

Vom Sündenbock zum Partner

Angehörigen professionell begegnen

Von Peter Bastiaan

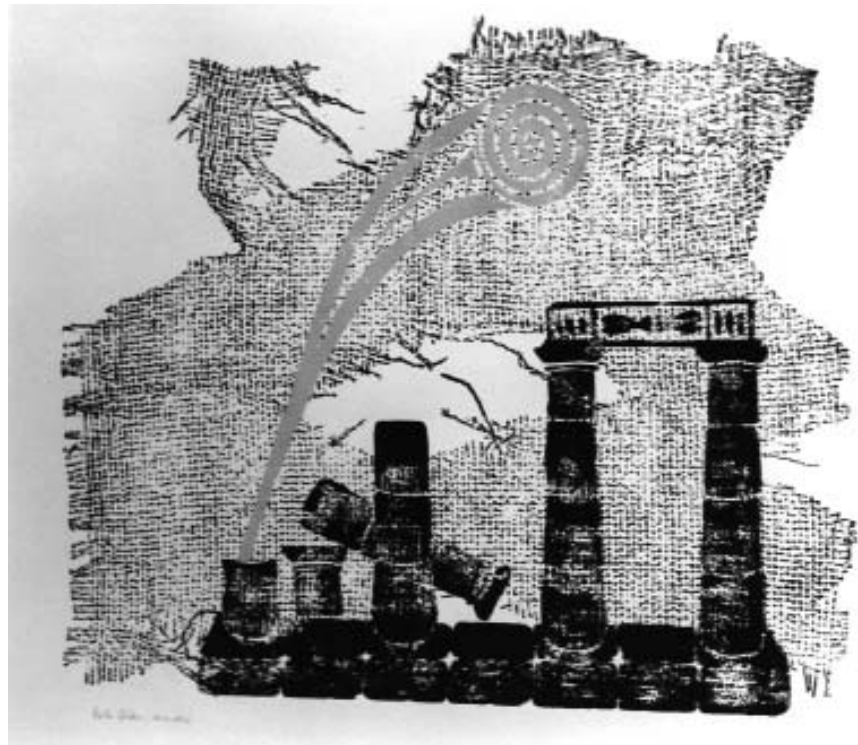
Die Begegnung mit Angehörigen psychisch Kranker ist für Professionelle oft mit ambivalenten Gefühlen verbunden. Die Belastung der Familie wird durchaus gesehen, dennoch hat jeder schon mal Kommentare wie »Kein Wunder, dass die krank ist – bei den Eltern!« von einem Kollegen gehört. In der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung (SPZA) an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ist die Arbeit mit Angehörigen fester Bestandteil der zweijährigen Weiterbildung. Seit 1969 haben 556 Personen aus verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen der Region Hannover daran teilgenommen (62,41% Krankenpflege, 19,96% Sozialarbeit, 17,27% andere Berufe wie Ergotherapie, Physiotherapie, Gruppenleiter aus Werkstätten). In dieser Zeit hat sich die Betrachtung der Angehörigenrolle sehr verändert. In dem Maße wie die Theorien über die Krankheitsursachen das Umfeld mit in den Blick nahmen, rückten die Angehörigen in den Fokus und wurden plötzlich mit Schuldzuweisungen konfrontiert. Am Beispiel von Psychose-, Demenz-, Sucht- oder Borderline-Erkrankungen möchte ich zeigen, wie stark uns Professionelle welche Theorien zu dieser Haltung führten und wie wir kooperativer und konstruktiver mit Angehörigen umgehen können.

Angehörige als Sündenböcke

In den 70er – 90er Jahren haben wir die Angehörigen von psychisch Kranken vielfach als Sündenböcke betrachtet (s. Abb.1).

Als ich 1975 in der MHH zu arbeiten begann, waren seit wenigen Jahren in deutscher Übersetzung verschiedene englischsprachige Veröffentlichungen von Bateson und anderen als Buch unter dem Titel »Schizophrenie und Familie« erschienen und wurden begierig von uns psychiatri-

schen Fachleuten gelesen. Besonders fasziniert waren wir von der Double-Bind-Theorie, die auf der Kommunikationstheorie von Paul Watzlawick basiert. Sie besagt, dass widersprüchliche Botschaften ausgesendet werden, insbesondere dass



zwischen Worten und Handlungen, Mimik und Gestik Widersprüche bestehen. Ein Lehrbuch-Beispiel: Eine Mutter signalisiert beim Besuch ihres kranken Sohnes, dass sie keine Umarmung wünscht, der Sohn respektiert dies taktvoll, darauf sagt sie »Du liebst wohl deine Mutter nicht, oder?« Wir glaubten, in widersprüchlichen Botschaften der Eltern gegenüber ihren Kindern nun endlich die Ursache der Schizophrenie gefunden zu haben, nach der die Psychiatrie seit 150 Jahren sucht. Wir dachten, wenn ein Kind jahrelang ständigen widersprüchlichen Botschaften

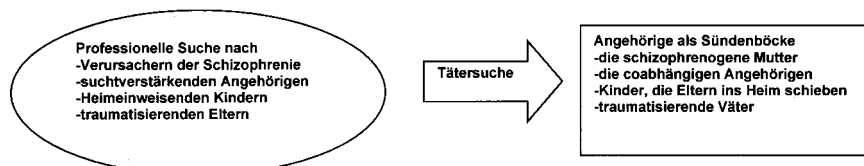
ausgesetzt ist, kann es nur verrückt werden, weil kein Mensch solche Widersprüche aushält. Da Kinder damals überwiegend von ihren Müttern erzogen wurden, erklärten wir die Mütter als schizophrenogen, d.h. als Verursacherinnen der Schizophrenie. So kann man es in Arztbriefen aus den 70er bis 90er Jahren nachlesen.

Dementsprechend feindselig war unsere Einstellung gegenüber Angehörigen. Wir glaubten, dem Patienten eine Wohltat zu erweisen, wenn wir ihn überzeugten, aus seiner schädlichen Familie z.B. in ein Wohnheim zu ziehen. So mancher Patient, dem

das Wohnheim nicht gefiel, war nach wenigen Wochen wieder bei seinen Eltern. Wir erblickten darin eine pathologische, zu enge und krankmachende Beziehung zwischen Angehörigen und Patienten. Wir standen in Konkurrenz zu den Angehörigen um die größere Macht. Gleichzeitig entließen wir die Patienten dank der neuen Psychopharmaka nach wenigen Wochen mehr oder weniger gebessert, selten jedoch geheilt in ihre häusliche Umgebung.

Diese Theorie von dem widersprüchlichen Kommunikationsverhalten als (Mit-) Ursache psychischer Erkrankungen mussten wir begraben, nachdem unter anderen Matthias Angermeyer anhand von Filmaufzeichnungen nachweisen konnte, dass Familien mit einem schizophreniekranken Familienmitglied nicht grundsätzlich anders kommunizieren als mit einem diabetes-Kranken. Schließlich wollte niemand behaupten, dass widersprüchliche Familienbotschaften die Schizophre-

Abb. 1 Angehörige als Sündenböcke



nie und den Diabetes auslösen. Im Gegenteil, es wurde sehr schnell klar, dass sowohl eindeutige als auch widersprüchliche Botschaften zur menschlichen Kommunikation gehören.

In den 80er Jahren kamen dann neue Theorien auf, die den Angehörigen zumindest eine Teilverursachung der Schizophrenie anlasteten: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das bis heute sehr verbreitet ist, geht davon aus, dass Menschen mit einer erbbedingten Verletzlichkeit bestimmte Stresssituationen, z. B. einen Umzug, den Verlust des Arbeitsplatzes, eine Hochzeit, nicht verarbeiten können und psychotisch werden. Als ein Stressfaktor wurde aus den englischen Untersuchungen von Vaughn und Leff ein zu hoher Gefühlspegel ausgemacht, der von den Angehörigen ausgehend Rückfälle bei Psychosekranken auslösen würde. Damit sind häufige Kritik von Angehörigen am Patienten und zu enge Kontakte von Angesicht zu Angesicht gemeint. Nun dürfte es jedem normalen Menschen einleuchten, dass Eltern nicht unbedingt ruhig und gelassen bleiben, wenn ihr 20-jähriger Sohn, der bislang einer Ausbildung nachging, plötzlich bis nachmittags um 16.00 Uhr im Bett liegen bleibt, seine Wäsche nicht mehr wechselt, sich im Zimmer einschließt, oder statt eines Mittagessens Salzstangen, Cola und Zigaretten konsumiert. In Kontrollstudien kam Charlotte Köttgen in Hamburg aber bereits in den 70ern zu dem Ergebnis, dass solche kritischen Äußerungen nicht zu Rückfällen führen und keine Ursache der Schizophrenie darstellen. Außerdem sollte man bedenken, dass ein kritisches Verhalten der Eltern Folge und Reaktion auf höchst psychotisches Verhalten eines Familienmitgliedes sein kann und keinesfalls die Ursache sein muss. Für überempfindliche, sehr sensible psychotische Menschen ist es zwar günstig, wenn wir Professionellen und ebenso die Angehörigen eher ruhig und gelassen auf die oft unerträglichen sozialen Verhaltensweisen der Erkrankten reagieren, aber dies ist natürlich desto schwieriger, je enger man zusammenlebt und je häufiger solche Verhaltensweisen auftreten.

Ebenfalls in den 80er Jahren gab es bei uns Professionellen gegenüber Angehörigen von Demenzkranken die vorwurfsvolle Haltung, sie würden die alten Menschen möglichst schnell loswerden und in ein Heim abschieben wollen. Wir meinten, dass fehlendes Engagement und zu geringe Bereitschaft zur familiären Inte-

gration vorherrsche. Dies führte bei uns zu einer ähnlich feindseligen Haltung gegenüber den Angehörigen wie gegenüber den oft älteren Angehörigen junger Schizophrener. Seit der Berliner Altersstudie wissen wir, dass die Angehörigen, besonders Töchter und Schwiegertöchter, bis zur eigenen Erschöpfung die Pflege Alterskranker übernehmen und Entlastung durch gerontopsychiatrische Zentren, Tagespflege und Pflegeheime benötigen.



Bei einer dritten Gruppe von Patienten, nämlich den Suchtkranken, herrschte in den 80er Jahren sowohl gegenüber Patienten als auch deren Angehörigen ein sehr konfrontativer Umgangsstil. Dabei wurde sowohl professionellen Kollegen, vor allem aber den Angehörigen von Suchtkranken Co-Abhängigkeit unterstellt, die z.B. von Wilson Schaeff als eigenständige Krankheit betrachtet wurde. Unter Co-Abhängigkeit verstand man zu großes Verständnis gegenüber dem Suchtkranken, fehlende Abgrenzung, Unfähigkeit zum Nein-Sagen, Trennungs-Drohungen ohne konsequente Umsetzung, eine allgemeine Aggressionshemmung, Deckung von Rückfällen etc. Der Angehörige galt zwar nicht als Verursacher, aber als Förderer der Sucht seines Familienmitgliedes. Damit wurde den Angehörigen eine Mitschuld zugeschoben. Rückblickend muss man heute sagen, dass wir auf diesem Wege unreflektierte Aggressionen gegenüber Suchtkranken und deren Angehörigen gefördert haben. Inzwischen wissen wir, dass es keine Krankheit Namens Co-Abhängigkeit gibt, dass zwischenmenschliche Abhängigkeiten in allen menschlichen Beziehungen, insbesondere bei engen Partnerbeziehungen eine Rolle spielen und

dass es vielfältige Reaktionsmöglichkeiten von Angehörigen bei Alkoholabhängigkeit eines Familienmitgliedes gibt. Anstelle von Schuld oder Mitschuld sollten wir daher heute von der Verantwortung sprechen, die jeder hat. Der Suchtkranke hat z.B. zu entscheiden, ob er weiter trinken oder einen Entzug machen will, die/der Angehörige muss sich überlegen, ob sie/er z.B. die Beziehung fortsetzen oder sich trennen will.

In den letzten 15 Jahren ist eine weitere Patientengruppe immer häufiger mit der Psychiatrie in Berührung gekommen: Menschen, die Gewalt und sexuellen Missbrauch erlebt haben, oft als Kind und in der eigenen Familie, oft mit Symptomen, die unter der Diagnose Borderline-Störung zusammengefasst werden. Selbstverletzendes Verhalten, Dissoziation, Suizidalität, Depressivität, plötzliche Aggressionsausbrüche, gelegentliches psychotisches Erleben sind typische Symptome. Nachdem die Psychiatrie Jahrzehnte lang solche Traumata geleugnet und als Fantasien der Patientinnen abgetan hatte (80% der Opfer sind Mädchen und Frauen), realisierte man ab Mitte der 80er Jahre das Ausmaß solcher Traumata. Die repräsentative Stichprobe des BMFFJS 2004 an 10000 Frauen hat erschreckend

hohe Zahlen ergeben: Über 1/3 aller Frauen waren als Kinder Gewalt oder/und sexuellem Missbrauch ausgesetzt, meist waren die Täter Männer im nahen Umfeld der Familie. Diesmal waren es nicht die Mütter, sondern die Väter, auf die sich unser Verdacht und unsere Wut richtete. Ein Teil unserer Empörung richtete sich allerdings auch auf die Mütter, die den sexuellen Missbrauch ihrer Töchter durch den eigenen Ehemann oder Bruder oder Onkel häufig ignorierten. Bis heute ist es schwierig, in diesen Fällen eine angemessene Haltung gegenüber den Angehörigen zu finden, auch weil wir wissen, dass es fantasierten Missbrauch im Rahmen z.B. von Psychosen oder beim Kampf ums Sorgerecht in Scheidungsprozessen gibt. Es ist schwierig, herauszufinden, ob und in welcher Weise Missbrauch stattgefunden hat, und es ist deshalb schwierig, eine angemessene Haltung gegenüber den Angehörigen zu entwickeln. Wir sollten weder Missbrauch leugnen oder verharmlosen noch die Gefühle von Angst, Wut und Hilflosigkeit unserer Patientinnen übernehmen und stellvertretend ausagieren. Wir benötigen eine angemessene Haltung sowohl gegenüber unschuldigen Vätern als auch gegenüber wirklichen Tätern.

Abb. 2 **Verstehen der Situation**

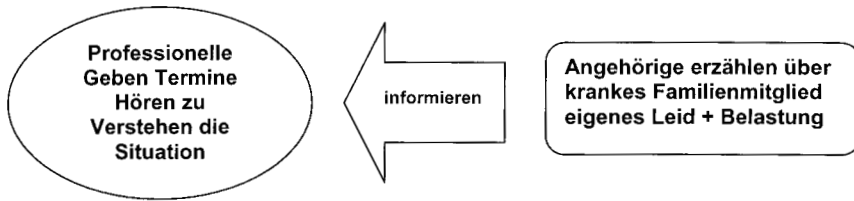
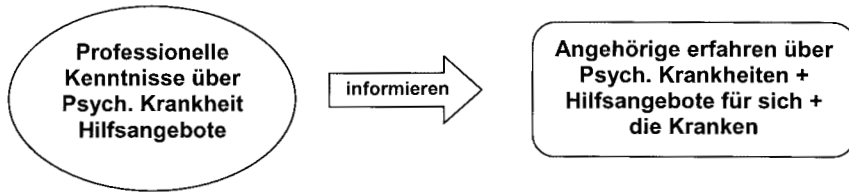


Abb. 3 **Professionelle informieren**



Angehörige als Partner

Dazu gehört es zu allererst, Angehörige als kompetente Gesprächspartner wahrzunehmen. Wir möchten den Teilnehmern der SPZA vermitteln, dass wir Profis die Situation der Angehörigen verstehen können und ihnen zu Informationen verpflichtet sind. Das erfordert eine allparteiliche Haltung, wenn wir zugleich das Vertrauen der Patienten erlangen und behalten wollen.

Angehörige besitzen aufgrund ihrer langen Erfahrung mit dem psychisch kranken Familienmitglied eine hohe Kompetenz, sie kennen den kranken Menschen länger und meistens wesentlich besser als wir, sie können die Krankheits-Symptomatik manchmal besser einschätzen als wir Professionellen. Wir sollten deshalb Angehörige anhören und deren Erfahrungen ernst nehmen, aber den Patienten darüber informieren, um Misstrauen zu vermeiden (vgl. Abb.2).

Angehörige sollten jederzeit einen Gesprächstermin bekommen, nicht nur bei

seltenen Besuchsterminen, denn sie sind nicht nur beruflich und durch Kindererziehung, sondern zusätzlich durch ein psychisch krankes Familienmitglied hoch belastet.

Angehörige benötigen unsere Hochachtung, weil sie als einzige oft länger als Freunde oder Arbeitskollegen oder als wir Professionellen einen dauerhaften Kontakt zum psychisch kranken Familienmitglied pflegen. Angehörige haben hohe persönliche und finanzielle Opfer zu tragen und müssen dringend entlastet werden. Deshalb sollten wir ihnen wohlwollend entgegenreten und versuchen, ihnen Angst und Schuldgefühle zu nehmen. Dann sind Angehörige auch bereit, professionellen Rat anzunehmen, wenn dieser Informationen statt Schuldvorwürfe enthält (Abb.3).

Überfürsorglichkeit von Angehörigen, die wir gelegentlich beobachten, ist oft eine Reaktion auf das krankheitsbedingte Verhalten eines Familienmitgliedes und wäre bei ausreichender professioneller Hilfe weniger notwendig.

Es entwickelt sich in unserer Begegnung mit Angehörigen oft ein Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt: Enttäuschung, Wut und Resignation der Angehörigen lassen sie für uns leicht als Querulanten erscheinen, darauf reagieren wir Professionellen mit Ablehnung, dies steigert wieder die Enttäuschung und Wut der Angehörigen usw.

Angehörige erleben eine schwere psychische Erkrankung oder den Suizid eines nahe stehenden Menschen oft als ein traumatisches Erlebnis, welches langfristige Folgen wie ein posttraumatisches Belastungs-Syndrom nach sich ziehen kann. Angehörige benötigen Anteilnahme und Unterstützung in dieser Situation.

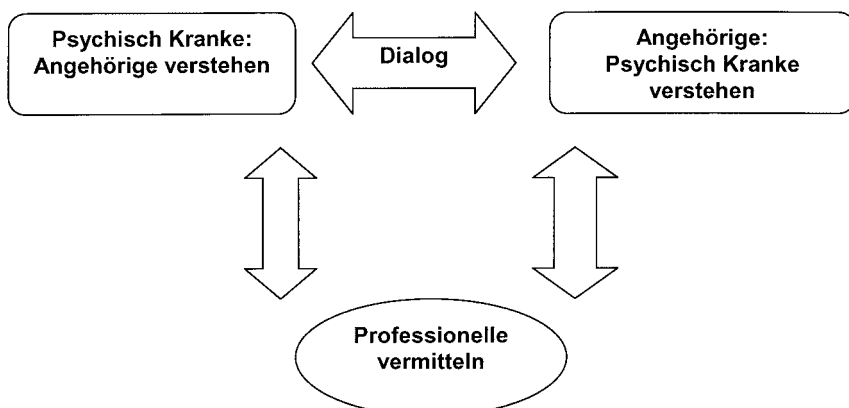
Zwischen Angehörigen und einem psychisch kranken Familienmitglied entstehen aufgrund jahrelanger leidvoller Erfahrungen oft Spannungen, gegenseitige Ablehnung, Kontaktabbrüche. Unsere Aufgabe ist es, wieder einen Dialog zwischen Angehörigen und dem psychisch kranken Familienmitglied zu ermöglichen. Eine solche vermittelnde Rolle können wir nur einnehmen, wenn wir sowohl die Bedürfnisse der Angehörigen als auch des psychisch Kranken im Blick haben. Diese wünschenswerte Haltung nennt man Allparteilichkeit (s. Abb.4).

Angehörige benötigen immer wieder Verständnis dafür, dass unerträgliche Verhaltensweisen ihres psychisch kranken Familienmitgliedes krankheitsbedingt sind, z.B. aggressive Handlungen im Rahmen einer Psychose oder Demenz, Geldverschwendung in einer Manie, Rückzug, Untätigkeit und Verwahrlosung im Rahmen einer Depression, körperlicher und sozialer Abbau im Rahmen einer Suchterkrankung.

Angehörige benötigen genau so wie psychisch Kranke Aufklärung über Ursachen, Symptomatik und Verlauf psychischer Erkrankungen, über Frühwarnzeichen eines Rückfalles, über Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, sowie Aufklärung über psychiatrische Versorgungs- und Hilfsangebote.

Angehörige benötigen Ermutigung, auch Grenzen zu setzen und eigene Rechte und Bedürfnisse aufrecht zu erhalten. ■■■

Abb. 4 **Allparteilich den Dialog fördern**



Peter Bastiaan unterrichtet an der MHH, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie; als Leiter der Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung seit 1975.

Dieser Beitrag basiert auf seinem Vortrag auf der Tagung des Verbandes der Angehörigen aus Niedersachsen und Bremen, AANB, am 18.06.05.