach der Entlassung aus der psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses mit ihm zurechtkamen.

Meine Tochter berichtete über die Stimmen, die sie beschimpften. Und ich berichtete über ihr bisheriges Leben, die ersten Krankheitszeichen und den Ausbruch der Erkrankung auf einer Türkeireise. Mir erklärte man, dass die bedrohlich wirkende Erkrankung heute gut behandelbar sei, dass es gut verträgliche Medikamente gebe und sie bald ihr Studium fortsetzen und praktisch ein fast normales Leben führen könne.

Diese Gespräche waren für uns Angehörige ein Segen, denn wir wussten meist gar nichts über derartige Erkrankungen und waren erschrocken über den Zustand unseres Angehörigen. Die Ärzte und andere Professionelle waren meist jung und begierig zu lernen, wie man diese schwierigen Menschen überhaupt in ihrer Heimatgemeinde behandeln und versorgen könnte.

Sie waren dankbar für unsere Beobachtungen und informierten uns im

Gegenzug über die Krankheit und ihre Behandlung. Es entwickelten sich fast freundschaftliche Verhältnisse, die z.T. bis heute andauern.

Dann aber tauchten nach und nach andere Ärzte auf, die bereits „alles wussten“. Sie legten keinen Wert auf unsere Erfahrungen und aktuellen Beobachtungen. Sie sprachen davon, dass wir die Krankheit verursacht hätten und legten uns nahe, uns am besten möglichst von unseren Kranken fernzuhalten, um ihre Nachreifung zu einem erwachsenen Menschen nicht zu stören.

Meine Tochter und ich wurden zu einem „Familiengespräch“ eingeladen. Wir saßen dem ganzen Team gegenüber, das uns ohne freundliches Begrüßungslächeln empfing, alle wirkten so ernst. Meine Tochter sollte als erste sprechen, und zwar wohl eine kleine Rede halten, in der sie äußerte, welche Einsichten sie inzwischen gewonnen hatte. Es fiel ihr sichtlich schwer. Sie sprach über die Konflikte, die wir in letzter Zeit gehabt hatten. Insbesondere über nächtliches lautes Musikhören und vor allem über den Zustand ihres Zimmers.

Aus Letzterem schloss man, ich sei wohl eine ordnungsliebende bürgerliche Hausfrau mit ausgeprägtem Putzfimmel. Ich müsse erkennen, dass andere Menschen auch andere Vorstellungen von Ordnung und Sauberkeit hätten. Als allein erziehende Mutter sei ich wohl überfürsorglich und unterdrückend gewesen und habe meine Tochter aus Ehrgeiz mit einem Studium überfordert. Da ich von meiner Ausbildung her eine gewisse Vorstellung von psychoanalytischen Fallanalysen hatte, wurde ich sofort vorsichtig. Sonst gab es am Ende noch Kontaktverbot.

Dabei hätte ich gerne etwas erwidert. Dass ich immer berufstätig gewesen sei, dass meine Tochter schon immer Probleme mit Gleichaltrigen gehabt hätte und daher drei Jahre in einem guten Internat verbracht habe. Auch habe sie auf Anraten der Lehrer trotz recht guter Noten erst zwei „einfachere“ Ausbildungen versucht und dann auf eigenen Wunsch ein Studium begonnen. Und in letzter Zeit hätten mich die Schlaflosigkeit und die Entwicklung zu einem „Messie“ geängstigt.

Außerdem wollte ich meine Tochter auch nicht „blamieren“, denn diese hatte ein Bild von sich gezeichnet, von dem sie hoffte, die Zuhörer zu beeindrucken, um so vielleicht mehr als die übliche Zuwendung zu erhalten. Auch später widersprach sie nicht, wenn es z.B. um die Dauer des Aufenthalts in der Klinik ging. Sie wollte Einsicht zeigen. Das wurde belohnt.

Wir waren da nicht die Einzigen. Sehr viele Patienten versuchten etwas zu sagen, von dem sie vermuteten, dass das Gegenüber es so hören wollte. Sie sagten, sie hörten keine Stimmen mehr und sprachen wenig über deren inhaltlichen Botschaften. Sie behaupteten gut zu schlafen und ihre Tabletten nach Vorschrift zu nehmen, alles, um Ausgang zu bekommen und nicht so lang in der Klinik bleiben zu müssen. Vor allem Ältere stellten sich gesünder und tüchtiger dar als sie waren, um ihren Platz in der Werkstatt und ihre Wohnung zu behalten, um ja nicht in einem Heim in der „Pampa“ zu landen.

Gespräche dieser Art waren natürlich wenig zielführend.

## **Die ersten unabhängigen Angehörigengruppen**

Das Ganze hat sicher dazu geführt, dass in rascher Folge selbständige unabhängige Selbsthilfegruppen entstanden, die sich an vielen Orten sogar zu eingetragenen Vereinen entwickelten. Sie entstanden oft, bevor es Angehörigengruppen an Kliniken gab. Wir wollten uns gegenseitig über unsere Erlebnisse mit der Psychiatrie austauschen und mit Unterstützung von verständnisvollen Profis unseren Kenntnisstand über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten erweitern, damit wir als einigermaßen Gleichberechtigte an den Gesprächen teilnehmen konnten. Unsere Beobachtungen sollten angehört und berücksichtigt werden. Wir wollten immer mehr Informationen sammeln, mitreden, mitplanen und selbst auf politische Entscheidungen Einfluss nehmen. Es sollte aber auch nicht mehr über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden werden sowie Rücksicht auf den

Familienzusammenhalt genommen werden. Denn wir merkten bald, dass bei schwerkranken Menschen die Familie meist als Hauptstütze bei Versorgung und Alltagsbewältigung einspringen musste.

Gerade Menschen, die eigentlich eine Herausforderung für einen erfahrenen Profi gewesen wären, blieben uns überlassen. Nach anfänglichem Misstrauen („Was redet ihr da über uns?“) kommen übrigens immer mehr von ihnen heute in unsere Gruppen und informieren sich.

## **Aufkommen der Psychosese minare: der Dialog wird begründet**

Mit der Gründung von so genannten Psychosese minaren durch kritische Psychiatrie-Erfahrene und unkonventionelle Profis, begann das, was wir heute Dialog nennen. Anfangs von Angehörigen und Fachleuten belächelt oder sogar misstrauisch beäugt, sollten hier Betroffene, Fachleute und Angehörige über ihre unterschiedlichen Sichtweisen diskutieren, ja sich deren erst richtig bewusst werden. Aufmüpfige psychisch kranke Menschen wollten nicht länger dulden, dass sie gar nicht gefragt wurden, wie hilfreich sie eigentlich die ihnen verordnete Behandlung und Versorgung fänden. Oft hatten sie vorher noch nicht einmal ihre genaue Diagnose gekannt. Selbstbestimmung erschien ihnen nur außerhalb der Kliniken möglich, viele gingen so weit, die Psychiatrie als Ganzes abzulehnen.

Ich kenne diese ersten Psychosese minare nur gerüchteweise von Bekannten aus dem Stuttgarter Raum. Da ginge es hoch her, hieß es. Es gebe gegenseitige, manchmal sogar lautstarke Schuldzuweisungen. Und die Angehörigen gerieten gar unter den Beschuss von zwei Seiten, die ihnen vorwerfen würden, die Krankheit durch ihr Verhalten verursacht zu haben. Mütter hörten zum ersten Mal die Theorien von Frieda Fromm-Reichmann und fühlten sich zu unrecht pauschal abgestempelt. Andererseits warfen die Betroffenen, unter denen sich damals noch viele schwer kranke

Menschen befanden, den Fachleuten vor, sie mit den Medikamenten willenlos zu machen und ihnen die Selbstbestimmung zu verweigern. Das „einander zuhören“ kam offensichtlich zu kurz.

Heute sind die Psychosese minare längst zu harmonischen Veranstaltungen geworden, die gemeinsame Ziele verfolgen und oft auch erfolgreich durchsetzen. Das Prinzip des Dialogs ist zur Normalität geworden. Die Teilnehmer haben angefangen, den jeweils anderen zuzuhören, Verständnis für sie aufzubringen, sich einander anzunähern. Der Kenntnisstand hat sich angeglichen. Man hat mehr oder weniger erfolgreich für eine bessere psychiatrische Behandlung und eine angemessene psychosoziale Versorgung gekämpft. Schade nur, dass sich nur noch wenige, besonders sensibilisierte Fachleute beteiligen. Und auch die Schwerkranken haben sich zurückgezogen, mit der Folge, dass ihre Interessen aus dem Blickfeld geraten.

Inzwischen geht es um weiterführende Ziele, um den gemeinsamen Aufbau einer ambulanten Behandlungs- und Versorgungsstruktur, um den Kampf für die Rechte behinderter Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ein gutes Beispiel für eine Erneuerung von unten ist die Entwicklung des Psychosese minars in Neumünster<sup>1</sup>. Hier wird eine Arbeit geleistet, die wegweisend ist für die gleichberechtigte Teilhabe psychisch kranker Menschen am normalen Leben in einem Sozialraum (Kommune), ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention. Man geht von dem Gedanken aus, dass psychiatrische Einrichtungen erst selbst von einer überzeugenden inklusiven Kultur durchdrungen sein müssen, damit sie prägend auf den sie umgebenden Sozialraum einwirken können. Sie machten ihre Arbeit über die Presse bekannt, setzten einen Krisenpass durch, hielten Vorträge in der Volkshochschule, arbeiteten in Einrichtungen der Brücke

<sup>1</sup> Wittig-Koppe, Bremer, Hansen: Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung ?, Neumünster 2010, S. 170 - 120

Neumünster mit und schufen einen dialogisch besetzten Beschwerderat. Qualität definierte sich über den Grad der Mitwirkung aller bei der Arbeit für die Gemeinschaft. Es bleibt noch viel zu tun: die Vernetzung aller Hilfeanbieter für alle hilfsbedürftigen Menschen in der Gemeinde, aber auch die Mitwirkung auf den höheren Ebenen der Steuerung und Planung des Hilfesystems.

## Der Dialog in Europa – die Ebene der Regierungen

Von der Öffentlichkeit fast unbemerkt hat sich der Gedanke des dialogischen Verhandels über den besten Umgang mit psychischen Erkrankungen in ganz Europa verbreitet. Die Länder Europas lernten voneinander und verbesserten ihre Behandlungs- und Versorgungskonzepte, indem sie besonders erfolgreiche Modelle der anderen erprobten. Europäische

Betroffenenorganisationen und die europäische Familien-Selbsthilfeorganisation Eufami gewannen immer mehr an Bedeutung. Sie waren beteiligt an dem Grünbuch der EU zur Verbesserung der psychischen Gesundheit ihrer Bürger und veranstalteten dialogische Kongresse. Der 4. Eufami-Kongress fand in Polen (Torun) statt. 600 Delegierte aus ganz Europa waren angereist, Fachleute, Angehörige und psychisch kranke Menschen. Sie konnten ein wunderbares Beispiel für einen gelungenen Dialog miterleben. Fast auf gleicher Augenhöhe wurde über den Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung, einheitliche Standards für medizinische Behandlung und psychosoziale Versorgung, den Abbau von Stigmatisierung und Ausgrenzung und die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben diskutiert.

Nach meinem Dafürhalten stellte sich heraus, dass in diesem Fall die psychiatrische Versorgung in den Ländern am besten organisiert und von den Nutzern und der

Bevölkerung akzeptiert war, in denen die Planung der Reform der Psychiatrie auf oberster nationaler Ebene stattgefunden hatte und ein Konsens aller Beteiligten, also auch der Betroffenen- und Angehörigenverbände, ausgehandelt werden musste. Dort etablierte sich das dialogische Verhandeln auch auf allen unteren Ebenen. Dazu gehören u.a. Irland, England und mit Einschränkungen (Versorgung der Schwerkranken) Schweden.

Wir alle freuten uns über die Gastfreundschaft der Polen und die gute Organisation der Veranstaltung, bei der auch die polnische Familienorganisation Pol-Familia mitgewirkt hatte.

## Was ist wichtig?

Wahrscheinlich wird es nie eine ideale herrschaftsfreie Gesellschaft geben und auch keinen idealen herrschaftsfreien Dialog (Habermas). Das sollte aber diejenigen, die über mehr Macht und Wissen verfügen, nicht davon abhalten, es als ihre vornehmste Aufgabe anzusehen, sich in den jeweils Schwächeren hineinzusetzen, damit dieser zu seinem Recht kommen kann. Das gilt besonders, wenn er mit ihm ein gemeinsames Ziel erreichen muss oder will. Und das gilt ganz besonders für die Psychiatrie, wo die Ursachen der Erkrankung immer noch sehr im Dunkeln liegen und das Leiden der Menschen sich im nicht messbaren Denken und Fühlen der Erkrankten und ihrer Angehörigen abspielt. Nur wenn der Betroffene dem Überlegenen vertraut und glaubt, dass dieser ihm ehrlich helfen will, kann er seine Gedanken und Gefühle preisgeben und so den Weg zu einer Besserung beschreiten. Und wenn er glaubt, mit den vorgeschlagenen Lösungen nicht leben zu können, muss er auch ungestraft widersprechen dürfen. Außerdem muss ihm und seinen Angehörigen ein Recht auf Mitbestimmung auf allen Ebenen der psychiatrischen Versorgung zugestanden werden.