

Vortrag EUFAMI

29.05.2026

Titel: Die Rolle(n) der Angehörigen in der psychiatrischen Versorgung

-Ablauf:

- 1. Kulturhistorische Herleitung normativer psychiatrischer Strukturen mit Foucault: zwei Prinzipien**
- 2. Bis heute wirksam: das ausgegrenzte Wissen der Angehörigen**
- 3. Demokratisierung von Macht und Wissen: Der „Offene Dialog“**

Ich werde heute **zunächst einen Blick** auf die

kulturhistorischen Entwicklungen

bezüglich der Rollen der ANG in der psychiatrischen Versorgung werfen.

Mit **Michel Foucault**, der sich als **Historiker, Philosoph und Gelehrter der Psychologie** stark mit **psychiatrischen Praktiken** auseinandergesetzt hat,

werde ich **zwei Grundprinzipien herausarbeiten**,

die, so **meine These**, bis **heute wirksam** sind.

Am **Beispiel der PE** werden ich diese **Wirksamkeit verdeutlichen**.

Abschließend werde ich auf das **Konzept des Offenen Dialogs** eingehen,

das **meiner Meinung nach das Potential** hat,

diesen **Grundprinzipien entgegenzuwirken**.

In „**Die Macht der Psychiatrie**“ und „**Wahnsinn und Gesellschaft**“

beschäftigt **Foucault** sich eingehend

mit **der Entstehung von psychiatrischen Strukturen**

und **deren Mechanismen,**

die er aus **vielen historischen Texten herleitet.**

In der **frühen Phase der Psychiatrien**

herrscht laut **Foucault die Überzeugung,**

dass Heilung alleine innerhalb der psychiatrischen Ordnung erfolgen kann:

„Erstes, grundlegend herrschendes Prinzip, das Sie praktisch während des ganzen, ich wollte gerade sagen: beschaulichen Lebens der psychiatrischen Disziplin, [...] wiederfinden werden: der **Grundsatz oder eher ein Gebot, eine Regel des Know-how,** nämlich daß man **niemals einen Geisteskranken innerhalb seiner Familie heilen** kann. Das **familiäre Milieu ist absolut unvereinbar mit der Durchführung jeglichen therapeutischen Handelns.**“ (Foucault, 1973, S.147)

Trotz einiger Reformen, Leitfäden

und Forderungen aus der Angehörigen-Selbstvertretung,

hat sich **dieser Aspekt bis heute strukturell im Wesentlichen nicht verändert,**

wie auch **aktuelle Studien**

eines Angehörigen-Forschungsprojekts belegen (PazAng).

Sogar **Behandlungs-Konzepte,**

die Netzwerk-orientiert vorgehen,

also die **Kooperation mit An- und Zugehörigen voraussetzen**

**und in anderen Ländern bereits wirkungsvoll umgesetzt werden,
scheinen in Deutschland nicht konsequent weiterverfolgt
und langfristig implementiert zu werden.**

**Der Ausschluss von Angehörigen ist,
mit dem Blick auf Foucaults Analysen,
historisch gewachsen
und einige Grundprinzipien dieser kulturellen Praktiken
prägen bis heute die Klinik-Kultur.**

**Nach Foucault herrscht in psychiatrischen Kliniken,
bereits seit Beginn des 19 Jahrhunderts,
eine Ordnung,
die die sich darin befindenden Körper
durchdringt und diszipliniert.**

**Diese Ordnung ist für zwei Aspekte notwendig;
zum einen für die
Konstruktion und Ausübung von medizinischem Wissen,
die er hier mit einer Disziplin und Ordnung verbindet.**

Das kommende Zitat ist sehr lang.

**Ich zeige es Ihnen,
damit sie nicht denken,
dass ich mir das aus dem Hut zaubere, erläutere es aber selbstverständlich:**

„für die **Bildung des medizinischen Wissens selbst**, da es nun einmal ohne diese Disziplin, ohne diese Ordnung, ohne dieses verordnete Schema von Regelmäßigkeiten unmöglich ist, eine exakte Beobachtung zu machen. Die Bedingung des ärztlichen Blicks, seine Neutralität, seine Möglichkeit, zum Objekt zu gelangen, kurz, der für das medizinische Wissen konstitutive Zusammenhang gerade der Objektivität als Kriterium seiner Gültigkeit hat zur tatsächlichen Möglichkeitsbedingung ein bestimmtes Ordnungsverhältnis, eine bestimmte Zeiteinteilung, Raumaufteilung, Individueneinteilung. [...] man kann nicht einmal sagen: Individuen; sagen wir einfach eine bestimmte Einteilung von Körpern, von Gesten, von Verhaltensweisen, von Diskursen. [...] (Foucault, 1973, S. 14-15)

In **Psychiatrien** gilt demnach

medizinisches Wissen als hegemoniales Wissen,

das zur **vermeintlichen Heilung von psychischen Erkrankungen führen soll**

und **die Behandlung maßgeblich prägt.**

Diese **Wissensform** wiederum

konstruiert klinische Strukturen, Abläufe, Handlungen,

Räumlichkeiten und **diskursive Praktiken:**

Diagnose-Stellungen erlauben etwa **erst die Abrechnungen**

von **sämtlichen Behandlungs-Leistungen**

und damit **das Ausagieren von Behandlungsmethoden,**

wie **Medikation** und **therapeutische Interventionen.**

Beziehungsebenen werden **entsprechend hierarchisch strukturiert,**

wie **beispielsweise die zwischen Behandelnden und Patient*innen.**

Auch die **Kommunikation ist durch das medizinische Wissen geprägt**,
wie es der **Begriff *Compliance*** nahelegt,
der die **Beziehungsebene zwischen Patient*innen und Behandelnden ordnet**
und zugleich deren **Rollen und Verhalten** bestimmt.

Foucault spricht etwa von einem „**System von Unterschieden**“ (1973, S. 17).

Zum anderen dient nach Foucault diese Ordnung dazu,
einen **Hoheitsanspruch**
hinsichtlich des therapeutischen Verfahrens
und der Genesung herzustellen:

„Zum zweiten ist **diese disziplinarische Ordnung** [...], gleichzeitig **Bedingung für die dauerhafte Heilung**; das heißt, die therapeutische Operation selbst, diese Transformation, in deren Ausgang ein als krank Geltender aufhört, krank zu sein, **kann nur im Inneren dieser geregelten Machtverteilung geschehen.**“

Es wird deutlich, dass sich daraus **zwei Grundprinzipien** ableiten lassen:

das medizinische Wissen gilt als vorherrschendes Wissen
und die Psychiatrie ist der Ort,
an dem das Individuum „geheilt“ werden kann.

Zwei Grundprinzipien

- **1. Das medizinische Wissen gilt als vorherrschendes Wissen**
- **2. Die Psychiatrie ist der Ort, an dem das Individuum „geheilt“ werden kann.**

Aus **beiden Prinzipien** lassen sich **wiederum**
zwei **implizite Aspekte ableiten**,
die als **Ausgrenzungsmechanismen** betrachtet werden können:

Implizite Aspekte, die als **Ausgrenzungsmechanismen** betrachtet werden können:

- 1. Nicht-Gleichwertigkeit des (Alltags-) Wissens von Angehörigen innerhalb der Klinik-Kultur**
- 2. Ausgrenzung der An- und Zugehörigen aus Behandlungs-Settings**

Zum einen die nicht-Gleichwertigkeit des (Alltags-) Wissens von Angehörigen innerhalb der Klinik-Kultur

und zum **anderen**

die **Ausgrenzung der An- und Zugehörigen aus Behandlungs-Settings**,
denn **die Angehörigen-Netzwerke** sind scheinbar **nicht der „Ort“**,
an dem Genesung erfolgen kann.

Durch das **Ausagieren des hegemonialen medizinischen Wissens**
werden **Strukturen konstruiert**,
die **nach Foucault die Kultur der Kliniken maßgeblich ordnen**.

Foucault betrachtet jedoch **Macht als das Dispositiv**,
das die **diskursiven Praktiken der Kliniken** bestimmt.
Macht fungiert demnach **als strukturierendes**,
ordnendes Element von klinischen Strukturen

Hier bezieht er sich auf die „**ärztliche Instanz**“ als „**Machtquelle**“:

„Diese unzulängliche Instanz ohne Symmetrie, ohne Reziprozität, die so als Machtquelle funktioniert, als Bestandteil der für die Ordnung wesentlichen Dyssymmetrie, die bewirkt, daß diese Ordnung stets eine aus einem nichtreziproken Machtverhältnis abgeleitete Ordnung ist, nun, das ist offenkundig **die ärztliche Instanz, die, [...], als Macht funktioniert, lange bevor sie als Wissen funktioniert.**“
(Seite 16)

Foucault bezeichnet hier das **Wissen als einen Faktor**,
der **gewissermaßen als Instrument der Ausübung von Macht**
durch die „**ärztliche Instanz**“ fungiert.

Das **Wissen von an- und zugehörigen Menschen hingegen**
liegt zumeist in anderen (persönlichen) Bereichen,
wie etwa im gemeinsamen Zusammenleben,
in den Beziehungsdynamiken,
in der Gestaltung des Alltags und im Krisenerleben des sozialen Umfelds.

Das ***Erfahrungswissen* als** angehörige **Person**
findet **innerhalb der klinischen (Wissens-)Kultur**
kaum Anerkennung.

Und damit **komme ich zur Betrachtung**
aktueller psychiatrischer Strukturen
und die daraus entstehenden Rollen der ANG.

Als **Beispiel** habe ich **Psychoedukation für Angehörige** gewählt.

Anhand dieses Beispiels möchte ich **verdeutlichen**,

inwiefern die von **Foucault** beschriebenen **Prinzipien noch immer wirken**.

Beispiel für eine Rolle von Angehörigen im psychiatrischen Versorgungssystem: Psychoedukation für Angehörige

> Ein Review aus der PazAng-Studie (2024) hat ergeben, dass PE international die am häufigsten eingesetzte Intervention ist, um Angehörige einzubeziehen (WIE PE umgesetzt wird, ist sehr heterogen)

> daher Blick auf PE in DEU: Welche Angehörigen-Rollen ergeben sich daraus?

Psychoedukationsprogramme für Angehörige

ist **international die häufigste Intervention**,

die mit **Beteiligung von Angehörigen im klinischen Kontext**

umgesetzt wird (Prien et al., 2025).

Eine **einheitliche Definition von Psychoedukation** existiert

wegen **der international heterogenen Auslegung** nicht.

In **Deutschland zentrale Autor*innen**

psychodekutativer Texte, Programme und Manuale

schlagen die **folgende Bestimmung von Psychoedukation** vor:

„**Psychoedukation soll Patienten und Angehörige zu Experten ihrer Erkrankung bzw. der Erkrankung eines Angehörigen machen. Neben der wesentlichen Information über die Hintergründe einer Erkrankung und deren**

Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. deren Genese, Diagnostik, Therapie und Prognose, beinhaltet eine ärztlich-psychologisch ausgerichtete psychoedukative Intervention auch immer psychotherapeutische Anteile: Überwiegend mit verhaltenstherapeutischen Methoden wird die Kompetenz der Patienten und der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung verbessert.“ (Borbé, Pitschel-Walz; Bäuml, 2016)

Wie im Zitat erwähnt, ist es ein **Anspruch psychoedukativer Interventionen, Angehörige zu**

„Experten [...] der Erkrankung zu machen“,

wodurch der **„Umgang mit der Erkrankung verbessert“** werden soll.

Wenn es in Kliniken Interventionen gibt,

die **Angehörige einbeziehen**, wird demnach **vorausgesetzt,**

dass **Angehörige sich den normativen klinischen Wissensstrukturen anpassen.**

Angehörige **sind nicht schon Expert*innen,**

sondern müssen **dazu gemacht werden.**

Letztlich kann **das medizinische Wissen**

zu der **„Kompetenz der Patienten und Angehörigen“** führen.

Dies **beinhaltet**, dass sich **Angehörige**

medizinisches Wissen aneignen müssen,

um überhaupt eine **Position innerhalb dieser normativen Strukturen zu erhalten.**

Die **Macht der normativen Klinik- und Wissens-Strukturen** wird anhand der **Psychoedukation für Angehörige** besonders **deutlich**, denn sie erlernen hierbei Handlungen und **Wissensformen**, die sie **langfristig im Sinne der Klinik** auch im eigenen Umfeld „performen“ bzw. **ausagieren** sollen, immer mit dem **Argument**, damit zur **Genesung der erkrankten Person beizutragen** oder diese **zumindest zu nicht zu verhindern**:

„Wenn die nicht erkrankten Familienmitglieder die Krankheit richtig verstanden und akzeptiert haben und gut bescheid wissen über die wichtigsten Behandlungsmaßnahmen, können die meisten von Ihnen zu regelrechten ‘Ko-Therapeuten’ werden. Das heißt nicht, dass sie sich im Übermaß in die Behandlung einmischen und die Behandlung womöglich übernehmen können! (Hervorhebung SK) Aber gut instruierte Angehörige können die Betroffenen zur Behandlung motivieren, die Therapie unterstützen und konstruktiv begleiten, Hoffnung machen, zur Deeskalation von Krisensituationen beitragen und den Krankheitsverlauf auf diese Weise positiv beeinflussen bzw. dem Abbau von Problemverhalten zuarbeiten.“ (Bäumli et al., 2016, S. 438)

Der Begriff „**Ko-Therapeut*in**“ suggeriert eine **Rollenzuschreibung**, die bereits **sprachlich einer klinischen Position entspricht** und damit einen **vermeintlich ‘gehobenen’ Status**, eine **Kompetenz**, **da sie auf die klinische Ebene gelangen** können. Jedoch **nicht innerhalb klinischer Kontexte**, wie es **oben deutlich erwähnt wird (Hervorhebung, kursiv und unterstrichen)**,

sondern **im eigenen persönlichen Umfeld**

- **nicht als Angehörige*r** (Schwester, Partnerin, Mutter, Vater, usw.)

sondern in einer **Rolle, die der der Kliniker*in bzw. Behandler*in ähnelt.**

Angehörige **werden also im Sinne der Klinik funktionalisiert**

und ein **Teil der Verantwortungen,**

die **eigentlich innerhalb der Ärzt*innen-Betroffen Dyade** angelegt sein sollten,
werden die ANG übertragen.

Daraus ergeben sich **problematische Rollenzuschreibungen,**

die im **Alltag zu Konflikten auf den Beziehungsebenen führen können.**

Denn aus den **Rollenzuschreibungen,**

die ANG performen sollten,

konstruieren sich demgegenüber auch die Rollen der Betroffenen:

PP: ROLLEN

Diese **Rollenkonstruktionen wirken sich langfristig negativ**

auf die **Beziehungsebenen zwischen ANG und Betroffenen** aus.

PP2:

Auswirkungen auf die Beziehungsebenen

Diese Konnotationen und Rollenzuschreibungen **erschweren** das Herstellen oder
Aufrechterhalten einer gleichberechtigten Beziehung

> fehlende Augenhöhe

So eine **Beziehung auf Augenhöhe zu gestalten**, erscheint diffizil.

Foucaults Bestimmung, dass „**das Dispositiv der Macht als Erzeugerinstanz der diskursiven Praxis**“ (Foucault, 1973, S. 29) fungiert,

wird durch das **angeführte Beispiel der Psychoedukation (für Angehörige) deutlich**.

Es gibt ein **Bestreben Angehörige zu integrieren**,

allerdings **nach den Maßstäben der klinischen Norm**,

ausgeübt durch die Vermittlung des medizinischen Wissens durch Kliniker*innen.

Zudem werden hier die **beiden oben herausgearbeiteten Grundprinzipien deutlich**:

das medizinische Wissen gilt als vorherrschendes Wissen

und **die Klinik ist der Ort, an dem Heilung gelingen kann**.

Zwar **ist es hier der Anspruch der Klinik, dass die Heilung (nach dem Klinik-Aufenthalt)**

auch im eigenen Umfeld aufrechterhalten werden kann,

allerdings **unter der Voraussetzung**,

dass dort quasi klinisch gehandelt wird,

indem **Angehörige die Rolle der Kliniker*innen übernehmen sollen**.

aber das **eigene Umfeld ist nicht per se der Ort der Heilung**.

Die klinischen Praktiken werden also in das persönliche Umfeld verlagert,

erst dann kann das soziale Umfeld zum Ort der Genesung werden.

Daraus lässt sich folgern, **dass beide Prinzipien bis heute strukturell wirken**.

Als **Ausblick zum Ende** meines **Vortrags** möchte noch auf ein **Konzept eingehen**, das **diese Dynamiken aus Macht und Wissen**

reflektiert und aufbricht:

der **Offene Dialog**,

der hier sicherlich allen Beteiligten ein Begriff ist.

Dieser ist zum einen **beziehungs- und netzwerkorientiert, was bedeutet, dass Angehörige automatisch Kooperationspartner werden.**

Kein Masterplan kann einen Dialog hervorbringen. Ein Programm kann Mitarbeiter beauftragen, aber sie können nicht an den Beziehungen vorbei oder gar ohne solche handeln.“

Seikkulla, Arnkil 2007: Dialoge im Netzwerk: Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis, Neumünster: Paranus-Verlag

Des Weiteren werden **Machtmechanismen nicht abgestritten**,

sondern mit in den **Reflektions-Prozess gefasst.**

„Zusammenfassend ist also zu sagen, dass Dialoge nicht mit Dominanz „umgesetzt“ werden können, auch wenn sie im Rahmen von Machtbeziehungen stattfinden.“

Seikkulla, Arnkil 2007: Dialoge im Netzwerk: Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis, Neumünster: Paranus-Verlag

Das **bedeutet** für **Fachkräfte**, dass diese auch **ihre Macht hinterfragen**,

sich **dessen bewusst sind** und **einen anderen Umgang damit finden.**

Das könnte auf **manche Fachkräfte** auch **bedrohlich wirken**,

weil,

wie es Seikkula und Arnkil hier formulieren, „einige Grundannahmen des Leitbildes professioneller Hilfe infrage gestellt werden“.

„Vielleicht sind sie auch deshalb bedrohlich, weil einige Grundannahmen des Leitbildes professioneller Hilfe infrage gestellt werden.“

Sie **formulieren einige Faktoren**, die das **neue Paradigma** charakterisieren.

Es **sind insgesamt neun Punkte**, ich habe **hier eine Auswahl getroffen**:

Im Folgenden führen wir einige der Faktoren auf, die das neue Paradigma charakterisieren:

– Die professionellen Helfer bitten den Klienten und „Laien“ um Unterstützung, wenn es darum geht, ihre Sorgen zu verringern.

– Die professionellen Helfer variieren ihre eigenen Aktivitäten, anstatt zu versuchen, andere Teilnehmer – mit welchem Ziel auch immer – zu verändern.

– Das persönliche Netzwerk des Klienten wird als Ressource gesehen, nicht als Quelle oder Träger von Sorgen.

– Das Zuhören ist wichtiger als die Beratung.

– Die Art des Denkens, die Einstellung und die Begegnung sind wichtiger als die Methoden.

Seikkula, Arnkil 2007: Dialoge im Netzwerk: Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis, Neumünster: Paranus-Verlag

Bezüglich des **Zusammenhangs zwischen dem medizinischen Wissen und Macht**

würde ich Ihnen gerne **ein Zitat als Schlusswort vorlesen** und damit **als Impuls mitgeben:**

„In den Dialogen zwischen dem persönlichen Netzwerk des Klienten und dem professionellen Netzwerk entsteht in gewisser Weise eine Art geteilter Fachlichkeit.

Das kann aus Sicht des traditionellen Expertenparadigmas beunruhigend sein, aber das professionelle Wissen [...] verschwindet ja nicht und wird auch nicht vom Netzwerk ausgeschaltet.

Die neue Herausforderung besteht darin, das professionelle Wissen und die Erfahrung nutzbar für ein gemeinsames Verstehen zu machen und Lösungen in Zusammenarbeit zu erarbeiten.“