

**Freiheit in sozialen Netzwerken:
Zwischen Verantwortung, Vertrauen und Scham**

Vortrag von Gudrun Weißenborn

auf der Jahrestagung am 22./23.11.2013

des

Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit

Tagungsthema:

Vernetzung und individuelle Freiheit - Wieviel Netz braucht ein Mensch?

Lieber Herr Mönter, sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr über die Einladung, zum Jubiläum des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit als Rednerin die Seite der Angehörigen von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung vertreten zu dürfen.

Ein Baustein in der Versorgung ist die Zusammenarbeit mit der Gesundheits-selbsthilfe. Nur tauchte sie leider in den vorangegangenen Beiträgen nicht auf, in allen Netzwerkkarten habe ich die Gesundheits-selbsthilfe als Akteur vergeblich gesucht.

Folgt man nun aber einem ganzheitlichen Ansatz in der Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen, so sind die subjektiven Erfahrungen der Patienten und ihrer Familien von großer Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund habe ich mich dazu entschlossen, meinen Vortrag einem Thema zu widmen, der den Titel der Veranstaltung aufnimmt:

Freiheit in sozialen Netzwerken: Zwischen Verantwortung, Vertrauen und Scham.

Doch bevor ich meinen Vortrag beginne, möchte ich Sie bitten, nur sich selbst folgende Fragen zu beantworten:

- Wer sagt Ihnen manchmal, dass Sie, in dem *was Sie tun, so richtig gut sind*?
- Wenn es Ihnen gut/schlecht geht, was tun Sie, zu wem gehen Sie dann?
- Wen informieren Sie bei wichtigen Ereignissen, wie z.B. Schwangerschaft?
- Von wem könnten Sie sich eine größere Geldsumme borgen?
- Auf wen hören Sie, wenn Sie eine wichtige Entscheidung zu treffen haben?
- Wen können Sie jederzeit besuchen?
- Wen fragen Sie, wenn Sie Rat brauchen?

(Quelle: Wolfgang Budde, Frank Früchtel)

Ich bin mir ziemlich sicher, dass Ihre Antworten alle nur wenig voneinander abweichen. Wir haben überwiegend die Erfahrung gemacht, dass unsere Familien - Eltern, Geschwister, Partner, Kinder, aber auch gute Freunde, Kollegen, Vereinsmitglieder und Nachbarn zu unseren Bezugspersonen, d.h. zu unserem persönlichen sozialen Netz werden.

Dies deckt sich auch mit der Begriffsbestimmung in der Angehörigenbewegung: Die Familienselbsthilfe-Psychiatrie betont immer wieder, dass unter dem Begriff der Angehörigen nicht allein die Mitglieder der Herkunftsfamilie – Eltern, Kinder, Geschwister oder Ehepartner, Lebensgefährte, verstanden werden, sondern eben auch „Wahlverwandte“ können dazu werden: Personen, die auf Grund ihrer engen Bindung von der psychischen Erkrankung eines ihnen nahe stehenden Menschen mit betroffen sind – Freundinnen und Freunde, Mitglieder einer Wohngemeinschaft, Kollegen, Nachbarn, die sich kümmern.

Bedeutung sozialer Netzwerke für die Gesundheit

In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass soziale Beziehungen in Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden stehen. Das Eingebunden-sein in soziale Netzwerke sowie die Art und Weise des sozialen Austausches „wird zu so etwas wie einem sozialen Immunsystem, das neben dem individuel-

len Immunsystem jedem Einzelnen dabei hilft, Gesundheit zu erhalten und Krankheit besser zu bewältigen (Weinhold)“.

Das bedeutet, „eingebettet zu sein in ein Netzwerk von Familie und Freunden stellt ein Potential dar, das man als eine **Stressressource** bezeichnen kann, auch dann, wenn es gar nicht zu objektiv hilfreichen Interaktionen kommt. Allein das Gefühl der Zugehörigkeit und die Option, im Krisenfall das Netz mobilisieren zu können, zeigen eine protektive Wirkung (Leppin, Schwarzer 1997).“

Kurz - wer sozial gut eingebunden ist, lebt länger!

Doch in der Psychiatrie gibt es immer noch Berührungängste - auf allen Seiten der Beteiligten. Woran das liegen könnte, davon handelt mein Beitrag:

Freiheit in sozialen Netzwerken - Zwischen Verantwortung, Vertrauen und Scham

Um irgendwelchen Missverständnissen vorzubeugen, möchte ich festhalten, dass ich nicht die web-basierten Netzwerke, wie Facebook & Co meine, sondern die ganz persönlichen Netzwerke Ebene, wie ich sie soeben beschrieben habe.

Freiheit ist in unserer Gesellschaft eines der höchsten Güter. Sie ist ein Grundrecht, manifestiert in der Charta der Vereinten Nationen, den Verträgen Europas und unserem Grundgesetz.

Gehen wir vom Einzelnen aus, so können wir feststellen, dass die individuelle Freiheit zwei grundlegende Bedingungen hat: Zu ihr gehören „feste Regelsysteme für aufeinander abgestimmtes Verhalten (Di Fabio, zitiert in Nolte)“, und sie beinhaltet soziale Verpflichtungen. Sie ist kein Zustand, sondern dynamisch zu verstehen. Auch ist sie bezogen auf ein Gegenüber, denn Freiheit im leeren Raum gibt es nicht: „Ohne den Bezug auf die Freiheit der anderen und die Freiheit in Gemeinschaft, zerfällt eine „freie“ Gesellschaft in nur je für sich selbst freie Individuen (Nolte)“.

Das bedeutet, Freiheit ist nur in sozialen Zusammenhängen möglich, sie „ist gebundene Freiheit, ist Freiheit in Verantwortung“, denn „*Niemand vermag für sich alleine frei zu sein (Nolte)*“.

Somit ist die eigene „Freiheit immer auch die Freiheit des anders Denkenden (R. Luxemburg).“

Damit die individuelle Freiheit für den Einzelnen nicht verloren geht, ist aktives Handeln und Entscheiden notwendig. Jeder Einzelne trägt dafür Verantwortung für die gegenseitige Anerkennung auf die Freiheit des Anderen. Somit gehen Freiheit und Verantwortung Hand in Hand.

Und - Freiheit braucht Vertrauen – Freiheit baut auf Vertrauen auf, nur wer vertraut, sich selbst und dem Anderen, kann frei sein.

Vertrauen bedeutet, sich-verlassen-können *auf* etwas, und es entsteht in einer Beziehung zwischen Menschen als Grundlage für funktionierende Verhältnisse. Ohne Vertrauen würde ein Klima von Überwachung und Kontrolle herrschen, ein für alle Beteiligten auf Dauer unerträglicher Zustand mit extrem hohem Ressourcenverbrauch.

Freiheit, Verantwortung und Vertrauen sind also wichtige, ja immanente Größen des sozialen Lebens – sie sind die Bedingungen für ein gelingendes Miteinander.

Doch wie schafft es der Einzelne, die Ansprüche an die individuelle Freiheit mit den Ansprüchen der Anderen in Einklang zu bringen?

Ein entscheidender Mechanismus dieses komplexen Zusammenspiels ist Scham. Sie ist ein Wesensmerkmal des Menschen. „Sie ist *der* soziale Affekt. Sie reguliert das menschliche Verhalten und steuert Nähe und Distanz, Privatheit und Öffentlichkeit, Zugehörigkeit und Ausgrenzung, Anpassung und Integrität (Marks Manuskript)“.

Sie sensibilisiert den Einzelnen für die Meinungen und Empfindungen anderer, wirkt somit für den sozialen Zusammenhalt und hat „die Funktion, die Beziehung zwischen Ich und Du, zwischen Ich und Gesellschaft zu regulieren (Marks 2011)“.

Scham birgt aber auch Risiken und Nebenwirkungen, u.a. für die Gesundheit: Scham trägt nämlich dazu bei, dass viele Menschen sich bspw. vor ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen drücken.

„Zu unterscheiden ist zwischen einem gesunden Maß an Scham („gesunde Scham“) und einem traumatischen Zuviel an Scham („pathologische Scham“). Dabei wird das Ich von Schamgefühlen überflutet. Einen Fehler *gemacht* zu haben wird dann erlebt als `ein Fehler *sein*`. Dies ist ein Zustand existenzieller Angst (Marks: Manuskript - Menschenwürde und Scham).“

Denn - Scham ist ein sehr peinigendes Gefühl, wenn wir uns schämen, sind wir im Kern getroffen. Wir empfinden uns dann als unzulänglich, minderwertig, hilflos, schwach, machtlos, wertlos, lächerlich, gedemütigt, oder gekränkt. Dieses Schamerleben ist verbunden mit der schmerzhaften Überzeugung von der eigenen schwerwiegenden Unzulänglichkeit als menschliches Wesen.

Weil das Gefühl nur schwer auszuhalten ist, wird es stark tabuisiert. Oftmals wird es gar nicht wahrgenommen, denn die Scham hat viele Gesichter: Sie hüllt sich in Aggression, Wut, Trauer, Angst oder auch in Schuldgefühle. Der Psychoanalytiker L. Wurmser spricht auch von der „Maske der Scham“.

Scham kann als flüchtiger Effekt auftauchen oder sich zu einer dauerhaften Charakter-Eigenschaft entwickeln, sie kann von verschiedener Intensität sein, von leichter Peinlichkeit bis hin zum abgrundtiefen Selbstwertzweifel. „Diese Gefühle können so schmerzhaft sein, dass sie abgewehrt werden müssen; dies geschieht oft unbewusst (Marks 2011).“

„Überstarke Schamgefühle und Schamkonflikte *belasten* die Menschen auf unterschiedliche Weise und hemmen Lebensfreude, Selbstwertgefühl und intime Beziehungen grundlegend. Die Folge ist dann sozialer Rückzug und Isolation (Tiedemann 2007).“

Doch auch wenn Scham überwiegend negativ assoziiert ist, hat sie eine wichtige entwicklungs- und identitätsfördernde Funktion: Sie schützt die Grenzen des Selbst in Interaktion mit Anderen und reguliert das Selbstwertgefühl. Sie macht Veränderung möglich, wenn es darum geht, den eigenen Idealen nachzukommen, also den idealen Vorstellungen, die wir von uns als Person haben.

Es sollte also nicht darum gehen, Scham loszuwerden, sondern sie für sich zu nutzen. (Vgl. Marks)

Was geschieht im sozialen Gefüge, wenn ein Mensch in eine psychische Krise gerät?

Mit einer psychischen Krise, in der das Denken, Fühlen und Handeln *ver - rückt* sind, greifen die erlernten Regeln, mit denen wir uns im Alltag bewegen, nicht mehr.

Die Balance von Nähe und Distanz, von Intimität und Öffentlichkeit ist verloren gegangen. Das Selbstverständnis des zwischenmenschlichen Miteinanders wird dabei zutiefst erschüttert, die Übernahme von Verantwortung in Frage, das sich-aufeinander-verlassen-können auf eine harte Probe gestellt.

Für die erkrankte Person sind Versagensängste, Befürchtungen „falsch zu sein“, einen Makel zu haben oder auch die Erwartung von Stigmatisierung nur wenige Beispiele, die Schamgefühle auslösen können.

Allein die Realisierung von krankheitswertigen psychischen Symptomen kann Scham auslösen, zum Beispiel mit dem Ziel, die Symptome vor sich und anderen zu verbergen (Vgl. Hilgers 2007).

‘Ich fühle mich nur schlecht, ich bin aber nicht krank’ oder auch ‘Ihr seid vielmehr krank, ich aber doch nicht!’ sind vielfach gehörte Antworten auf die Frage nach dem Befinden.

Nahe Bezugspersonen nehmen die Wesensveränderung sehr bald wahr – nur gibt es dafür (noch) keine Erklärung.

Im alltäglichen Miteinander, ob familiär oder beruflich, treten die ersten Unsicherheiten auf, erste Fragen bleiben unbeantwortet. Dieser Prozess wird von den Beteiligten lange Zeit als Beziehungs- oder Familienkonflikt gewertet und behandelt. Damit vergehen oft Jahre. Jahre, in denen sich Missverständnisse anhäufen und sich Irritationen einschleichen.

Mit einer psychiatrischen Krise kann sich die Gefühlslage zuspitzen: „Neben dem Eingeständnis, allein nicht mehr oder nur sehr unbefriedigend zurechtzukommen, und den damit verbundenen Schamaffekten wird dieser »Makel« wenigstens gegenüber dem Interviewer (Arzt, Anm.), meist aber auch noch gegenüber Krankenkassen, Angehörigen, Kollegen oder einfach Straßenpassanten beim Betreten der Praxisräume, plötzlich und unkontrolliert sichtbar (Hilgers 2007).“

Ein weiteres wesentliches Merkmal der Scham ist das Sprechverbot, es kommt zu massiven Kommunikationsproblemen. „Was als „Bruch“ in der Beziehung erlebt wird, lässt sich auch als eine tiefe *Entfremdung* von der Welt und vom eigenen Selbst beschreiben. Als solche isoliert Scham von anderen Menschen und von sich selbst (Tiedemann 2011).“

Folglich isolieren sich die Betroffenen/Familien gerade dann, wenn sie am meisten auf den Kontakt zu anderen angewiesen sind.

Die Angehörigen erleben die Auswirkungen der Erkrankungen hautnah, werden ggf. sogar dafür verantwortlich gemacht. Die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten im Zusammenleben führen bei den Familien und Bezugspersonen zu tiefer Verunsicherung, können Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht auslösen. Neben diesen psychosozialen Belastungen summieren sich pflegerische, zeitliche

und finanziellen Aufwendungen dazu. Zur Bewältigung dieser mannigfaltigen Anforderungen benötigen Angehörige Information und Beratung.

Hier kommt es entscheidend darauf an, wie das Versorgungssystem auf die Herausforderungen vorbereitet ist. Die Einstellung der Angehörigen zur Psychiatrie und zu den Ärzten wird wesentlich durch die Erfahrung bestimmt, die in den folgenden Bereichen gemacht werden:

- Aufklärung und Information
- Gestaltung einer langfristigen Kooperation
- Generelle Haltung gegenüber Angehörigen und Patienten (Jungbauer et al 2002)

Dies nimmt entscheidenden Einfluss auf den weiteren Verlauf der Beziehungen, sowohl der innerfamiliären, als auch der Beziehungen zwischen Angehörigen und Professionellen.

Nun lauten die Fragen: Welche Rolle spielen Angehörige im Versorgungssystem? Werden sie als Ressource wahrgenommen und mit in den Behandlungsprozess einbezogen?

Ich nehme die Antwort gern vorweg: Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung ist nicht der Standard. Lediglich bei systemischen oder familientherapeutischen Settings wird die Rolle der Angehörigen beachtet.

Eine Einbeziehung der Angehörigen findet berechtigterweise nur mit Einverständnis des Patienten statt. Ohne Einwilligung besteht eine Schweigepflicht der Behandler gegenüber Dritten. Damit werden die Persönlichkeitsrechte des Patienten gewahrt, sie sind ein Schutz seiner Privatsphäre und seiner informationellen Selbstbestimmung.

Kein Familienangehöriger wird diese Schweigepflicht jemals in Frage stellen, denn sie dient dem Erhalt der Integrität des Patienten und dies kann für den Beginn einer Behandlung entscheidend sein.

Doch die Schweigepflicht entwickelt ihre eigene Dynamik, wenn das soziale Umfeld, in diesem Fall ganz konkret der Partner, das Geschwister, die Eltern, das eigene Kind zugleich in seiner Freiheit trotz gleichzeitiger Inanspruchnahme nicht respektiert und anerkannt wird.

Diese Dynamik wird im Behandlungszimmer nicht ausreichend thematisiert. Das kann verschiedene Gründe haben. Auf Seiten des Patienten können folgende Ursachen vorliegen:

- Möglicherweise, weil er erkrankungsbedingt dazu nicht in der Lage ist
- Möglicherweise aus Scham oder Schamabwehr (Bspw.: Gefühl der Unzulänglichkeit, vllt. weil die Medikamente nicht nach Vorschrift eingenommen wurden, Libido, u.a.)
- Möglicherweise, weil er Angst vor Konsequenzen hat (Kindeswohl, Arbeitsverlust)

Unbenommen hat die Schweigepflicht mehrere sehr wichtige Funktionen. Gleichwohl müssen wir bedenken, dass neue Realitäten geschaffen (Bsp.: Ar-

beitsplatzverlust, Verlust von Ressourcen, Trennung von Familien) oder Probleme an Dritte weitergereicht werden.

In Familien mit psychischer Beeinträchtigung erleben wir, dass ...

- ... dieselbe Patientin, die im Behandlungszimmer sagt, „sie schaffe das schon“, es ihrem Kind aber nicht ermöglicht, unbeschwert zur Schule zu gehen oder am Nachmittag Freunde mit nach Hause zu bringen,
- ... derselbe Patient, der im Behandlungszimmer sagt, „er schaffe das schon“, zu Hause seine Rolle als Versorger, Partner, Vater und Freund nicht mehr ausfüllen kann
- ... derselbe Patient, der im Behandlungszimmer sagt, „er schaffe das schon“, nicht den Antrieb hat, einen Antrag auf Sozialleistungen zu stellen, gleichzeitig sich die Miete und das Taschengeld von den Eltern abholt
- ...derselbe Patient, der, ohne Arbeit und allein lebend im Behandlungszimmer sagt, „er schaffe das schon“, die Krankschreibung immer weiter verlängern lässt und den Halt im Leben verliert, weil der Sinn abhanden gekommen ist

So ist das Schweigen auch eine Form, um Scham abzuwehren. Wir entziehen uns der Scham auch dann, wenn uns bewusst wird, dass uns dies unser soziales Netzwerk kostet. Die Menschen, die uns wirklich etwas bedeuten, sollen wenig mitbekommen.

Durch die Schweigepflicht erleben Angehörige, dass der Kontakt gemieden, die Intimität beendet wird. Sie sind besorgt und können nicht verstehen, was vorsichtig ist. Die Vertrautheit aufzugeben, kann die Angehörigen glauben machen, dass sie nun nicht mehr gemocht werden, was ihrerseits zu einem Rückzug führen kann.

Damit hat die Schweigepflicht auch eine soziale Dimension: Die Angehörigen befinden sich in der klassischen Position des ausgeschlossenen Dritten.

„Von wichtigen, die eigene Person betreffenden Vorgänge und Entscheidungen ausgeschlossen und explizit nicht erwünscht zu sein, ist eine massive Schamquelle ... (Hilgers 2007)“ und erzeugt Unsicherheit im Umgang miteinander.

Sind bereits Partner, Eltern und Freunde von der Behandlung eines Patienten mit betroffen, so gilt dies noch mehr bei Kindern, die mit ihnen in einem Haushalt leben. Während sich Erwachsene noch einigermaßen gegen die ärgsten subjektiven und tatsächlichen Bedrohungen, die aus einer Veränderung durch Behandlung und Therapie resultieren, wehren können, sind kleine Kinder den Erschütterungen besonders ausgesetzt (Hilgers 2007).

Obwohl das soziale Umfeld des Patienten mit den Folgen leben und die negativen Auswirkungen einer Therapie gemeinsam mit dem Patienten durchstehen muss, sind die Angehörigen der Möglichkeit enthoben, Stellung zu beziehen oder gar den Verlauf unmittelbar zu beeinflussen. Dies kann in Folge Ohnmachtsgefühle, offenen Zorn oder versteckten Groll auslösen. Im schlimmsten Fall vereiteln Angehörige die Fortschritte der Behandlung oder machen ihre Fortsetzung gar unmöglich (Hilgers 2007).

Unter diesen sprachlosen Umständen ist ein Gelingen der Beziehungen nicht oder nur schwer möglich. Scham isoliert. Sie trennt die Menschen – jedenfalls solange sie unbewusst ist.

Um dieser Sprachlosigkeit und der dazugehörigen Ohnmacht zu begegnen, müssen wir uns ihr stellen. Ich erinnere mich an die Worte eines Psychiaters, der den Patienten geantwortet hat: „Ich respektiere Ihre Entscheidung in Bezug auf die Schweigepflicht – aber, ich muss Ihnen sagen, dann kann ich Sie nicht so gut behandeln.“

Angehörige als Ressource

Die Erfahrungen von sozialer Einbindung wirken generell, „denn Menschen nehmen soziale Beziehungen nicht mit dem Blick auf die Problembewältigung wahr, sondern aus dem Bedürfnis nach Interaktion, Akzeptanz, Intimität und Bindung heraus (Weinhold)“. Durch die Erfahrung von sozialem Rückhalt werden Selbstvertrauen und Selbstwert erhöht, Kontrollbewusstsein wird aufgebaut und gestärkt, und die persönliche Zuversicht gefördert.

Kurz gesagt – die Einbeziehung der Beziehungspersonen stellt (und gerade auch in Krisenzeiten) eine große Ressource dar. Inzwischen konnte auch durch Studien belegt werden, dass aufgeklärte und informierte Angehörige psychisch beeinträchtigter Menschen wesentlich zur Rückfallprophylaxe und damit zur Genesung beitragen. Zudem sind die Angehörigen oftmals die Einzigen, die sich um ein erkranktes Familienmitglied kümmern, wenn sich sonst keine Hilfe finden lässt.

Doch die Einbeziehung der Angehörigen kann verschiedene Ziele verfolgen, die nicht immer im Dienst der Angehörigen, sondern oft in dem des psychisch beeinträchtigten Menschen stehen. Andererseits können Angehörige ebenso Träger des Problems sein.

Aus diesem Grunde warne ich vor der Einbindung der Angehörigen als Co-Therapeuten, denn sie ist mit mehreren Risiken verbunden: Der Auftrag führt zu einer Rollendiffusion, die es beiden Seiten erschwert, sich abzugrenzen und sich gegenseitig „Fehlentscheidungen“ oder auch nur eigene Bedürfnisse oder berechnete Anliegen zuzugestehen. Dabei läuft der Angehörige Gefahr, eine Co-Abhängigkeit zu entwickeln. Zudem gerät er in die Rolle eines Kontrolleurs. Die Familienmitglieder begegnen sich dann nicht mehr auf Augenhöhe, was zusätzliche Spannungen fördert und den Weg zurück zur Normalität erschwert. Auch drohen dem Angehörigen beim „Scheitern“ immense Insuffizienzgefühle, die eine ungeheure Wucht an Scham und Wut erzeugen können.

Stattdessen sollte der Angehörige vor diesen weiteren Belastungen geschützt werden, denn es ist im Besonderen seine Gesundheit, die als Ressource auch dem psychisch erkrankten Mensch zur Verfügung steht.

Überdies besteht mit der Übernahme der Co-Therapeutenrolle der Angehörigen das Risiko, den Krankenstatus des psychisch beeinträchtigten Menschen zu stabilisieren. Die Scham darüber, als Person nicht vollwertig zu sein, lässt das Zutrauen des psychisch beeinträchtigten Menschen schwinden, erschwert ihm dadurch den Genesungsprozess und steht im Widerspruch zu seinem Autonomiestreben und seiner Selbstverantwortung. Die Familienmitglieder finden dann nur schwer zu einem partnerschaftlichen Umgang zurück.

Letztlich geht es darum, die Verantwortung zu teilen. Dort, wo der Patient zeitweise keine Verantwortung für sich und andere übernehmen kann, ist zu klären, wer Verantwortung hat bzw. übernehmen kann.

Es geht grundlegend um die Frage, wer übernimmt für wen oder für was und vor allem wie lange die Verantwortung?

Diese Frage ist im besten Fall dialogisch, gemeinsam zwischen Patient, Angehörigem und Behandler zu prüfen, Konsequenzen aus den unterschiedlichen Möglichkeiten zu besprechen, Entscheidungen darüber zu verhandeln. Dieser allparteiliche Austausch schafft Vertrauen, fördert das gegenseitige Verständnis für die verschiedenen Probleme und schafft den Raum für allseitig akzeptierbare Lösungen.

Angehörige benötigen Unterstützung

Um den Angehörigen die Chance zu geben, an den Herausforderungen zu wachsen – und nicht daran zu zerbrechen – benötigen sie selbst ebenfalls Unterstützung.

An dieser Stelle möchte ich nochmals auf die besondere Lage der Kinder psychisch beeinträchtigter Menschen hinweisen, die in besonderem Maße spezifischen Belastungen ausgesetzt sind und entsprechender Hilfe bedürfen.

Die Erfahrungen lehren uns, was auch die Studien bestätigen: Das, was die Angehörigen benötigen, ist in erster Linie Information und Beratung, desweiteren emotionale Entlastung, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien, Stärkung der eigenen Ressourcen, darüber hinaus auch das gewahrt werden der eigenen Scham und der Grenzen der eigenen Belastbarkeit.

So gestärkt, bieten die Angehörigen eine solide Basis, an der der psychisch beeinträchtigte Mensch sich seiner Ver-rückung gewahr wird, sich prüfen und neu orientieren kann.

Darüber hinaus ist es für beide Seiten hilfreich, einen Lotsen an der Seite zu wissen, der dabei hilft, die Balance im Beziehungsgefüge neu zu justieren.

Um der Bedeutung der Angehörigen im Genesungsprozess aber auch ihren legitimen Bedürfnissen gerecht zu werden, reicht es nicht aus, 'formal' mit einbezogen zu werden. Es reicht nicht aus, wenn geschrieben steht, die Behandlung findet „... unter Einbeziehung der Angehörigen“ statt. Die Praxis zeigt uns, dass für die Belange der Angehörigen nicht genug Zeit vorhanden ist.

Solange also über die formale Einbeziehung der Angehörigen hinaus nicht auch konkrete Angebote vorgehalten werden, wird die soziale Dimension der Erkrankung nicht ausreichend anerkannt. Solange die Beziehungspersonen nicht miteinbezogen werden, vergeben wir die Chance auf ein gelingendes Miteinander der Familien und damit auch die Chance für Inklusion.

An dieser Stelle möchte ich auf die S3-Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie (2006) zum Thema - Einbezug von Angehörigen hinweisen:

„Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den

Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“

Und in den S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen 2012, Pkt. Familienhilfe heißt es:

„Die Art der Behandlungsgestaltung, entscheidet mit, ob sich die beidseitige Belastung zu einem Teufelskreis verdichtet oder sich auf beiden Seiten Ressourcen mobilisieren lassen. Die Behandlung bipolarer Patienten ohne Berücksichtigung des familiären Zusammenhangs und ohne Einbeziehung der Angehörigen erscheint fragwürdig.“

Familienselbsthilfe-Psychiatrie

Um dem Bedarf der Angehörigen psychisch beeinträchtigter Menschen nachzukommen, bietet der LV der Angehörigen Berlin e.V. seit Jahren persönliche Beratungsgespräche mit erfahrenen Peer-BeraterInnen an. Alle BeraterInnen und GruppenleiterInnen nehmen an Seminaren und Schulungen teil und erhalten regelmäßig Supervision. Die Beratungen finden inzwischen auch in türkischer, russischer und englischer Sprache statt.

Weitere Angebote sind:

1. Selbsthilfegruppen – dazu zählen neben Gesprächsgruppen (Hinweisen möchte ich auf die Gesprächsgruppe für Angehörige von Forensik-Patienten) auch Kreativangebote, wie Aquarellkurs, Laufen für die Seele, Theatergruppe und biographisches Schreiben. Weitere Angebote sind bereits in Planung.
2. Workshop-Reihe in Kooperation mit der Charité: das sind Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen, in denen immer ausreichend Zeit für Diskussion besteht
3. Beratung für Angehörige in Kooperation mit verschiedenen Kliniken und weiteren Anbietern der psychosozialen Versorgung
4. Broschüren, wie der Selbsthilfegewegweiser für seelische Gesundheit in Berlin und die Broschüre zu Arbeit und Beschäftigung
5. Informationen zu sozialrechtlichen Fragen und zum psychiatrischen Versorgungssystem
6. Seminare für Angehörige zur Gesprächsführung, zum Thema „Schuld und Verantwortung“ und zum Thema Scham
7. seit 2 Jahren auch krankenkassenfinanzierte Seminare zur (komplexen) Psychoedukation für Angehörige in dialogischer Moderation

Dieses Expertenwissen stellt der Angehörigenverband der Versorgung zur Verfügung und sieht hier das Potential einer konstruktiven Zusammenarbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung:

1. Beratung und Information mit Peer-BeraterInnen für Angehörige psychisch beeinträchtigter Menschen
2. Konfliktgespräche
3. Seminare für Angehörige (Psychoedukation, themenspezifisch)
4. Information zu sozialrechtlichen Fragen

Für eine Kooperation sind verbindliche Strukturen notwendig. Wie diese Strukturen aussehen können, in der Freiheit, Verantwortung und Vertrauen wachsen können, ist noch zu erarbeiten.

Und sich genau dafür zu engagieren, stellt für mich eine äußerst lohnende Aufgabe dar!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur:

- Amering, M./Schmolke, M. (2011): Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit, Psychiatrieverlag
- Angermeyer, M. et al (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker, Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen, Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen, Abschlussbericht zum Teilprojekt C3
- Budde, W., Früchtel, F.: Eco-Maps und Genogramme als Netzwerkperspektive in der sozial-räumlichen Fallarbeit
<http://www.sozialraum.de/eco-maps-und-genogramme-als-netzwerkperspektive.php>
- Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, BZgA Band 6, erw. Neuauflage
- Hilgers, M. (2007): Scham – behandlungstechnische Aspekte Vorlesung im Rahmen der 57. Lindauer Psychotherapiewochen;
<http://www.lptw.de>
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Angermeyer, M. (2002): Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen – Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung?; Psychiatrische Praxis 29, 279-284,
pdf_ <http://www.katho-nrw.de/uploads/media/AngehorigensichtArzt.pdf>
- Leppin, A., Schwarzer, R. (1997): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen, 349-373
- Lorenz, R.-F. (2006): Beziehung als Ressource, Zur gesundheitlichen Bedeutung der Beziehung – Vortrag auf dem 12. Bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit 1
- Marks, S. (2011): Scham – die tabuisierte Emotion, Patmos, 3. Aufl.
- Marks, S.: Manuskript zum Seminar Scham und Würde
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fkriminalpraevention.rlp.de%2Fuploads%2Fmedia%2FStephan_Marks_Handout_Scham_und_W%25C3%25BCrde.doc&ei=LjrlUvftE4PTtAbGloHABg&usq=AFQjCNHfl3cH-VPpxX7I0XT-C5Yx2Wltrg&bvm=bv.58187178,d.Yms&cad=rja
- Marks, S.: Arbeitsplatz Schule - Von der Beschämung zur Anerkennung
https://www.ph-freiburg.de/fileadmin/dateien/fakultaet3/sozialwissenschaft/Marks/B___W_Artikel.pdf
- Nolte (2010), Freiheit in der Bürgergesellschaft, 4. Berliner Rede zur Freiheit am 21. April 2010, Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit
http://www.freiheit.org/files/62/nolte_berlinerrede_manuskript.pdf
- Weinhold, K. (2011): Soziale Netzwerke und deren Einfluss auf die Gesundheit, in: Impulse 73/2011, Schwerpunkt: Beziehungsweise gesund: Soziale Beziehung und Gesundheit
<http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Newsletter-Nr73-Web.pdf>
- Schwarzer, R., Taubert, S., Schulz, U.(FU-Berlin): Soziale Integration, Gesundheit und Lebenserwartung
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/social.pdf>
- Tiedemann, J. (2007): Die intersubjektive Natur der Scham, Dissertation
http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002943
- Wurmser, L. (2013): Die Maske der Scham, Verlag Klotz, 5. unv. Aufl.