

Aus dem Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen
8020 Graz, Griesplatz 27

Gert LYON
Hedi RIEDL

Angehörige und professionelle Helfer

Kurzfassung eines Referates
gehalten bei der HPE Wien

November 1984

Möglichkeiten der Zusammenarbeit am Beispiel der Erfahrungen im Beratungszentrum Graz - Griesplatz

Wenn wir von der Voraussetzung ausgehen, daß die Zusammenarbeit aller Beteiligten und Betroffenen in der Behandlung von chronisch psychisch Erkrankten eine unabdingbare Notwendigkeit darstellt, so scheint es mir erforderlich die unterschiedlichen Ausgangspositionen, Voraussetzungen und subjektiven Wahrnehmungsmuster aller Beteiligten aufzuspüren. Wenn wir gemeinsames Vorgehen als wünschenswertes Ziel ansehen, dürfen wir nicht die Unterschiedlichkeit der Standpunkte, Erlebnisweisen und gegenseitigen Erwartungen verschleiern.

Wir müssen uns also fragen:

- was bedeutet Psychose für den Patienten selbst,
- was bedeutet es für den Angehörigen und
- was ist und was bedeutet es für den professionellen Helfer (Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter)?
- Gibt es Gemeinsamkeiten? Wenn ja, welche?
- Gibt es genügend Gemeinsamkeiten, die ausreichende Basis für die Zusammenarbeit darstellen?

Ohne hier näher auf die subjektive Erlebniswelt der Patienten eingehen zu wollen, sind wir im Unterschied zur traditionellen schulpsychiatrischen Lehre durchaus der Auffassung, daß psychotisches Erleben für den sogenannten psychisch Gesunden durchaus bis zu einem gewissen Grad einfühlbar und nachvollziehbar ist. Ich muß

mich etwa nur daran erinnern, daß psychisch krank zu sein, jedenfalls heißt von der Teilnahme am sozialen Leben weitgehend ausgeschlossen zu werden, daß es heißt, zwischen Phantasie und Realität, zwischen innen und außen, zwischen Wunsch und Wirklichkeit zeitweise nicht unterscheiden zu können, zeitweise tatsächlicher Bedrohung und phantasierter u.s.w.

Was es für den betroffenen Patienten heißt psychotisch zu sein,

wie der Betroffene selbst seine Situation erlebt etwa an das Tagebuch einer Schizophrenen , darüber gibt es einige eindrucksvolle Literatur.

Ich denke etwa an das Tagebuch einer Schizophrenen von M. Sechehaye "ich hab' Dir nie einen Rosengarten versprochen", "Meine Reise durch den Wahnsinn" von Mary Barnes und etwa an das dichterische Werk Hölderlins oder auch die Selbstdarstellung der "Denkwürdigkeiten des Daniel Paul Schreber".

Was bedeutet Psychose für den professionellen Helfer?

Für den Arzt, der den Patienten im psychiatrischen Großkrankenhaus sieht, steht eine andere Sichtweise im Vordergrund als für den in einer gemeindenahen Einrichtung sozialpsychiatrisch Tätigen. Die Perspektive des im psychiatrischen Krankenhaus arbeitenden Arztes ist sicher gefärbt von institutionellen Notwendigkeiten, den materiellen und den personellen Sachzwängen und Möglichkeiten, weiters den jeweils vorherrschenden therapeutischen Präferenzen der leitenden Primärärzte, vor allem aber von der Tatsache, daß er den Patienten meist im akuten Krankheitszustand und außerhalb des gewohnten Lebensmilieus sieht.

Unser Verständnis der komplexen Problematik psychischer Erkrankungen hat sich sehr stark verändert seit wir in einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung arbeiten. Die Möglichkeit Patienten im gewohnten Lebensmilieu zu begegnen, sie auch in symptomarmen bis -freien Phasen zu sehen, die Angehörigen, die Nachbarn, die Freunde kennenzulernen, die Patienten zum Arbeitsamt, zur Pensionsversicherung, zur Krankenkasse zu begleiten; - also die "andere Seite der Schizophrenie" wie sie Heinz Katschnig beschrieben hat, - all dies führt zu einer wesentlichen Änderung unserer Vorstellungen von psychisch kranken Menschen, zu einer viel größeren Fülle von Eindrücken und Daten, die es neu zu interpretieren gilt, was nicht immer leicht ist.

Eine andere Variable sind die unterschiedlichen Ausbildungshintergründe und erheblichen Differenzen von psychiatrischen und therapeutischen Schulmeinungen. Hier nur soviel: wie stark sich aber die Differenzen von Schulmeinungen, Ausbildungshintergründen und institutionellen Bedingungen und natürlich auch persönlichen Stilen der professionellen Helfer bei der Erstellung von Diagnose, Therapie und Prognose auswirken, das müssen Angehörige bei den Informationsgesprächen allzuoft sehr leidvoll erfahren.

Dazu ein Beispiel: in einer der Sitzungen unserer Angehörigengruppe berichtet eine Mutter, die erst vor kurzem den Mut fand, aus der Wohnung auszuziehen, die sie mit dem psychisch kranken Sohn bewohnte, der sie seit Wochen täglich bedrohte, daß ihr vor etwa 12 Jahren, beim ersten Ausbruch der Krankheit des Sohnes, eine Fachkraft an einem renommierten Universitätsinstitut gesagt habe: "ja wissen sie denn nicht von den jüngsten Forschungen: an der Schizophrenie sind die Mütter schuld."

Eine andere Mutter berichtet: "Man hat mir gesagt, daß ich meine Tochter auf jeden Fall entmündigen und sterilisieren lassen muß."

Und eine immer noch sehr häufige Erfahrung ist die Auskunft: "die Psychose ist doch eine Stoffwechselerkrankung und erblich, da kann man nichts machen."

Die Frage, was Psychose für die Anghörigen bedeutet, lasse ich hier offen.

Ich möchte mich jetzt ein paar Fragen zuwenden, die sich bei den ersten Kontaktaufnahmen mit den Angehörigen ergeben, dabei kommt es immer zu einer Art gegenseitigen Abtastens und Kennenlernens.

Was ist das für ein Psychiater? Wird er uns überhaupt helfen können, oder nur ein weiterer in der Reihe der schon konsultierten sein, der Medikamente verschreibt oder die Hospitalisierung einleitet?

Oder wird er zuwenig oder gar keine Medikamente verschreiben, wird er sich wohl genügend Zeit nehmen?

Und meine Zweifel und Fragen in dieser Situation gehen in folgende Richtung: was wissen die Angehörigen schon über die Krankheit? Welche Erfahrungen mit der Psychiatrie haben sie schon gemacht? Werden sie meine aus diagnostisch-therapeutischen Gründen abwartende Haltung als Passivität auffassen?

Wird es gelingen mit dem Patienten eine therapeutische Beziehung herzustellen?

Und wird es mir gelingen mit den Angehörigen so zusammenzuarbeiten, daß ich nicht in eine Schiedsrichterrolle komme, in der ich im Konfliktfall Partei ergreifen muß für die eine und gegen die andere Seite?

Wenn ich nun versuche die legitimen Erwartungen der Angehörigen an den Psychiater zusammenzufassen, so ergeben sich aus meiner Sicht drei Punkte:

1. Angehörige erwarten vom Psychiater Hilfe in einer Situation, in der die geläufigen Problemlösungsstrategien nicht mehr ausreichen. Sie erwarten Informationen über die Diagnose und Prognose und eine angemessene Behandlung des Patienten.
2. Erwarten sie meist Medikamente, die wenn schon nicht heilen so doch helfen.
3. Sie erwarten mehr oder weniger bewußt oder unbewußt auch die Übernahme der eigenen Problemsicht durch den Psychiater.

Umgekehrt kann ich meine Erwartungen als Psychiater an die Angehörigen in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. ich erwarte oder besser erhoffe von den Angehörigen die Bereitschaft zur Kooperation
 - a) bei der Erhebung einer brauchbaren Krankengeschichte - und
 - b) bei der Erstellung und Durchführung eines Therapieplanes.
2. die Bereitschaft der Angehörigen die eigene Betroffenheit zum Thema zu machen, sei es in Einzel- und/oder Gruppengesprächen.
3. das Ertragenlernen von Rückfällen, von Mißerfolgen und Enttäuschungen und von Unsicherheit in Bezug auf die Prognose und den Verlauf der Erkrankung ohne in Resignation, Zynismus und Sündenbocksuche zu verfallen. D.h. die Bereitschaft zur Veränderung der Problemsicht der Angehörigen.

Natürlich muß ich mir immer wieder klar machen, daß diese Erwartungen eher einem Katalog von Zielen also ein Programm darstellen, das im Verlauf der gemeinsamen oft mühseligen und vorübergehend auch von Enttäuschungen auf beiden Seiten geprägten kleinen Schritten erarbeitet werden muß.

Zum Abschluß möchte ich versuchen in Form von Thesen zusammenzufassen, was wir als professionelle Helfer in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen gelernt haben:

Gut sorgt für seine Kinder, wer auch für sich selber sorgen kann.

Schon im sogenannten ungestörten Eltern-Kindverhältnis gibt es eine Neigung der Eltern die eigenen Kinder lebenslänglich also auch nachdem sie längst selbständig und erwachsen geworden sind, als ihre Kinder zu erleben. Dies trifft unserer Erfahrung nach für Eltern chronisch Erkrankter in erhöhtem Ausmaß zu. Nachdem bedingungslose Zuwendung der Prototyp mütterlicher (auch elterlicher) Liebe ist, besteht auch eine erhöhte Gefahr, diese Art der Fürsorge für das erwachsene kranke Kind zur häufig unbewußten Grundlage der Einstellung zu machen.

Niemand kann andere verändern - jeder der bereit ist kann sich selbst und damit die Gesamtsituation verändern.

Eine sich immer wieder stellende Frage im Zusammenleben mit psychisch kranken Menschen ist die, in Konfliktsituationen zu unterscheiden ob die Kranken nicht anders handeln / sich verhalten können oder wollen; - oder anders ausgedrückt, wo die Spielräume des Verhaltens sind. Wir glauben, daß diese Frage jeweils nur für ganz konkrete Situationen lösbar ist, und zwar umso erfolgreicher, je größer die Bereitschaft ist, die eigenen Spielräume zu erkunden.

Nicht oder unzureichend bearbeitete Scham- und Schuldgefühle führen häufig zu Sündenbocksuche falscher Opfer - Täter - Polarisierung und verstellen den Blick für Zusammenhänge.

Scham- und Schuldgefühle treten bei allen betroffenen Angehörigen unvermeidlich immer wieder auf. (übrigens selbstverständlich auch bei ambitionierten professionellen Helfern) Wir sind der Meinung, daß diese Gefühle in Zusammenhang stehen mit einem fundamentalen menschlichen Kausalitätsbedürfnis, - also in diesem Fall dem Bedürfnis die Erkrankung des Angehörigen ursächlich erklären zu können. Je weniger die angesprochenen Gefühl, von Schuld und Scham bewußt gemacht und bearbeitet werden, desto mehr bilden sie ein Hindernis dafür, die komplizierten und vielfältigen Entstehungszusammenhänge von abweichenden ja oft bizarrem Verhalten verstehen zu können und unterscheiden zu lernen zwischen dem was an uns selbst und den erkrankten Menschen unveränderlich bzw. durchaus veränderbar