

# Trau, schau, wem

## Sozialpsychiatrie und die Angehörigen

Von Susanne Heim

Angehörige und Psychiatrie tun sich noch immer schwer miteinander – selbst dort, wo sich die Psychiatrie sozial nennt. Es ist keineswegs selbstverständlich, dass Angehörige, die mit ihrem erkrankten bzw. genesenden Familienmitglied zusammenleben, angehört, beraten, an Hilfeplanung oder Entlassungsvorbereitung beteiligt werden. Scheinbar längst überholte Vorurteile wirken unterschwellig munter weiter und verhindern entspannt vertrauensvolle Begegnungen. Doch es gibt auch erfreuliche Beispiele für ein wertschätzendes und kreatives Miteinander. Warum werden solche Vorbilder zwar viel gelobt, aber so wenig nachgeahmt?

Vorsichtshalber sei's vorweg gesagt: Wenn Sie beruflich in der (Sozial-)Psychiatrie tätig sind und sich von dieser Wortmeldung einer psychiatrie-erfahrenen Angehörigen diskreditiert fühlen, weil nichts davon Ihre Haltung, Sicht- und Handlungsweisen widerspiegelt – dann sind Sie ganz offensichtlich nicht gemeint. Sie haben also keinen Grund, gekränkt zu sein!

Dass mir dieses Vorwort nötig erscheint, ist unter anderem meinen Erfahrungen als Referentin

in Sachen Angehörige geschuldet: Ob ernst gesprochen oder augenzwinkernd aufgespießt – seit mittlerweile dreißig Jahren sind es immer wieder Psychiatrieprofis im Auditorium, die sich gegen kritische Betrachtungen beleidigt und empört zur Wehr setzen, weil auf sie und ihre Arbeitsweise das alles nicht zutrifft. Warum dann die Aufregung? Wird Vulnerabilität womöglich doch durch einen Virus verbreitet?!

Der „Kundschaft“, den Erkrankten wie den Angehörigen, wird weit weniger Zimperlichkeit zugestanden. Ich finde es bemerkenswert, wie selbstverständlich in der Sozialpsychiatrie den Menschen, die sich ihr anvertrauen (müs-

sen), unbedingtes Vertrauen abverlangt wird. Kann man Vertrauen fordern, erwarten? Muss man sich das nicht erst einmal verdienen, sich dessen würdig erweisen? Wie fraglos vertrauenswürdig zeigen sich Institutionen und die dort Tätigen, die den mündigen Patienten propagieren und gleichzeitig auf dessen „Krankheitseinsicht“ und Compliance pochen?! Das ist Double-

bind vom Feinsten: Sei mündig = für dich selbst verantwortlich – und tu, was ich dir sage. Erkrankte wie Angehörige sollen einsichtig

sein, nicht etwa aktiv werden, Einsicht nehmen, um selbst abzuwägen und (mit-)entscheiden zu können.

### Professionelle Doublebind-Botschaften

Eigentlich wurden und werden Doublebind-Botschaften in und von der Psychiatrie vorzugsweise den Angehörigen zugeschrieben und ihnen als krankmachend angelastet. Gleichzeitig werden sie ihnen aber ungerührt zugemutet, gerne mit erhobenem Zeigefinger. Auch heute noch. Sie sollen ihre erkrankten Familienmitglieder loslassen und sie gleichzeitig auffangen, sich nicht in deren Angelegenheiten einmischen,



Susanne Heim

Mutter eines psychose-erfahrenen Sohnes und selbst psychiatrie-erfahren, seit 30 Jahren in der Angehörigen-Selbsthilfe engagiert, u.a. auch Initiatorin und Ko-Moderatorin des Kölner Psychose-Forums, [www.heim.sozialpsychiatrie.de](http://www.heim.sozialpsychiatrie.de)  
E-Mail: [sheim@psychiatrie.de](mailto:sheim@psychiatrie.de)

aber dafür sorgen, dass sie zuverlässig ihre Pillen schlucken, den Arztbesuch nicht vergessen und bei einer sich anbahnenden Krise rechtzeitig, freiwillig die Klinik aufsuchen. Kurzum, Angehörige sollen blind vertrauen und gleichzeitig kontrollieren – und möglichst keine Fragen stellen. Selbst wenn sie „schuldeinsichtig“ sind und es künftig besser machen wollen, aber nicht wissen wie.

Ist das eine Basis für gleiche Augenhöhe? Auch im Zeitalter des viel gepriesenen Dialogs gibt es mehr wohlfeile Lippenbekenntnisse als praktische Schritte in Richtung einer sozialen Psychiatrie, die ihrem Namen gerecht wird, indem sie den Menschen als soziales Wesen wahrnimmt. Wie sollen Erkrankte sich gesehen fühlen und Vertrauen fassen, wenn sie nur durch die psychiatrische Brille betrachtet werden, als Objekt von Diagnose und Behandlung, als Symptomträger und Studienobjekt? Wie sollen Angehörige sich wertgeschätzt fühlen und die (gefühlte) Verantwortung den beruflich Helfenden anvertrauen, wenn sie bei denen mal als Störfaktoren gelten, die man tunlichst auf Abstand hält, mal als nützliche Ressource, über die man nach Gusto verfügen kann, ohne Rücksicht auf den familiären Kräftepegel.

## Es geht durchaus auch anders

Nein, ich will nicht ungerecht sein. Hier und da hat sich schon etwas bewegt, haben sich Hoffnung weckende Beispiele für Better Practice entwickelt. Etwa Soteria-Einrichtungen, die sich am Modell der therapeutischen Gemeinschaft orientieren, wo Patientinnen und Patienten sich aktiv an der Gestaltung des Stationsalltags beteiligen und in Krisen eine achtsame Begleitung durch eine Bezugsperson erfahren. Freilich, dem deutschen Vorreiter in Zwiefalten

auf der Schwäbischen Alb sind seit 1999 bundesweit ganze fünf Kliniken gefolgt: 2003 in München-Ost, 2012 auf der Reichenau im Bodensee, 2013 im nordrhein-westfälischen Gangelt und Berlin sowie im Dezember 2014 in Hamburg. Acht andere haben es bislang nur – aber immerhin – zu einer Akutstation mit Soteria-Elementen gebracht. ([www.soteria-netzwerk.de](http://www.soteria-netzwerk.de))

Vom „Geburtsort“ der Psychose-Seminare, von ihrem „Vater“ Thomas Bock und den Impulsen, die seit dem legendären dialogischen Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 von dort ausgegangen sind, kann man eigentlich nur schwärmen – und voller Bewunderung nach Hamburg blicken. Dort haben diese Impulse vielfältige Aktivitäten angestoßen und hervorragende Ergebnisse gezeitigt. So konnte die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie im November 2014 mit ihrem 40. Geburtstag auch gleich sechs weitere Jubiläen feiern: 25 Jahre Dialog/Psychoseseminar, 20 Jahre Sozialpsychiatrische Ambulanz am Universitätsklinikum Eppendorf, 15 Jahre Krisentagesklinik, 15 Jahre Vorlesungsreihe Anthropologische Psychiatrie, 15 Jahre dialogisch innovativer Verein Irre menschlich Hamburg mit seinen zahlreichen Informations-, Begegnungs- und Präventionsprojekten sowie 10 Jahre EX-IN (Peer-Schulung) Hamburg. Eine beneidenswerte Bilanz – oder besser: Zwischenbilanz. Denn in Hamburg haben sich so viele engagierte Menschen zusammengefunden, dass die Sozialpsychiatrie dort wohl gar nicht mehr anders kann als in Bewegung zu bleiben.

**Wo Patienten und Patientinnen als Teil eines sozialen Gefüges wahrgenommen werden, wird auch nach ihrer Lebenswelt gefragt.**

Warum nur fristen positive Ansätze und hochgelobte Beispiele oft – sogar innerhalb einer Klinik – ein isoliertes Inseldasein mit beschränkter Strahlkraft? Warum wirken sie, trotz ihrer überzeugenden Erfolge, so wenig ansteckend? Warum finden sie nicht flächendeckend engagierte Nachahmer? Ja doch, sie werden zur Kenntnis genommen. Keine Informationsveranstaltung ohne psychiatrisch Tätige, die lebhaftes Interesse zeigen und eifrig Fragen stellen – um am Ende zu resümieren, ein solches Modell lasse sich halt leider nicht auf ihre Stadt, ihre Klinik, ihre Institution übertragen. „Wer etwas erreichen will, hat Ziele. Wer etwas verhindern will, sucht Gründe“, sagt Richard David Precht. Die guten Beispiele liefern freilich auch gute Gründe für soziale Psychiatrie. Sie könnten doch Ansporn sein, dieses Ziel entschlossen anzusteuern.

Wo Patienten und Patientinnen ganzheitlich, als Teil eines sozialen Gefüges wahrgenommen werden, kann es nicht mehr passieren, dass niemand nach ihrer Familie fragt, ihrer Lebenswelt. Dann rücken die nächsten Angehörigen, auch kleine Kinder, ganz von selbst als Mitbetroffene ins Blickfeld, ihre Kompetenzen und Hilfsbemühungen ebenso wie ihre Hilfsbedürftigkeit. Erst wenn auch sie gesehen werden, wenn ihr Beitrag zur Genesung ebenso gewürdigt wird wie ihr jeweils eigenes Recht auf Schutz und Wohlergehen, können wir auf Augenhöhe kommen, ohne dass Patienten oder Angehörige sich den Hals ausrenken müssen. Dann erst kann das – gegenseitige! – Misstrauen allmählich schwinden und damit das Kontrollbedürfnis überflüssig werden.

## Hochschulgebildete Vorurteile

Doch leider gilt noch immer, woran Alexander Veltin schon 1995 in der Zeitschrift Psychiatrische Praxis erinnert hat: „... eine recht verstandene Sozialpsychiatrie ist ihrem Anspruch gemäß auf den Dialog mit allen Gruppierungen im psychosozialen Felde hin angelegt, sie muss den Anspruch nur, daran hat es in der Vergangenheit

leider vielfach gefehlt, auch einlösen.“ Und die Vergangenheit ist noch immer nicht vergangen. Denn dazu müssten erst einmal die tradierten Vorurteile über Bord geworfen werden, die keineswegs nur in der gern gescholtenen „Gesellschaft“ rumoren. Eigentlich könnte die Psychiatrie, erst recht als soziale Psychiatrie, auf dem Weg zur inklusiven Gesellschaft Vorbild und Vorreiter sein für den angstfreien Umgang mit Fremdem, mit Befremdlichem. Stattdessen fördert sie mit ihren Krankheits- und Risikoszenarien Unsicherheit und Vorbehalte. Ja, auch die diskriminierenden Vorurteile gegenüber den Angehörigen wurden in der Psychiatrie kreiert. Sie wurden durch ihre Lehrbücher als „wissenschaftliche Erkenntnisse“ verbreitet und nicht widerrufen, im Laufe der Zeit durch neue Theorien allenfalls modifiziert – von der „schizophrenogenen Mutter (Frieda Fromm-Reichmann, 1948), auch als „unerbittliche Folterknechte“ und „dramatisierende, frigide Hysterikerinnen“ denunziert<sup>1</sup> bis hin zur gestörten und also verstörenden Kommunikation des Familiensystems, das sich hinter dem „Inexpatienten“ versteckt – einer „wahren Fundgrube an Pathogenität“<sup>2</sup> und „Verrücktheit hervorbringendes Interaktionssystem“, vergleichbar „einem Staat, in dem Bürgerkrieg herrscht“<sup>3</sup>.

Eine unendliche Geschichte, die weiterwirkt, unter anderem auch durch populärwissenschaftliche (Taschen-) Bücher, die teilweise noch heute im Buchhandel zu finden sind. Die Psychiatrie hatte Max Planck demnach nicht im Sinn, als er optimistisch prophezeite: „Irrlehren der Wissenschaft brauchen 50 Jahre, bis sie durch

neue Erkenntnisse abgelöst werden, weil nicht nur die alten Professoren, sondern auch deren Schüler aussterben müssen.“ In der Psychiatrie von heute wird die Familie nicht mehr offen schuldig gesprochen – nicht als Ursache, „nur“ als Entstehungsort der Erkrankung identifiziert! Mir ist inzwischen die Hoffnung auf grundlegenden Wandel vergangen. Ausgerechnet ein Verfechter der Sozialpsychiatrie und Wegbereiter der Angehörigenbewegung hat ihr den Garaus gemacht. Seit 1984 ist sein Name mit dem „Freispruch der

**Psychiatrie könnte auf dem Weg zur inklusiven Gesellschaft Vorbild für den angstfreien Umgang mit Fremdem sein.**

Familie“ verbunden – den Klaus Dörner in seinem Buch „Leben und sterben wo ich hingehöre“<sup>4</sup> praktisch widerruft. Dort notiert er 2007, mit Blick auf pflegende Angehörige: „Freilich kann der Gewinn einer Gruppe oder einer Beratung auch in der schmerzlichen Einsicht bestehen, dass etwa die Tochter eines Demenzen, die Eltern eines psychisch Kranken oder geistig Behinderten und der Ehepartner eines chronisch Kranken die Beziehung zueinander emotional so aufgeladen haben, dass sie... das reale Helfen Dritten überlassen müssen.“ Da haben wir sie wieder, säuberlich auseinanderdividiert: die Sündenböcke und die Opferlämmer. Dass zu einer Beziehung und ihrer emotionalen Temperierung mindestens zwei gehören – hat sich offenbar auch unter altgedienten und verdienten Sozialpsychiatern noch nicht herumgesprochen.

### Selbsterfahrung: Zusatzqualifikation psychiatrisch Tätiger

Da ist es durchaus folgerichtig und verständlich, dass selbst psychiatrisch Tätige, wenn sie Angehörige (geworden) sind, glauben dies schamvoll verbergen zu müssen, auch an ihrem Arbeitsplatz, im Kollegenkreis. Ganz zu schweigen etwa von eigener Psychose-Erfahrung! Wenn aber niemand davon wissen darf, wenn ich ständig auf der Hut sein muss: Wie kann ich dann Erkrankten, Genesenden und ihren Angehörigen offen und empathisch begegnen, Kompetenzen nutzen, die ich meiner Selbsterfahrung verdanke? Gerade solche doppelt qualifizierten „Profis“ könnten doch Identifikationsfiguren sein, dazu berufen, das Bild psychisch Kranker und ihrer Angehörigen in der Öffentlichkeit zu korrigieren – und durch unerschrockenes Auftreten Betroffenen Mut zu machen zum aufrechten Gang. Nichts ist wirkungsvoller als ein persönliches Beispiel! Angst und (Selbst-)Verleugnung sind hingegen kein Nährboden für Zuversicht und Vertrauen.


Wenn ich selbst mutlos bin, nicht zu mir und meiner Lebenserfahrung stehen kann: Wie glaubwürdig kann ich dann mein Gegenüber ermutigen, sich selbst (wieder) zu vertrauen, eine Krise nicht als Katastrophe zu sehen, son-

dern als Chance für Entwicklung? Sich besser kennen zu lernen, die eigenen Bedürfnisse, Stärken und Schwächen genauer wahrzunehmen und zu (be-)achten. Nur so können doch Erfahrungen, nicht zuletzt die misslichen, als Entwicklungshelfer dienen. Das gilt übrigens für alle Lebensbereiche, nicht nur im Bannkreis der Psychiatrie. Wie so vieles, was ganz „normal“ menschlich-zwischenmenschlich ist und nur im Brennpunkt Psychiatrie besonders scharf zutage tritt. Die hat dafür mal wieder einen neuen Behandlungsansatz samt neuem Zauberwort erfunden: Empowerment.

Es ist ja Mode geworden, eigentlich selbstverständliche Bestandteile einer adäquaten Behandlung zu isolieren, zu generalisieren und als jeweils ganz neuen Königsweg zu präsentieren. Need Adapted Treatment? Na, was denn sonst? Wofür soll eine Behandlung gut sein, wenn sie nicht dem jeweiligen Bedürfnis und Bedarf angepasst ist?! Recovery? Sollte das nicht Zweck und Ziel jeder Behandlung sein? Dürfte aber ohne Empowerment kaum zu erreichen sein! Was nützten all die schönen „Ansätze“, wenn sie nicht wirklich praktiziert werden? Darüber reden reicht nicht. Und was ist eigentlich aus PPQ (ProPsychiatrieQualität)<sup>5</sup> geworden? In Biotopen stecken geblieben wie der Trialog, den man fast als Vorhut für die Inklusion verstehen könnte?

Ja, es gibt auch einige Leuchttürme, z. B. das eine oder andere Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ), das sich dem trialogischen Miteinander geöffnet hat, wo Besucher und Besucherinnen gar eigene Angebote selbstverantwortlich gestalten und verwalten. Aber selbstverständlich ist das noch lange nicht. So kann es passieren, dass der feierliche Abschied für einen verdienten SPZ-Koordinator von den Mitarbeitenden ohne die Beteiligung von Besucherinnen und Besuchern vorbereitet wird – und zweigeteilt: Vormittags Fachveranstaltung für Promis und Profis, bei der die Klientel des SPZ allenfalls am Rande Erwähnung findet, aber nicht zu Worte kommt – nachmittags

„Familienfest“ fürs Fußvolk. Und im Reigen der Grußwort-Überbringer ist der wohl älteste Kooperationspartner nicht vorgesehen: die Angehörigen, die für dieses SPZ einst auf die Straße gegangen sind, um seine Gründung vor dem Rotstift des Stadtkämmerers zu bewahren.

Bei Ihnen könnte sowas nicht passieren? Bei Ihnen funktioniert das alles bestens mit der Augenhöhe und dem Trialog? Sie sprechen auch mit Angehörigen? Sie fragen erkrankte Eltern nach den Kindern und deren Wohlergehen? Sie handeln nach der Maxime von Regine Hildebrandt: Nicht labern, sondern machen. Chapeau! Wir sollten uns zusammenrotten, uns mit Gleichgesinnten verbünden, um gemeinsam gegen den Stachel zu löcken, der Sozialpsychiatrie auf die eingeschlafenen Füße zu helfen und (wieder) Entwicklung in Gang zu bringen. „Was dem Einzelnen nicht möglich ist, das vermögen viele“, sagt Friedrich Wilhelm Raiffeisen. Also, packen wir's doch an! 

### Anmerkungen

- 1 **Stierlin, Helm** (1992), Von der Psychoanalyse zur Familientherapie, Stuttgart.
- 2 **Selvini-Palazzoli, Mara** (1992), Die psychotischen Spiele in der Familie, Stuttgart.
- 3 **Simon, Fritz B.** (2002), Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. 9. Auflage, Heidelberg
- 4 **Dörner, Klaus** (2007), Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. 7. Auflage, Paranus Verlag.
- 5 Vgl. [www.ppq.info](http://www.ppq.info)