

Empowerment fördern! Ernst machen mit einer partnerschaftlichen Beziehung

Andreas Knuf

Derzeit gibt es in der sozialpsychiatrischen und gemeindepsychologischen Konzeptdebatte kaum ein häufiger verwandtes Schlagwort als den Begriff "Empowerment". Dabei ist das damit verbundene Konzept in der psychiatrischen Arbeit gegenwärtig noch nicht viel mehr als eine Worthülse, "ein modisches Fortschrittsetikett, das auf die Verpackungen altvertrauter und schon angestaubter Handlungskonzepte und Praxisrezepturen aufgeklebt wird" (Herriger, 1997). Die Worte sind wieder einmal schneller gewesen als ihre Umsetzung. Wer arbeitet denn heute nicht schon selbsthilfe- und ressourcenorientiert? Wer versteht sich nicht als der "Anwalt des Patienten"? Nennen Sie mir einen psychiatrisch Tätigen, der nicht von sich behaupten würde, partnerschaftlich zu behandeln? Alle und niemand machen heute Empowerment!

Wir stehen in der Gefahr, uns gelassen zurückzulehnen, uns über die Fortschritte unserer sozialpsychiatrischen Arbeit zu freuen und auf den Biologismus zu schimpfen. Wir könnten aber auch innehalten und uns anstecken lassen von der Energie und dem Enthusiasmus der Selbsthilfebewegung, die Verbündete sucht um an einer neuen Beziehung zwischen professionell Tätigen und Psychiatrieerfahrenen zu arbeiten, einer Beziehung, in der letztlich nicht nur unsere Klienten, sondern auch wir selbst „empowerter“ wären.

Was ist Empowerment?

Zunächst einmal ist Empowerment ein schreckliches Wort. Ein Betroffener nennt es „ein Wort in Lederkluft“. Und auch die deutschen Übersetzungen „Selbstbefähigung“ oder „Selbstbemächtigung“ sind nicht viel besser. Historisch entstammt der Begriff der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzamerikaner. In beiden Fällen ging es um eine Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Dazu erforderlich war ein Zurückgewinnen von Stärke und Kraft, aus der heraus es gelingt, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und sich nicht länger unterlegen zu fühlen. Im Psychatriebereich steht der Begriff Empowerment für die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf ihr eigenes Leben - sei dies nun durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, durch vermehrte Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen oder durch Einflussnahme auf politischer Ebene.

Seit etwa 10 Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum eine immer größer werdende Selbsthilfebewegung im Psychatriebereich, die inzwischen aus Hunderten von Selbsthilfegruppen und zahlreichen größeren Selbsthilfeorganisationen besteht. Was im klinischen Selbstsicherheitstraining oder in der Einzeltherapie häufig nicht gelingt, das wird hier möglich: Betroffene gewinnen ein neues Selbstbewusstsein, werden aktiv, entwickeln Kampfgeist und Durchsetzungskraft. Sie gewinnen neue Hoffnung und entdecken bisher nicht gekannte Selbsthilfemöglichkeiten und Ressourcen. Und das alles ohne professionelle Unterstützung, ja gerade die Abwesenheit von Profis scheint das Aufblühen der Selbsthilfebewegung zu ermöglichen.

Die professionelle Annäherung an die Empowerment-Bewegung der Betroffenen hat daher mit äußerster Vorsicht zu erfolgen. Zu groß ist die Gefahr, dass die Selbsthilfebewegung teilweise von professioneller Seite überrannt wird, dann nämlich, wenn Empowerment von Fachleuten als professionelles Handlungskonzept und Methodenreservoir missbraucht wird. Dann wäre die Empowerment-Bewegung der Möglichkeit beraubt, nachhaltig eine wirklich partnerschaftliche Beziehung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen zu ermöglichen. Die Selbsthilfe-Bewegung der Betroffenen ist größtenteils eine psychiatriekritische aber keine psychiatriefeindliche Bewegung. Sie fordert den Verzicht auf Gewalt und Zwang und eine demokratische Beziehung zwischen Betroffenen und psychiatrischen Mitarbeitern. Damit hat sich die professionelle Seite ernsthaft auseinander zu setzen und ihre Methoden entsprechend zu verändern. Eine Reaktion wie oben beschrieben ("Machen wir ja sowieso schon.") nimmt die Betroffenen in ihren Anliegen letztlich wieder nicht ernst und zeugt mehr von professioneller Arroganz und Selbstgenügsamkeit als von Veränderungsbereitschaft. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass trotz unserer jahrzehntelangen Bemühungen um eine menschlichere Psychiatrie für viele Betroffenen die psychiatrischen Einrichtungen weiterhin mehr ein Ort des Schreckens als der Hilfe sind.

Empowerment ist ursprünglich kein Konzept professioneller Arbeit. Empowerment heißt *Selbst*befähigung und ist damit zunächst Sache des Betroffenen. Wie kann es einem psychiatriee erfahrenen Menschen gelingen, sein Selbstbewusstsein zu stärken, seine eigenen Selbsthilfemöglichkeiten und sein Recht auf Selbstbestimmung zu nutzen? Man könnte auch sagen: Es geht um die Zurückgewinnung von Würde, von Stärke und von Mut.

Professionell Tätige können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht bewirken. Wem es als Betroffenen gelingt, seine Selbsthilfefähigkeiten zu entdecken, der kann verdammt stolz auf sich selber sein. Das hat er erreicht, niemand anders. Das ist dann *nicht* das Ergebnis einer guten Therapie sondern einer mutigen Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selber und mit seiner Erkrankung.

Aufgabe professioneller Arbeit ist es, Bedingungen bereitzustellen, die es den betroffenen Menschen ermöglichen, sich ihrer ungenutzten, vielleicht auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen (wieder) bewusst zu werden, sie zu erhalten, zu kontrollieren und zu erweitern, um ihr Leben selbst zu bestimmen und ohne "expertendefinierte Vorgaben" eigene Lösungen für Probleme zu finden" (Weiß 1992).

Die Empowerment-Unterstützung hat dabei zwei Ziele: Zum einen soll die psychiatrische Behandlung an dem orientiert sein, was von den Betroffenen gewünscht und als hilfreich erachtet wird, d.h. z.B. weitestgehender Verzicht auf Gewalt und Zwang oder eine möglichst medikamentenarme Behandlung. Hierzu ist ein Diskurs mit den Betroffenen(verbänden) nötig. Diese nutzerorientierte Behandlung führt letztlich zu besseren Behandlungsergebnissen, da die Betroffenen die Behandlung eher als hilfreich erleben und sich besser auf sie einlassen. Zum Zweiten soll die psychiatrische Behandlung so gestaltet sein, dass sie Betroffene dabei unterstützt, ihre Selbsthilfefähigkeiten zu nutzen und ihr Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen zu stärken bzw. nicht zu verlieren.

Missverständnisse

In der gegenwärtigen Empowerment-Debatte finden sich zwei Missverständnisse, denen zu begegnen ist:

Zum einen wird Empowerment-Unterstützung häufig als eine *Ergänzung* zur bisherigen psychiatrischen Arbeit angesehen. Das gegenwärtige psychiatrische Behandlungskonzept soll durch Ansätze *ergänzt* werden, die in erster Linie selbsthilfeorientiert sind und von den Nutzern gewünscht werden. Assoziiert damit sind u.a. Psychoseseminare, Behandlungsvereinbarungen und Selbsthilfegruppen. Natürlich bergen diese Möglichkeiten die Chance, Einfluss auf gängige psychiatrische Behandlungskonzepte zu nehmen und diese zu verändern. Groß ist aber die Gefahr, dass sie relativ unverbunden neben den bisherigen psychiatrischen Angeboten stehen, was derzeit vielfach der Fall ist. Gegenwärtig ist z.B. kaum zu sehen, dass die klinisch-psychiatrische Arbeit durch die zahlreichen Psychoseseminare in größeren Stil hätte verändert werden können. Es ist nicht damit getan, Psychoseseminare zu gründen oder die Möglichkeit von Behandlungsvereinbarungen anzubieten. Beides ist wichtig, ich möchte da nicht missverstanden werden. Aber beides bewirkt wenig, wenn die psychiatrische Arbeit ansonsten wie bisher weitergeht und nicht kritisch reflektiert wird, ob und inwiefern wir tatsächlich im Dienst der Betroffenen handeln und welchen Einfluss professionelles Handeln auf die Möglichkeiten der Betroffenen zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung haben.

Zum anderen wird das Prinzip der *Aktivität der professionell Tätigen* zumeist nicht in Frage gestellt. Professionell Tätige sollen Betroffene "empowern". Das eindrucklichste Beispiel berichtete mir ein engagiertes Mitglied einer Selbsthilfegruppe, der von professionell Tätigen immer wieder gefragt wurde, was man denn als Professioneller tun müsse, um eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Groß ist die Gefahr, dass sich die "fürsorgliche Belagerung" fortsetzt, Empowerment zu einem Element psychiatrischer "Be-Handlung" wird, ohne dass sich die Beziehung zwischen Betroffenen und Helfendem damit grundlegend ändern würde.

Empowerment unterstützendes professionelles Handeln ist weit mehr als zusätzliche professionelle Angebote und ist etwas ganz anderes als weitere Aktivität von professioneller Seite. Es geht vielmehr darum, den psychiatrischen Alltag unter dem Blickwinkel des Empowerment kritisch zu hinterfragen: Wo werden Klienten in sie betreffende Entscheidungsprozesse nur unzureichend eingebunden? Wie ließe sich das ändern? Welche Kritik bringen meine Klienten vor? Womit haben sie Recht? Unterstütze ich meine Klienten dabei, ihre Selbsthilmöglichkeiten kennen zu lernen? Habe ich überhaupt das nötige Methodenrepertoire, um sie dabei zu unterstützen? Wie läuft eine Visite in meiner Klinik? Wie würde ich mich dort fühlen, wäre ich selbst Patient? Wo kommt es in meiner Einrichtung zu Traumatisierungs- oder Hilflosigkeitserfahrungen, die Selbsthilmfähigkeiten zerstören? Die Liste der nötigen Fragen würde bis auf die letzte Seite dieser Zeitschrift reichen und die Auseinandersetzung mit diesen Fragen würde zahlreiche wunde Punkte und schwarze Löcher in jeder psychiatrischen Institution aufdecken.

Dies zu erarbeiten ist nur in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und Selbsthilfeverbänden möglich. Ergebnis einer solchen Auseinandersetzung wäre letztlich eine veränderte professionelle Haltung, die das klassische Muster vom aktiven, kompetenten und hilfsbereiten Professionellen und passiven, hilfsbedürftigen und abhängigen Klienten durchbricht. Auch hierüber ist ein Austausch mit den Betroffenen dringend notwendig.

Konkret kann Empowerment-Unterstützung dabei auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Grob lassen sich drei unterscheiden:

1. Steine aus dem Weg räumen: Empowerment nicht behindern
 - z.B. Erlernte Hilflosigkeit und Traumatisierungen vermeiden
 - behindernde Medikation vermeiden
 - zu viel professionelle Aktivität und Verantwortungsübernahme vermeiden
2. Ermutigung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung
 - z.B. Selbstsicherheits- und Selbstwirksamkeitsgefühl fördern
 - Hilfe beim Wahrnehmen und Nutzen von Kompetenzen
 - Absprachen und Selbstbestimmung für die akute Krisenbehandlung
 - „nutzerorientierte“ Behandlungsmöglichkeiten anbieten
3. Gemeinschaftliches und politisches Empowerment fördern
 - z.B. Ressourcen wie Geld, Wissen, Räumlichkeiten usw. für Selbsthilfeaktivitäten anbieten
 - Bereitschaft „Macht“ zu teilen, z.B. in Gremien oder auf institutioneller Ebene
 - Partizipation im Bereich Forschung, Öffentlichkeitsarbeit, Beteiligung von Betroffenen an Behandlungsangeboten, etwa bezahlte Selbsthilfeberater, Weglaufhäuser

Steine aus dem Weg räumen

Die eigentliche Empowerment-Frage kann nicht lauten: Wie "empowern" wir Professionellen unsere Klienten, sondern: Wodurch behindern wir professionell Tätige die Empowerment-Möglichkeiten unserer Klienten? Gehen können unsere Klienten allein, wir dürfen ihnen nur keine Steine in den Weg legen. Aber gerade das geschieht im Moment noch viel zu oft: Krankheitskonzepte, in denen Eigenaktivität keinen Raum hat, mangelnde Aufklärung, zu geringe psychotherapeutische Bemühungen, traumatisierende Behandlung, Behandlungsangebote, die nicht bedürfnisgerecht sind usw. Klienten, die sich aufgegeben haben, die keine Hoffnung mehr auf Veränderung sehen, die passiv und resignativ geworden sind, sind nicht einfach Kranke mit Negativsymptomatik (das ist eine Schutzbehauptung), sondern haben ihren Verhaltensstil u.a. auf Grund zahlreicher Lernerfahrungen entwickelt, zu denen auch und gerade das psychiatrische Behandlungssystem beigetragen hat. Dies so zu verändern, dass die Bedingungen der Möglichkeit von Empowerment geschaffen werden, das ist Aufgabe professioneller Arbeit!

Erlernte Hilflosigkeit

Viele psychiatrieeerfahrene Menschen befinden sich im Zustand der so genannten Erlernenen Hilflosigkeit (Seligman, 1995) oder Demoralisierung. Sie haben immer wieder die Erfahrung gemacht, keinen oder kaum einen Einfluss darauf zu haben, was in ihrem Leben mit ihnen geschieht: Ob sie wieder krank werden, wie sie in der Klinik behandelt werden, ob sich Freunde zurückziehen, ob ihnen ein beruflicher Wiedereinstieg gelingt usw. Ganz besonders psychoseerfahrene Menschen sind diesen Erfahrungen häufig jahrelang ausgesetzt. Schon vor dem Ausbruch einer Psychose haben viele Betroffene nicht mehr das Gefühl, Herr der Lage zu sein. Sie befinden sich in einer häufig als bedrohlich und ausweglos erlebten Situation, die sie

oft weder bewältigen noch durchschauen können und aus der ihnen als letzter Ausweg nur die Psychose bleibt. Auch die Inhalte der Psychose zeigen die Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein des Betroffenen. Binswanger (1956) hat dies eindrücklich am Beispiel des paranoiden Erlebens verdeutlicht, in dem sich der Betroffene ausliefert an die "Entscheidungen fremder Mächte oder fremder Menschen." Dieses Ausgeliefert sein wiederholt sich nun noch einmal in der Behandlung: Angewiesen auf die Wirkung der Medikamente, in einer therapeutischen Umgebung, die wenig eigene Einflussmöglichkeiten bietet und in der sich der Betroffene oft nicht einmal aus freien Stücken befindet.

Dieses dauerhafte Gefühl, die Geschehnisse durch das eigene Verhalten kaum beeinflussen zu können, bewirkt verschiedene Defizite (Herriger, 1997), so Passivität und Rückzug, ein Defizit von Motivation und Antrieb sowie ein Verlust von Problemlöse- und Bewältigungsfähigkeiten.

Aufgabe von Empowermentarbeit ist es zunächst, Bedingungen zu schaffen, damit psychiatrieerfahrene Menschen nicht in den Zustand der Demoralisierung geraten. Bei Betroffenen, die bereits diese Lernerfahrung gemacht haben, sind spezifische Methoden notwendig, um ihnen das Gefühl der Einflussnahme zurückzugeben. Diese beiden Ansätze sind Bedingungen der Möglichkeit von Empowerment. Ohne das Gefühl, im eigenen Leben etwas bewirken zu können, besinnt sich niemand auf seine eigenen Kräfte und Möglichkeiten. Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen der Möglichkeit, wichtige Entscheidungen im eigenen Leben selbst treffen zu können und der individuellen Aktivität und Handlungsbereitschaft. Viele unserer (zumeist langjährigen und älteren) Klienten, die kaum Eigeninitiative zeigen und die ganz und gar nicht „empowert“ werden wollen, haben innerhalb des psychiatrischen Hilfssystems jahre- oder gar jahrzehntelange Hilflosigkeitserfahrungen gemacht. Sie sind in einem psychiatrischen System „erzogen“ worden, in dem sie Drilllich-Anzüge tragen mussten und ihnen sämtliche Habseligkeiten abgenommen wurden, in dem sie nie um ihre Meinung oder ihre Bedürfnisse gefragt wurden, in dem sie die psychiatrische Macht sehr deutlich gespürt haben. Anstatt diese „Sozialisationsbedingungen“ zu berücksichtigen, wird ihre Passivität heute eher mit der Schwere ihrer psychischen Erkrankung erklärt. Und wieder einmal sind wir eingeholt worden von unserem (angeblich doch schon längst überwundenem) endogenen Krankheitsmodell, das noch an allen Enden unser Denken und Handeln mitbestimmt.

Traumatisierungen

Es ist verblüffend, wie wenig wir Fachleute uns bisher mit dem Thema der Traumatisierung durch psychiatrische Behandlung (und durch die Psychoseerfahrung selbst) beschäftigen. Dabei sind viele unserer Klienten durch ihre Krisen- und Psychiatrieerfahrung traumatisiert. Die Folgen dieser Traumatisierung sind denen der Erlernten Hilflosigkeit teilweise vergleichbar und lassen sich manchmal nur schwer von der Krankheitssymptomatik unterscheiden. Das gilt vor allem für die postakute Zeit, in der es häufig zu typischen Traumafolgen kommt, wie etwa ständige Beschäftigung mit den Ereignissen, Schlafstörungen, Vermeiden von Aktivitäten, Konzentrationsstörungen und Interesseverlust (Green 1993). Bisher werden Phänomene wie Passivität, Antriebsarmut und eingeschränktes Gefühlserleben letztlich doch wieder auf eine endogene Krankheitsdynamik zurückgeführt, die Verhaltensweisen werden als Negativsymptomatik zu einem Teil des Krankheitsbildes erklärt. Eine solche theoretische Einschätzung schützt uns Fachleute und natürlich auch die Gesellschaft davor, uns über die psychosozialen

Einflussfaktoren dieser Verhaltensweisen Gedanken zu machen. Neben der Psychoseerfahrung selbst (z.B. sind bestimmte paranoide Vorstellungen natürlich sehr traumatisierend) können z.B. auch die Art der Klinikeinweisung, Gewalterfahrungen während der Behandlung (bei sich und bei anderen) und unerwünschten Medikamentenwirkungen (vor allem solche, auf die nicht vorbereitet wurde) traumatisierend wirken. Wer im Zusammenhang mit der Psychiatrie- und/oder Psychoseerfahrung traumatische Erlebnisse hatte, für den ist es eine sehr gesunde Reaktion, den Ort der Traumatisierung zu meiden, würde die Rückkehr doch eine Aktualisierung des Traumas bedeuten. Wer als Betroffener sehr vehement verkündet „In diese Klinik gehe ich nie wieder“, der ist nicht auf Grund einer endogenen Krankheitsdynamik krankheitsuneinsichtig, sondern der hat eventuell eine Traumaerfahrung gemacht, auf die er jetzt ganz angemessen reagiert.

Da von professioneller Seite das Thema der Traumatisierung durch die Behandlung zumeist vollkommen ignoriert wird, ist in den Einrichtungen auch keine Gesprächskultur entstanden, in der man über dieses Thema sprechen könnte. Es werden kaum Nachbesprechungen von Gewaltmassnahmen angeboten, Traumasymptome werden den Betroffenen nicht als solche verständlich gemacht, vielmehr werden sie als Krankheitszeichen oder Behandlungsverweigerung interpretiert. In jüngster Zeit werden die möglichen Traumaerfahrungen untersucht, die Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen auf Grund der Gewaltanwendung von Patienten gemacht haben. Teilweise kommt es bei den Mitarbeitern zu Symptomen, die denen der Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlich sind (Richter 1999). Wenn wir Mitarbeiter, die wir ja zumeist psychisch relativ stabil sind, durch mögliche Gewaltanwendung unserer Patienten an den Rand einer Posttraumatischen Belastungsstörung geraten, wie viel höher dürfte dann das Risiko für unsere Patienten sein? Warum haben wir Forscher und Praktiker dies bisher vollkommen ignoriert?

Traumatisierungen und Hilflosigkeitserfahrungen, die sich nicht bei allen, aber bei vielen psychiatrischen Patienten finden, haben für die Betroffenen schwer wiegende Folgen auf ihren künftigen Umgang mit ihrem Leben. Die Folgen sind nicht selten Passivität, Rückzug und Hoffnungslosigkeit, was wiederum die Krankheitsdynamik aufrecht erhält und damit Chronifizierungsprozesse bewirkt. Vor allem führt es auch dazu, dass Betroffene nicht in der Lage sind, ihre eigenen Selbsthilfe- und Handlungsmöglichkeiten kennen zu lernen. Sie bleiben auf Hilfe von außen angewiesen, weil sie immer wieder ihre eigene Ohnmacht erfahren haben und dies zu einem überdauernden Gefühl der Hilflosigkeit geführt hat. Selbst in neuen Situationen, in denen ihnen durchaus Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stünden, sind sie nicht in der Lage, diese wahrzunehmen und zu erproben. In der Empowerment-Arbeit geht es nun darum, den Handlungsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern, indem ihnen das Gefühl der Beeinflussbarkeit und der potenziellen Selbstwirksamkeit zurückgegeben wird. Dies ist vor allem bei Menschen schwierig, die langjährige Misserfolgs- und Ohnmachtkarrieren hinter sich haben. Erlebte Trauma lassen sich nicht durch Stillschweigen bewältigen. Vielmehr ist Unterstützung bei der Verarbeitung ebenso erforderlich wie ein Gespräch darüber, wie solche Geschehnisse in Zukunft vermieden werden können. Dadurch lässt sich die Angst vor einem neuerlichen Trauma zumindest reduzieren. Jede Gewalt- und Ohnmachtserfahrung, denen psychiatrieeerfahrene Menschen ausgesetzt waren und die von ihnen als belastend erlebt wurde, muss besprochen

werden, egal ob es sich um Zwangsmedikation, Zwangsunterbringung oder andere Gewaltausübung gehandelt hat. Wenn wir Fachleute einen Fehler gemacht haben, was nicht auszuschliessen ist und was auch passieren darf, haben wir uns später dafür zu entschuldigen.

Empowerment-Haltung

Empowerment-Arbeit erfordert eine veränderte professionelle Haltung, aus der sich dann auch veränderte Methoden ergeben. Grundlage einer veränderten Haltung kann die Theorie der Menschenstärken nach Weik (1992) sein, die in vielen Bereichen der psychosozialen Arbeit Einzug gehalten hat. "Diese Perspektive nimmt an, dass jede Person eine innere Kraft besitzt, die man als Lebenskraft, Fähigkeit zur Lebenstransformation, Lebensenergie, Spiritualität, regenerative oder heilende Kraft bezeichnen mag.(...) Der Prozess des Empowerment erweckt oder stimuliert diese eigene natürliche Kraft des einzelnen. (...) Die Perspektive der Menschenstärken nimmt an, dass Menschen in ihrem Handeln immer dann, wenn ihre positiven Kapazitäten unterstützt werden, auf ihre Stärken zurückgreifen. Ein Überzeugungsmodell, das auf dem Glauben an die inneren Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden aufbaut, bedarf daher eines sensiblen Gespürs für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche. Durch diese sensible Aufmerksamkeit wird die Wahrscheinlichkeit für positives Wachstum um ein Vielfaches erhöht" (Weik, 1992).

Doch gerade die psychiatrische Forschung und Praxis tut sich mit dieser Haltung schwer, was in erster Linie historisch-konzeptionelle und strukturelle Gründe hat. So lässt die "traditionelle Vorstellung von der persönlichkeitszerstörenden Macht der Psychose (...) Autonomieerwägungen keinen Raum." (Böker & Schaub, 1997). Zudem wird ein bei langjährig erkrankten Menschen oder bei Menschen in akuten Krisensituationen sinnvoll erscheinender Verhaltensstil mit viel Fürsorge und Verantwortungsübernahme („einspringende Fürsorge“) durch professionell Tätige häufig zu einer generalisierenden Haltung wodurch vielfältige Handlungsmöglichkeiten Betroffener verspielt werden.

Vertrauen in die Fähigkeit jedes Einzelnen

Von professioneller Seite werden die Fähigkeiten der betroffenen Menschen noch viel zu wenig wahrgenommen, gewürdigt und gefördert. Zu lange war der professionelle Blick ausschließlich auf die Defizite eines Menschen ausgerichtet. Eindrückliches Beispiel ist das bis in die 90-er Jahre verbreitete Vorurteil, psychosekranke Menschen seien auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht in der Lage, Selbsthilfegruppen zu gründen. Heute gibt es mehrere Hundert Selbsthilfegruppen und -organisationen psychoseerfahrener/psychiatrieerfahrener Menschen in Deutschland, die sich in nur wenigen Jahren gegründet haben und die ein beachtliches Engagement an den Tag legen. Ein anderes ebenso eindrückliches Beispiel ist die lange vernachlässigte Bewältigungsforschung bei Psychosen, die heute eindrücklich zeigt, dass so gut wie alle Betroffenen versuchen, durch eigenes Verhalten ihre Erkrankung und die Krankheitszeichen zu beeinflussen, was ihnen auch vielfach gelingt (Schaub, 1993).

Positive Veränderungen werden von professioneller Seite selten den Bemühungen des Betroffenen zugeschrieben, vielmehr wird zunächst auf die Behandlung und vor allem auf die Medikamente attribuiert. Negative Veränderungen werden in erster Linie der Krankheitsdynamik zugeschrieben. Der Betroffene selbst erscheint als Spielball zwischen Krankheit und von außen kommender Behandlung.

Nicht-Beurteilende Grundhaltung

Wir psychiatrisch Tätige tun uns häufig schwer damit, den Eigen-Sinn unserer Klienten zu akzeptieren. Wir ertragen die Lebensentwürfe einiger Klienten nicht und versuchen daher, unsere Klienten von Lebensentwürfen zu überzeugen, mit denen in erster Linie wir professionell Tätigen besser zurechtkommen. Ich erinnere mich an eine Fallsupervision in der wir Mitarbeiter einer psychiatrischen Einrichtung über die beruflichen Perspektiven eines Klienten sprachen und erst nach etwa 30 Minuten Besprechung bemerkten, dass wir gar nicht wussten, wie sich der Betroffene selbst seine zukünftige Arbeitssituation vorstellte. Dabei haben nicht nur Therapeuten, sondern auch ihre Klienten ein Recht auf Irrtum, d.h. auch ein riskanter Weg verdient es, vom Betroffenen mit professioneller Unterstützung beschritten zu werden. Wenn sich dieser Weg als Irrweg herausstellt, ist das keine Bestätigung dafür, dass doch nur die Vorstellung des Profis richtig ist, sondern, dass auch der Betroffene Fehlentscheidungen treffen kann und darf. Versuch und Irrtum sind sehr wichtige Voraussetzungen für autonomes Handeln, werden aber von professionell Tätigen häufig nicht durch die nötige Ermutigung unterstützt.

Passive Aktivität

Uns professionell Tätigen fällt das Nicht-Handeln schwerer als das Handeln. Dabei ist gerade die professionelle Zurückhaltung die Ermöglichung dafür, dass Betroffene ihre eigenen Fähigkeiten entdecken und nutzen lernen. Passivität von professioneller Seite bedeutet in gewisser Hinsicht ein „sich ausliefern“ an den Patienten und an die Erkrankung. Die Entscheidungen und Lösungsversuche Betroffener sind meist nicht so gradlinig, wie sie von professioneller Seite gewünscht werden. Professionell Tätige haben Mühe, Vertrauen in die Fähigkeiten des Gegenübers aufzubringen. Ohne Vertrauen aber ist Abwarten, ist „lernen lassen“ nicht möglich. Wenn der Betroffene etwas in meinen Augen garantiert nicht kann, dann brauche ich nicht zu warten, dann ist vielmehr Fremdhilfe angebracht. Professionelle Zurückhaltung ist damit immer an Vertrauen gebunden. Wenn Vertrauen nicht vorhanden ist, werden Lösungswege vorgegeben, Aufgaben abgenommen, Entscheidungen stellvertretend getroffen, kurz: der professionell Tätige gerät in einen „fürsorglichen Aktivismus“, der dem Wohle und dem Schutz des Betroffenen dienen soll.

Der Verzicht auf strukturierte Hilfepläne und eng gefasste Zeithorizonte

Empowerment-Prozesse lassen sich nicht planen, erst recht nicht von professioneller Seite. Sie verlaufen weder gradlinig, noch sind sie „Erfolgsstories“ (Herriger, 1997). Das Finden des eigenen Weges braucht viel Zeit, gerade bei schwer beeinträchtigten Menschen vollzieht sich Veränderung in einer anderen Geschwindigkeit als im Leben der professionell Tätigen. „Professionelle Fertigprodukte“ (Keupp, 1993) beinhalten immer die Gefahr, dass sie den Betroffenen einerseits überfordern und ihn andererseits daran hindern, seine eigenen Ressourcen zu mobilisieren. Gerade die neuen Bemühungen zum Qualitätsmanagement und zu den personenzentrierten Hilfen im ambulanten Bereich (Kauder, 1997) können dazu führen, dass die Eigenzeitlichkeit der Betroffenen und ihre Fähigkeiten zur individuellen Problemlösung den strukturierten und zeitlich „vorgegebenen“ Hilfeplänen geopfert wird. Überhaupt stehen Therapeuten und psychiatrische Einrichtungen zunehmend unter „Erfolgsdruck“, sie müssen positive Veränderungen vorweisen, andernfalls wird ihre Arbeit als nicht erfolgreich betrachtet. Dieser Leistungsdruck und die damit

verbundene Ungeduld verhindern Empowerment-Prozesse. Professionell Tätige sind dann schnell verleitet, positive Veränderungen gemäß ihrer Vorstellungen zu planen.

Von Nutzern, Kunden und Königen

Im Zusammenhang mit einer veränderten Haltung in der psychiatrischen Arbeit wird gegenwärtig viel Rückgriff genommen auf Begriffe aus der Wirtschaftssprache. Psychiatrische Tätigkeit sei eine Dienstleistung, unsere Klienten seien Nutzer oder Kunden dieses Angebotes. Ich glaube, auch hier wurden Begriffe eingeführt, ohne dass zuvor eine kritische Auseinandersetzung darüber stattgefunden hätte, welche veränderte psychiatrische Praxis damit einhergehen müsste. Der Begriff Kundenorientierung erscheint mir als eine Verschleierung der heutigen Beziehung zwischen Patienten und psychiatrischen Hilfsinstitutionen. Eine Mitarbeiterin einer grossen Psychiatrischen Klinik erzählte mir neulich, ihr Chefarzt habe vor kurzem allen Mitarbeitenden mitgeteilt, dass in Zukunft von „Kunden“ statt von Patienten gesprochen werden solle; von realen Veränderungen im Umgang mit ihren Patienten sei bisher jedoch noch nicht die Rede gewesen. Ich finde es in den meisten Fällen zynisch von „Kunden“ zu sprechen. Würde man die Verhältnisse, wie sie etwa in psychiatrischen Kliniken herrschen, auf ein Kaufhaus übertragen, dann würden wir „Kunden“ dort mit folgenden „Verrücktheiten“ konfrontiert:

Dieses Kaufhaus wäre weit und breit ausser Konkurrenz. Wir Kunden könnten uns nicht erst in verschiedenen Geschäften umsehen. Es gäbe nur einige wenige Produkte. Diese wären teilweise veraltet und würden sich nicht an unseren Wünschen orientieren, das Angebot würde die Nachfrage bestimmen, nicht umgekehrt. Was und wie viel wir kaufen, würden nicht in erster Linie wir, sondern die Mitarbeiter des Geschäfts bestimmen. Sollten wir freiwillig nichts kaufen wollen, so würden die Mitarbeiter Gewalt anwenden. Notfalls würde die Polizei gerufen, um uns zum Kauf zu zwingen.

Es wäre allerdings durchaus lohnenswert, über eine veränderte psychiatrische Praxis nachzudenken, in der sich unsere Klienten, zumindest in einigen Settings, als Kunden und in anderen als Nutzer (Nutznießer) fühlen würden. Diese Diskussion steht grösstenteils noch aus, wird aber über kurz oder lang geführt werden. Ohne den Einbezug der Betroffenen selbst erscheint sie jedoch undenkbar.

Auch der Begriff „Nutzerorientierung“ scheint mir derzeit sehr unkritisch verwendet zu werden. Ich behaupte, dass unser psychiatrisches Behandlungsangebot in weiten Teilen mindestens genauso *mitarbeiterorientiert* wie nutzerorientiert ist, häufig einen grossen Widerspruch darstellt. Ob ein Patient etwa in einer Klinik eine Psychotherapie angeboten bekommt, hängt weiterhin sehr oft in erster Linie davon ab, ob einer der in Fortbildung befindlichen Ärzte und Psychologen gegenwärtig einen „Fall“ für seine Therapieausbildung braucht. Dass möglicherweise gerade bei diesem Patienten eine ambulante Fortsetzung der therapeutischen Beziehung sinnvoll wäre, erscheint zweitrangig. Der von sehr vielen Betroffenen und Angehörigen beklagte häufige Arztwechsel auf den Stationen ist Folge einer Ausbildungsordnung und -handhabung, in der die Klinik mehr als Ausbildungsstätte für Ärzte denn als Behandlungsort für Patienten verstanden wird. Patienten werden weiterhin länger behandelt als notwendig um eine ausreichende Belegung zu gewährleisten, umgekehrt werden Patienten bei unerwarteten Neuaufnahmen ganz plötzlich entlassen. Natürlich erhalten Patienten auch immer wieder Medikamente, damit sie unkompliziert und angepasst sind (alle bestreiten das, aber jeder weiss es). Immer wieder werden Patienten auch länger behandelt als notwendig, weil während der Behandlung nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Patienten

werden weiterhin besonders häufig in Zeiten von Personalknappheit fixiert. Allein schon die Tatsache, dass es oft genau so viele Patienten gibt wie eine Einrichtung Behandlungsplätze hat, sollte uns nachdenklich machen.

Es gibt zahlreiche organisatorische und institutionelle Grenzen, die für diese nicht nutzerorientierten Gegebenheiten verantwortlich sind. Unter vielen dieser Gegebenheiten leiden Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen übrigens ebenso wie ihre Patienten. Wir werden sie nicht alle überwinden können; ich denke jedoch, wir sollten uns vermehrt dieser Bedingungen bewusst werden und nicht leichtfertig behaupten, unsere Behandlung sei nutzerorientiert. Es gibt eine Reihe sehr nutzerorientierter Ideen, z.B. das persönliche Budget oder die Mitarbeit von psychiatriee erfahrenen Menschen in der psychiatrischen Arbeit, die teilweise ihre Alltagstauglichkeit bereits bewiesen haben, die von uns Fachleuten aber häufig mit sehr grosser Skepsis zunächst abgelehnt werden.

Bevor wir einen Begriff wie den der „Nutzerorientierung“ mit gutem Gefühl verwenden, sollten wir uns darüber klar werden, an wie vielen Interessen unsere Arbeit heute orientiert ist. Neben der Mitarbeiterorientierung arbeiten wir immer wieder vorgesetztenorientiert, gesellschaftsorientiert, krankenkassenorientiert, angehörigorientiert, polizeiorientiert usw. Viele dieser Abhängigkeiten sind sehr internalisiert und wirken auf unser Handeln ein, ohne dass wir sie als bewusste Motivationen oder Einflussfaktoren immer genau benennen könnten. Dilemmata-Situationen können uns aber helfen, diese Abhängigkeiten deutlicher wahrzunehmen. Darf ich Sie zu einem Experiment einladen und Sie bitten, sich in folgende Situationen möglichst konkret hineinzudenken:

- „Ein Patient berichtet, wie herablassend er von einem niedergelassenen Arzt behandelt wurde. Ihnen sind solche Beschwerden schon mehrmals zu Ohren gekommen. Wie verhalten Sie sich?“
- „Ein Patient wünscht die sofortige Entlassung aus Ihrer Einrichtung, gegen die es keine wichtigen Gründe gibt. Ihre Belegzahlen sind jedoch sehr schlecht. Wie verhalten Sie sich?“
- „Ein guter Freund von Ihnen ist nach einem Selbstmordversuch auf der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik untergebracht und hat keinen Ausgang. In Ihrer Begleitung darf er schließlich doch einen Spaziergang außerhalb des Klinikgeländes machen. Unterwegs erklärt er Ihnen, er wolle nicht wieder mit auf die Station kommen, da er es dort nicht länger aushalte. Sie haben keinen Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung. Mit den Klinikmitarbeitern werden Sie im beruflichen Kontext immer wieder zutun haben. Wie verhalten Sie sich?“

All diese Orientierungen und Abhängigkeiten können wir nicht einfach ablegen. Wir können uns aber darüber klar werden, in wie vielen Abhängigkeiten wir uns befinden und welchen Einfluss sie auf unser Handeln haben. Ich glaube, das ist die Voraussetzung, um uns Schritt für Schritt auf eine ehrliche „Nutzerorientierung“ hin zu bewegen.

Empowerment der Mitarbeitenden

Empowerment-Unterstützung, wie ich sie hier beschreibe, ist mehr eine Haltung als eine Methode, mehr eine Atmosphäre als eine Tätigkeit. Daher beschränkt sie sich nicht nur auf den Kontakt zwischen Therapeuten und Klienten. Eine auf die Förderung von Fähigkeiten ausgerichtete Atmosphäre zeigt sich ebenso im Kontakt der Mitarbeitenden untereinander und im Umgang zwischen Leitungsebene und Mitarbeitenden. Nur wer selber stark ist, kann auch andere stark werden lassen.

Empowerment bedeutet daher „*gemeinsam* stark zu werden“ (Werner, 2000). Wie können wir MitarbeiterInnen also in eine Position der Stärke kommen, aus der heraus wir das Erstarren unserer Klienten unterstützen und mit Freude beobachten können? Der erste Schritt wäre wohl, wahrzunehmen, dass wir nur das bei unseren Klienten verwirklichen können, was wir selber auch leben bzw. leben dürfen.

- Wir brauchen mehr als bisher eine Partizipation der Mitarbeiter bei Entscheidungsprozessen, andernfalls gilt: „Wenn die Mitarbeiter nichts zu sagen haben, haben die Klienten noch weniger zu sagen.“
- Ferner ist ein möglichst hoher Grad an Informiertheit aller Mitarbeiter erforderlich, denn: „Wenn die Mitarbeiter nicht informiert werden, erfährt der Klient erst recht nichts.“
- Ausserdem müssen die individuellen und kreativen Fähigkeiten aller Mitarbeiter gewürdigt werden, denn: „Nur wenn die Mitarbeiter mit ihrem Können und ihren Fähigkeiten gesehen werden, werden auch die Ressourcen der Klienten wahrgenommen.“
- Wir brauchen möglichst wenig Hierarchie, denn: „Je mehr Hierarchie, je weiter unten steht der Klient.“

Für die Realisierung solcher Ziele sind die Entscheidungsträger auf allen Ebenen gefragt. Sie brauchen die Fähigkeit, ihren Mitarbeitenden ebenso wie ihren Patienten bzw. Klienten mit Vertrauen zu begegnen und demokratischere Beziehungsstrukturen zu fördern. Letztlich gilt ganz pauschal: Wenn eine psychiatrische Einrichtung ein Ort sein soll, an dem sich die Patienten wohl fühlen, dann müssen sich die Mitarbeitenden dort ebenfalls wohl fühlen.

Zum Abschluss daher diese Fragen als Anregung für die nächste Supervision oder Teamsitzung: Wie sehr haben Sie/hat Ihr Team innerhalb Ihrer Einrichtung das Gefühl, in partnerschaftlichen und demokratischen Strukturen zu arbeiten? Wie sehr werden Ihre Fähigkeiten gesehen und gewürdigt? Wie gut werden Sie informiert/in Entscheidungsprozesse eingebunden? Wie ausgeprägt ist IHR Gefühl von Empowerment?

Literatur:

Böker, W. & Schaub, A. (1997). Bewältigungsversuche Schizophrener. In Böker, W. & Brenner, H.D. Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart, Enke.

Green, B. (1993). Disasters and Posttraumatic Stress Disorder. In J.R. Davidson & Foa, E.B. (eds.). Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond. 23-36. Washington: American Psychiatric Press.

Herriger, N. (1997). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Kauder, V. (1997). (Hrsg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Keupp, H. (1993). Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz. Empowerment in der psychosozialen Praxis. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 3,93, 365-381.

Richter, D. (1999). Patientenübergrieffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg: Lambertus.

Schaub, A. (1993). Formen der Bewältigung schizophrener Erkrankung. Frankfurt: Lang.

Seligman, M. (1995). Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: PVU.

Weik, A. (1992). Building a strengths perspective for social work. In Saleebey, D. (Hrsg.) The strengths perspective in social work practice. New York: White Plains.

Weiss, H. (1992). Annäherung an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientierendes Modell in der Frühförderung. Frühförderung Interdisziplinär, 157-169.

Werner, W. (2000). Aufrichtigkeit, Transparenz und eine gemeinsame Sprache. Selbstbefähigung auf einer psychiatrischen Station. In Knuf, A. & Seibert, U. Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Andreas Knuf ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er arbeitet für die Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich und ist dort Projektbeauftragter für Selbsthilfeförderung. Gemeinsam mit Ulrich Seibert hat er das Fachbuch "Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit" im Psychiatrie-Verlag veröffentlicht.

Im März 2002 erscheint das von ihm herausgegebene Buch „Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline“ (Psychiatrie-Verlag, 12.90 Euro).

*Informationen über Fortbildungsveranstaltungen zum Empowerment unter:
www.beratung-und-fortbildung.de Email: andreas.knuf@t-online.de*

Kasten 1:

Empowerment unterstützen: Was können Fachleute tun?

Einige Beispiele

- Gesellschaftliche und persönliche Stigmatisierungstendenzen durchschauen.
- Die Fähigkeiten psychiatrischer Klienten wahrnehmen und sie respektvoll schätzen lernen.
- Nur Krankheitsmodelle verwenden und vermitteln, die die Einflussmöglichkeiten der Betroffenen angemessen berücksichtigen.
- Den Bewältigungsstrategien der Betroffenen Respekt entgegenbringen.
- Eine Haltung von vernünftigem Optimismus statt demoralisierendem Pessimismus einnehmen.
- Betroffene befähigen, sich ihre eigene Meinung über Medikamente zu bilden anstatt die Zustimmungsbereitschaft (sog. Compliance) zu fördern.
- Sensibel dafür werden, welche negativen Effekte psychiatrische Gewalt für die Betroffenen hat.
- Psychiatrische Gewalt und damit Traumatisierungen vermeiden. Mehr als bisher!
- Den Betroffenen als Experten der Wirkung von Medikamenten verstehen und schätzen. Nur er weiß letztlich, wie die Medikamente wirken.
- Dem Betroffenen Alternativen für die Behandlung anbieten, so dass er eine Wahl hat.
- Die Behandlungsstrukturen nach den Wünschen der Betroffenen verändern.
- Zu unabhängigem Denken ermutigen.
- Gefühle von Schmerz, Verzweiflung, Ärger, Frustration, Begeisterung usw. wahrnehmen ohne sie zu Pathologisieren.
- Die Rechte der Betroffenen kennen und diese wahren.
- Betroffenen das Recht zugestehen, Fehler zu machen.
- Sensibel dafür werden, wie sehr psychiatrische Etiketten und die psychiatrische Sprache stigmatisieren können.
- Angebote machen, die das Wohlbefinden der Betroffenen fördern und nicht nur Defizite behandeln.
- Selbsthilfegruppen unterstützen.

Kasten 2:

»Empowerment« – eine Arbeitsdefinition von Betroffenen

Eine Arbeitsgruppe bekannter Vertreterinnen und Vertreter der amerikanischen Selbsthilfebewegung unter der Leitung von Judi Chamberlin hat eine Arbeitsdefinition des Begriffs Empowerment formuliert. Einige Elemente aus dieser Definition:

1. die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen – was den Betroffenen von den Professionellen oft abgesprochen wird;
2. über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen;
3. über mehrere Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann;
4. Durchsetzungsfähigkeit – nicht psychiatrisch diagnostizierte Personen werden für solches Verhalten »belohnt«, in der Psychiatrie hingegen wird dies eher »bestraft«;
5. das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können – Hoffnung ist ein elementarer Bestandteil menschlichen Lebens;
6. Wut erkennen und äußern zu lernen – der Ausdruck von Ärger bedeutet nicht automatisch eine »Dekompensation«, wie es so gerne dargestellt wird;
7. sich nicht allein zu fühlen, sondern als Teil einer Gruppe zu begreifen;
8. zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat, auch Psychiatrie-Patienten;
9. neue Fähigkeiten zu erlernen, die der Betroffene, nicht der Professionelle für wichtig hält;
10. Coming-out bezüglich der eigenen Krankheit, das demonstriert Selbstbewusstsein;
11. sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden – dies wiederum fördert die Fähigkeit, das Leben aktiv zu gestalten, und damit ein positives Selbstbild.

(Quelle: www.power2u.org/empower/working_def.html, zuletzt aufgerufen 1/2002)