

Fritz Bremer

(Vortrag beim Landestreffen des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen am 8. April 2017 in Stuttgart)

Angehörige sind „Erfahrene“ - Neue Rolle gesucht!

Es geht mir um die Erfahrungen der Angehörigen - und darum, dass sie sichtbar werden. Ich beanspruche nicht, sie vollständig und objektiv vorzustellen.

Vielmehr gehe ich von meinen subjektiven Erfahrungen aus - in der Hoffnung, dass gerade die Subjektivität zum Weiterdenken einlädt.

Eigene Angehörigen-Erfahrungen

„Angehöriger“ bin ich - in der hier gemeinten Weise - dreifach. Seit meinem 11ten Lebensjahr in meiner Herkunftsfamilie und später in meiner „eigenen“ - wurde ich mit psychischen Krisen und Erkrankungen und mit geistiger und körperlicher Behinderung von Angehörigen konfrontiert. Ich wurde in dieser Rolle vor immer neue Aufgaben gestellt.

Von meinen Angehörigen bin ich nicht autorisiert, über sie zu berichten, und ich will auch gar nicht von ihren Erkrankungen und ihren besonderen Erfahrungen sprechen. Ich möchte versuchen, meine Angehörigenerfahrungen und die Empfindungen, Gedanken und Fragen dazu zusammenfassend zu beschreiben:

Der Beginn einer Erkrankung oder Behinderung einer / eines Angehörigen wirkt wie ein Schock und dann wie eine schleichende schwere Belastung, die man nicht wahr haben will. Es ist wie - „Leben in dichtem Nebel“.

Die Erfahrung, vor einem geliebten Menschen in Not zu stehen und dabei selber in bisher nicht gekannter Not zu sein, ist mir seither vertraut.

Ebenso vertraut ist mir die Erfahrung, unbedingt helfen und retten zu wollen.

Auch die Erfahrung - fast zeitgleich mit dem Wunsch, helfen und retten zu wollen - zu spüren und dann zu erkennen, nicht helfen und retten zu können.

Und dann bald schon zu ahnen, dass das Helfenwollen und Nichthelfenkönnen zum erschwerenden Teil des Problems wird.

Die dann folgende tiefe Ratlosigkeit und phasenweise schreckliche Ratlosigkeit sind mir vertraut. Sie halten zwischen Wut, Trauer, Aussichtslosigkeit und Schmerz alle Gefühlsnuancen bereit.

Ich kenne auch den überlebenswichtigen Versuch, nicht mehr merken zu wollen, abspalten und weggehen zu wollen, kenne auch die tröstende Hoffnung auf zauberische Lösungen.

Vertraut wurde mir die kaum fassbare Macht, die der psychisch erkrankte Mensch über die Familie und den Alltag im Haus hat, - eine Macht, die dann auch noch in Widerstreit tritt mit den Empfindungen von Not und Schmerz.

Wenn ein Angehöriger in einer Familie psychisch erkrankt, erkranken die Beziehungen zwischen den Angehörigen der Familie. Das, was zwischen den Menschen dieser Familie ist, wird krank.

Und alle benötigen Hilfe, um wieder weniger hochreaktiv, weniger durchgedreht und leidvoll miteinander umgehen zu können.

Und weiter? Ich war erstaunt über das Ausmaß der Verletzungen des Selbstwertgefühls, der Infragestellung des bis dahin einigermaßen sicheren Selbstbildes. Mir wurde klar: Niemand will Angehöriger eines psychisch erkrankten oder eines behinderten Menschen sein. Das planen wir nicht und lernen auch nicht, damit zu rechnen.

Das Gefühl der radikalen Verunsicherung der bisherigen Vorstellung von Lebenslauf und -perspektive ist beeindruckend.

Vertraut ist mir die jahrzehntelange Arbeit daran, all diese Erfahrungen zu einem sinnvollen und bedeutungstiftenden Bestandteil meiner Lebensgeschichte verwandeln zu können.

Eine große Hilfe dabei ist - das klingt jetzt hier nicht wirklich lustig - aber ich meine es ernst - er hilft: Humor.

An professionelle Hilfe kann ich mich - in der Zeit meiner ersten Erfahrungen nicht erinnern. Als Kind wurde ich als Angehöriger nicht gesehen.

Unterstützung erfuhr ich gelegentlich in der Krisenerfahrung in meiner späteren Familie. Und dann empfand ich das als besondere Ausnahmesituation. Im Leben mit meiner geistig und körperlich behinderten Tochter fanden wir Unterstützung in der KITA, in der Schule - vor allem durch die Erfahrung von Zugehörigkeit.

Vertraut sind mir allerdings auch die oft unterschwelligten Vorwürfe und Schuldzuweisungen durch andere Menschen - auch von sogenannten „Profis“. Es ist erschreckend in solcher Lebenslage Erfahrungen mit Diskriminierung zu machen, auch zu bemerken, dass man nicht mehr selbstverständlich dazugehört.

Isolation wird zur realen Gefahr.

Soweit - zu meinen subjektiven Erfahrungen.

Zwischenspiel - wie Angehörige und Profis immer noch aneinander vorbei reden

Zur Illustration möchte ich einige Aussagen nebeneinander stellen.

Eine Mutter: „Beim Klinikpersonal kommt man als Mutter nicht vor. Wenn doch, mit kritisch prüfendem Blick“.

Angehörige als Schwester und Mutter: „Ich bin seit nun 30 Jahren im Umgang mit Klinikpersonal erfahren... In den Jahren ist es mir ein einziges Mal begegnet, dass eine Mitarbeiterin.... sich nach meinem Wohlbefinden und meinem Umgang mit der Situation erkundigt hat. Ansonsten habe ich den Kontakt mit dem Fachpersonal als eher distanziert und kühl erlebt.“

In dieser angespannten Lage als Angehörige, die das Beste für den Patienten möchte, aber selbst nicht mehr mit der Situation klarkommt, geschieht es leicht, dass Schuldgefühle durch mangelnde Empathie des Personals verstärkt werden: „Ich hab' die Situation nicht mehr im Griff, und hier nimmt mich auch keiner ernst.“

Mutter: „Aus dem Rad: ‚ich muss doch irgendetwas tun können‘ herauszukommen, ist das Schwierigste und Schmerzlichste überhaupt.“

Mutter: „Die eigene Ratlosigkeit zu akzeptieren, die Verantwortung wieder zurückzugeben, sich selber therapeutische Hilfe zu beschaffen, um sich so wieder in die Lage zu versetzen, das eigene Leben wieder lebenswert zu machen, wieder egoistisch sein - das sind wichtige Schritte.“

Schwester / Mutter: „Professioneller Beistand für Angehörige, der die Situation und die Möglichkeit der Angehörigen im Ganzen versteht, scheint mir noch selten. Zu vordergründig ist die Notwendigkeit, dass alles für den Betroffenen getan werden muss. Wir Angehörige brauchen aber im Grunde selber das, was wir den Betroffenen geben sollten: Das genaue Hinhören und das Verstehen unserer Situation. Es beginnt ja damit, dass die Angehörigen die Erfahrungen des Betroffenen nicht verstehen und die Betroffenen die Erfahrungen der Angehörigen andererseits auch nicht verstehen können.“

Ein Mitarbeiter, der im Dialog-Seminar als Angehöriger spricht: „Wir Angehörige bedürfen der Unterstützung, um unsere Isolation und Stigmatisierung durchbrechen zu können. Deshalb ist mein Appell besonders an die Professionellen, dass wir als Angehörige ganz besonders auf eine Willkommenskultur angewiesen sind.“

Von KollegInnen höre ich zum Thema „Rolle und Situation der Angehörigen“ Aussagen wie:

- „enge symbiotische Beziehung der Eltern zu den Kindern“
- „von elterlichen Projektionen geprägte Beziehungen“
- „Unfähigkeit von Angehörigen loszulassen, gefangen sein durch die Erkrankung der Angehörigen“
- „Unsicherheit im Verhalten und damit Entfremdung von den eigenen Gefühlen“
- „Unsicherheit, zu große Hilfestellung, übers Ziel hinaus schießen“
- „schwierige Beziehungen von Eltern und Kindern“
- „Angehörige sind überlastet und können sich oft nicht lösen“.

Solche Aussagen sind zwar irgendwie verständnis- aber auch verhängnisvoll. Wie können die zuvor zitierten Angehörigen sich von dieser Art gesehen zu werden, willkommen und wirklich wahrgenommen fühlen? Was heißt loslassen? Wer kann das denn, wenn es einem Angehörigen bedrohlich schlecht geht? Diese Redeweise ist zur Formel geronnen, mit der Profis selbst sich die konkrete Situation vom Halse halten wollen. Die Frage aber nach dem Umgang mit Verstrickung und Not muss konkret gestellt werden.

Ich möchte im nächsten Schritt die Differenz zwischen Angehörigen-Erfahrung und Mitarbeiter-Erfahrung deutlicher machen und illustrieren.

Mitarbeiter-Erfahrung mit Angehörigen

Und wieder möchte ich mit eigenen - und zwar weiter zurückliegenden Erfahrungen beginnen, um die Ausgangslage zu beleuchten.

Als ich 1975 in einer Tagesstätte für geistig und körperlich behinderte Kinder arbeitete, sind mir zwei Fragen überhaupt nicht eingefallen:

1. Warum gehen diese Kinder im Schulalter nicht zur Schule?
2. Wo wohnen die Kinder? Wie geht es den Familien?

Meine Wahrnehmung war komplett begrenzt auf die Begegnung in der Förderstätte. Erst als ein kleiner Junge mit Down-Syndrom an einem Montagmorgen in die Förderstätte gebracht wurde - zusammen mit der Nachricht, er habe am Wochenende die Gärtnerei seiner Eltern in Brand gesteckt, wurde mir klar, dass dieser Junge außerhalb der Einrichtung ein Leben in der Familie hat.

Die Fixierung von Mitarbeitern auf die Begegnung mit den Kindern in der Einrichtung ver-
stellt den Blick auf die Angehörigen.

Eine andere Begegnung in derselben Einrichtung warf - für mich erstmals - ein grelles Licht auf einen ganz anderen Aspekt des Angehörigendaseins... Der 36-jährige spastisch gelähmte Gerhard war mit großem Abstand der älteste Bewohner der Wohnstätte der Einrichtung. Ahnungslos fragte ich eine ältere Kollegin, wie es dazu käme, dass er hier unter den behinderten Kindern leben würde. „Als das Heim Anfang der 70er Jahre gegründet wurde - mitgetragen von Eltern behinderter Kinder in der Stadt, da hat man Gerhard durch Zufall in einem Zimmer bei seiner Familie gefunden. Die Eltern hatten ihn nach 45 weiter versteckt - aus Angst, er könnte abgeholt werden.“

Abgesehen vom Grauen, das mich beschlich, lernte ich schlagartig, dass Angehörige für ihre behinderten Angehörigen lebenswichtig waren und sind und dass sie in allererster Linie - vor jeder Einrichtung - für sie einstehen.

1978 arbeitete ich als „Hilfspfleger“ „auf der halboffenen Station der psychiatrischen Anstalt“ in Rickling. Während des Sonntagnachmittagsdienstes beobachtete ich häufiger die Ankunft des Angehörigenbusses aus Hamburg - auch „Kaffeefahrt“ genannt. Überwiegend ältere Frauen stiegen mit ihren Taschen und Tüten aus und gingen dann auf die verschiedenen Stationen zum Krankenbesuch, zu ihren Angehörigen. Über dieser Ankunft lag etwas Drückendes, das Gehen der Frauen wirkte wie ein Trauerzug. Sahen so Menschen aus, die irgendwie dazugehören? Oder war ihnen etwas genommen?

Und welche Rolle hatten sie im Verhältnis zur Anstalt? Sie waren Statisten im Ablauf der „Anstaltsrituale“, Objekte der Regeln der „totalen Institution“. Sie waren Trauernde. Eine aktive Rolle war ihnen nicht zugeordnet. Sie durften einen Blick werfen auf den Übergang von „draußen“ nach „drinnen“.

Als ich in den 60er Jahren anfang, die Themen „Psychiatrie“ und „Behinderung“ wahrzunehmen und in den 70er Jahren erste Mitarbeitererfahrung sammelte, galt es weiterhin als normal, dass die „Erkrankten“ weggesperrt wurden. Es galt als normal, dass sie ihrer familiären und sozialen Umwelt entzogen wurden. Es galt auch als normal, dass Angehörige die Anstaltsunterbringung ihrer Angehörigen für normal hielten. Es galt als unzweifelhaft und normal, dass das die richtige und notwendige Hilfe sei.

Andererseits - und da tat sich ein schmerzlicher Widerspruch auf - waren genau in dieser Zeit viele junge Menschen fasziniert von den Arbeiten der Psychiatriekritiker und kritischen Sozialwissenschaftler, die mit Hilfe der Aufdeckung von „double - bind“(*) -Kommunikationen in der Familie, die Familie selbst als Schuldige entdeckten. Die Beschreibung von Familiensystemen als Ort der Reproduktion von Herrschaft und der Produktion von Verrücktheit erschien vielen - mir auch - als schlüssig und gar entlastend. Die Angehörigen - also - als Opfer der totalen Institution zum einen, als Täter in den Familien - abgestempelt - zum anderen - jedenfalls zu Objekten des Urteilens und Handelns gemacht. Ich würde sagen: Respektlos behandelt.

In den 80er und 90er Jahren, nach dem „Freispruch der Familie“ (K. Dörner), entdeckten wir MitarbeiterInnen die Angehörigen neu, bzw. wir entdeckten das Aufgabenfeld „Angehörigengruppen“ und Angehörigenberatung.

Das war sicher ein wichtiger und für viele „Angehörige“ entlastender Fortschritt. Sie fühlten sich endlich mehr gesehen und spürten Entlastung und Anerkennung.

Aber - das dürfen wir nicht übersehen - sie wurden nun Objekte der Beratung und ihre Selbsthilfverbände bald schon zum „Objekt der Begierde“ der Pharmaindustrie.

Die „Psychose-Seminare“ wurden für viele Angehörige zu einem wichtigen Raum für neue Erfahrungen, für entlastende Erkenntnisse, für neue Sichtweisen.

In den ersten Jahren der Entwicklung der Psychose-Seminare war die Rolle der Angehörigen offen. Und dann - ich übertreibe mit Absicht - dann gerieten sie in eine stabile Nebenrolle oder saßen gar im Zuschauerraum.

Soweit - einige Mitarbeiter-Erfahrungen mit Angehörigen.

Und nun:

Thesen zur prekären Rolle der Angehörigen im Trialog

Eine grundlegende Erfahrung von Angehörigen in Trialogseminaren ist das „Staunen“, das manchmal zu hilfreichen Fragen, oft aber zu weiterer Ratlosigkeit führt - das Staunen über die anderen, die psychiatrie-erfahrenen Menschen, die so beeindruckend berichten können.

Angehörige geraten in einen seltsamen Status von „irgendwie“ Mit-Erfahrenden.

Die manchmal durch die faszinierenden Berichte der anderen ausgelöste Entlastung ist ein schnell vorübergehender Trost. Ernüchternd oder erschütternd wirkt dann der sich bald einstellende Vergleich, z.B. mit dem eigenen chronisch und schwer erkrankten Sohn, der gar nicht mehr die Initiative aufbringen könnte, um auch nur zum Seminar aufzubrechen.

Während viele psychiatrie-erfahrene Menschen glücklicherweise durch das Engagement im Trialog aus den Schatten der Opferrolle heraustreten konnten und mit ihren besonderen Erfahrungen sichtbar wurden, gelingt Angehörigen das eher selten.

Während psychiatrie-erfahrene Menschen im Trialogseminar neue Rollenerfahrungen machen - als BürgerInnen, die etwas Wichtiges zu sagen haben, verbleiben Angehörige häufig in einer verzweifelten Ratlosigkeit. Sie mögen über die direkten alltäglichen Konflikte, über hässliche Streitereien, über ihr mulmiges Gefühl des Versagens und des Schmerzes kaum sprechen. Vielen erscheint das, was sie beitragen könnten - im Verhältnis zu den Berichten der anderen - eher klein und wenig anregend (diese Beobachtung teilte mir z.B. auch Christian Zechert mit).

Wenn dann auch noch MitarbeiterInnen der Einrichtung, in der der erkrankte Angehörige gerade betreut oder behandelt wird, im Seminar sitzen, entsteht zusätzlich blockierende Verstrickung. Was muss geschehen? Wie kommen wir zu einer Neubestimmung der Situation der Angehörigen? Kritische Reflexion kann helfen:

Die Angehörigen

- die gibt es nicht. Die in den Landesverbänden, im Bundesverband organisierten ca. 8.000 Angehörigen sind eine Minderheit. Gehen wir davon aus, dass auf ein erkranktes Familienmitglied zwei bis drei nicht erkrankte Familienmitglieder kommen, dann ginge es um 600.000 bis 900.000 Angehörige - angesichts von 300.000 Menschen mit über 800.000 klinischen Aufnahmen im Jahr (www.destatis.de/DE/Publikationen/Grunddaten/Krankenhäuser).

Aufnahmen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und in die Psychosomatik sind in den Zahlen nicht enthalten.

- Auch diejenigen, die sich in Selbsthilfegruppen treffen und bereit sind, über ihre Situation zu sprechen, die den Wunsch haben, ihre Erfahrung mit anderen zu teilen, sind repräsentativ - nur für eine bestimmte Gruppe von Angehörigen.
- Es gibt die große Gruppe der Kinder psychisch erkrankter Eltern. Im März 2016 - Newsletter des Kinderschutzbundes ist nachzulesen, dass zur Zeit ca. 3 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland betroffen sind. Diese Kinder sind Angehörige und in einer vollständigen anderen Lebenssituation als z.B. Eltern psychisch erkrankter erwachsener Söhne und Töchter. Es gibt die - soweit ich weiß - nicht erfasste, nicht gezählte, nicht genauer betrachtete - große Gruppe
- Es gibt die inzwischen erwachsenen Kinder psychisch erkrankter Eltern. Meine Erfahrung sagt mir, dass man viele von ihnen als ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, HeilpädagogInnen in den Teams im Hilfesystem finden könnte. Sie haben ihre eigenen EX-IN-Wege gefunden und Recovery-Entdeckungen gemacht. Hier wäre - scheint mir - ein ganz besonderer Erfahrungsschatz zu bergen.
- Es gibt die viel zu wenig beachteten Geschwister psychisch erkrankter Menschen, deren Konfliktlagen wiederum völlig andere sind.
- Es gibt die Angehörigen, die sich kümmern, die sich organisieren und austauschen, die Angehörigen, die bereit sind, sich systemischen, dialogischen, familien-therapeutischen Angeboten zu stellen. Die für ihre kranken Angehörigen und sich selbst etwas Gesundheitsförderndes tun möchten.
- Die Angehörigen vorübergehend Erkrankter und die chronisch erkrankter Menschen stehen vor sehr verschiedenen Herausforderungen.
- Es gibt die Angehörigen, die sich von ihren psychisch erkrankten Angehörigen abwenden, die eine Unterbringung anstreben und sich ansonsten in ihrem Leben möglichst nicht beeinträchtigen lassen möchten - vom Schicksal und ihren psychiatrischen Familienmitgliedern.
- Es gibt die Angehörigen, die Täter sind, die durch psychischen oder körperlichen Missbrauch die psychische Erkrankung ihrer Angehörigen evoziert haben.
- Es gibt auch die Angehörigen, die mit der Belastung und Scham leben, Opfer der verbalen oder körperlichen Gewalt ihrer psychisch erkrankten Angehörigen zu sein, die keine Sprache dafür finden und im System der Versorgung bisher kaum gehört werden. Christian Zechert u.a. befassen sich seit einiger Zeit mit dieser wieder ganz anderen Angehörigensituation.

Es gibt nicht „die Angehörigen“. Und deshalb ist die Interessenvertretung der Angehörigen schwierig und durchaus prekär.

In den Verbänden bezieht man sich auf diejenigen, die ihre besondere Situation reflektieren, die bereit sind, sich darauf einzulassen, die aktiv werden wollen, sich zu Wort melden, ihre Interessen artikulieren.... Wie wären all die anderen zu erreichen? Der Angehörigen-Begriff selbst muss kritisch reflektiert, differenziert werden. Die Differenzierung ist notwendig, um zu klären, welche Interessen und wessen Interessen der Verband der Angehörigen gegenwärtig vertritt und welche und wessen Interessen er entdecken und zukünftig auch vertreten soll.

„Angehörigenarbeit“ - was ist das?

In einem Text für die „Soziale Psychiatrie“ 4/2014, formulierten Christian Zechert und Bremer:

„Dreh- und Angelpunkt des psychiatrischen Behandlungs- und Hilfesystems ist nicht die häusliche, familiäre Situation von Patient und Familie, die gegebenenfalls durch einen klinischen Aufenthalt unterbrochen wird, sondern der zunehmend befristete klinische Aufenthalt eines Menschen, der „eventuell“ auch eine Familie oder Angehörige hat. Dies ist der fundamentale Unterschied: Bei chronischer Krankheit werden notwendige medizinische und psychosoziale Hilfen zum festen Bestandteil des Alltags und der Biografie einer Familie. Klinik und Hilfesystem nehmen die Familie jedoch kaum wahr. Wir wollen nicht behaupten, dass die Familienselbsthilfe in allen Dimensionen mit dem beruflichen Hilfesystem vergleichbar ist. Wir sind aber sicher, dass die Angehörigen und die Familienselbsthilfe das vielfältigste, älteste, erfahrenste, angesichts jahrzehntelanger Belastung leistungsstärkste, aber zugleich verletzlichste Hilfesystem ist. Dies gilt, obwohl es immer mal wieder überfordert, wenig öffentlich, kaum geschätzt und selten fachlich respektiert ist“.

„Angehörigenarbeit“ ist wie gesagt - ein Begriff aus den achtziger Jahren. Er bezeichnete damals die Arbeit von „Profis“ in Kliniken und Wohngemeinschaften und Kontaktstellen... mit und an Angehörigen. Das war ein sozialpsychiatrischer Fortschritt. Aber: Der Begriff bezeugt, dass diese Klientel als neues Objekt der Bearbeitung entdeckt wurde. Der Begriff muss neu definiert werden. Angehörigenarbeit ist die Arbeit der Angehörigen für ihre psychisch erkrankten Angehörigen.

Angehörigenarbeit ist die Arbeit in der Familie, für die Familie, die Begleitung zu Ärzten, Krankenhausbesuche, Gespräche mit MitarbeiterInnen in Klinik und anderen Einrichtungen. Angehörigenarbeit ist das Aushalten, Gestalten, Durchleben von Krisen, ist die Beantragung eines Behindertenausweises, das Gespräch mit dem MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse), die Beantragung von Pflegeleistungen, von Eingliederungshilfe usw. Angehörigenarbeit ist Selbsthilfegruppenarbeit, Verbandsarbeit, die Mitwirkung in Gremien oder auch der Protest gegen Zumutungen in den Entwürfen zu neuen Gesetzen.

Der Begriff muss gewissermaßen zurückerobert werden - im Sinne der Emanzipation der Angehörigen im Profisystem. Ja, Gruppentreffen von Angehörigen können, wenn es gewünscht ist, von MitarbeiterInnen begleitet und unterstützt werden. Das kann hilfreich sein. Ja, MitarbeiterInnen können Angehörigen beratend zur Seite stehen, müssen andererseits offen sein für das Erfahrungswissen der Angehörigen und sich gegebenenfalls von ihnen beraten lassen.

Gebotsschilder für Angehörige

Thomas Bock beschrieb folgende Szene: Am Eingangstor ins psychiatrische Hilfesystem sind für psychisch erkrankte Menschen nach wie vor zwei Schilder aufgestellt. Auf dem einen steht: „Krankheitseinsicht“, auf dem anderen: „Compliance“.

Da sind aber auch zwei Schilder für Angehörige. Auf dem einen steht: „Loslassen“, auf dem anderen: „Die Dominanz der Profis und deren Schweigeverpflichtung respektieren“. Das heißt: „Lasst Eure Leute hier in unseren Händen und respektiert mal, dass wir Euch nichts sagen können“. Das ist die Botschaft. Und das ist unverschämt und entmündigend. Außerdem ist es eine kommunikative Falle, in der die Angehörigen nur noch in eine Sackgasse rennen können, an deren Ende sie mit Panik, Ratlosigkeit und Schamgefühlen allein gelassen sind. So geht man nicht mit Menschen um, die in einer Familiengeschichte miteinander verbunden sind.

Zum „Loslassen“

Niemand kann sich doch in einem Verwandtschaftsverhältnis wirklich wünschen, voneinander loszulassen. Es geht nicht um „Loslassen“, sondern um „Nichtfesthalten“. Loslassen sollten wir von einem Halten und Helfen, das sich überlebt hat, das für alle Beteiligten nicht mehr hilfreich ist. Loslassen sollten wir von der Fixierung auf das eigene und das Leid des anderen, des Angehörigen. Loslassen sollten wir von dieser verhängnisvollen wechselseitigen Verstärkung von Schuldgefühlen - Wut - Ratlosigkeit - Leid. Loslassen sollten wir keinesfalls den Menschen, der uns nahesteht und auch nicht von unserer Beziehung zu ihm. Wichtig ist, dass diese Beziehung sich wandelt, dass eine andere Art des Haltens

sich entwickeln kann, eine feine, unaufdringliche, feinstoffliche Art des Haltens und der Verbundenheit. Eine solche Verwandlung der Beziehung kann hilfreich sein und psychische Gesundheit fördern. Sie kann Hoffnung geben. Die Möglichkeit von Veränderung, von Selbstwirksamkeit gibt Hoffnung - nicht aber die irgendwie gutgemeinte aber nicht wirklich verstandene Aufforderung, loszulassen.

Zusammenfassend

Die Vorstellung vom „Angehörigen“ muss kritisch reflektiert und differenziert werden. Der Begriff der „Angehörigenarbeit“ muss zurückgeführt werden auf seinen Wortsinn und zum Inbegriff des Respekts vor der Arbeit der Angehörigen werden. Die Forderung nach „Loslassen“ in Koppelung mit der Forderung nach Akzeptanz der Schweigeverpflichtung der Profis muss erkannt werden als kommunikative Falle, als Akt der Entmündigung und als absolut nicht sozialpsychiatrische und geradezu antisystemische Haltung.

Die Besonderheit der eigenen Erfahrung

Hilfreich wäre es, wenn Angehörige im Hilfesystem einen Raum finden könnten, um sich mit der narzistischen Kränkung auseinandersetzen zu können, die es bedeutet, Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen zu werden, zu sein. Diese Auseinandersetzung ist Voraussetzung für einen geklärteren Umgang mit sich selbst, dem Angehörigen und den Menschen im Hilfesystem. Ja, sie ist Voraussetzung für die Emanzipation von der schrecklichen Spirale der wechselseitigen Verstärkung von Schuldgefühlen - Wut - Ratlosigkeit - Leid.

Ich möchte Menschen mit Angehörigen-Erfahrung ermutigen, sich der Besonderheit ihrer Erfahrungen bewusst zu werden, die Blickrichtung zu ändern, die Grenzen und Möglichkeiten ihrer Lebenssituation zu erforschen, aus der Opferrolle herauszutreten und wieder durchzuatmen.

Angehörige haben das Recht, die Grenzen ihrer Helfens-Möglichkeiten zu erkennen und diese auch zu beschreiben - und zwar nicht, um indirekt doch wieder etwas für den anderen zu tun, sondern nur zur eigenen Entlastung.

Auch für Angehörige geht es darum, der Krisenerfahrung einen Sinn zu verleihen, sie zu einem sinnvollen Teil der eigenen Lebensgeschichte zu machen.

Der erste Schritt dahin ist:

Akzeptieren und anerkennen, - die radikale Wende im Leben, die Angehörigen-Erfahrung - akzeptieren und sich selbst darin anerkennen und annehmen.

Solange die Krise fremd und schmerzhaft in unserem Leben steht, treten wir auf der Stelle. Sobald wir die Erkrankung des anderen und uns selbst in diesem Krisengeschehen akzeptieren und annehmen, können wir lernen und uns in der Krise entwickeln.

Wir können uns dann den Realitäten stellen, mit denen wir zu tun haben. Wohltuend ist, die erfahrbaren Grenzen von Verstehen und Helfen zu erkennen. Eine solche Grenzerkenntnis heißt z.B.: Die Angehörigen kennen die Erfahrung des „Erkrankten“ nicht. Die „Erkrankten“ kennen die Erfahrung des Angehörigen nicht. Es ist wichtig zu verstehen, dass die beiden, die scheinbar so eng zusammengehören, radikal unterschiedliche Erfahrungen machen. Es ist hilfreich, davon auszugehen, dass wir uns - mit diesen unterschiedlichen Erfahrungen im Gepäck - erst einmal nicht verstehen. Die Einsicht in die eigentliche Unzugänglichkeit der Erfahrung des anderen, die Einsicht in das Nicht-Verstehen kann zur Grundlage für die gemeinsame Suche nach Verstehen werden. Erst dann kann - in der Familie, therapeutisch begleitet oder nicht, vielleicht im Dialog-Seminar - das mögliche Verstehen entwickelt und können realistische Unterstützungsmöglichkeiten ausgelotet werden. Bestenfalls bringt sich das Verstehen der erfahrenen Angehörigen und der Anders-Erfahrenen wechselseitig in Bewegung.

Ermütigung

Ich plädiere für die Emanzipation der Angehörigen von der Schuld-Leid-Ratlosigkeitsspirale, für eine Emanzipation von der Fixierung auf das Leid - das eigene und das des anderen - allerdings ohne den anderen und die Beziehung loszulassen. Ich plädiere für eine Emanzipation von unhaltbaren Ratschlägen und Forderungen aus dem Profihelfersystem, für eine Emanzipation hin zu einem selbstbewussten Umgang mit den eigenen Erfahrungen.

*double-bind bedeutet wörtlich doppelte Bindung, darunter versteht man, dass eine Person gleichzeitig zwei unterschiedliche Botschaften an eine andere Person richtet. Z.B. eine Person macht eine leidende Mimik, sagt aber „mir geht es gut“. Bei der Double-bind-Kommunikation ist der Empfänger verunsichert, dadurch soll angeblich Schizophrenie entstehen, so die damalige Lehrmeinung.