

11. Angehörige und Psychiater – eine schwierige Beziehung?

Janine Berg-Peer

Viele Gründe sind denkbar, warum sich jemand für den Beruf eines Psychiaters entscheidet. Vielleicht ist es das Interesse für die Hirnforschung, oder auch die Möglichkeit, dem „Hirn beim Fühlen zuzusehen“ (Die Zeit online 21.07.2012, <http://www.zeit.de/2012/27/C-Kompakt>). Jemand kann sich dafür interessieren, wie über Neuroleptika im Gehirn wieder ein Gleichgewicht hergestellt werden kann, ein anderer für Konzepte der ambulanten Psychiatrie in Italien oder Finnland. Es gibt Psychiater, die in ihrer Familie Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben, oder deren Motivation es ist, kranken Menschen zu helfen. Aber eines hat sicher niemals eine Rolle gespielt: Der Wunsch, mit schluchzenden Müttern konfrontiert zu werden. Aber wer als Psychiater in der Klinik arbeitet, wird mit schluchzenden Müttern konfrontiert werden. Es werden mehrheitlich Mütter sein, die vor dem Arzt sitzen, deutlich seltener die Väter. Und diese Mütter schluchzen nicht nur, sie fordern, sie streiten, sie klagen an und stellen die ärztliche Kompetenz infrage. Sie fordern Gesprächszeit, Erklärungen zu therapeutischen Entscheidungen, kritisieren die Zustände auf der Station, wissen vieles besser und erwarten von Psychiatern immer wieder Zeit und Zuwendung.

„Es ist nicht meine Aufgabe, mich um Angehörige zu kümmern“, habe ich häufig von Psychiatern gehört. „Dazu habe ich keine Zeit, die brauche ich für meine Patienten.“ Aber: Es ist sehr wohl die Aufgabe von Psychiatern, sich mit schluchzenden Müttern auseinanderzusetzen. Nicht, weil es menschlich nett oder poli-

tisch korrekt ist oder zu den Qualitätsstandards der Klinik gehört. Sondern, weil das Verhalten von Psychiatern vor allem beim Erstkontakt der Familien mit der Psychiatrie ganz wesentlich die Einstellung von Müttern und Vätern, aber auch die der Patienten zur Psychiatrie prägt. Wenn dieser Erstkontakt – und alle weiteren Kontakte – misslingen, dann entwickeln Mütter eine negative Einstellung zur Psychiatrie und zu Ihnen als behandelndem Arzt. Sie werden kein Vertrauen zu der Klinik haben und diese Skepsis wird sich auch dem Kind vermitteln, das aber als Patient Vertrauen in den behandelnden Arzt haben sollte. Psychiater haben eine nicht zu unterschätzende Verantwortung für eine gelingende Beziehung zu Angehörigen. Der Patient steht immer in einer engen Beziehung zu der Familie und häufig vor allem zur Mutter. Das kann man für schlecht halten, das mag aus der Sicht des Psychiaters sogar zur Krankheit beigetragen haben. Es kann sein, dass ein Arzt das Verhalten der Mutter unerträglich findet, dass die Mutter ihm unsympathisch ist oder dass die schluchzende Mutter ihn an die eigene Mutter erinnert, zu der er auch eine komplizierte Beziehung hatte. All das darf professionell keine Rolle spielen. Die Mutter als wichtiger Teil des sozialen Umfelds wird die Therapie beeinflussen. Untersuchungen belegen, dass eine sinnvolle Einbeziehung von Angehörigen sich positiv auf den Genesungsprozess auswirkt. Der Psychiater hat einen großen Einfluss darauf, ob die Mutter mit am Therapieziel arbeitet oder ob sie es unterläuft.

Wenn die Mutter nicht angehört wird oder sich zurückgewiesen fühlt, dann wird sie ganz sicher nicht kooperieren. Diese Mütter werden ihrem Kind gegenüber Zweifel an der Kompetenz der Psychiater äußern, sie werden jede Kritik der Patienten an der Klinik als Bestätigung für ihre eigenen Zweifel nehmen. Sie werden zu anderen Ärzten laufen, in der Hoffnung, dass diese ihnen zuhören, und sich einmischen in die Medikamentengabe oder die Dauer von Krankenhausaufenthalten. Wenn die Beziehung gleich am Anfang nicht gelingt und auch während des weiteren Krankenhausaufenthaltes nicht verbessert wird, dann wird jeder professionelle Hinweis von Psychiatern, dass etwa regelmäßige Besuche oder auch eine niedrigere Besuchsfrequenz angeraten sind, dass mehr Selbstverantwortung für den Patienten oder eine räumliche Entzerrung von Kind und Mutter nach dem Krankenhausaufenthalt wichtig seien, als Beweis dafür gesehen, dass der Psychiater der Mutter misstraut, sie als Wurzel des Übels ansieht und dem Patienten entfremden will.

Was können Ärzte tun? Was wünschen sich schluchzende Mütter von Psychiatern?

Ganz sicher beim Ausbruch der Krankheit und dem ersten Klinikaufenthalt keinen eilig vorgebrachten Kurzvortrag über Neurotransmitter, wie ich es erlebt habe. Auch das Angebot einer monatlichen Angehörigengruppe ist noch nicht der Durchbruch in der Angehörigenarbeit und ersetzt keine Gespräche. Versuchen Sie, sich in die Lage der Mutter zu versetzen: Oft ist der Diagnose ein langer Zeitraum von schwierigen Verhaltensweisen vorausgegangen, die bereits das Gleichgewicht der Familie empfindlich gestört haben. Da mag die Diagnose fast eine Erleichterung sein; man weiß nun, was zu diesem schwierigen Verhalten geführt hat. Vielleicht erwartet die Mutter nun vom Arzt Trost und die Zusicherung, dass

jetzt alles wieder gut wird. Man hat eine Diagnose, dafür muss es doch eine Therapie geben. Wenn die Krankheit unvermittelt ausgebrochen ist, bricht für Mütter die Welt zusammen, sie stehen unter Schock und verstehen nicht, dass gerade in ihrer Familie diese Katastrophe passiert ist. Sie wünschen sich vor allem Trost und Verständnis und eine Aufklärung über die nächsten Schritte, damit sie wieder Boden unter den Füßen bekommen. Für den Psychiater ist ein neuer Patient eine normale Erscheinung des Arbeitsalltags; für die Familie ist dieses Ereignis ein unvorstellbarer Einbruch, vergleichbar einem Zugunglück oder schweren Verkehrsunfall. Niemand würde dort die Beteiligten mit den Worten nach Hause schicken, sie könnten nächste Woche noch einmal anrufen. Dort würden Helfer organisiert, Seelsorger oder Traumatherapeuten kämen zum Einsatz. Aber Mütter werden nach Übermittlung der Diagnose Schizophrenie nach Hause geschickt und haben Glück, wenn sie Tage später überhaupt einen Termin bekommen.

Was kann der Psychiater tun?

Er kann nicht alle Wünsche der Mütter erfüllen, schon gar nicht die Hoffnung, dass nun alles wieder gut würde. Er hat keine Zeit für lange Gespräche. Aber er kann nach der Einweisung für ein Gespräch zur Verfügung stehen oder es zumindest zeitnah in Aussicht stellen. Er kann in dem Gespräch auf die Gefühle der Mutter eingehen und ihr vermitteln, dass er weiß, wie schwer die Situation für sie ist. Er kann ihr die nächsten Schritte erläutern und diese auch *begründen*. Es ist durchaus möglich, für einen Laien verständlich zu erklären, wie die weitere Vorgehensweise sein wird. Er sollte den Eltern versichern, dass er alles tun wird, um dem erkrankten Kind zu helfen. In ihrer aufgeregten Verfassung brauchen sie jetzt Beruhigung.

Sicher ist es für einen jungen Arzt nicht einfach und auch nicht angenehm, mit einer verzweifelten älteren Frau reden zu müssen. Vermutlich gehört der Umgang mit solchen Gesprächen auch nicht zur Ausbildung. Aber man kann sich auf solche Gespräche vorbereiten.

Jahrelang habe ich mit Führungskräften geübt, wie schwierige Mitarbeitergespräche geführt werden können. Wenn man mit einem unbehaglichen Gefühl und ohne Plan in ein Gespräch geht, wird es nicht erfolgreich sein. Wenn man gehetzt in das Gespräch geht, weil die nächste Übergabe drängt oder die Kantine in fünf Minuten schließt, dann wird man nicht das erreichen, was man will. Man muss mit klarem Ziel und klarer Haltung in das Gespräch gehen und genau wissen, welche Botschaften in diesem Gespräch übermittelt werden sollen. Das Ziel muss es zunächst sein, die Mutter für eine Kooperation zu gewinnen, damit sie nicht die therapeutischen Bemühungen der Psychiater konterkariert. Das erste Gespräch sollte nicht mit Informationen überfrachtet werden, das könnte in dieser Situation überfordern. Um die Mutter zu gewinnen und Kooperationsbereitschaft zu erreichen, muss man Verständnis und Wertschätzung zeigen und die Sicherheit vermitteln, dass ihr Kind professionell behandelt wird.

Wichtig und hilfreich – und selten in Kliniken genutzt – könnten schriftliche Informationen sein: Informationen über die Erkrankung und über Medikamente,

organisatorische Details des Krankenhauses, Adressen des Angehörigenverbands, von Betroffenenverbänden, Psychosgruppen und Psychotherapeutinnen, die sich mit psychischen Krankheiten auskennen. Es mag Arbeit für eine Klinik sein, diese Informationen zusammenzustellen, aber das ist eine Investition, die sich lohnt: Sie nehmen den Psychiatern viel Arbeit ab: Angehörige können sie in Ruhe durchlesen und haben Ansprechpartnerinnen für die vielen Fragen, die sie dann dem Psychiater nicht mehr stellen müssen. Warum nicht ein *Starterkit für Angehörige*? Der Arzt sollte deutlich machen, dass seine Sorge vor allem dem Patienten gelten muss und dass es der Mutter helfen kann, wenn sie selbst therapeutische Hilfe sucht. Psychiater sollten sich nicht hinter der ärztlichen Schweigepflicht verstecken: Man kann die Mutter darüber aufklären und ihr vorschlagen, den Sohn davon zu überzeugen, dass ein Gespräch zwischen Mutter und Psychiater ihm nützen kann. Die Ärzte sollten den Angehörigen regelmäßige Gespräche in Aussicht stellen und auch eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse zur Verfügung stellen, unter denen sie auch wirklich erreichbar sind.

Wenn der Psychiater sich Zeit nimmt für gut vorbereitete Gespräche, kann er nur gewinnen: Mit den schriftlichen Informationen Zeit für die eigentliche psychiatrische Arbeit. Mit einem zugewandten Gespräch das Vertrauen der Mutter, das es ihm später ermöglicht, auch Hinweise geben zu können, die eine Mutter zunächst schwierig findet. Niemand muss Angst davor haben, dass Mütter eine Telefonnummer für tägliche Panikanrufe nutzen werden. Panikanrufe oder Gesprächswünsche entstehen aus der Angst, nicht informiert und ausgeschlossen zu sein. Das Angebot, anrufen zu können, wirkt beruhigend. Ein zeitnahe Rückruf bei aktuellen Fragen, der nicht länger als wenige Minuten dauern muss, trägt zur Beruhigung der Angehörigen bei, die zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses notwendig ist. Und wenn eine Mutter tatsächlich die Telefonnummer für tägliche Anrufe missbrauchen sollte, dann kann man ihr freundlich aber klar vermitteln, dass mit diesen Anrufen niemandem geholfen ist. Ganz wichtig ist ein abschließendes Gespräch, in dem gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen die Therapie *nach* dem Krankenhausaufenthalt besprochen wird.

In meiner 17-jährigen Erfahrung habe ich Psychiater nie als inkompetent oder desinteressiert an meiner Tochter erlebt. Aber ich habe mich oft ausgeschlossen, missachtet oder bevormundet gefühlt. Anfangs hat das auch bei mir dazu geführt, dass ich mich in die Aufgeregtheiten meiner Tochter hineinziehen lassen habe und Psychiater und Therapie kritisiert habe. Die wenigen Psychiater, die mit mir sprachen und mir Hinweise gaben, haben mir geholfen, sicherer im Umgang mit meiner Tochter zu werden und die Therapieziele zu unterstützen.

Auch schluchzende Mütter können vieles verstehen, wenn man ihnen wertschätzend entgegentritt.

Literaturempfehlung

Amador X (2007) *I'm not Sick, I don't Need Help! How to Help Someone with Mental Illness Accept treatment.*
Vida Press New York

Berg-Peer J (2013) „Schizophrenie ist scheiße, Mama!“ Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter. Fischer Frankfurt

Karp DA (2000) The Burden of Sympathy. How Families Cope with Mental Illness. Oxford University Press

Kuiper PC (1995) Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. Fischer Frankfurt